

RAPPORT

2020

SYSTEMATISK OVERSIKT

Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

En systematisk oversikt over
kvalitative studier

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier
English title	Patients' and healthcare personnel's experiences with opioid maintenance treatment (OMT): A systematic review of qualitative studies
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Asbjørn Steiro, prosjektleder, <i>forsker, Folkehelsinstituttet</i> Christine Hillestad Hestevik, <i>seniorrådgiver, Folkehelsinstituttet</i> Mary Shrestha, <i>rådgiver, Folkehelsinstituttet</i> Ashley Elizabeth Muller, <i>forsker, Folkehelsinstituttet</i>
ISBN	978-82-8406-083-5
Publikasjonstype	Kvalitativ systematisk oversikt
Antall sider	54 (70 inkludert vedlegg),
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Sitering	Steiro A, Hestevik CH, Shrestha M, Muller AE. Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier. [Patients' and healthcare personnel's experiences with opioid maintenance treatment (OMT): A systematic review of qualitative studies] Rapport – 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	10
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	11
FORORD	14
INNLEDNING	15
Erfaringer med LAR	15
Bruk av helsetjenester – Andersens modell	16
Problemstillinger	17
METODE	19
Avvik fra prosjektplanen	19
Litteratursøk	20
Inklusjonskriterier	20
Artikkelutvelging	21
Dataekstraksjon	21
Strategisk utvalg	21
Vurdering av kvalitet	22
Analyser og syntese	22
Vurdering av tillit til det kvalitative kunnskapsgrunnlaget	23
Forskerens refleksivitet	23
RESULTATER	24
Kunnskapsgrunnlaget	24
Inkluderte studier	25
Erfaringer med LAR	29
DISKUSJON	45
Hovedfunn	45
Kunnskapsgrunnlaget og overførbarhet	45
Tillit til forskningsresultatene	45
Styrker og svakheter	46
Hvor relevante er resultatene for Norge?	47
Resultatenes betydning for praksis og policy	47

Overenstemmelse med andre oversikter	48
Implikasjoner for forskning	49
KONKLUSJON	50
REFERANSER	51
VEDLEGG 1. SØKESTRATEGIER	54
VEDLEGG 2. EKSKLUDERTE STUDIER ETTER STRATEGISK UTVALG	57
VEDLEGG 3. KVALITETSVURDERING AV INKLUDERTE STUDIER	60
VEDLEGG 4. POTENSIELT RELEVANTE STUDIER	63
VEDLEGG 5. VURDERING AV TILLIT TIL FUNN (CERQUAL)	64

Hovedbudskap

I Norge tilbys legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for personer med opioidavhengighet. Pasienters og helsepersonells erfaringer med LAR kan gi verdifull kunnskap til å forbedre tiltakets kvalitet og akseptabilitet, og tilgang til og bruk av tjenester knyttet til LAR. Vi oppsummerte 24 kvalitative studier om pasienters og helsepersonells erfaringer med LAR. Vi brukte Andersens modell for helsetjenestebruk som rammeverk i analysene. Vi vurderte deretter tilliten til resultatene ved hjelp av Grade CERQual.

Våre analyser resulterte i seks hovedfunn:

- Stigma fra personer utenfor LAR, var en barriere for å oppsøke og forbli i behandling (Høy tillit).
- Pasienter og helsepersonell opplevde at LAR-systemet bidro til ytterligere stigma (Høy tillit).
- Mangelfull kunnskap og kompetanse blant helsepersonell reduserte kvaliteten på LAR, og påvirket pasientenes opplevelse av LAR og behandlingsutfall negativt (Moderat tillit).
- Kommunikasjon og forhold mellom pasienter og personell var enten fasilitatorer eller barrierer for etterlevelse i LAR (Høy tillit).
- Pasienter hadde mange forventninger om ikke-helserelaterte individuelle utfall av LAR, for eksempel å komme seg i jobb, få bolig, og å få tilbake sosiale relasjoner (Moderat tillit).
- Pasientene balanserte kontinuerlig positive forventninger til LAR, opp mot negative utfall, spesielt utfall knyttet til stigma (Lav tillit).

Tittel:

Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoret

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet oktober 2019.

Eksterne fagfeller:

Kristine Abel (Oslo Universitetssykehus), Christian Ohldieck (Helsedirektoratet), Ivar Skeie (Sykehuset Innlandet), Lise Aasmundstad (NUBS AS)

Intern fagfelle:

Rigmor Berg, avdelingsdirektør, Folkehelseinstituttet

Sammendrag

Innledning

Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet om å lage en kvalitativ oppsummering over pasienter og helsepersonells erfaringer med legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Helsedirektoratet skal utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for behandling av opioidavhengighet. LAR-pasientenes behandlingserfaringer har en sentral betydning som bidrag til god kunnskap for å bedre akseptabilitet, tilgang til og bruk av tjenester knyttet til LAR. Helsepersonells erfaringer med LAR kan i tillegg danne et verdifullt kunnskapsgrunnlag for kompetanseheving hos helsepersonell og til policy-utvikling. Hensikten med denne oversikten er å oppsummere kunnskapsgrunnlaget – på pasienter og helsepersonell sine erfaringer med LAR.

Metode

Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i elektroniske databaser i september 2019, og et oppdateringssøk etter norske studier i oktober 2019. To medarbeidere gikk uavhengig av hverandre gjennom alle titler og sammendrag og så fulltekst for å vurdere relevans i henhold til inklusjonskriteriene. Tre medarbeidere hentet ut følgende data fra studiene som møtte inklusjonskriteriene: Formål/problemstilling, deltakere, kontekst, metoder, hovedresultater og om studiene hadde rike data. Basert på denne informasjonen gjorde tre medarbeidere først et strategisk utvalg av disse studiene uavhengig av hverandre og ble deretter enige om hvilke studier som skulle inkluderes. Vi vurderte den metodiske kvaliteten til de inkluderte studiene ved hjelp av CASP Checklist. Vi brukte NVivo programvare for koding i to runder, og i analysene brukte vi Andersens modell som et rammeverk for å forstå og beskrive kontekstuelle og individuelle faktorer, helseatferd, og utfall. Vi brukte Andersen-modellen for å organisere og videreutvikle koder i fire hoved domener: 1) Kontekstuelle faktorer, 2) individuelle faktorer, 3) helseatferd og 4) utfall/resultater av behandlingen. Vi vurderte deretter tilliten til kunnskapsgrunnlaget med hjelp av Grade CERQual.

Resultat

I alt 54 enkeltstudier møtte inklusjonskriteriene, og ble innhentet som fulltekst. Vi gjorde deretter et strategisk utvalg på 24 studier som ble inkludert i rapporten. Det var i alt 17 studier der deltakerne var pasienter (N= 364), ni studier der deltakerne var helsepersonell (N= 327) og tre studier som inkluderte erfaringene til både pasienter og helsepersonell (N=86). Utvalget av studier var fra USA (7), Norge (6), Storbritannia (5), Canada (2), Sverige (2), Belgia (1) og New Zealand (1).

Våre analyser avdekket seks hovedfunn:

- Stigma fra personer utenfor LAR kunne være en kontekstuell barriere for å oppsøke og bli i behandlingen. Stigma fremsto som en barriere, som kan forstås som negative holdninger til LAR i den sosiale konteksten som omga individet/pasienten. Stigmaet kunne også være en brobygger mellom helseoppfatninger i samfunnet og individets egne helseoppfatninger. Ved å holde rusproblemene skjult og ikke oppsøke LAR unngikk man stigma, mens ved å starte opp i LAR så aksepterte man stigmaet (Høy tillit).
- LAR som kilde til stigma ble rapportert av både pasienter og helsepersonell. Både helsepersonell og pasienter snakket om stigma som et uheldig kjennetegn av behandlingsprosessen (Høy tillit).
- Manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var en barriere rapportert av både pasienter og helsepersonell, som påvirket tilgang til og kvalitet på LAR, pasienters opplevelse av LAR og behandlingsutfall. Pasienter og helsepersonell rapporterte at manglende kunnskap og faglig kompetanse om klientpopulasjonen og behandlingen gikk utover hvor god oppfølging pasientene fikk. Manglende kunnskap kan også ha bidratt til negative holdninger til LAR og LAR-pasienter blant helsepersonell (Moderat tillit).
- Kommunikasjon og forhold mellom personell og pasienter var avgjørende for kvaliteten på LAR, og var både fremmere og barrierer for behandlingsetterlevelse og utfall. Både helsepersonell og pasienter identifiserte god kommunikasjon og gode terapeutiske forhold mellom pasient og behandler som viktig for kvaliteten på behandlingen og en muliggjørende faktor for å forbli i behandling. Manglende kommunikasjon og problematiske, ikke-eksisterende relasjoner påvirket behandlingssituasjonen negativt for både pasienter og helsepersonell (Høy tillit).
- Pasienter hadde forventninger om mange ikke-helserelaterte individuelle utfall av LAR, for eksempel å komme seg i jobb, få bolig, og å få tilbake sosiale relasjoner. Resultatene tyder på at pasientene opplevde ikke-helserelaterte utfall av behandlingen som svært viktige for hvorvidt de opplevde behandlingen som meningsfull og at de så behov for en helhetlig og tverrfaglig tilnærming som inkluderer støtteordninger utover det rent medisinske (Moderat tillit).
- Pasientene balanserte kontinuerlig positive forventninger til LAR, med negative opplevelser og stigma knyttet til LAR. Et «normalt liv» var et hyppig uttrykk som kan være uttrykk for et kompromiss mellom stigma som følger med LAR og pasienters forventninger til positive utfall av LAR (Lav tillit).

Basert på våre GRADE-CERQual-vurderinger hadde vi høy tillit til tre av funnene: Stigma fra personer utenfor LAR, som er internalisert av noen pasienter, var en barriere for å oppsøke og forbli i behandling. LAR kan bidra til en økt stigmatiseringsprosess blant pasienter og kommunikasjon og forhold mellom personell og pasienter var enten fremmere eller barrierer for behandlingsetterlevelse og utfall. Vi hadde moderat tillit til

to av funnene: Manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var en barriere rapportert av både pasienter og helsepersonell, som påvirket tilgjengeligheten og kvaliteten på LAR, pasientenes tilfredshet med LAR, og behandlingsutfall og pasienter hadde forventninger om mange ikke - helse relaterte individuelle utfall av LAR. Vi hadde lav tillit til funnet at pasienter balanserte kontinuerlig positive forventninger til LAR, med negative opplevelser og stigma knyttet til LAR. Vår høye vurdering av tilliten til de fleste av funnene tyder på at de er en god representasjon av hvordan deltakerne opplevde LAR.

Diskusjon

Sett i lys av Andersens modell, har de inkluderte studiene identifisert en rekke dynamiske faktorer som fremmer eller hindrer tilgang til og bruk av helsetjenester, som gjensidig påvirker hverandre. Pasientenes behandlingsetterlevelse og utfall i LAR var påvirket av sosial kontekst og ulike behandlingsprosesser som kommunikasjon og helsepersonells kompetanse, men også av pasientenes egne forventninger av og holdninger til LAR.

Vi har brukt en systematisk metode for å søke, identifisere, og analysere relevante studier. En godt gjennomført kvalitativ systematisk oversikt kan gi grundige forståelser av komplekse fenomener da man utforsker menneskers oppfatninger og opplevelser i sammenheng med konteksten de befinner seg i. Da vi identifiserte et stort antall studier med svært rike data valgte vi å bruke en målrettet tilnærming for å velge et utvalg kvalitative studier med tilstrekkelig bred geografisk spredning (med relevans til norsk kontekst) som hadde rike data og som var relevante for å besvare forskningsspørsmålene.

Ved å avgrense antall studier til en håndterlig mengde var det mulig for oss å gjøre grundige analyser av materialet, og vi har ved hjelp av Andersens teoretiske modell belyst forståelser og praksiser og hvordan opplevelsene henger sammen med de situasjonene de kommer fram i – innenfor LAR systemet og utenfor– og hva slags dynamikker som her opererer.

Videre forskning bør fokusere på å øke helsepersonells kompetanse om avhengighet og avhengighetsbehandling samt hvordan stigmatiserende holdninger og adferd blant helsepersonell i og utenfor LAR kan forebygges. Det er også behov for flere studier som ser nærmere på erfaringer og opplevde behov utover den medikamentelle behandlingen og på tiltak som går på ikke helserelevante utfall (som jobb, utdanning, fritidsinteresser el.) og hvordan disse kan knyttes opp mot LAR. Vi ser videre behov for økt kunnskap om hvordan LAR kan organiseres for å tilrettelegge for individuell oppfølging og redusere stigma.

Konklusjon

Behandlingssøkende atferd, behandlingsetterlevelse og utfall av LAR påvirkes av stigma i samfunnet og i LAR, av behandlingsprosesser som kommunikasjon og helsepersonells kompetanse, samt av pasientenes egne forventninger av og holdninger til LAR. Pasientene overveide kontinuerlig fordelene med LAR opp mot stigma og andre negative utfall av LAR i sine beslutninger om å oppsøke LAR eller forbli i LAR. Disse resultatene viser behov for økt faglig og relasjonell kompetanse blant LAR personell for å

øke kvaliteten på LAR og for å unngå stigma og negative holdninger blant personell. LAR bør også ha en helhetlig tilnærming på tvers av profesjoner og systemer for også å ivareta pasientenes ikke-helse-relaterte behov da disse ser ut til å være avgjørende for behandlingsetterlevelse og utfall.

Key messages

In Norway, Opioid Maintenance Treatment (OMT) is provided to people with opioid dependence. Understanding the experiences of patients and health personnel dealing with OMT can provide valuable information to improve quality of OMT services as well as to increase acceptability and accessibility to use OMT services.

We summarized 24 qualitative studies portraying patients' and health personnels' experiences with OMT services. For the analysis, we used Andersen's model Behavioral Model and Access to Medical Care as a theoretical framework. Then, we used GRADE CERQual to assess the confidence of the results.

Our analysis resulted in six key findings:

- Stigma from people outside LAR was a barrier to seeking out and remaining in treatment (High confidence).
- Both patients and health personnel perceived that the OMT system contributed to further stigma (High confidence).
- Inadequate knowledge and competence among the health personnel reduced the quality of OMT, and negatively affected the patients' experiences with the OMT services and treatment outcomes (Moderate confidence).
- Communication and patient-health personnel relationships were either facilitators or barriers for treatment compliance in OMT (High confidence).
- Patients had many expectations related to non-medical treatment outcomes of OMT such as getting a job, finding housing and regaining their previous social relationships (Moderate confidence).
- The patients continuously balanced positive expectations of OMT, and negative outcomes, especially those outcomes that were related to stigma (Low confidence).

Title:
Patients' and healthcare personnel's experiences with Opioid maintenance treatment (OMT): A systematic review of qualitative studies

Type of publication:
Systematic review
A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:
- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:
Last search for studies:
October, 2019

Peer review:
Kristine Abel (Oslo Universitetssykehus), Christian Ohldieck (Helsedirektoratet), Ivar Skeie (Sykehuset Innlandet) og Lise Aasmundstad (NUBS AS)

Rigmor Berg, Division Director Norwegian Institute of Public Health

Executive summary (English)

Background

The Norwegian Institute of Public Health was commissioned by the Norwegian Directorate of Health to carry out a qualitative systematic review of patients' and healthcare providers' experiences with Opioid Maintenance Treatment (OMT). The Directorate of Health are going to produce national guidelines for the treatment of opioid dependence. OMT patients' treatment experiences have a significant importance that can generate knowledge to improve acceptability, access to and usage of OMT services. In addition, healthcare personnel's experiences with OMT can be useful to improve the competence of health care personnel and for policy development. The purpose of this review is to advance the knowledge base regarding the experiences of patients and health care personnel with OMT.

Methods

We conducted a systematic literature search in electronic databases in September 2019 and conducted an updated search for Norwegian studies in October 2019. Two reviewers independently screened all titles and abstracts and then full texts, to assess their relevance to the inclusion criteria. Three reviewers extracted the following data from the studies that met the inclusion criteria: Aim/research question, participants, context, methods, main results, and "data richness". Based on this information, three reviewers independently conducted a purposive sampling and came to a consensus for the final studies to include in this report. We assessed the methodological quality of the included studies using the CASP Checklist. We used NVivo software for coding in two rounds, and for the analysis, we used Andersen's model as a framework for understanding, describing contextual and individual factors, health behaviors and outcomes. Lastly, we assessed confidence in the results with GRADE CERQual.

Results

We read the full text of 54 studies. We then carried out purposive sampling of 24 studies that were included in the report. There were 17 studies in which the participants were patients (N = 364), nine in which the participants were health care providers (N=327) and two that included the experiences of both patients and healthcare providers (N=86). The studies were conducted in the United States of America (7), Norway (6), the United Kingdom (5), Canada (2), Sweden (2), Belgium (1) and New Zealand (1).

Our analysis resulted into six key findings:

- Stigma from people outside LAR was a barrier to seeking out and remaining in treatment. Stigma emerged as a barrier, which can be understood as attitudes to LAR in the social context surrounding the individual. Stigma affected the individual's own health beliefs. By hiding one's drug addiction and not seeking treatment, one could avoid stigma, but by seeking OMT, one must accept stigma (High confidence).
- OMT was also a source of stigma as reported by both patients and healthcare providers. In addition to stigma from outside, both healthcare providers and patients reported stigma as an unfortunate characteristic of the treatment process (High confidence).
- Patients and healthcare professionals reported that inadequate knowledge and expertise among healthcare providers were barriers, which affected access to OMT, the quality of treatment, patients' experiences, and treatment outcomes. They also reported that inadequate knowledge and expertise regarding the client population and treatment affected their ability to have a good follow up for the patients. Inadequate knowledge may also have contributed to negative attitudes towards OMT patients and OMT treatment among healthcare providers (Moderate confidence).
- Patients and healthcare personnel perceived that communication and patient-provider relationships were crucial for the quality of the OMT and were perceived as either facilitators or barriers for treatment compliance and outcomes. Health care providers and patients identified that good communication and relationships could enable compliance, while poor communication and non-existent therapeutic relationships could negatively affect both groups' experiences of OMT, and hinder compliance (High confidence).
- Patients had expectations of many non-health related outcomes of OMT, such as employment, housing, and getting back their previous social relationships. Our results indicate that the achievement of such outcomes was clearly tied to the patients' satisfaction with the treatment. Patients identified a need for a more holistic and multidisciplinary approach to treatment beyond medical treatment (Moderate confidence).
- Patients continuously balanced positive outcomes of OMT, with negative experiences and stigma. A "normal life" was a frequently used phrase that can be understood as the patients compromise between the stigma that comes with OMT, their expectations of OMT, and the positive outcomes they hope to achieve (Low confidence).

Based on the GRADE-CERQual assessment, we had high confidence to three of the findings. Stigma from people outside OMT was a barrier to seeking out and remaining in treatment. OMT services itself was a source of stigma and communication and staff-patient relations were either facilitators or barriers to treatment compliance and outcomes. We had moderate confidence to two of the findings: Inadequate knowledge and competence among health professionals was a barrier as reported by both patients and

healthcare providers, which affected the availability and quality of OMT, patients' satisfaction with OMT, and treatment outcomes. Patients had expectations of many non-health related individual outcomes of OMT. Our high confidence in these findings suggests that they are good representations of how participants experienced OMT.

Discussion

By using the Andersen's model as a framework, we identified several dynamic factors that facilitate or hinder patients' access to and usage of OMT. Patients' treatment compliance and outcomes of OMT were influenced by their social contexts and by various treatment processes such as communication with providers and providers' competence, but also by patients' own expectations and attitudes towards OMT.

We have used a systematic method of searching, identifying, and analysing relevant studies. A well-conducted qualitative systematic review can provide thorough understandings of complex phenomena as one explores people's perceptions and experiences in relation to the context in which they are situated. Since we identified a large number of studies with very rich data, we chose to use a purposive sampling approach to select studies with sufficient broad geographical spread (with relevance to the Norwegian context), that had rich data and that were relevant to our research questions.

By limiting the number of studies to a manageable amount, it was possible for us to thoroughly analyse and summarize the material. By using Andersen's theoretical model, we have highlighted how OMT-specific experiences and practices dynamically relate to contextual factors that may be inside or outside of OMT system.

Further research should focus on increasing healthcare professionals' expertise related to addiction and to OMT, as well as how stigmatising attitudes and behaviour among healthcare professionals inside and outside OMT can be prevented and addressed. There is also a need for more studies that explore patients' experiences and needs related to treatment of addiction beyond their medical needs. In addition, there is a need for interventions that focus on non-health related outcomes (such as work, education, leisure interests, etc.) and how these can be integrated with OMT. Finally, there is a need for increased knowledge regarding how OMT can be organised to facilitate individualised treatment decisions and to reduce stigma.

Conclusion

Treatment-seeking behaviour, treatment compliance and outcomes of OMT are affected by stigma in society and within OMT, treatment processes such as communication and healthcare professionals' competence and patients' own expectations and attitudes towards OMT. Stigma is continuously weighed alongside expectations and needs as patients decide to seek OMT or to remain in OMT. These results show the need for increased competence, including competence in relational work, among OMT health care personnel, to improve the quality of OMT and to avoid stigma and negative attitudes among the health care personnel. OMT should also have a holistic approach to meet patients' non-health-related needs, as these seem to be crucial for treatment compliance and outcomes.

Forord

Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere forskningslitteratur om pasienter og helsepersonell sine erfaringer med LAR. Oppdraget er en del av retningslinjearbeidet til Helsedirektoratet.

Prosjektgruppen ved FHI har bestått av:

- Hege Kornør
- Asbjørn Steiro
- Christine Hillestad Hestevik
- Mary Shrestha
- Ashley Elizabeth Muller

En stor takk til eksterne fagfeller Kristine Abel (Oslo Universitetssykehus), Christian Ohldieck (Helsedirektoratet), Ivar Skeie (Sykehuset Innlandet) og Lise Aasmundstad (NUBS AS), og intern fagfelle Rigmor Berg (FHI), som har gjennomgått og gitt innspill til prosjektplan og rapport. Vi vil også gjerne takke FHI-medarbeiderne Simon Lewin, Claire Glenton, Heather Ames og Heather Munthe-Kaas for nyttig veiledning i oppsummering av kvalitativ forskning og bruk av CERQual. Gyri Hval og Gunn Eva Næss har bidratt med litteratursøk.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kåre Birger Hagen
Fagdirektør

Hege Kornør
Avdelingsdirektør

Asbjørn Steiro
Prosjektleder

Innledning

I Norge tilbys legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for personer med opioidavhengighet. Substitusjonsbehandling er et tiltak for personer med opioidavhengighet (ICD-10). Tiltaket er en hovedkomponent i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), hvor hensikten er å skape et mer helhetlig rehabiliteringsløp. I LAR brukes de langtidsvirkende opioidene buprenorfin eller metadon for å substituere bruken av illegale opioider, som heroin. Andre opioider som brukes i substitusjonsbehandling utenfor Norge er langtidsvirkende morfin (*sustained-release oral morphine; SROM*) og diacetylmorfin (heroin).

Et viktig mål med LAR er dessuten å øke pasientenes evne til å bruke andre helse- og sosiale tjenester og tiltak rettet mot bolig, utdanning og arbeid. I Norge er LAR derfor organisert som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og sosialtjenesten. I alt 7762 personer fikk LAR i 2018 (1). Pasientenes gjennomsnittsalder var 46 år, og 29 prosent var kvinner.

Mange land, som Sverige, Storbritannia, Canada og USA, anbefaler LAR som førstevalg for behandling av opioidavhengighet (2-7). Anbefalingene er basert på oppsummert forskning som viser til godt dokumenterte gunstige effekter av LAR: pasientene blir lenger i behandlingen, og bruker mindre heroin og andre ikke-foreskrevne opioider, og studier viser redusert total og overdoserelatert dødelighet under LAR-behandling sammenlignet med utenfor behandling (8-12).

Erfaringer med LAR

LAR-pasientenes behandlingserfaringer har en sentral betydning som bidrag til god kunnskap for å bedre akseptabilitet, tilgang til og bruk av tjenester knyttet til LAR. (13). Helsepersonells erfaringer med behandling av LAR-pasienter kan i tillegg danne et verdifullt kunnskapsgrunnlag for kompetanseheving hos helsepersonell og til policy-utvikling.

Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH) publiserte i april 2019 en hurtig systematisk oversikt (rapid review) om erfaringer med LAR blant pasienter og helsepersonell (14). CADTH-oversikten oppsummerte funn fra 29 kvalitative studier. I samtlige studier var LAR-legemidlene buprenorfin og/eller metadon brukt. LAR-pasientene var mer positive til buprenorfin enn metadon på grunn av mindre bivirkninger, bedre muligheter til å gjenopprette normalitet i hverdagen og bedre effekt på abstinenssymptomer. Pasientene hadde også mer positive erfaringer med buprenorfinbehandling i primærhelsetjenesten (legekontor), fordi de opplevde dette som mindre

stigmatiserende enn metadonbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det var viktig for pasientene å bli møtt på en god måte i klinikken, med helsepersonell som viste en ubetinget positiv holdning og åpenhet i kommunikasjonen.

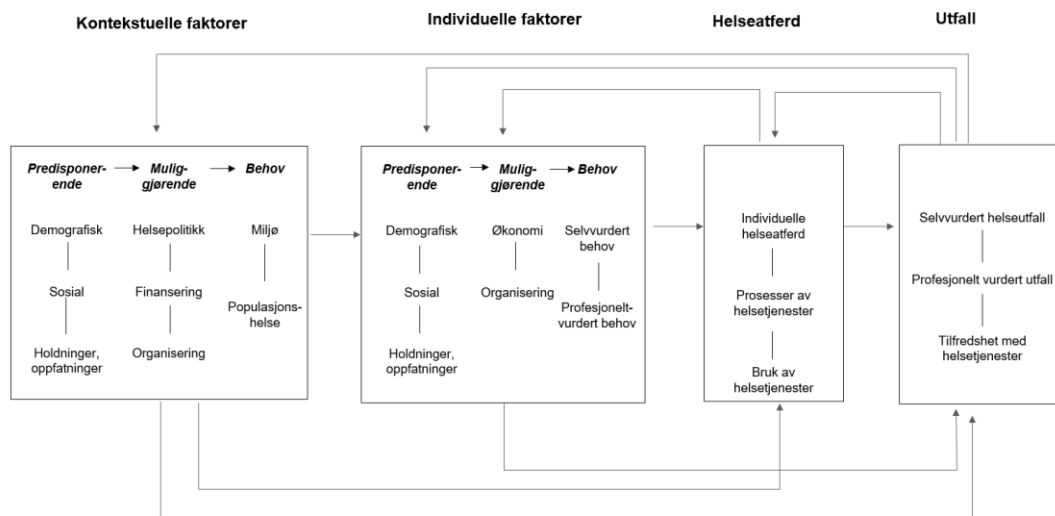
Helsepersonell i LAR uttrykte en rekke bekymringer og preferanser relatert til behandlingen. Flere studier identifiserte en skeptisk holdning til å tilby LAR i utgangspunktet. Dette så ut til å skyldes tidspress knyttet til andre prioriterte kliniske oppgaver, men også manglende kunnskap, opplæring og bevissthet. Skepsisen skyldtes også helsepersonellens negative holdninger til LAR-pasientene. De anså pasientene som aggressive og utfordrende og de mente at LAR-pasientene ga institusjonen et negativt omdømme.

Rent metodisk hadde CADTH-oversikten mangler som skyldes at den var et «hurtigprodukt». Det var blant annet bare én forsker som hadde gjort vurderinger av inklusjon og metodisk kvalitet, der det vanligvis er to i systematiske oversikter. Den inkluderte også hovedsakelig studier fra USA med lav overførbarhet til norske forhold. Dessuten inkluderte den ikke studier om erfaringer med langtidsvirkende morfin, som kan være aktuelt å ta i bruk i Norge og som vår oppdragsgiver derfor var spesielt interessert i.

Vi kjenner ikke til annen oppsummert forskning om erfaringer med LAR, og så derfor var det et behov for å utarbeide en systematisk oversikt.

Bruk av helsetjenester – Andersens modell

Forskere har i flere tiår vært opptatt av det fenomenet at ikke alle som trenger helsetjenester, bruker dem. Andersens modell er et konseptuelt rammeverk for å forstå helsevesenets utnyttelse og vurdering av rettferdig tilgang til helsehjelp. Rammeverket består av fire sammenhengende og gjensidig avhengige domener (14): kontekstuelle faktorer, individuelle faktorer, helseatferd og utfall (Figur 1).



Figur 1. En modell for å identifisere fasilitatorer og barrierer for helsetjenestebruk og lik og rettferdig tilgang til helsetjenester, basert på Andersen (1995).

Kontekstuelle faktorer er faktorer på samfunns- eller policy-nivå, som er utenfor brukernes kontroll, herunder demografiske og sosiale strukturer i et lokalsamfunn, kollektive verdier, kulturelle normer og politiske perspektiver. Kontekstuelle faktorer kan muliggjøre eller forhindre bruk av helsetjenester og påvirke personers behov for helsetjenester. Helseforsikring, finansering og organisering av helsesystemer er eksempler på slike faktorer. Dyre helsetjenester er utilgjengelige for de fleste og helsetjenester er utilgjengelige for enkeltgrupper dersom tilgangen er betinget av statsborgerskap, bosted, sysselsetting, og så videre.

Individuelle faktorer kan inkludere demografiske karakteristika som kjønn og alder, som kan påvirke helseoppfatninger (health beliefs), behov for og bruk av helsetjenester. Andre individuelle disponerende faktorer kan være sosiale faktorer som utdanning, yrke, etnisitet og sosiale forhold (f.eks. familiestatus) og holdninger, verdier og kunnskap relatert til helse og helsetjenester. Individuelle faktorer som fremmer mulighet til å oppnå helsetjenester kan være relatert til økonomiske ressurser og organisatoriske faktorer som transportkostnader og ventetider.

Kontekstuelle faktorer påvirker individuelle faktorer, mens det tredje domenet, helseatferd (health behaviors) påvirker begge. Hvordan og i hvilken grad man bruker helsetjenester påvirker også det fjerde domenet, utfall. Utfall omfatter individets oppfatning av helse, profesjonelt vurdert helse, og tilfredshet med helsetjenestene. Utfall påvirker individets behov for ytterligere helsetjenester så vel som deres helseoppfatninger (en individuell predisponerende faktor) og den større befolkningens helse (en kontekstuell behovsfaktor).

Denne modellen prøver altså ikke bare å forstå bruk av helsetjenester som en individuell beslutningsprosess. Den forstår helsetjenestebruk som et sammensatt resultat av flere konkurrerende og gjensidig samvirkende faktorer, innenfor - men sannsynligvis oftere utenfor - individets kontroll. Andersen hadde også til hensikt at modellen skulle bidra til vurdering av lik og rettferdig tilgang på helsetjenester (equity). Lik og rettferdig tilgang på helsetjenester fremkommer når variabler som representerer biologiske behov forklarer mesteparten av variansen i bruk. Ulik eller urettferdig tilgang demonstreres når kontekstuelle, individuelle og ikke-behovsfaktorer, utgjør varians i helsetjenestebruk.

Vi oppfatter Andersens modell som et hensiktsmessig rammeverk for et kunnskapsgrunnlag om pasienters og helsepersonells erfaringer med LAR.

Problemstillinger

Hensikten med denne oversikten er å oppsummere kunnskapsgrunnlaget – om pasienter og helsepersonell sine erfaringer med LAR. Denne oppsummeringen av kvalitative studier besvarer følgende problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer med og holdninger til behandlingstiltaket (LAR) har LAR-pasienter?

2. Hvilke erfaringer og holdninger har helsepersonell til behandlingen av LAR-pasienter?

Metode

Hensikten med denne systematiske oversikten var i utgangspunktet å supplere CADTH-oversikten med studier om LAR-erfaringer med langtidsvirkende morfin (se prosjektplanen: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/prosjekter/prosjektplan-lar_effekt_erfaringer.pdf og søkestrategi i Vedlegg 1). Vi skulle også levere en omtale av CADTH-oversikten på norsk (se <https://www.fhi.no/publ/2019/erfaringer-med-lege-middelassistert-rehabilitering-lar/>) sammen med originalversjonen på engelsk.

Ettersom vi ikke identifiserte noen studier om erfaringer med langtidsvirkende morfin, og CADTH-oversikten var lite relevant for norske forhold, ønsket vår oppdragsgiver å utvide bestillingen til å utarbeide en ny systematisk oversikt som inkluderte norske studier.

Avvik fra prosjektplanen

I arbeid med denne rapporten har vi etter konsultasjon med oppdragsgiver gjort noen endringer i forhold til prosjektplanen. Vi spesifiserte i prosjektplanen at studier som omhandlet erfaringer med langtidsvirkende morfin skulle med, dersom de møtte våre inklusjonskriter. Vi fant derimot ingen relevante studier som omhandlet dette. Vi utarbeidet en liste over alle studiene som var inkludert i hurtigoversikten til CADTH og vi gikk også gjennom referansene for de studier som de hadde ekskludert på grunn av mangel på tid. Vi vurderte om disse var relevante med hensyn til vår PICO og setting. Vi klassifiserte også studiene etter geografisk spredning, rike data og relevans for problemstilling. Vi brukte også Andersens modell som et rammeverk for å analysere data. I konsultasjon med oppdragsgiver besluttet vi også å inkludere flere norske studier, enn det som var inkludert i CADTH-rapporten, også for å få et mer relevant kunnskapsgrunnlag tettere opp til den norske LAR-konteksten. Vi søkte derfor etter flere norske studier for inklusjon med den forutsetning at de ville utfylle de internasjonale studiene.

Litteratursøk

Forskningsbibliotekar Gunn Eva Næss planla og utførte søk etter norske studier (Vedlegg 1). Forskningsbibliotekar Gyri Hval fagfellevurderte søkestrategiene. Vi søkte i følgende databaser 28. Oktober 2019:

- SveMed+
- Norart
- Idunn
- Oria
- Nora
- Oda
- Google Scholar

I tillegg gikk vi gjennom både de inkluderte og de ekskluderte studiene i CADTH-rapporten.

Inklusjonskriterier

Populasjon:	Voksne (> 18 år) pasienter med opioidavhengighetssyndrom (ICD-10-kode F11.2 eller tilsvarende)
Fenomen:	Legemiddelasistert rehabilitering, med eller uten ikke-medikamentelle støttetiltak
Studiedesign	Kvalitative studier (med kvalitativ datainnsamling og kvalitative metoder for dataanalyse).
Utfall (pasienter):	Synspunkter på, forventninger til og erfaringer med substitusjonsbehandlingen; erfaringer med å få tilgang til og etterfølge behandlingsregimet, herunder fasilitatorer og hindringer for etterfølgelse (<i>compliance</i>); akseptabilitet, stigmatisering og utilsiktede konsekvenser av behandlingen.
Utfall (helsepersonell):	Synspunkter på, forventninger til og erfaringer med pasientgruppen og substitusjonsbehandlingen; beslutningsprosesser rundt behandlingen; opplevde fasilitatorer og hindringer for etterfølgelse (<i>compliance</i>) av behandlingsregimet og klinisk effekt av behandlingen; synspunkter på behandlingsprogrammer som fører til bedre utfall med tilhørende begrunnelser.

Artikkelutvelgning

To forskere gikk gjennom alle titler og sammendrag for å vurdere relevans i henhold til inklusjonskriteriene fra CADTH-rapporten og databasesøket. Vi bestilte utvalgte referanser i fulltekst, og gjorde uavhengige vurderinger av hvorvidt studiene skulle inkluderes. Ved uenighet trakk vi inn en tredje prosjektmedarbeider for å bidra til konsensus.

Vi brukte det elektroniske verktøyet Covidence 4 (15) i utvelgelsesprosessen.

Dataekstraksjon

AS og MS hadde forhåndsbestemte kriterier for dataekstraksjon som basis for det strategiske utvalget (Figur 2). De 54 studiene ble fordelt mellom AS, MS og AEM som hentet ut følgende data:

- Førsteforfatter, publiseringsår, land, metoder for datainnhenting og -analyse
- Deltakerne (antall, kjønn, alder og type behandling))
- Kontekst, setting der behandlingen ble gitt
- Studienes problemstilling/forskningsspørsmål
- Studienes hovedfunn
- Data richness scale (16)

Prosjektmedarbeiderne sjekket hverandres dataekstraksjon.

Data extraction												
SN	First Author, publication year, country	Participants (patients/provider/gender, age, Opioid dependence duration, socioeconomic situation etc.)	Study setting	Data collection, Study design or analytic approach	Study objective	Sample size	Theme/topics	Raw-authors' findings as per the project plan	Data richness 1	Data richness 2	Data richness 3	Inclusion(Yes/No)
1	Maeyer 2011, Belgium	Opiate dependent individuals who started MMT atleast 5-10 years ago, n=159 quantitative, purposive sampling size for qualitative=25, age mean= 34.6, 68% male, 72% unmarried, 24% divorced and 4% widowed, 56% below secondary education, 36% secondary education, 32% were in paid job, 48% intimate relation, 68% were under MMT, 28% were using 1-39mg dose, 25% 40-59 mg, 60-109 mg -16%, 44% were currently using heroin	Flemish community of Belgium, participants' choice of setting-house, public place, treatment centres, etc., September 2008-August 2009	Face to face Interview, time: 40-120 min, Cross case analysis	Experiences of people with MMT for opioid dependence about good QoL and impact of methadone on QoL components	25	Good QoL for opiate dependent users: having social relationship, holding occupation, feeling good about one's self, being independent and having meaningful life.	Users valued methadone's ability to help them function normally, overcome psychological problem and dependence on drugs, and support achieve life goals. Their barriers were stigma, discrimination, methadone dependence and drug's paralysing effect on their emotion.	5	5	4	Yes

Figur 2. Dataekstraksjon som basis for det strategiske utvalget

Strategisk utvalg

Da vi identifiserte et stort antall studier med svært rike data, valgte vil vi å bruke en målrettet tilnærming for å velge ut kvalitative studier for å oppnå en spredning av geografiske områder, typer tiltak og typer av deltakere (16). Vi brukte følgende kriterier:

Variasjon i datamaterialet (geografi, setting, balanse mellom studier av pasienter og helsepersonell), hvor fyldige og rike beskrivelser var («data richness») og relevans i forhold til problemstillingen. Siden overførbarhet var viktig for oppdragsgiver, innhentet vi flere norske studier. Tre medarbeidere (AS, CH og MS) gjorde først et utvalg uavhengig av hverandre, for så å komme til konsensus om et strategisk utvalg studier som skulle inkluderes i denne rapporten (Fig 2). Se vedlegg 2 for ekskluderte studier etter strategisk utvalg.

Vurdering av kvalitet

Vi vurderte den metodiske kvaliteten til de inkluderte studiene som lav, middels eller høy ved hjelp av Critical Appraisal Skills Programme (CASP) quality assessment tool for qualitative studies (17). Sjekklisten inneholder følgende spørsmål:

1. *Was there a clear statement of the aims of the research?*
2. *Is a qualitative methodology appropriate?*
3. *Was the research design appropriate to address the aims of the research?*
4. *Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?*
5. *Was the data collected in a way that addressed the research issue?*
6. *Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?*
7. *Have ethical issues been taken into consideration?*
8. *Was the data analysis sufficiently rigorous?*
9. *Is there a clear statement of findings?*
10. *How valuable is the research?*

To medarbeidere gjorde kvalitetsvurderingene, uavhengig av hverandre. Ved uenighet trakk vi en tredje prosjektmedarbeider inn for å bidra til enighet. Kvalitetsvurderingene framgår både i denne rapportens resultatdel og i vedlegg (se vedlegg 3).

Analysen og syntese

Analysen var en totrinnsprosess. Selve oversikten hadde som hensikt å få fram problemstillinger relatert til pasienter og helsepersonell sine erfaringer med LAR. Prosjektgruppen tok utgangspunkt i den tematiske tilnærmingen i CADTH-oversikten for å organisere analysene, som i hovedsak var deskriptive og aggregerende. CADTH kodet pasienterfaringer før og under behandling, samt perspektiver på LAR-legemidlene.

Den analytiske strategien utviklet seg da forskerne la merke til at det var temaer og nyanser i materialet som ville være utfordrende å få frem ved bruk av tematisk analyse. Vi valgte derfor å bruke Andersens modell i andre trinn av kodingen. Modellen er beskrevet i innledningen.

Teoretisk rammeverk og koding av data

To forskere (CHH, MS) kodet først studiene induktivt, for å utforske tema som var sentrale for studiene som ble gjennomgått. Hver forsker kodet halvparten av studiene individuelt, før de samkjørte kodingen og ble enige om meningsbærende temaer som ville

oppsummere resultatene fra den enkelte studie til en syntese på tvers av inkluderte studier.

To andre forskere (AS, AEM) sjekket så kodingen uavhengig av hverandre for å få nærmere kjennskap til og forståelse av datamaterialet, for å undersøke om det var temaer som gikk på tvers av CADTH sine kategorier, og om et annet rammeverk kunne være mer hjelpelig til å belyse og illustrere våre resultater. Forskerne brukte da Andersen-modellen for å organisere og videreutvikle koder under denne modellens fire hoved domener: 1) Kontekstuelle faktorer, 2) individuelle faktorer, 3) helseatferd og 4) utfall/resultater av behandlingen.

Vurdering av tillit til det kvalitative kunnskapsgrunnlaget

Vi har vurdert tilliten til det kvalitative kunnskapsgrunnlaget ved hjelp av Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (CERQual) (18). Metoden, som er utviklet av GRADE Working Group 2004 (19), inkluderer vurdering av metodiske begrensninger (methodological limitations), relevans (relevance), koherens (coherence) og i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).

Etter å ha vurdert disse fire områdene, gjorde vi en helhetlig vurdering av tilliten for hvert resultat i oversikten. Vi har vurdert tilliten som høy, moderat, lav eller svært lav. Utgangspunktet er «høy tillit», som gjenspeiler et synspunkt om at hvert resultat i oversikten kan ses som en tilstrekkelig representasjon av fenomenet i fokus med mindre det fins faktorer som kan svekke denne antakelsen. Vi fullførte vurderingen av tillit til hvert resultat ved å sette opp to tabeller: en Summary of qualitative findings, som er en oversikt over alle resultatene (Tabell 1), og en Evidence profile, som er en mer detaljert oversikt over hvert enkelt funn (Vedlegg 5). I tillegg har vi gjort en helhetlig vurdering av vår tillit til det totale kunnskapsgrunnlaget i denne rapporten. Alle prosjektmedarbeiderne deltok i arbeidet med CERQual.

Forskerens refleksivitet

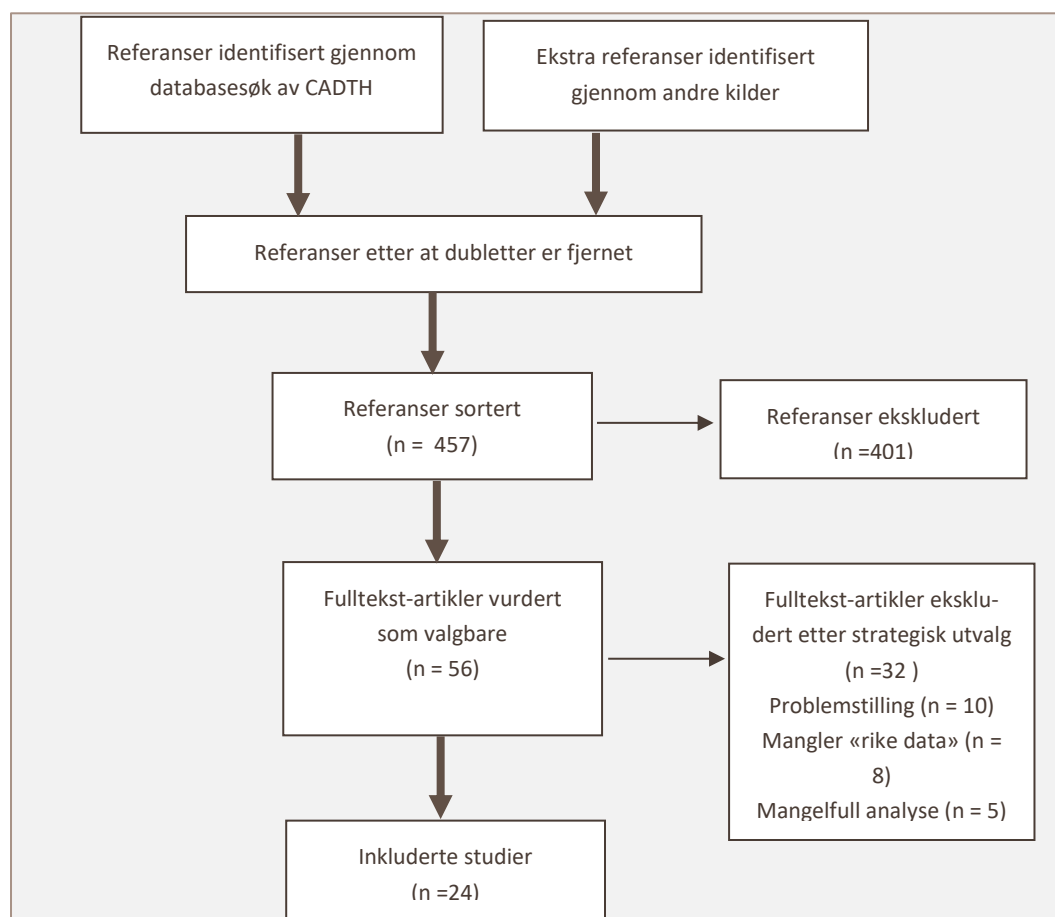
Innen kvalitativ forskning er det forventet at forskere reflekterer rundt sin egen bakgrunn og posisjon, og hvordan dette kan ha betydning for design, analyse og rapportering av forskningen. Dette diskuterer vi i et eget avsnitt.

Resultater

Kunnskapsgrunnlaget

Resultater av litteratursøket

Vi innhentet 44 studier fra CADTH rapporten, 29 studier som var inkludert i analysene og 15 potensielt relevante studier fra referanselisten over ekskluderte studier, som forfatterne av CADTH-rapporten begrunnet som mangel på tid. I alt var det 44 studier som vi vurderte som relevante å vurdere i fulltekst. Søket etter norske studier resulterte i 413 treff etter dublettkontroll. Vi ekskluderte 403 av disse publikasjonene, i all hovedsak fordi de ikke omhandlet erfaringer med LAR, eller fordi de ikke hadde personer eller helsepersonell som hadde erfaringer med LAR, som populasjon. Vi vurderte 10 av de identifiserte norske referansene til å være mulig relevante i henhold til inklusjonskriteriene. Vi leste 54 enkeltstudier i fulltekst, og gjorde et strategisk utvalg på 24 studier som vi inkluderte i rapporten (Figur 3). De ekskluderte studiene etter strategisk utvalg finnes i vedlegg 2. En av våre fagfeller påpekte at det var noen flere norske studier som kan tenkes å være relevante. Vi har tatt disse med i vedlegg 4 over «potensielt relevante studier».



Figur 3. Flytskjema over identifisert litteratur

Inkluderte studier

I 14 av de inkluderte studiene (14;20-32) var deltakerne pasienter (N= 364) og i sju studier (33-42) var deltakerne helsepersonell (N= 327). Tre studier (N=86) handlet både om erfaringene til pasienter og helsepersonell (38-40).

Sju av studiene var fra USA, seks fra Norge, fem fra Storbritannia, to fra henholdsvis Canada og Sverige, en fra henholdsvis Belgia og New Zealand.

Behandlingssettingene for pasienter inkluderte LAR-sentre, kommunale helsesentre, kontorbasert LAR, andre poliklinikker, sprøyterom, LAR nettbasert og telefonbaserte program. Behandlingssettingene for helsepersonell inkluderte både offentlige og private tjenester, primærhelsetjeneste, LAR-klinikker og apotek.

Karakteristika ved studiene, forfatternavn, publiseringsår, land, deltakere, setting, metode for innsamling av data og forsknings spørsmål er beskrevet i Tabell 1.

Kvalitetsvurderinger

I følge vår CASP-vurdering hadde 22 av de 24 inkluderte studiene høy eller moderat kvalitet (se vedlegg 3). De alle fleste studiene (minst 20) tilfredstilte elementer om målsetting for studien, kvalitative metodologier, forskningsdesign, datainnsamlingsmetoder, etiske betraktninger, og verdifull forskning. Kun seks av studiene tilfredstilte kriteriet om refleksivitet (22;26;29;33;40;43). Kvaliteten på dataanalysen var uklar i ti av studiene (20;21;27-29;33;35;36;43;44).

Tabell 1. Inkluderte studier

Førsteforfatter (år)	Land	Deltakere	Kontekst	Metode	Problemstilling/ formål
Studier som presenterer pasienters erfaringer med LAR					
Bishop (2019) (43)	New Zealand	7 LAR-pasienter (1 kvinne og 5 menn i alderen 25-65 år)	LAR-klinikker	Individuelle intervjuer	Å forstå erfaringer med å motta buprenorfin/naloxone behandling for opiatavhengighet
Brekke (2010) (20)	Norge	26 LAR-pasienter (11 kvinner og 15 menn i alderen 27-57)	LAR-klinikker i sju norske kommuner	Individuelle semi-strukturerte intervjuer hjemme hos pasienten	Å undersøke endringer i pasienters opplevde livskvalitet etter start av legemiddelassistert rehabilitering og pasientenes forklaringer på disse endringene.
De-Maeyer (2011) (21)	Belgia	25 Pasienter (8 kvinner og 17 menn i alderen 26 -46)	Metadonklinikker	Individuelle intervjuer	Å få bedre kunnskap om opiatavhengige personers syn på god livskvalitet (QoL) og metadonbehandlingens innvirkning på QoL
Granerud (2015) (22)	Norge	7 LAR-pasienter (4 kvinner og 3 menn i alderen 26-49 år)	LAR-klinikker i fire distrikter i Norge	Individuelle intervjuer	Å belyse i hvilken grad norske LAR pasienter opplever å kunne medvirke i egen behandling
Hatcher (2018) (23)	USA	77 Opioid-avhengige pasienter (60 menn og 17 kvinner med gjennomsnittsalder 46.5)	Et kommunalt helsesenter og to metadonklinikker	Individuelle semi-strukturerte intervjuer	Å utforske pasienters ulike erfaringer med kontorbaserte behandling med buprenorfin for å redusere stigma, identifisere behov for tjenester og psykososial støtte.
Hewell (2017) (24)	USA	11 Opioid-avhengige personer (7 kvinner og 4 menn)	LAR-klinikker og selvhjelpsgrupper	Fokusgruppe intervju og dybde intervjuer	Å undersøke holdninger, oppfatninger og kunnskap hos personer som kan ha nytte av legemiddelassistert buprenorfin, som behandling og forstå behandlingssøkende atferd
Korthuis (2010) (25)	USA	29 Opioid-avhengige pasienter med HIV (6 kvinner og 23 menn med median alder 41 (20-58))	Kontorbasert behandling og LAR-klinikker	Dybde-intervjuer	Å utforske HIV- pasienters holdninger til buprenorfin behandling i kontorbaserte settinger og andre legemiddelassisterte behandlingsprogrammer
Nordbø (2014) (26)	Norge	5 LAR-pasienter (1 kvinne og 4 menn i alderen 20-26 år)	To LAR-poliklinikker	Dybdeintervjuer	Hvilke nye handlingsmønstre og vaner opplever unge LAR pasienter i rehabiliteringen, og hvilken betydning har medvirkning for å opprettholde denne endringen?
Richert og Johnson (2015) (27)	Sverige	27 LAR-pasienter (7 kvinner og 20 menn i alderen 24-53 år) –selv-medisinerings med metadon	LAR-klinikker og sprøyterom	Individuelle dybde intervjuer	Å utforske holdninger til og opplevde barrierer mot langtids LAR behandling, ulike motiver for selv-medisinerings og funksjon blant opiatavhengige personer

		og buprenorfin (+ 3 måneder)			
Sohler (2013) (28)	USA	38 Opioid-avhengige personer (5 kvinner og 33 menn med gjennomsnittsalder 44 år)	Tre sprøyterom	Fokusgruppe intervjuer	Å utforske holdninger og barrierer mot buprenorfin og metadonbehandling blant personer med opioidavhengighet
Solberg (2016) (29)	Norge	6 LAR-pasienter (2 kvinner og 4 menn i aldersgruppen 20 – 55 år)	En LAR-klinikk	Dybdeintervjuer	Å belyse og utvikle kunnskap ut fra et pasientperspektiv opplevd verdighet blant rusavhengige pasienter i møte med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester.
Tanner (2010) (30)	UK	12 LAR-pasienter med erfaring fra metadon og buprenorfin behandling	LAR-klinikker i Lancashire	Strukturerte intervjuer og skriftlige narrativer	Å utforske erfaringer til pasienter som har brukt metadon og buprenorfin for å beskrive styrkene og svakhetene ved disse medikamentene
Toft (2013) (31)	Norge	7 LAR-pasienter (4 kvinner og 3 menn i alderen 26-49 år)	LAR-nett, LAR-behandlingsprogrammer	Semi-strukturerte individuelle intervjuer (ansikt til ansikt og Skype)	Å belyse LAR-klienters opplevelse av innflytelse over egen behandling.
WOO (2017) (32)	Canada	18 Metadon pasienter (12 kvinner og 6 menn med gjennomsnittsalder 36 år)	To metadonklinikker	Semi-strukturerte individuelle intervjuer	Å utvide forståelsen av metadon pasienters erfaringer med stigma og utvikle et rammeverk for å bekjempe metadonrelatert stigma.
Studier som presenterer helsepersonell sine erfaringer med LAR					
Belseth (2016) (33)	Norge	14 Miljøarbeidere som arbeider innen LAR	LAR-klinikker	Fokus gruppe intervju	Å undersøke og beskrive hvordan miljøarbeidere opplever relasjonsarbeid i LAR
Green et al. (2014) (34)	USA	96 Klinikere og avdelingsledere	To non-profit integrerte helseplaner i primær- og spesialist helsetjenesten	Semi-strukturerte individuelle intervjuer på deltakernes arbeidsplass	Å utforske tilpasning til og aksept for bruk av buprenorfin i behandling for opiatavhengighet
Gordon (2011) (35)	USA	61 Behandlere i Veterans Health Administration	17 behandlingssteder som ikke var med i LAR	Semi-strukturerte telefon intervjuer	Å utforske og beskrive behandlers-, organisasjons- og systemnivåbarrierer og fasilitatorer for implementering av buprenorfinterapi
Johnson og Richert (2014) (36)	Sverige	25 Behandlere	LAR-klinikker	Semi-strukturerte intervjuer (individuelle og i par)	Å utforske eksisterende meninger og holdninger blant svenske LAR behandlere til «lekkasje» ved videresalg av metadon og buprenorfin
Livingston (2017) (37)	Canada	20 Allmennleger (10 kvinner og 10 menn)	Primærhelsetjenesten	Dybdeintervjuer	Å utforske faktorer allmennleger anser som viktig når de vurderer å foreskrive metadonbehandling

Van Hout (2018) (41)	UK	11 Ekspertter med kompetanse innen LAR (5 kvinner og 6 menn)	Statlige og ikke statlige etater involvert i LAR behandling	Fokusgruppe intervju	Å utforske interessegrupper og eksperters syn på barrierer innen metadon behandlingsprogrammer og LAR behandlingsstrukturer for å få kunnskap til å utvikle innholdet i tjenestene og implementering
Yaday (2019) (42)	UK	24 Farmasøyter (14 kvinner og 10 menn)	Apoteker	Semi-strukturerte individuelle intervjuer	Å utforske farmasøyters rolle i å forhindre substitusjonsrelaterte dødsfall, risiko forbundet med denne behandlingen og hva de kan gjøre for å redusere slike dødsfall
Studier som presenterer pasienter og helsepersonell sine erfaringer med LAR					
Harris (2015) (44)	USA	30 deltakere: 13 pasienter og 17 behandlere	LAR ved offentlig sykehus og ett opplæringsprogram for leger om bruk av buprenorfin	Observasjon og semi-strukturerte individuelle intervjuer	Å analysere hvordan frihet og normalitet i pasienters og helsepersonell narrativer reflekterer og påvirker erfaringer med behandlingene (metadon og buprenorfin)
Noteley (2015) (39)	UK	27 LAR-pasienter (9 kvinner og 18 menn med gjennomsnittsalder 46.63) og 10 behandlere	En LAR-klinikk	Individuelle intervjuer i pasientenes hjem og behandlere på klinikk	Å utforske pasientenes erfaringer med langtids LAR-behandling?
Notley (2014) (40)	UK	29 LAR-pasienter (9 kvinner og 20 menn) og 55 behandlere	Fire LAR-klinikker	Semi-strukturerte individuelle og fokusgruppe intervjuer på behandlingssted	Å vurdere pasientens erfaringer med metadon og buprenorfin behandling med og uten tilsyn
LAR - Legemiddel assistert rusbehandling					

Erfaringer med LAR

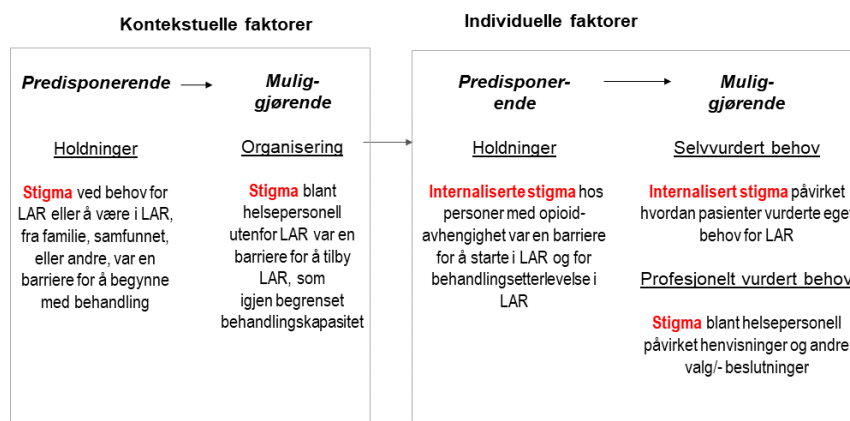
Vår analyser av de inkluderte studiene har avdekket seks hovedfunn som ble kategoriisert med hjelp av Andersens modell. Vi presenterer i fortsettelsen en oversikt over hvert hovedfunn, vår tillit til funnene, og studiene som bidrar i Tabell 2.

Tabell 2. Sammendrag av resultatene og GRADE CERQual vurdering

Hovedfunn	CERQual-vurdering	Forklaring på vurdering	Studier som bidrar
1. Stigma rundt LAR fra samfunnet utenfor, som var internalisert av noen pasienter, var en kontekstuell og individuell barriere for å oppsøke LAR.	Høy tillit	Metodiske svakheter: Ingen eller ubetydelige begrensninger. Koherens, relevans og i hvilken grad dataene er dekkende: mindre begrensninger	15 studier (3;21;22;24;26;27;30;34-37;41-44)
2. LAR var selv en kilde til stigma. Uavhengig at stigmaet de følte da de kom inn i LAR, føler pasienter og helsepersonell at LAR-systemet bidrar til ytterligere stigma.	Høy tillit	Metodiske svakheter, koherens, relevans og i hvilken grad dataene var dekkende: Mindre begrensninger	17 studier (20-25;29;30;32-35;39;40;42-44)
3. Mangelfull kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var en barriere rapportert av både pasienter og helsepersonell, som påvirket tilgang til LAR, kvaliteten på LAR, pasientenes opplevelse av LAR, og behandlingsutfall.	Moderat tillit	Metodiske svakheter: Mindre begrensninger. Koherens og relevans: Ingen eller ubetydelige begrensninger I hvilken grad dataene var dekkende: Moderate begrensninger	10 studier (22;24;32;34-37;41;42;45)
4. Kommunikasjon og forhold mellom personell og pasienter var en viktig del av LAR for pasienter, og var både fasilitatorer og barrierer.	Høy tillit	Metodiske svakheter: Mindre begrensninger Koherens, relevans og i hvilken grad dataene var dekkende: Ingen eller ubetydelige begrensninger	18 studier (3;20-25;29;30;32-35;39;42-45)
5. Pasienter har forventninger om mange ikke-medisinske individuelle utfall, for eksempel å komme seg i jobb, få bolig, og å få tilbake sosiale relasjoner.	Moderat tillit	Metodiske svakheter: Moderate begrensninger Koherens og i hvilken grad dataene var dekkende: Ingen eller ubetydelige begrensninger Relevans: Moderate begrensninger	15 studier (20-28;30-32;39;43;44)
6. Pasienter balanser kontinuerlig positive forventninger til LAR, med de negative utfall (inkl. stigma). Et «normalt liv» var et hyppig uttrykk som kan være et uttrykk for et kompromiss mellom stigma som følger med LAR og pasienters forventninger til positive utfall som følge av LAR.	Lav tillit	Metodiske svakheter: Moderate begrensninger. Koherens, relevans og i hvilken grad dataene var dekkende: alvorlige begrensninger	7 studier (20-22;26;30;39;44)

Funn 1: Stigma fra personer utenfor LAR, som var internalisert av noen pasienter, var en barriere for å oppsøke og forbli i behandling

Stigma fremstår først og fremst som en kontekstuell barriere, som kan forstås som holdninger til LAR i den sosiale konteksten som omgir individet/pasienten. Noen pasienter hadde internalisert dette ytre stigmaet i form av skam (Figur 4).



Figur 4. Kontekstuelle faktorer som bidrar til individuelle barrierer for å oppsøke LAR

Stigma blant familier, kjente, og i samfunnet generelt var en sterk negativ påvirkningskraft på pasienters avgjørelse om å starte behandling i LAR (23;24;26;27;32).

«Negative holdninger i samfunnet, inkludert holdninger om at LAR pasienter fortsatt er rusavhengige og ikke i personer i rehabilitering, påvirket deltakernes prosess med å oppsøke behandling. Deltakerne mente at slike holdninger åpent ble kommunisert via media og indirekte gjennom misoppfatninger blant venner og bekjente. Dette sosiale stigmaet kan gjøre det vanskelig for personer å oppsøke og starte behandling selv om de selv har tro på behandlingen» (24)

Pasienter og helsepersonell stilte tilsynelatende ikke spørsmål til dette stigmaet rundt opioidavhengighet og LAR, til tross for at avhengighet lenge har vært anerkjent i medisinen som en nevrobiologisk lidelse utenfor individets kontroll. Mange av pasientene differensierte selv mellom avhengige (utenfor LAR) og seg selv (i LAR)

«Ved spørsmål om vanlige misoppfatninger om LAR var det vanligste svaret oppfatningen om at metadon gir pasientene rus på samme måte som andre opiater. Selv om metadon ikke er kjent for å gi rusfølelse på samme måte som heroin og morfin, opplevde deltakerne at metadonbehandling i offentligheten ikke ble sett på som noe annerledes enn ulovlig rusbruk» (32).

Pasientene selv anså det å være LAR-pasient som en bedre posisjon enn å være utenfor LAR (20-23;25;31;38;43). Implisert her er at pasientene så det å være avhengig utenfor LAR som negativt, mens å være i LAR som noe positivt. Å være i LAR burde derfor i deres øyne påvirke ens status i samfunnet i positiv retning. Men de opplevde at folk flest ikke så det slik, da de ikke skilte mellom personer i LAR og opioidavhengige utenfor LAR (21-24;26;32). En del pasienter oppfattet samfunnets stigma mot LAR, men så selv på dette som en misoppfatning; et feilplassert stigma som tilhører opioidavhengighet utenfor LAR (24;32;39).

Dette var ikke alltid tilfelle. Dette stigmaet kunne også være en brobygger mellom helseoppfatninger i samfunnet og individets egne helseoppfatninger. Noen pasienter hadde internalisert dette ytre stigmaet i form av skam (3;21;24;27).

«Noen pasienter så det som skamfullt å måtte søke hjelp... Deltakerne påpekte at de i hovedsak hadde holdt rusmisbruket skjult for sine nærmeste og at de ikke så på seg selv som ekte «Junkies». Dette medførte at det å oppsøke behandling ville være flaut og skamfullt» (27).

For disse pasientene fjernet ikke LAR stigmaet ved rusbruk, men tilføyde/forsterket stigmatiseringsprosessen. Ved å starte i LAR bekreftet man ovenfor det offentlige at man hadde opioidavhengighet. Man kunne unnsnippe/unngå dette stigmaet ved å holde rusproblemene skjult og ikke oppsøke behandling, mens ved å starte opp i LAR, aksepterte man stigmaet (24;27).

En del helsepersonell så stigma som en barriere for selv å ta del i LAR systemet. En barriere var at helsepersonell så på LAR-pasienter som vanskelige. LAR-pasienter var forventet å «skremme bort» pasienter som ikke var i LAR (35;37;38;44).

«Behandlerne....identifiserte stigma blant andre behandlere. Det var tydelig at leger ofte ikke ønsket denne typen pasienter '(jeg) vil ikke ha en klinikk full av vanskelige pasienter,' 'Disse pasientene har vanskelige personligheter,' 'Det er mer sannsynlig at de klager eller at de er ute etter legemidler, hvorfor skulle vi ønske å oppmuntre dem til å komme hit?' Og 'disse pasientene er veldig krevende og har komplekse problemer.»(35)

En annen barriere var at enkelte helsepersonell utenfor LAR-systemet mente at LAR ikke var en behandling, men bare en annen type avhengighet. De var negativt innstilt til LAR som behandlingsform og mente LAR var feil tilnærming i behandling av opioidavhengighet (34).

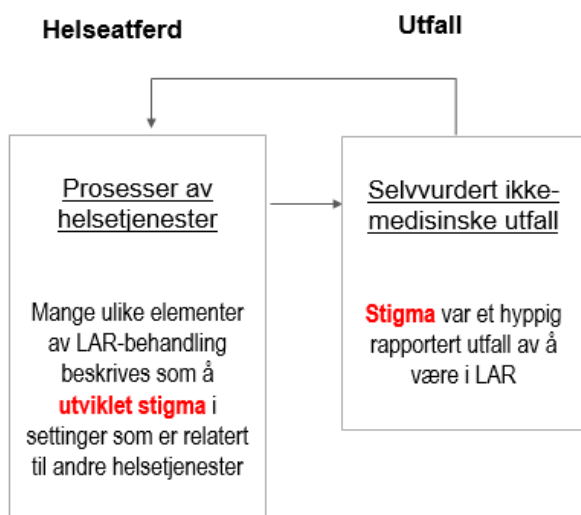
«Et (tredje) fremtredende tema var en undertone i noen av intervjuene med helsepersonell som antydte at moralistiske eller stigma relaterte holdninger og meninger om rusbruk påvirket beslutninger rundt behandlingen mer enn man kanskje kunne forvente ved foreskriving eller anbefaling av medikamenter i forbindelse med andre typer helseproblemer. Det var mindre sannsynlig at klinikere med en moralistisk tilnærming og de som generelt hadde et negativt syn på be-

handling av rusproblemer, støttet behandling med buprenorfin enn andre kliniskere. Klinikernes meninger og holdninger påvirket tilnærmingen til substitusjonsbehandlingen. Noen klinikere uttrykte bekymring for at medikamentell substitusjonsbehandling bare erstattet én avhengighet med en annen, og forlenget prosessen med avrusning og abstinenser. For eksempel '... du må enten slutte eller nedtrappes med det ene eller det andre, hvorfor skal man forlenge denne prosessen? Jeg vil ikke anbefale det....»'(34)

Når pasientene opplevde at LAR-behandlere selv hadde moralistiske og stigmatiserende holdninger til behandlingen, var det ikke overraskende at noen pasienter føler skam relatert til å være i LAR-behandling.

Funn 2: LAR kan bidra til en økt stigmatiseringsprosess blant pasienter

Stigma i funn 1 var relatert til faktorer som gjorde det vanskeligere for pasienter å begynne i LAR, eller for helsepersonell å jobbe innen LAR, altså det var flere barrierer relatert til helseatferd og utfall. Vårt andre funn gjelder stigma som en opplevelse av LAR selv (Figur 5), men må også ses i sammenheng med ytre faktorer som illustrert i Figur 5.



Figur 5. LAR bidro også til stigmatiseringsprosesser i andre helsetjenester

Det var ikke bare familier, venner, og samfunnet for øvrig som så på LAR som noe negativt (21;24;32;43). Ansatte på apotek, helsepersonell, og andre som var en del av LAR-systemet stigmatiserte også pasienter. Helsetjenester er satt i sammenheng med en spesiell kontekst, og helsepersonell har påvirkning på samfunnets helseoppfatninger (34;35;42;44). Både helsepersonell og pasienter snakket om stigma som et uheldig kjennetegn ved behandlingsprosessen, og dette var kategorisert av Andersen som en del av *helseatferds-faktoren*. For noen pasienter var det spesielt skuffende når helsepersonell gjenspeilte disse negative holdningene utenfra; pasienter forventet at selve LAR-programmet ikke skulle stigmatisere videre (22;29;32). Det er derfor ikke overras-

kende at stigmaet rundt opioidbruk ikke forsvant når man startet i LAR, med de kontekstuelle faktorene som var relatert til et vedlikehold av mulige stigmatiseringsprosesser.

«[Pasientene] påpekte at man i den offentlige debatten av og til hører ord som "statlige rusmidler" brukt om narkotiske stoffer finansiert av staten og "offentlig støttede rusavhengige" om mennesker som får disse stoffene (metadon, Subutex eller Suboxone) i et rehabiliteringsprogram finansiert av staten. Det kan være spesielt sårende for LAR-pasienter når ansatte har slike nedlatende holdninger» (22).

Resultatene tyder på at LAR bidro til ytterligere stigma da mottakerne av behandlingen, ifølge både pasienter og helsepersonell, ble behandlet som narkomane og ikke som «vanlige» pasienter (20;22).

"LAR pasienten kan ha en følelse av å ikke være en vanlig pasient, men en narkoman - med de negative konnotasjonene dette begrepet innebærer. Du er definert som en pasient, men opplever likevel å bli behandlet annerledes enn pasienter som ikke er rusavhengige ... "Vi blir fremdeles sett på som andrerangs borgere." (22).

"Stigma eller stigmatisert oppførsel fra [behandlere], pasienter og andre involvert i LAR behandlingen var tydelig i mange av [behandlingens] narrativer. De fleste [behandlerne] erkjente stigmaet forbundet med denne delen av helsevesenet og forsøkte å unngå stigmatisert oppførsel i egen praksis" (42).

(Betydningen av slike holdninger blant helsepersonell utdypes videre i funn 3.)

Det ble rapportert som om stigma mot LAR også fra andre deler av helsevesenet, f.eks. blant ansatte på legevakt og fastleger som ikke var en del av LAR som hadde holdninger som kunne være både stigmatiserende og diskriminerende.

«Helsepersonell ble identifisert som den nest vanligste kilden til stigma (44%). Deltakerne hadde møtt stigma og diskriminering fra helsepersonell i mange ulike settinger, alt fra familieleger til legevakten» (32).

Sett i lys av Andersens modell, hadde stigma fra LAR-systemet en tydelig negativ effekt på hvor villig pasienter var til å forbli i LAR. Stigma fra LAR-behandlerne selv var en barriere for å danne et godt terapeutisk forhold til behandlere, noe som igjen økte risikoen for drop-out (23); dette temaet kommer vi nærmere inn på i funn 4 om kommunikasjon.

Til slutt ble stigma reproduisert av LAR-systemet, noe som gjør at det kan telles som et utfall utover menneskelige forhold mellom pasient og helsepersonell. Måten LAR var fysisk og organisatorisk tilrettelagt, medførte i enkelte tilfeller at pasienter følte seg mer stigmatisert, noen ganger i enda større grad enn da de var utenfor LAR (23-25) (44;45). Fysisk kontakt med medpasienter som oppførte seg dårlig via henteordninger kunne medføre at pasientene selv stigmatiserte LAR og andre pasienter i LAR (21;25;44). Dette kan være et uttrykk for internalisert stigma. Mange pasienter rangerte for eksempel pasienter som fikk metadon lavere enn de som fikk buprenorfin. De anså pasienter på metadon som mer «ekte misbrukere» (21;30;32;43;44). Det er fullt

mulig at denne medikament-rangeringen kan ha vært et forsøk å finne en gruppe som var «dårligere» enn seg selv for å føle seg mindre stigmatisert i LAR.

For å oppsummere funn 1 og 2 om stigma, virker stigma som en kontekstuell og individuell barriere i forkant av behandling. Svært negative holdninger i samfunnet øker terskelen for pasienter å begynne i LAR, både fordi de ønsker å slippe andres fordommer, men også fordi mange selv har internalisert dette stigmaet. Men måten LAR er organisert på, kan bidra til å produsere og reprodusere stigma, og stigma var på denne måten også et utfall (29) (33;39). Resultatene indikerer at det varen sammenheng mellom sosialt stigma, pasienters reaksjon på dette stigmaet, og utfall av behandlingen:

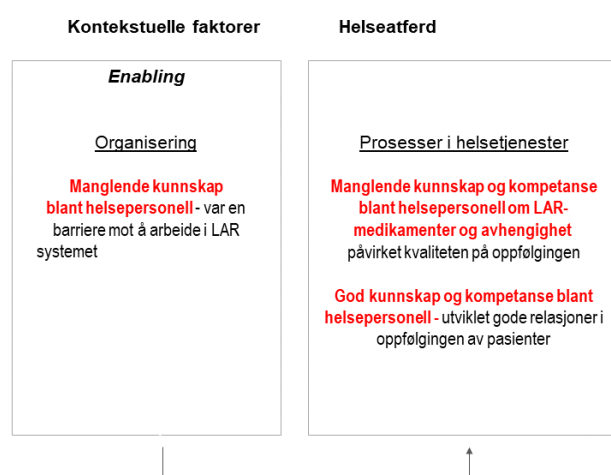
«Når deltakerne bestemte seg for å opplyse venner og familier om at de var i LAR, medførte dette ofte stigmatiserende kommentarer og til og med konflikter. Faktisk var venner og familie to av de vanligste kildene til stigma (..) Familie og venner manglet forståelse for utfordringene med nedtrapping, noe som kunne medføre at pasientene senket dosen eller forlot behandlingen helt» (32).

Notley (2015) oppsummerer omfanget av stigma: «Alle deltakere viste til stigma på et eller annet nivå, selv om de ikke direkte betegnet det slik».

Funn 3: Manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var en barriere og kontekstuell faktor ved LAR

Vi identifiserte manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell som kontekstuelle faktorer som påvirket kvaliteten på og tilgjengeligheten av LAR som illustrert i Figur 6.

Funn 3



Figur 6. Manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var kontekstuelle faktorer som negativt påvirket tilgjengeligheten og kvaliteten på LAR.

Pasienter og helsepersonell identifiserte manglende kunnskap blant helsepersonell som en barriere for å gi god behandling i LAR. De rapporterte at manglende kunnskap og faglig kompetanse om klientpopulasjonen og behandlingen gikk utover hvor god oppfølging pasientene fikk (22;24;32;42).

«En av deltakerne mente LAR-ansatte ikke var gode nok på å gi informasjon om hva pasienten hadde krav på. Deltakerne mente at dette delvis kunne forklares med at enkelte ansatte hadde lite eller ingen relevant opplæring for jobben som LAR behandler. Det ble videre påpekt at ansatte hadde lite eller ingen erfaring med rusmidler og en av deltakerne ønsket at LAR ansatte skulle ha personlig erfaring med LAR behandlingen» (22).

Behov for tilstrekkelig kunnskap, tilgang til eksperter, opplæring og faglige retningslinjer ble trukket frem av helsepersonell. De var lite kjent med ulike typer substitusjonsbehandling, lokale tjenester og støtteordninger som fantes. Flere fremhevet at sykepleiere og leger uten tilstrekkelig erfaring med pasientpopulasjonen manglet forutsetninger for å forstå mekanismene med behandlingen (34;35;42). Blant helsepersonell var det få som hadde lært om, eller tilegnet seg ferdigheter om ruslidelser i den formelle utdanningen, med mindre de aktivt hadde søkt denne type kunnskap. De så et behov for å inkorporere denne typen behandling i videreutdanninger eller spesialiseringer av helsepersonell gjennom dagskurs, konferanser etc. (34;41). De fremhevet også behov for tverrfaglig kompetanse og samarbeid på tvers av systemer da pasientene også hadde behov for tiltak/støtte utenfor helsetjenestens ansvarsområde (37;41;42).

Et tema var usikkerhet rundt passende lengde på behandlingen, og om medikamentell behandling i det hele tatt var hensiktsmessig. Noen mente psykologisk behandling ville være bedre. De opplevde at buprenorfin ofte var godt nok til å stabilisere pasientenes liv, men var usikre på om dette var tilstrekkelig. Videre stilte klinikere spørsmål om langtidseffektene av å ta buprenorfin, og mulige risiko for bivirkninger (34;35). I denne sammenheng ble det også reist spørsmål om utviklingen av vedlikeholdsbehandling, og om medisinen kanskje virket for godt, slik at pasientene ikke ble motivert til å bli kvitt avhengigheten (34).

Behandlerne rapporterte om mangelfull opplæring og kompetanse relatert til risikosituasjoner, utskrivning av metadon og håndtering av truende, aggressiv atferd. Mangelfull handling var understøttet av mangel på selvtillit og kunnskap til å håndtere slike situasjoner, manglende opplæring og manglende kunnskap om kliniske retningslinjer (37;41;42). Selv der deltakere anerkjente mulige risiko, så handlet de ikke nødvendigvis for å forebygge skade, for eksempel som her beskrevet av Yaday:

Noen deltakere fortalte at de ikke hadde handlet i situasjoner der pasientenes sikkerhet hadde vært i fare, for eksempel når rusede pasienter mottok LAR behandling. Deres manglende handling ble forklart med at deltakerne hadde en oppfatning om at pasientene ikke ville ta skade da de allerede var vant med risikabel rusbruk (42).

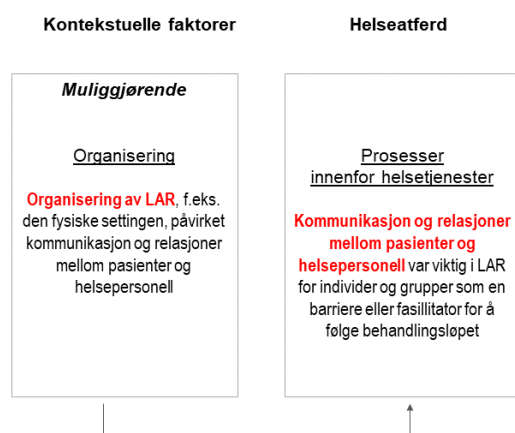
Manglende kunnskap kan ha bidratt til negative holdninger til LAR pasienter og LAR blant helsepersonell. Flere helsepersonell beskrev LAR pasienter som vanskelige og

uærlige mennesker med kaotisk livsstil. «Lekkasjer av LAR legemidler» og bruk av andre rusmidler i tillegg til behandlingen ble også sett på som en utfordring (37;40). Helsepersonell opplevde at det å tilby LAR i sin klinikk kunne true sikkerheten til de ansatte (37;41;42), og en bekymring de hadde, var at det kunne være utfordrende og utrygt for kvinnelige leger å behandle mannlige metadon pasienter (41). Flere delte personlige erfaringer og eksempler hvordan denne usikkerheten hadde hatt innflytelse for deres profesjonelle beslutninger, og det var spesielt nyutdannede leger som ville unngå å delta i LAR-systemet (35;41;42).

Funn 4: Kommunikasjon mellom personell og pasienter var enten fasilitatorer eller barrierer for behandlingsetterlevelse og utfall

Organisatoriske og strukturelle forhold ved behandlingen hadde betydning for forholdet mellom pasienter og helsepersonell. God kommunikasjon og relasjon mellom pasient og helsepersonell var avgjørende for kvalitet og behandlingsetterlevelse i LAR som illustrert i Figur 7.

Funn 4



Figur 7. Organisatoriske og strukturelle forhold ved behandlingen hadde betydning for forholdet mellom pasienter og helsepersonell

Våre resultater tyder på at relasjon og kommunikasjon mellom pasient og behandler påvirker kvaliteten på behandlingen og utfall. Både pasienter og helsepersonell mente at relasjonsarbeid og god kommunikasjon var viktig i LAR da gode relasjoner og god kommunikasjon mellom pasienter og behandlere bidro til mer åpenhet om utfordringer, mer målrettet behandling og bedre behandlingsetterlevelse (20;22-25;29-31;33;39;43).

Pasientene beskrev at det var viktig å bli møtt med respekt av behandlerne og at det var rom for samarbeid og åpenhet rundt behandlingen og problemer som oppsto under behandlingen. (38) (22;24;25;30). Som Hewell et al. her beskriver:

«Noen deltakere mente at det som gjorde at de taklet utfordringer i behandlingen, var støtte fra behandlere, ubetinget og positive holdninger fra behandlere, og et behandlingsmiljø tilrettelagt for samarbeid» (24).

Pasientene ønsket å bli sett på som en person- og ikke som en narkoman (22;38). De ønsket å bli hørt og ha medvirkning i behandlingsopplegget og at deres synspunkter på medikament og dose ble tatt med i betraktningen (22;24;25;31). De fremhevet at det var viktig å kunne være åpen om vanskeligheter i behandlingen eller tilbakefall med behandlere uten at dette skulle resultere i «straff» (21;25;43). Å være forberedt på og informert om det de skulle igjennom i forbindelse med behandlingen ble også trukket frem som positivt for å kunne takle utfordringer i begynnelsen av behandlingen (43).

Organisatoriske og strukturelle forhold ved behandlingen påvirket interaksjonen mellom pasienter og helsepersonell. Pasientenes møter med behandlere representerte også organisatoriske faktorer, det vil si deler av selve behandlingsprosessen, siden de foregikk og var formet av visse settinger og behandlingsstrukturer. Poliklinisk setting ble av mange sett på som en tryggere og mindre stigmatisert arena for å møte behandlere enn metadonsentere og apoteker (23;25;38). Her opplevde mange pasienter å bli behandlet som «normale personer» som mottok behandling og ikke «bare» som en av de narkomane. Denne settingen ga mer rom til å opparbeide relasjon og tillit til behandlerne (23;25).

«Pasientene foretrakk kontorbaserte behandling på grunn av sterke personlige forhold til personalet på HIV-klinikken, rådgivere og behandlere. Pasienter foretrakk denne type relasjon til behandlere fordi de opplevde større grad av tillit, å bli lyttet til, empati og gjensidig respekt. Deltakerne koblet stadig disse pasient-senterte behandlerkarakteristika med deres preferanse for å motta kontorbasert behandling» (25).

Mange pasienter beskrev at behandler-pasient forholdet var kjennetegnet en asymmetrisk maktfordeling. Behandlerne hadde makt over livene deres og noen pasienter var redde for hvordan denne makten kunne bli brukt (22;25;31). Kontrollordningene fikk brukerne til å føle seg fanget og ble opplevd som umyndiggjørende (20;22). De beskrev at det var lite rom for å feile i systemet og at kontrollordningene og frykt for sanksjoner bidro til manglende åpenhet med behandlere om problemer og at tilbakefall og problemer ble holdt skjult (21;22;25;31;43). Dette medførte at noen av pasientene fortalte så lite som mulig grunnet frykt for at det de har fortalt kan bli brukt imot dem (22;31). De opplevde at personell hadde fokus på det negative fremfor på det som gikk bra (22;31). Dette medførte at pasientene tilpasset informasjon som ble gitt for å tilfredsstille behandlere istedenfor å være åpne om utfordringer, noe som igjen bidro til utilstrekkelig hjelp til å takle problemene.

Flere beskrev at de ikke ble hørt av behandlere, og de opplevde å ikke ha innflytelse på egen behandling (22;29;31). Disse negative møtene med behandlerne påvirket pasientenes oppfatninger av helsetjenestene, påvirket behandlingen og kunne bidra til at pasienter ikke klarte å gjennomføre behandlingen

Kommunikasjon og forhold mellom pasient og behandler var også et tema blant helsepersonell. Helsepersonell påpekte at å bruke tid på relasjonsarbeid var viktig for å skape trygghet og rom for åpenhet i behandlingssituasjonen (33;40;42), men det opplevdes vanskelig å snakke om rusbruk med pasientene. Pasientene hadde ofte tidligere erfaringer med konflikter og brutte relasjoner til hjelpeinstanser noe som skapte mistillit til systemet. Pasientenes mistillit til systemer og behandlere gjorde relasjonsarbeidet utfordrende (33). Stigmatiserende holdninger blant helsepersonell (funn 1 og 2) ble også trukket frem av helsepersonell som en barriere for relasjonsarbeid (34;35;38;42). Selv om man forsøkte å møte pasientene med respekt, så kunne ubestemte negative holdninger og i noen tilfeller frykt, påvirket interaksjonen med pasientene negativt (42).

Relasjonsarbeidet var ikke bare individuelt betinget, men ble også påvirket av de organisatoriske rammene rundt behandlingen. Behandlerne så kontrollordningene som en nødvendig del av behandlingen for å kunne gi trygg og forsvarlig behandling (33;38), men disse kontrollordningene bidro også til mistillit hos pasientene og kunne være ødeleggende for relasjonen (33). Åpenhet ovenfor pasientene om denne dobbeltrollen ble beskrevet som viktig, men det opplevdes utfordrende å opprettholde en god relasjon med denne kontrollfunksjonen i bunn. De fant at det i noen tilfeller kunne hjelpe å skyldte på systemet for å verne om relasjonen. De betydde at en tillitsfull og god relasjon kunne minske behovet for kontroll fordi dette ga pasientene trygghet til å fortelle sannheten (33).

Noen påpekte at systemene ikke var tilrettelagt for slikt relasjonsarbeid (33;42). Også helsepersonell erfarte at kontorbasert settinger var en bedre arena for relasjonsarbeid enn metadonsentrene og apotekene, da denne settingen var mer tilrettelagt for individuell oppfølging (34;38).

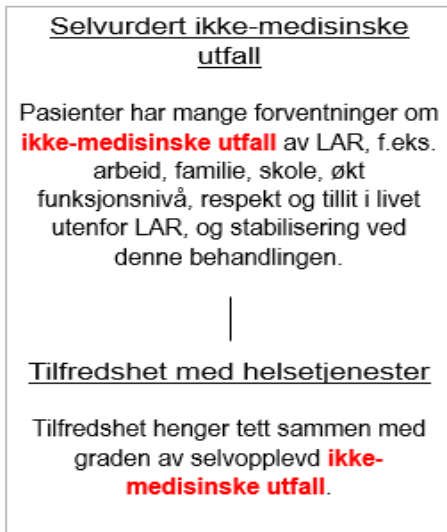
«For behandlerne var distanse fra metadonsentrene viktig for å føle seg frie og normale. Joseph og andre behandlere bemerker, at det å skrive ut buprenorfin i en kontor-basert setting gir dem mulighet til å føle seg som og oppføre seg som normale helsepersonell hvis medisinske beslutninger er mindre kontrollerte» (38)

Både helsepersonell og pasienter identifiserte god kommunikasjon og gode terapeutiske forhold mellom pasient og behandler som viktig for kvaliteten på behandlingen og muliggjørende faktorer for å forbli i behandling, mens manglende kommunikasjon og problematiske og ikke-eksisterende relasjoner påvirket behandlingssituasjonen negativt for både pasienter og helsepersonell.

Funn 5: Pasienter hadde forventninger om mange ikke-helserelaterte individuelle utfall av LAR

Et gjennomgående tema blant pasienter var at LAR handlet om mye mer enn bare det medikamentelle, og at utfallene de forventet like ofte var sosiale som helse-relaterte som illustrert i Figur 8.

Utfall



Figur 8. Forventninger om ikke-medisinske utfall

Forventninger, eller håp, kan knyttes til pasienters forståelser av opioidavhengighet. Pasientene fremstilte avhengigheten som kompleks og sammensatt (21;23;39;43) og mange beskrev behov for støtte og behandling utover medikamentell behandling (21;30;43). Fordi avhengigheten var kompleks og ikke begrenset til hjernen eller helsen, var utfallene de forventet likeså komplekse og brede. Pasientene var ikke bare opptatt av å komme ut av rusen, men ønsket også å få behandlet underliggende problemer (21;43). De var opptatt av at den medikamentelle behandlingen alene ikke hjelper mot grunnene til at man begynte å ruse seg, men legger et lokk på disse følelsene og kan gi rom for å jobbe med de underliggende problemene og til å få orden på livet igjen (21;24;26).

Mange pasienter ønsker å bruke behandlingen til å få til en endring i livet (20;22;26). Pasientenes opplevelse av behov for LAR ble påvirket av det helsepersonell identifiserte som «en indre motivasjon for endring», men som også kan forstås som det pasientene forventet å oppnå ved hjelp av LAR: ønske om en utdanning, førerkort, å kunne ta vare på familien, eller bare det å bli «frisk» (21;24;27;39). Pasienter beskrev at det var viktig å ha en jobb eller andre interesser for å fylle «tomrommet» etter rusen, noe de direkte og indirekte uttrykte som et ønsket resultat av LAR (20;21). At behandlingen var tilpasset individuelle behov var også viktig for å kunne prestere i arbeidslivet, som her beskrevet av Granerud et al.

«Deltakerne understreket viktigheten av medikamentell behandling for å kunne fungere i jobb, og at hver enkelt person skulle få det medikamentet som fungerer best for dem. Noen av deltakerne opplevde at deres meninger og preferanser ble tatt med i betraktningen når det var snakk om å endre medikament og dosering» (22)

Det å kunne fungere i en jobb førte til en bedre selv-følelse, bedre livskvalitet, opplevelse av tilhørighet, mening og mindre stigma (20;23;31;39;43;44). Det var viktig å bli

sett på som bidragsytere i samfunnet og ikke bare «en narkoman» (21;31;38). Å ha en jobb og et ansvar for noe bidro til en stabilitet i livet som igjen minsket risikoen for tilbakefall (21).

Mange beskrev også at LAR bidro til at man kunne gjenoppta et sosialt liv og bedre relasjonene til familie og venner (20-22;26;39). Å ha et «normalt» liv, med «normale» relasjoner og å kunne gjøre «vanlige» ting ble trukket frem som svært viktig for mange av deltakerne, noe LAR i mange tilfeller bidro til (31;39;43;44); dette er utdypet nærmere i neste funn. Samtidig beskrev flere at de var bundet til behandlings-regimet, noe som kunne bidra til dårligere etterfølgelse fordi de savnet det «frie livet» (20-22;24;28;38;39;43;44). Noen ønsket seg mer frihet, da behandlingen kunne være et hinder i arbeidsliv, men også vanskeliggjorde muligheter for å reise og ha et «vanlig liv» (20;22;44).

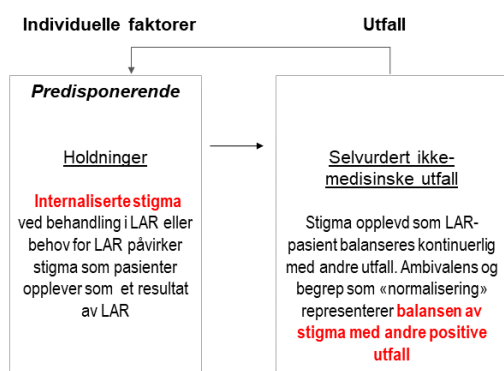
Et komplisert utfall var omgang med rusmiljøet. Pasienter ønsket separasjon fra rusmiljøet, men ønsket ikke å bli isolert. I noen organiseringer av LAR, for eksempel meta-don-sentre, er omgang med personer fra rusmiljøet nesten garantert, og dette ble sett på som en barriere for endring og etterfølgelse i behandlingen (21;23;25;43;44). Samtidig, kunne det å ikke kunne omgås gamle venner medføre sosial isolasjon og ensomhet (20;23). Sosiale strukturer rundt pasientene – som mange forventet skulle forbedres gjennom LAR - påvirket deres evne til å gjennomføre en behandling, noe som ikke var tatt høyde for av behandlingsapparatet.

Som diskutert i Funn 2, kunne stigma rundt behandlingen være en barriere for disse ønskete ikke helse-relaterte utfallene. Flere ble møtt med negative holdninger til LAR i arbeidslivet (26;32;39). Både pasienter og helsepersonell var enige i at tilleggstjenester som sosiale støttetiltak eller oppfølging av tverrprofesjonelle team kunne hjelpe pasientene til å oppnå ønskete utfall og behandlingsmål (21;26;30;41).

Våre resultater viser at pasientene opplever ikke-helserelaterte utfall av behandlingen som svært viktige for hvorvidt de opplever behandlingen som meningsfull. Pasientene bedyrer at de har behov for behandling med en helhetlig og tverrfaglig tilnærming som inkluderer støtteordninger utover det det rent medisinske.

Funn 6: Et «normalt liv» var et kompromiss mellom opplevd stigma med LAR og positive forventninger til LAR

Pasientenes atferd i LAR - behandlingsetterlevelse, selvmedisinering og frafall - kan forstås som et resultat av en kontinuerlig overveining mellom belastningen av stigma og positive erfaringer med LAR som illustrert i Figur 9.



Figur 9. Individuelle faktorer som påvirker ikke medisinske utfall

I funn 1 diskuterte vi hvordan både ytre og internalisert stigma var så belastende for mange at behovet for hjelp måtte være stort nok til at de var villige til å leve med stigmaet de forventet å oppleve i LAR.

I funn 5 beskrev vi ikke-helserelatert utfall av behandlingen som var viktige for pasientene. Noen pasienter opplevde at behandlingen hadde mange positive ikke helse-relaterte utfall, mens andre opplevde at disse manglet, men det var en tydelig bredde av forventninger til slike utfall; å få arbeid, å kunne ta vare på familien, å få økt selvtilit, å normalisere sosiale forhold, å få orden på økonomien, å etablere en daglig rutine som ikke kretset rundt å skaffe rusmidler og så videre. Disse positive utfallene var en motvekt til stigmaet de opplevde. De forhandlet og revurderte denne balansen kontinuerlig; for at de skulle holde seg i LAR (og overholde reglene), måtte de positive utfallene oppveie for de negative. Dersom belastningen ved stigmaet, og andre negative utfall, begynte å overveie de positive utfallene ble det mindre lønnsomt å følge behandlingen. Med denne forståelsen er grunnene til om pasienten blir i eller slutter i komplekse og sammensatte. Sitatet nedenfor beskriver den ambivalensen som pasientene opplever:

«[Pasienter] indikerte at LAR behandlingen hadde gitt dem mer frihet, men at de var forpliktet til å følge LAR systemet for å få medikamentene. Totalt sett opplevde de forbedret livskvalitet. Deltakerne satte pris på den medikamentelle behandlingen, men deres tilfredshet med LAR systemet varierte. Selv de som var mest kritiske til systemet, tross deres opplevelse av maktesløshet forårsaket av systemet, satte pris på at behandlingen reddet liv og at livet uten behandling ville vært verre» (22).

Med dette sitatet beskriver Granerud denne kontinuerlige overveiningen. Frihet fra rusmidler veies mot mangelen på frihet som følge av behandlingen. Forbedret livskvalitet vektes mot lav tilfredshet. Maktesløshet veies mot overlevelse.

Noen pasienter rapporterte at de positive følgene overveide de negative, ofte i form av "normalisering". Det å føle seg "normal" representerte en destigmatisering fra stigmaet knyttet til LAR og opioidavhengighet. Harris intervjuet både behandlere og pasienter, og begge gruppene snakket om hvordan pasienter satte pris på den fysiske normaliseringen de opplevde med buprenorfin, sammenlignet med metadon.

«Buprenorfin frigjør [pasienten] fra den fysiske formen og fremtoningen til en rusavhengig: 'Jeg har sett menneskene komme inn og bli rusfri, og det raskt. Bare i løpet av noen uker begynte de å se ut som mennesker. Du vet, de får tilbake gløden som narkomane mangler. Du vil se at de får tilbake energien og at de holder hodet høyt. Og det er et pluss for meg ...' Louies kommentar belyser buprenorfins antatte evne til å formidle normalitetens ytre fremtoning. Dette, samt de fysiske fordelene som buprenorfin gir, inkludert klarhet i tankene, årvåkenhet og reduserte sug, bidrar til fysisk normalitet» (44).

I dette sitatet kobles pasienten normalitet med det å være menneskelig. Mange av studiene brukte begrepene «normalitet» og «normalt liv» (20;21;26). Tanners og Notleys pasienter ga et litt annet eksempel på normalitet: en normal apotekkunde som henter en normal resept.

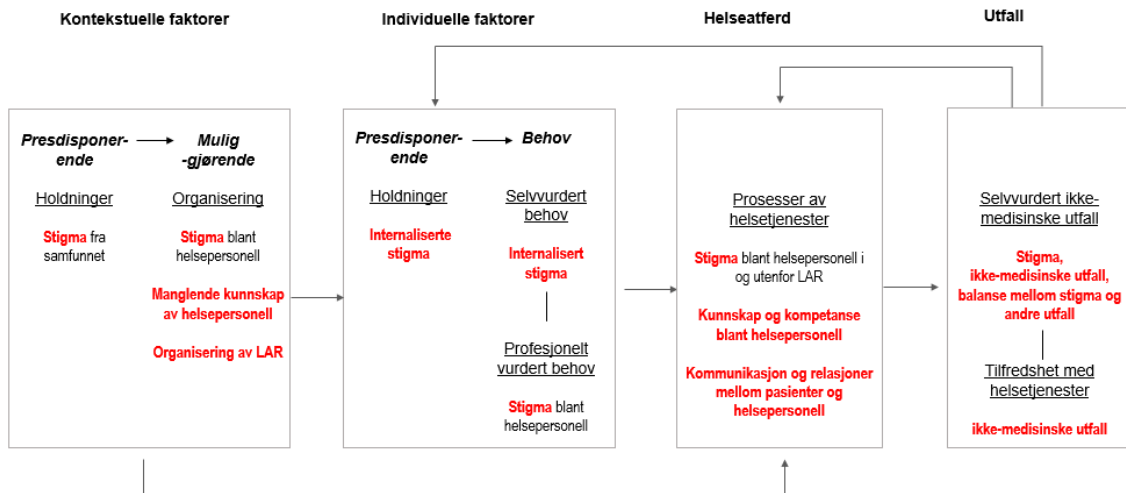
«Noen deltakere mente at ettersom Suboxone var mindre kjent blant allmennheten, så var den ikke assosiert med det samme stigmaet som metadon. De fortalte de at de som en konsekvens av dette følte at de fremsto som normale apotek kunder(30).

Normalisering var et gjennomgående tema i datamaterialet. Flertallet av [pasientene] så på substituttbehandlingen som en hvilken som helst annen medisin. For meg – er det normalt ... Jeg dro var på apoteket i går, og hentet metadonen for uka, og det er morsomt egentlig, jeg tenkte ikke over det en gang». (OST i 5–9 år) (39)

Notleys pasienter var langtidspasienter. Hvis vi ser på langtidspasienter som en gruppe som kontinuerlig har vurdert fordelene med LAR til å overveie stigmaet, forklarer dette at normalisering var et tema i dette utvalget. Det at disse pasientene ser på LAR-medisinen sin som en "normal" behandling, viser fravær eller aksept av stigma, som oppleves gjennom et helt uproblematisk besøk på apoteket.

Oppsummering av resultatene

Sett i lys av Andersens modell, har de inkluderte studiene identifisert en rekke dynamiske faktorer som fremmer eller hindrer tilgang til og bruk av helsetjenester, som gjensidig påvirker hverandre (Figur 10).



Figur 10. Dynamiske faktorer som fremmer eller hindrer tilgang til og bruk av helsetjenester

De fleste *kontekstuelle faktorene* vi identifiserte var barrierer for å starte opp i behandling, for eksempel stigma i samfunnet og blant helsepersonell utenfor LAR-systemet. Sosialt stigma ble også internalisert av pasienter og personer som vurderte behandling, og stigma ble på den måten konstituert som en *individuell* barriere for å starte i eller forbli i LAR. Stigma hadde en tydelig påvirkning på hvordan pasienter vurderte eget behov for LAR, og denne vurdering var iterativ – terskel for å si at man trengte LAR var høyere, jo mer stigma man følte eller forventet.

Både pasienter og helsepersonell identifiserte også stigma blant helsepersonell i LAR-som en stor barriere for at pasienter forble i behandling. Manglende kompetanse blant helsepersonell, for eksempel hvordan å vurdere og håndtere risiko, påvirket pasientenes tilfredshet med behandlingen og behandlingstilbud, og påvirket ytterligere helsepersonells opplevelser av LAR-pasienter og -systemet.

En annen viktig *kontekstuell faktor* var kunnskap og kompetanse om LAR og avhengighet blant helsepersonell. Både pasienter og helsepersonell identifiserte behov for økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Helsepersonell som manglet kunnskap (og her var manglende kunnskap ofte uttrykt i form av stigmatiserende holdninger) var ofte uvillig til å tilby LAR, mens helsepersonell med kunnskap ofte var entusiastiske og oppmuntret andre rundt dem til å tilby behandlingen.

Kommunikasjon og forhold mellom behandlerne og pasienter hadde også stor innvirkning på pasientenes opplevelse av behandlingen. God kommunikasjon og gode terapeutiske forhold mellom pasient og behandler ble sett på som en muliggjørende faktorer

for å forbli i behandling, og dette inkluderte enkel daglig kommunikasjon mellom helsepersonell på apotek og pasienter. Manglende kommunikasjon og problematiske, ikke eksisterende relasjoner opplevdes som barrierer for alle involverte.

Pasientenes *utfall* i LAR var påvirket av behandlingsprosesser som kommunikasjon og helsepersonells kompetanse, men også av pasientenes egne forventninger av og holdninger til LAR. Ofte hadde de forventninger om ikke-helse-relaterte forbedringer, som å fungere i arbeidslivet, ta utdanning, å fungere sosialt, å kunne leve «vanlige» liv. I hvilken grad de følte at LAR bidro til slike sosiale utfall påvirket deres tilfredshet med LAR, og deres selvverderte behov for ytterligere behandling.

Med hjelp av Andersons modell har vi vist at de fire sammenhengende og gjensidig avhengige faktorene henger sammen, slik at kontekstuelle faktorer får betydning for individuelle valg, og at opioidavhengiges holdninger og behov kan få konsekvenser for hvilke utfall som de har sett på som viktige. Et eksempel kan være at forventninger fra samfunnet om at individet skal løse ett avhengighetsproblem, og bli rusfri, mens det for enkeltindividet kan være at en ønsker seg gode utfall som bedre helse, skole, utdanning, familie, bli møtt med respekt og ha gode relasjoner til behandlingsapparatet, som er sett på som vel så viktige som effekten av medikamentet. De studiene vi har gått igjennom har bare indirekte hatt fokus på organisering av tjenestene, men både forbedring (forventninger om) og en form for systemforståelse har vært tema i studiene. Dette kan være relevant fordi, både pasienter og helsepersonell peker på kontekstuelle faktorer som har betydning for hvordan tjenesten bør utvikles med hensyn til bedre kunnskap og kompetanse blant helsepersonell, tilgang til andre helsetjenester, ikke medisinske utfall, behov blant pasienter og helsepersonell, relasjonsarbeidet, organisering av LAR, og om de identifiserte behovene er de samme hos pasientene som hos helsepersonell.

Denne modellen kan vise en mer sammensatt forståelse av et sosialt fenomen, enn en enkel tematisk analyse, der vi ville ha fått en mer fragmentarisk forståelse av enkelt tema og ikke kunne analysert hvordan faktorene henger sammen og er gjensidige avhengige av hverandre. Et eksempel på dette er funn 1 og 2.

Diskusjon

Hovedfunn

Målet med denne systematiske oversikten var å oppsummere kvalitative studier som utforsket pasienter og helsepersonells erfaringer med LAR. Vi inkluderte 24 enkeltstudier, de fleste av høy metodisk kvalitet og publisert etter 2010. Vi analyserte datamaterialet med hjelp av kvalitativ metode, koding av datamaterialet, utforske sentrale og meningsbærende tema og identifiserte seks hovedfunn. Resultatene fra både pasienter og helsepersonell viste sammenfallende erfaringer på disse temaene; LAR-behandling kan bidra til stigmatisering, både helsepersonell og pasienter identifiserte et behov for økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Videre viste de kvalitative studiene at det var felles erfaringer knyttet til kommunikasjon og relasjonsarbeid, der både pasienter og helsepersonell mente at det var muligheter for forbedring, og spesielt i kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell.

Kunnskapsgrunlaget og overførbarhet

Studiene presenterte erfaringer fra pasienter og helsepersonell i syv ulike land. Seks av de inkluderte studiene var norske. Studiene ble gjennomført i ulike behandlingssk kontekster som vist i tabell 1. Selv om de inkluderte studiene representerte erfaringer fra forskjellige land med ulik organisering av LAR og helsevesen, var det tydelig enighet på tvers av studiene om hovedtemaene i denne rapporten.

Strategisk utvalg ble brukt da vi identifiserte et stort antall studier med svært rike data. Vi valgte å bruke en målrettet tilnærming for å velge ut kvalitative studier for å oppnå en variasjon i datamaterialet (geografi, setting, balanse mellom studier av pasienter og helsepersonell), hvor rike beskrivelsene var av data og relevans i forhold til problemstillingen. Siden overførbarhet var sentralt for oppdragsgiver, innhentet vi flere norske studier, og vi mener utvalget gjenspeiler vår problemstilling. Vi har også fått en god miks av erfaringer blant pasienter og helsepersonell.

Tillit til forskningsresultatene

Basert på våre GRADE-CERQual-vurderinger hadde vi høy tillit til de tre av funnene som omhandlet stigma (funn 1 og 2) og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter (funn 4), og moderat tillit til to av funnene om manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell (funn3), og pasienters forventninger til ikke-medisinske utfall (funn 5), noe som tyder på at disse funnene er en god representasjon av hvordan

deltakerne opplever LAR. Ett funn var pasientenes kontinuerlige overveining mellom negative og positive erfaringer med LAR, som vi vurderte til å ha lav tillit (funn 6) noe som tyder på at disse resultatene muligens i lavere grad representerer pasienters opplevelse av LAR.

Styrker og svakheter

I denne kvalitative oppsummeringen har vi brukt en systematisk metode for å søke, identifisere, og analysere relevante studier. En godt gjennomført kvalitativ systematisk oversikt kan gi en grundig forståelse av komplekse fenomener ved at vi har utforsket menneskers oppfatninger og opplevelser og samtidig har tatt hensyn til kontekstuelle faktorer (14). Når seleksjonskriteriene favner bredt kan det også være utfordrende å vurdere hvilke studier som er relevante for inklusjon. For å besvare forskningsspørsmålene på en tilfredsstillende måte gjorde vi et strategisk utvalg basert på metoden som var beskrevet av Ames og kollegaer (16). I motsetning til oppsummeringer av effektstudier der et stort antall studier ansees som en styrke, kan store mengder data i en kvalitativ studie være en svakhet da det blir utfordrende å gå i dybden på materialet. Vi avgrenset antall studier til en håndterlig mengde og det gjorde det mulig for oss å gjøre grundige analyser av materialet. Samtidig valgte vi studiene med tilstrekkelig bred geografisk spredning som hadde rike data og som var relevante for å besvare forskningsspørsmålene.

Vi har vurdert en rekke fagfelleverderte primærstudier etter beskrevet metode. Det er alltid mulig vi har oversett studier som kunne tilført relevant kunnskap til denne rapporten. Vi har følgelig heller ikke grunnlag for å vurdere hvilket resultat vi hadde fått hvis vi hadde gått gjennom alle de 54 studiene. Vi har derfor lagt ved en liste over studiene som ble valgt bort i den strategiske utvelgelsen slik at disse skal være lett tilgjengelige for leseren.

Systematikk og transparens i våre analyser er også styrker. Vi brukte en totrinnsprosess i dataanalysen. Den første runden av koding var induktiv og gjort av to forfattere, uavhengig av hverandre, som ikke hadde erfaring fra LAR-forskning (se nedenfor for videre diskusjon om refleksivitet rundt forfatterens bakgrunn). Den andre runden ble gjort av de to forfatterne som hadde erfaring med LAR-forskning. Denne runden var deduktiv og vi brukte en teoretisk modell. Vi brukte en slik to-trinns prosess som inkluderte fire forfattere for å sikre åpne og metodologisk sterke analyser. Videre er det en styrke at vi har vurdert den metodiske kvaliteten og vår tillit til resultatene og konklusjonene i studiene ved hjelp av GRADE CERQual.

Oversikten viser noe av det mangfold, volum og egenskaper ved den forskningen som foreligger per i dag. Den gir ingen sikre svar, men må sees som grunnlag for et videre arbeid. Dels kan oversikter av kvalitative studier brukes til å identifisere erfaringer med helsetjenester og være et grunnlag for å forbedre tjenestene.

Forfatternes refleksivitet

Som del av den kvalitative analyseprosessen har vi i prosjektgruppen reflektert over hvordan vår bakgrunn, erfaringer og holdninger kan ha påvirket studieseleksjon, datauthenting og analyser og tolkning av resultatene. Vi er en tverrprofesjonell gruppe med bakgrunn i sosiologi, migrasjonshelse, klinisk forskning, helsetjenesteforskning og utviklingsfelt, og med kompetanse innen kvantitativ og kvalitativ forskning. Vi var alle ansatt i Folkehelseinstituttet under arbeidet med denne rapporten og er opplært i systematiske oversikter.

Vår bakgrunn og tidligere erfaringer vil ha påvirket, hele forskningsprosessen fra studieseleksjon til analyser og rapportering. Samtidig har denne blandingen av forskningserfaringer gjort teamet kunnskapsrikt, og har bidratt til at en rekke perspektiver har blitt trukket fram og diskutert, for eksempel at opioidavhengighet har blitt diskutert fra både kriminologiske og psykologiske og medisinske perspektiver.

Hvor relevante er resultatene for Norge?

Vi anser resultatene som svært relevante, siden relevans til norsk kontekst var bygget inn i vår utvalgsmetode. Vi har oppsummert studier utført i Norge samt i andre land vi bruker å sammenligne oss med.

Resultatenes betydning for praksis og policy

En fordel med Andersens modell er at den presenterer et rammeverk for å vurdere og forstå hvilke aktører som påvirker domener og faktorer som fremmer og hemmer bruk og lik og rettferdig tilgang til helsetjenester. Basert på våre resultater har vi kommet frem til noen implikasjoner for praksis som kan være nyttige å ta i betraktning.

- Stigmatiserende holdninger blant helsepersonell i og utenfor LAR bør både forbygges og reduseres. Stigmareduserende tiltak har hatt god effekt i andre kliniske settinger og i settinger med marginaliserte grupper, som f.eks. fengsler (32)(referanse). Helsedirektoratet og behandlere bør prioritere slike tiltak i opplæringen av nye helsepersonell og bør implementere slike tiltak blant erfarne helsepersonell.
- Et mer langtidsvirkende tiltak er stigmareduserende kampanjer i samfunnet, for eksempel mediakampanjer og holdningskampanjer. Dette kan for eksempel drives av Helsedirektoratet på nasjonalt nivå. På individuelt nivå kan involvering av pårørende i behandlingen bidra til å redusere stigma og øke forståelsen blant pårørende. Økt forståelse av LAR og prosessene rundt kan gi pårørende kunnskap til å støtte pasienten under behandlingen.

- Det er stort behov for å tilby opplæring og øke kompetanse blant helsepersonell som jobber med LAR. De må bli gitt faglig opplæring og kompetanse relatert til risikosituasjoner, utskrivning av metadon, og håndtering av truende, aggressive atferd, kommunikasjon og relasjonsarbeid. Det reduserer frykt, og stigma blant helsepersonell, kan i tillegg bidra til at pasientene får bedre behandling og oppfølging. En helhetlig tilnærming til behandlingen på tvers av profesjoner og systemer, for eksempel foreskrivning av medikament, lege, behandlingssentre kan bedre helsepersonells kompetanse og bedre kvalitet på LAR.
- Helsepersonell er kanskje ikke bevisste nok på de mange sosialt-relaterte utfallene pasienter ønsker og forventer fra LAR, og pasienter er ikke bevisst på at helsepersonell først og fremst fokuserer på medisinske forbedringer. Det å knytte tiltak som går på ikke medisinske utfall (som jobb, utdanning, fritidsinteresser el.) opp mot LAR kan bidra til bedre etterlevelse og utfall.
- Forventningsavklaringer mellom pasienter og helsepersonell kan hjelpe til at pasienter har realistiske forventninger til LAR. Pasienters forventninger er svært viktig for tilfredshet med LAR, som er viktig for videre behandlingsetterlevelse.
- Diverse organiseringsmåter kan tilrettelegge for individuell oppfølging og redusere stigma. Når ett medikament knyttes til mer stigma enn andre, bør det utforskes om dette skyldes organiseringen av behandlingen eller medikamentets egenskaper – våre resultater indikerer at ved å tilby en annen type utskrivning eller henteordning, å heve kompetansen blant personell eller å legge til rette for relasjonsarbeid, så kan man redusere stigma rundt behandlingen uavhengig av type medikament. Settinger må tilpasses ressurser og både helsepersonell og pasienter må være trygge, men det er mange organisasjonsbeslutninger som er kilder til stigma, og endringer bør vurderes for å forbedre hvordan pasienter forholder seg til LAR.

Overenstemmelse med andre oversikter

CADTH gjorde enkel tematisk analyse av pasienter og helsepersonell sine erfaringer med LAR som fokuserte på fasilitatorer og barrierer for å oppsøke behandling og for behandlingsetterlevelse. Denne hurtigoversikten ga en rask forståelse av deltakernes erfaringer. Da helseatferd og helsetjenestebruk er dynamiske og sammensatte prosesser trenger vi også grundige og vitenskapelige tilnærminger som anerkjenner at slike prosesser utformes hos enkeltmennesker som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng (46). Vi har derfor i denne rapporten forsøkt å gå dypere ned i konteksten rundt fasilitatorene og barrierene pasientene og helsepersonell opplever og har ved hjelp av Andersens teoretiske modell belyst forståelser og praksiser og hvordan opplevelsene henger sammen med de situasjonene de kommer fram i – innenfor LAR systemet og utenfor– og hva slags dynamikker som her opererer. Vi har funnet at stigma i samfunnet og i LAR-systemet påvirker i hvilken grad personer oppsøker behandling, behandlingsprosessen (kommunikasjon og relasjon til behandlere og kvalitet på behandlingen) og utfall av behandlingen. Vi har beskrevet hvordan

manglende kunnskap blant helsepersonell kan medvirke til stigma og negative holdninger blant helsepersonell. Pasientenes egne forventninger av og holdninger til LAR påvirkes av stigma og de vurderer kontinuerlig forventninger om positive utfall av behandlingen opp mot hvor stor belastningen som stigmaet knyttet til behandlingen var.

I CADTH-oversikten trekker forfatterne frem organisatoriske og praktiske barrierer for å oppsøke og forbli i behandling (som tjenesteorganisering og behandlingssetting, pasientenes reisevei til behandling osv.). De beskriver også pasientenes preferanser for ulike medikamenter (metadon versus buprenorfin), noe vi har valgt å ikke fokusere på i denne rapporten, , utover det som allerede var rapportert av CADTH.

Implikasjoner for forskning

Det er behov for flere studier som ser nærmere på erfaringer og opplevde behov utover den medikamentelle behandlingen. Vi har identifisert pasienters forventninger og behov for utfall som går utover rusavhengigheten, som var relatert til arbeid, skole, utdanning, bolig og familie. Videre forskning er nødvendig for å forstå hvordan vi kan bedre LAR-pasienters tilgang til andre tjenester, akseptabilitet for LAR og oppfølging relatert til andre kontekster enn helsetjenester, som kan bidra til bedre livskvalitet for LAR-pasienter.

Konklusjon

Behandlingssøkende atferd, behandlingsetterlevelse og utfall av LAR påvirkes av stigma i samfunnet og i LAR, av behandlingsprosesser som kommunikasjon og helsepersonells kompetanse, samt av pasientenes egne forventninger av og holdninger til LAR. Pasientene overveide kontinuerlig fordelene med LAR opp mot stigma og andre negative utfall av LAR i sine beslutninger om å oppsøke LAR eller forbli i LAR. Disse resultatene viser behov for økt faglig og relasjonell kompetanse blant LAR-personell for å øke kvaliteten på behandlingen og for å unngå stigma og negative holdninger blant personell. LAR bør også ha en helhetlig tilnærming på tvers av profesjoner og systemer for også å ivareta pasientenes ikke-helserelaterte behov da disse kan være avgjørende for behandlingsetterlevelse og utfall.

Referanser

1. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Haaseth A, Lillevold PH, Skeie I. LAR i rusreformenes tid. Statusrapport 2018. Oslo: Universitetet i Oslo; 2019. SERAF RAPPORT. 1/2019. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rappor-ter/2019/seraf-rapport-nr-1-2019-statusrapport-2018.pdf>
2. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2015.
3. Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-È, Poulin G, Selby P, Fischer B, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. CMAJ 2018;190(9):E247-E57.
4. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. Technology appraisal guidance [TA114][lest 30. august 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta114>
6. Patkar AA, Lee JC, Burgess DM. Opioid use disorder: BMJ Best Practice [oppdatert Jan 2019; lest 30. august 2019]. Tilgjengelig fra: <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/200>
7. Saxon AJ, Strain E, Peavy KM. Approach to treating opioid use disorder: UpToDate Inc. [oppdatert juli 2019; lest 30. august 2019]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-opioid-use-disorder?search=opioid%20dependence%20treatment&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H269978628
8. Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor R, et al. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2007;11(9).
9. Kornør H, Bjørndal A, Welle-Strand G. Medikamentell behandling av opiatavhengighet [Rapport]. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/2484854>
10. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):Cd002209.
11. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2014;(2):Cd002207.
12. Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;(5).
13. Forskrift om legemiddellassistert rehabilitering (LAR-forskriften). FOR-2009-12-18-1641. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

14. Andersen RM. Revisiting the Behavioral-Model and Access to Medical-Care - Does It Matter. *J Health Soc Behav* 1995;36(1):1-10.
15. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education; 2010.
16. Ames H, Glenton C, Lewin S. Purposive sampling in a qualitative evidence synthesis: a worked example from a synthesis on parental perceptions of vaccination communication. *BMC medical research methodology* 2019;19(1):26.
17. Slik oppsummerer vi forskning. Metodebok. Folkehelseinstituttet. [lest 10. jan. 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>
18. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Medicine* 2015;12(10):e1001895.
19. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical research ed)* 2004;328(7454):1490-.
20. Brekke M, Vetlesen A, Høiby L, Skeie I. Livskvalitet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (Quality of life in patients in opioid maintenance treatment). *Tidsskriftet Den Norske legeförening* 2010;13(130):1340-2.
21. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Camfield L, Vanheule S, Sabbe B, Broekaert E. A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies* 2011;48(10):1244-57.
22. Granerud A, Toft H. Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - a qualitative study from the clients' perspective. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2015;10:35-.
23. Hatcher AE, Mendoza S, Hansen H. At the Expense of a Life: Race, Class, and the Meaning of Buprenorphine in Pharmaceuticalized "Care". *Substance Use & Misuse* 2018;53(2):301-10.
24. Hewell VM, Vasquez AR, Rivkin ID. Systemic and individual factors in the buprenorphine treatment-seeking process: a qualitative study.(Report). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2017;12(1).
25. Korthuis PT, Gregg J, Rogers WE, McCarty D, Nicolaidis C, Boverman J. Patients' Reasons for Choosing Office-Based Buprenorphine: Preference for Patient-Centered Care. *Journal of Addiction Medicine* 2010;4(4):204-10.
26. Nordbø K. Unge LAR-pasienter; erfaringer om muligheter for endring. Det samfunnsvitenskapelige fakultet/Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi/Sosiologi 2014;Master.
27. Richert T, Johnson B. Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden. *Harm reduction journal* 2015;12(1):1.
28. Sohler N, Weiss L, Egan J, López C, Favaro J, Cordero R, et al. Consumer Attitudes about Opioid Addiction Treatment: A focus group study in New York City. *Journal of opioid management* 2013;9:111-9.
29. Solberg H. «Det er liksom bare det at folk behandler deg som et menneske» Pasienter med rusavhengighet sine erfaringer med verdighet i møte med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester. 2016;Master i klinisk sykepleievitenskap.
30. Tanner GR, Bordon N, Conroy S, Best D. Comparing methadone and Suboxone in applied treatment settings: the experiences of maintenance patients in Lanarkshire. *Journal of Substance Use* 2011;16(3):171-8.

31. Toft H. "Si minst mulig - det kan brukes mot deg siden!" En studie av LAR-klienters opplevelse av innflytelse i egen behandling. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2013.
32. Woo J, Bhalerao A, Bawor M, Bhatt M, Dennis B, Mouravska N, et al. "Don't Judge a Book Its Cover": A Qualitative Study of Methadone Patients' Experiences of Stigma. *Substance abuse : research and treatment* 2017;11:1178221816685087.
33. Belseth MA. Å balansere kontroll og relasjon : miljøarbeidere i klemme mellom bruker og system i LAR. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid 2016;Master i helse og empowerment.
34. Green CA, McCarty D, Mertens J, Lynch FL, Hilde A, Firemark A, et al. A qualitative study of the adoption of buprenorphine for opioid addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2014;46(3):390-401.
35. Gordon AJ, Kavanagh G, Krumm M, Ramgopal R, Paidisetty S, Aghevli M, et al. Facilitators and Barriers in Implementing Buprenorphine in the Veterans Health Administration. *Psychology of Addictive Behaviors* 2011;25(2):215-24.
36. Johnson B, Richert T. Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: A Staff Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs* 2014;46(5):427-35.
37. Livingston JD, Adams E, Jordan M, MacMillan Z, Hering R. Primary Care Physicians' Views about Prescribing Methadone to Treat Opioid Use Disorder. *Substance Use & Misuse* 2018;53(2):344-53.
38. Harris J, McElrath K. Methadone as Social Control: Institutionalized Stigma and the Prospect of Recovery. 2012;22(6):810-24.
39. Notley C, Blyth A, Maskrey V, Pinto H, Holland R. Exploring the Concepts of Abstinence and Recovery Through the Experiences of Long-Term Opiate Substitution Clients. *Substance Abuse* 2015;36(2):232-9.
40. Notley C, Holland R, Maskrey V, Nagar J, Kouimtsidis C. Regaining control: The patient experience of supervised compared with unsupervised consumption in opiate substitution treatment. *Drug and Alcohol Review* 2014;33(1):64-70.
41. Van Hout MC, Crowley D, McBride A, Delargy I. Optimising treatment in opioid dependency in primary care: results from a national key stakeholder and expert focus group in Ireland. *BMC Family Practice* 2018;19(1):103.
42. Yadav R, Taylor D, Taylor G, Scott J. Community pharmacists' role in preventing opioid substitution therapy-related deaths: a qualitative investigation into current UK practice. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2019;41(2):470-7.
43. Bishop B, Gilmour J, Deering D. Readiness and recovery: Transferring between methadone and buprenorphine/naloxone for the treatment of opioid use disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 2019;28(1):226-36.
44. Harris S. To Be Free and Normal: Addiction, Governance, and the Therapeutics of Buprenorphine. *Medical Anthropology Quarterly* 2015;29(4):512-30.
45. Notley C, Holland R, Kouimtsidis C, Maskrey V, Robinson A, Swift L, et al. Pharmacist and patient views of supervised consumption - Findings from a randomised controlled trial and qualitative study of supervised consumption in patients managed with opiate maintenance treatment. *International journal of pharmacy practice* 2014;22:19-.
46. Malterud K. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122(25):2468-72.

Vedlegg 1. Søkestrategier

Søkestrategi: langtidsvirkende morfin basert på CADTH rapport

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to September 12, 2019>

<Søkedato: 13.09.2019

- 1 exp Morphine/ (37579)
- 2 (morphine or srom).ti,ab. (48779)
- 3 1 or 2 (55735)
- 4 Opiate Substitution Treatment/ or "Opioid-Related Disorders"/dt (4360)
- 5 ((agonist or replacement or substitution or maintenance) adj2 (therap* or treatment*)).ti,ab. (83857)
- 6 ((opiate or opioid) adj (substitution or replacement)).ti,ab. (1012)
- 7 4 or 5 or 6 (86502)
- 8 exp Empirical Research/ or Interview/ or Interviews as Topic/ or Personal Narratives/ or Focus Groups/ or exp Narration/ or Nursing Methodology Research/ or Narrative Medicine/ (167200)
- 9 Interview/ (28673)
- 10 interview*.ti,ab,kf. (335738)
- 11 qualitative.ti,ab,kf,jw. (214698)
- 12 (theme* or thematic).ti,ab,kf. (97717)
- 13 ethnological research.ti,ab,kf. (7)
- 14 ethnograph*.ti,ab,kf. (10219)
- 15 ethnomedicine.ti,ab,kf. (628)
- 16 ethn nursing.ti,ab,kf. (113)
- 17 phenomenol*.ti,ab,kf. (25000)
- 18 (grounded adj (theor* or study or studies or research or analys?s)).ti,ab,kf. (10942)
- 19 (life stor* or women* stor*).ti,ab,kf. (1280)
- 20 (emic or etic or hermeneutic* or heuristic* or semiotic*).ti,ab,kf. (16195)
- 21 (data adj saturat\$).ti,ab,kf. (801)
- 22 participant observ*.ti,ab,kf. (4274)
- 23 (social construct* or postmodern* or post-structural* or post structural* or poststructural* or post modern* or post-modern* or feminis*).ti,ab,kf. (7120)
- 24 (action research or cooperative inquir* or co operative inquir* or co-operative inquir*).ti,ab,kf. (4019)
- 25 (humanistic or existential or experiential or paradigm*).ti,ab,kf. (145373)
- 26 (field adj (study or studies or research or work)).ti,ab,kf. (17037)
- 27 (human science or social science).ti,ab,kf. (4686)
- 28 biographical method.ti,ab,kf. (17)
- 29 theoretical sampl*.ti,ab,kf. (642)
- 30 ((purpos* adj4 sampl*) or (focus adj group*)).ti,ab,kf. (54515)

- 31 (open-ended or narrative* or textual or texts or semi-structured).ti,ab,kf. (98411)
- 32 (life world* or life-world* or conversation analys?s or personal experience* or theoretical saturation).ti,ab,kf. (14804)
- 33 ((lived or life) adj experience*).ti,ab,kf. (10388)
- 34 cluster sampl*.ti,ab,kf. (6931)
- 35 observational method*.ti,ab,kf. (716)
- 36 content analysis.ti,ab,kf. (25307)
- 37 (constant adj (comparative or comparison)).ti,ab,kf. (4306)
- 38 ((discourse* or discours*) adj3 analys?s).ti,ab,kf. (2220)
- 39 (heidegger* or colaizzi* or spiegelberg* or merleau* or husserl* or foucault* or ric-oeur or glaser*).ti,ab,kf. (3668)
- 40 (van adj manen*).ti,ab,kf. (394)
- <41 (van adj kaam*).ti,ab,kf. (37)
- 42 (corbin* adj2 strauss*).ti,ab,kf. (311)
- 43 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 (851209)
- 44 3 and 7 and 43 (35)
- 45 limit 44 to (yr="2009 -Current" and english) (23)

Database: CINAHL EBSCO

Søkedato: 13.09.2019

#	Query	Results
	S4 AND S9 AND S10	
S12	Limiters - Published Date: 20090101-20191231 S4 AND S9 AND S10	85
S11	Narrow by Language: - English	122
S10	S4 AND S9	122
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	19,024
S8	AB ((opiate or opioid) N2 (substitution or replacement))	522
S7	TI ((opiate or opioid) N2 (substitution or replacement))	265
S6	AB ((agonist or replacement or substitution or maintenance) N2 (therap* or treatment*))	15,416
S5	TI ((agonist or replacement or substitution or maintenance) N2 (therap* or treatment*))	6,704
S4	S1 OR S2 OR S3	9,840
S3	AB morphine or srom	6,539
S2	TI morphine or srom	3,018
S1	MH "Morphine"	6,315

Sideskift

Søkestrategi: norske kvalitative studier

Database: SveMed+

Search date: 2019-10-28

#1 legemiddelassistert15

#2 exp:"Opiate Substitution Treatment"60

#3 #1 OR #269

Database: Norart

Search date: 2019-10-28

((legemiddelassistert OR lar) AND morfin) : 0

((legemiddelassistert) AND (bruker* OR pasient* OR intervju* OR perspektiv* OR erfaring*

OR undersøkelse* OR kvalitativ OR deltak* OR observ* OR fokusgruppe* OR fortolk*

OR tema* OR delfi* OR hermeneut*)) : 79

Database: Idunn

Search date: 2019-10-28

(lar OR legemiddelassistert) AND (morfin) : 17

((legemiddelassistert) AND ((bruker* OR pasient* OR intervju* OR perspektiv* OR erfaring*

OR undersøkelse* OR kvalitativ OR deltak* OR observ* OR fokusgruppe* OR fortolk*

OR tema* OR delfi* OR hermeneut*)) : 115

Database: Oria

Search date: 2019-10-28

Legemiddelassistert :

140 artikler

17 studentoppgaver

15 masteroppgaver

4 doktorgradavhandlinger

Database: [NORA](#)

Search date: 2019-10-28

(legemiddelassistert) AND (morfin OR bruker* OR pasient* OR intervju* OR perspektiv*

OR erfaring* OR undersøkelse* OR kvalitativ OR deltak* OR observ* OR fokusgruppe*

OR fortolk* OR tema* OR delfi* OR hermeneut*): 25

Database: [ODA](#)

Search date: 2019-10-28

Legemiddelassistert : 4

Database: Google Scholar

Search date: 2019-10-08

allintitle: legemiddelassistert : 68

Vedlegg 2. Ekskluderte studier etter strategisk utvalg

1. Barry, D. T., Irwin, K. S., Jones, E. S., Becker, W. C., Tetrault, J. M., Sullivan, L. E., . . . Fiellin, D. A. J. o. G. I. M. (2009). Integrating Buprenorphine Treatment into Office-based Practice: a Qualitative Study. *24*(2), 218-225.
2. Beitel, M., Oberleitner, L., Kahn, M., Kerns, R. D., Liong, C., Madden, L. M., . . . Barry, D. T. (2017). Drug Counselor Responses to Patients' Pain Reports: A Qualitative Investigation of Barriers and Facilitators to Treating Patients with Chronic Pain in Methadone Maintenance Treatment. *Pain Medicine*, *18*(11), 2152-2161.
3. Berge, A. (2014). Hvordan opplever ansatte ved LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker til en positiv utvikling.
4. DeFlavio, J. R., Rolin, S. A., Nordstrom, B. R., & Kazal, L. A., Jr. (2015). Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural Remote Health*, *15*, 3019.
5. Evensen, J. R. (2014). Et sted å gå til - Inkludering og ekskludering på et værested for rusavhengige i Oslo. Master.
6. Fonseca, J., Chang, A., & Chang, F. (2018). Perceived Barriers and Facilitators to Providing Methadone Maintenance Treatment Among Rural Community Pharmacists in Southwestern Ontario. *34*(1), 23-30.
7. Fraeyman, J., Symons, L., Van Royen, P., Van Hal, G., & Peremans, L. (2016). How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. *European Journal of General Practice*, *22*(2), 134-140.
8. Furst, R. T. (2013). Suboxone Misuse Along the Opiate Maintenance Treatment Pathway. *Journal of Addictive Diseases*, *32*(1), 53-67.
9. Ghaddar, A., Khandaqji, S., & Abbass, Z. (2018). Challenges in implementing opioid agonist therapy in Lebanon: a qualitative study from a user's perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *13*(1), 14.
10. Gryczynski, J., Jaffe, J. H., Schwartz, R. P., Dušek, K. A., Gugsá, N., Monroe, C. L., . . . Mitchell, S. G. (2013). Patient Perspectives on Choosing Buprenorphine Over Methadone in an Urban, Equal-Access System. *22*(3), 285-291.
11. Harris, J., & McElrath, K. (2012). Methadone as Social Control: Institutionalized Stigma and the Prospect of Recovery. *22*(6), 810-824.
12. Hayashi, K., Ti, L., Ayutthaya, P. P. N., Suwannawong, P., Kaplan, K., Small, W., & Kerr, T. (2017). Barriers to retention in methadone maintenance therapy among people who inject drugs in Bangkok, Thailand: a mixed-methods study. *Harm reduction journal*, *14*(1), 63.
13. Johnson, B., & Richert, T. (2015). Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: Patients who Regularly Sell or Share Their Medication. *Journal of Addictive Diseases*, *34*(1), 1-17.
14. Landry, M., Veilleux, N., Arseneault, J.-E., Abboud, S., Barrieau, A., & Bélanger, M. (2016). Impact of a methadone maintenance program on an Aboriginal community: a qualitative study. *CMAJ open*, *4*(3), E431-E435.

15. Larsen, G. W. (2013). Pårørendes erfaringer med legemiddelasistert rehabilitering Vol. 2013.
16. Longman, C., Temple-Smith, M., Gilchrist, G., & Lintzeris, N. (2012). Reluctant to train, reluctant to prescribe: Barriers to general practitioner prescribing of opioid substitution therapy. *Australian journal of primary health*, 18.
17. McClure, B., Mendoza, S., Duncan, L., Rotrosen, J., & Hansen, H. (2014). Effects of Regulation on Methadone and Buprenorphine Provision in the Wake of Hurricane Sandy. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 91(5), 999-1008.
18. McNeil, R., Kerr, T., Anderson, S., Maher, L., Keewatin, C., Milloy, M. J., . . . Small, W. (2015). Negotiating structural vulnerability following regulatory changes to a provincial methadone program in vancouver, canada: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 133, 168-176.
19. Mendoza, S., Rivera-Cabrero, A. S., & Hansen, H. (2016). Shifting blame: Buprenorphine prescribers, addiction treatment, and prescription monitoring in middle-class America. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 465-487.
20. Molfenter, T., Sherbeck, C., Zehner, M., Quanbeck, A., McCarty, D., Kim, J.-S., & Starr, S. (2015). Implementing buprenorphine in addiction treatment: payer and provider perspectives in Ohio. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 13-13.
21. Monico, L., Schwartz, R. P., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., & Mitchell, S. G. (2016). Two Models of Integrating Buprenorphine Treatment and Medical Staff within Formerly "Drug-Free" Outpatient Programs. *Journal of Psychoactive Drugs*, 48(2), 101-108.
22. Monico, L. B., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Schwartz, R. P., O'grady, K. E., Olsen, Y. K., & Jaffe, J. H. (2015). Prior Experience with Non-Prescribed Buprenorphine: Rolén Treatment Entry and Retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 57, 57-62.
23. Nyhagen, H. T., & Waal, H. (2017). Den aldrende LAR pasienten. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 72-79.
24. Quest, T. L., Merrill, J. O., Roll, J., Saxon, A. J., & Rosenblatt, R. A. (2012). Buprenorphine therapy for opioid addiction in rural Washington: the experience of the early adopters. *Journal of opioid management*, 8(1), 29-38
25. Rozanova, J., Marcus, R., Taxman, F. S., Bojko, M. J., Madden, L., Farnum, S. O., . . . Altice, F. L. (2017). Why People Who Inject Drugs Voluntarily Transition Off Methadone in Ukraine. 27(13), 2057-2070.
26. Sanders, J. J., Roose, R. J., Lubrano, M. C., & Lucan, S. C. (2013). Meaning and Methadone: Patient Perceptions of Methadone Dose and a Model to Promote Adherence to Maintenance Treatment. 7(5), 307-313.
27. Scarborough, J., Elliott, J., & Braunack-Mayer, A. (2011). Opioid substitution therapy--a study of GP participation in prescribing. *Australian family physician*, 40(4), 241-245.
28. Simonsen, A. B. M. (2014). LAR-brukeres opplevelse av behandling: en kvalitativ studie hvor et utvalg av fem LAR-brukere reflekterer over sin opplevelse av behandling i LAR: University of Stavanger, Norway.
29. Teruya, C., Schwartz, R., Mitchell, S. G., Hasson, A. L., Thomas, C., Buoncristiani, S., . . . Ling, W. (2014). Patient Perspectives on Buprenorphine/Naloxone: A Qualitative Study of Retention During the Starting Treatment with Agonist Replacement Therapies (START) Study. *J. Psychoact. Drugs*, 46(5), 412-426.
30. Truong, C., Krawczyk, N., Dejman, M., Marshall-Shah, S., Tormohlen, K., Agus, D., & Bass, J. (2019). Challenges on the road to recovery: Exploring attitudes and experiences of clients in a community-based buprenorphine program in Baltimore City. *Addictive Behaviors*, 93, 14-19.
31. Wood, P., Opie, C., Tucci, J., Franklin, R., & Anderson, K. (2019). "A lot of people call it liquid handcuffs" - barriers and enablers to opioid replacement therapy in a rural area. *Journal of Substance Use*, 24(2), 150-1

32. Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., McCarty, D., Mertens, J., Weisner, C., & Green, C. A. (2016). Methadone, buprenorphine and preferences for opioid agonist treatment: A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *160*, 112-118.

Vedlegg 3. Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Studie	1 Målsetting for studien	2 Kvalitativ metodologi	3 Forskningsdesign	4 Rekruttering av deltakere	5 Datainnsamlingsmetode	6 Refleksivitet	7 Etske spørsmål	8 Dataanalyser – rigorøst	9 Resultater	10 Verdifull forskning	11 Kvalitet
Belseth 2016	Ja	Ja	ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Høy
Bishop 2019	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Middels
Brekke 2010	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Lav
DeMaeyer 2011	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Høy
Gordon 2011	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Middels
Granerud 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy

Green 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Harris 2015	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Høy
Hatcher 2018	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Lav
Hewell 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Johnson 2014	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Middels
Korthuis 2010	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy/Middels
Livingston 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Middels
Nordbø 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Høy
Notley 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Notley 2015	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Richert 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Middels
Sohler 2013	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Middels

Solberg 2016	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Middels
Tanner 2011	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Nei	Ja	Ja	Middels
Toft 2013	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
VanHout 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Woo 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Middels
Yadav 2019	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy

Vedlegg 4. Potensielt relevante studier

Grønnestad TE, Sagvaag H. [Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery.](#)

Int J Qual Stud Health Well-being. 2016 Oct 19;11:31992. doi: 10.3402/qhw.v11.31992. eCollection 2016.

Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Benson V, Davidson L. [Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study.](#)

Subst Abuse. 2019 Apr 26;13:1178221819844996. doi: 10.1177/1178221819844996. eCollection 2019.

Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Oute J, Davidson L. [How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study.](#)

Subst Abuse. 2019 Mar 9;13:1178221819833379. doi: 10.1177/1178221819833379. eCollection 2019.

Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Benson V, Davidson L. [Why Do Those With Long-Term Substance Use Disorders Stop Abusing Substances? A Qualitative Study.](#)

Subst Abuse. 2018 Feb 7;12:1178221817752678. doi: 10.1177/1178221817752678. eCollection 2018.

De nevnte studiene var indeksert med ord som ingredients og treatment, og det er mulig derfor vi ikke har fått treff på dem i søket vårt. Vi ser i hvert fall to av studiene kan være relevante, men vi har hverken vurdert dem for inklusjon eller kvalitet.

Vedlegg 5. Vurdering av tillit til funn (CERQual)

Funn 1: Stigma fra utenfor rundt LAR, som er internalisert av noen pasienter, var en barriere for å oppsøke og forbli i behandling	
Vurdering av CERQual komponentene	
<i>metodiske begrensninger (methodological limitations),</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
<i>koherens (coherence)</i>	Mindre begrensninger
<i>relevans (relevance),</i>	Mindre begrensninger
<i>i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).</i>	Mindre begrensninger
Total CERQual vurdering	
<i>Tillitt til funnet</i>	Høy tillitt
Studier som bidrar til funnet:	
Forfatter (år)	kontekst
Bishop (2019)	New Zealand. Pasienters erfaringer med å motta buprenorfin/naloxone behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
DeMaeyer (2011)	Belgia. Pasienters syn på god livskvalitet (QoL) og metadonbehandlingens innvirkning på QoL (individuelle intervjuer)
Gordon (2011)	USA. Behandlers erfaringer med behandlers-, organisasjons- og systemnivåbarrierer og fasilitatorer for implementering av buprenorfinterapi (individuelle telefonintervjuer)
Granerud (2015)	Norge. LAR pasienters opplevelse av å kunne medvirke i egen behandling (individuelle intervjuer)
Green (2014)	USA. Klinikers erfaringer med tilpasning til og aksept for bruk av buprenorfin i behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
Harris (2015)	USA. Analyser av frihet og normalitet i pasienters og helsepersonell narrativer og hvordan de reflekterer og påvirker erfaringer med metadon og buprenorfin behandling (observasjon og individuelle intervjuer)
Hewell (2017)	USA. Å utforske holdninger, oppfatninger og kunnskap hos personer som kan ha nytte av legemiddelassistert buprenorfin, som behandling og forstå behandlingssøkende atferd (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Johnson (2014)	Sverige. Meninger og holdninger blant svenske LAR behandlere til «lekkasje» ved vide-resalg av metadon og buprenorfin (individuelle intervjuer og intervjuer i par)

Livingston (2018)	Canada. Å utforske faktorer allmennleger anser som viktig når de vurderer å foreskrive metadonbehandling ((individuelle intervjuer)
Nordbø (2014)	Norge. Unge LAR pasienters opplevelse av nye handlingsmønstre og vaner i rehabiliteringen, og hvilken betydning har medvirkning for å opprettholde denne endringen? (individuelle intervjuer)
Richert (2015)	Sverige. Rusavhengige personers holdninger til og opplevde barrierer mot langtids LAR behandling, ulike motiver for selvmedisinering og funksjon blant opiatavhengige personer (individuelle intervjuer).
Tanner (2011)	UK. Erfaringer til pasienter som har brukt metadon og buprenorfin for å beskrive styrkene og svakhetene ved disse medikamentene (individuelle intervjuer og skriftlige narrativer)
VanHout (2018)	UK. Interessegrupper og eksperters syn på barrierer innen metadon behandlings-programmer og LAR behandlings strukturer for å få kunnskap til å utvikle innholdet i tjenestene og implementering (fokusgruppeintervju)
Woo (2017)	Canada. Metadon pasienters erfaringer med stigma (individuelle intervjuer)
Yadav (2019)	UK. Farmasøytens rolle i å forhindre substitusjonsrelaterte dødsfall, risiko forbundet med denne behandlingen og hva de kan gjøre for å redusere slike dødsfall (individuelle intervjuer)

Funn 2: LAR behandling –Stigma i LAR kan bidra til en økt stigmatiseringsprosess blant pasienter	
Vurdering av CERQual komponentene	
<i>metodiske begrensninger (methodological limitations),</i>	Mindre begrensninger
<i>koherens (coherence)</i>	Mindre begrensninger
<i>relevans (relevance),</i>	Mindre begrensninger
<i>i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).</i>	Mindre begrensninger
Total CERQual vurdering	
<i>Tillitt til funnet</i>	Høy tillitt
Studier som bidrar til funnet:	
Forfatter (år)	Kontekst
Belseth (2016)	Norge. Miljøarbeidernes opplevelse av relasjonsarbeid i LAR (fokusgruppe intervju)
Bishop (2019)	New Zealand. Pasienters erfaringer med å motta buprenorfin/naloxone behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
Brekke (2010)	Norge. LAR pasienters opplevde livskvalitet etter start LAR og pasientenes forklaringer på disse endringene (individuelle intervjuer)
DeMaeyer (2011)	Belgia. Pasienters syn på god livskvalitet (QoL) og metadonbehandlingens innvirkning på QoL (individuelle intervjuer)
Green (H)	USA. Klinikerens erfaringer med tilpasning til og aksept for bruk av buprenorfin i behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)

Granerud (2015)	Norge. LAR pasienters opplevelse av å kunne medvirke i egen behandling (individuelle intervjuer)
Gordon(M)	USA. Behandlers erfaringer med behandlers-, organisasjons- og systemnivåbarrierer og fasilitatorer for implementering av buprenorfinterapi (individuelle telefonintervjuer)
Harris (2015)	USA. Analyser av frihet og normalitet i pasienters og helsepersonell narrativer og hvordan de reflekterer og påvirker erfaringer med metadon og buprenorfin behandling (observasjon og individuelle intervjuer)
Hatcher (2015)	USA. Pasienters ulike erfaringer med kontor-baserte behandling med buprenorfin for å redusere stigma, identifisere behov for tjenester og psykososial støtte (individuelle intervjuer).
Hewell (2017)	USA. Å utforske holdninger, oppfatninger og kunnskap hos personer som kan ha nytte av legemiddelassistert buprenorfin, som behandling og forstå behandlingssøkende atferd (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Korheius (2010)	USA. HIV- pasienters holdninger til buprenorfin behandling i kontorbaserte settinger og andre legemiddelassisterte behandlingsprogrammer (individuelle intervjuer)
Notley (2014)	UK. Pasientens erfaringer med metadon og buprenorfin behandling med og uten tilsyn (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Notley (2015)	UK. Pasientenes erfaringer med langtids LAR-behandling (individuelle intervjuer)
Solberg (2016)	Norge. Opplevd verdighet blant rusavhengige pasienter i møtet med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester (individuelle intervjuer).
Tanner (2011)	UK. Erfaringer til pasienter som har brukt metadon og buprenorfin for å beskrive styrkene og svakhetene ved disse medikamentene (individuelle intervjuer og skriftlige narrativer)
Woo (2017)	Canada. Metadon pasienters erfaringer med stigma (individuelle intervjuer)
Yadav (2019)	UK. Farmasøytens rolle i å forhindre substitusjonsrelaterte dødsfall, risiko forbundet med denne behandlingen og hva de kan gjøre for å redusere slike dødsfall (individuelle intervjuer)

Funn 3: Manglende kunnskap og kompetanse blant helsepersonell var en barriere rapportert av både pasienter og helsepersonell, som påvirket tilgjengeligheten og kvaliteten på LAR, pasientenes tilfredshet med LAR, og behandlingsutfall	
Vurdering av CERQual komponentene	
<i>metodiske begrensninger (methodological limitations),</i>	Andre begrensninger
<i>koherens (coherence)</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
<i>relevans (relevance),</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
<i>i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).</i>	Moderate begrensninger
Total CERQual vurdering	
<i>Tillitt til funnet</i>	Moderat

Studier som bidrar til funnet:	
Forfatter (år)	kontekst
Gordon (2011)	USA. Behandlers erfaringer med behandlers-, organisasjons- og systemnivåbarrierer og fasilitatorer for implementering av buprenorfinterapi (individuelle telefonintervjuer)
Granerud (2015)	Norge. LAR pasienters opplevelse av å kunne medvirke i egen behandling (individuelle intervjuer)
Green (2014)	USA. Klinikeres erfaringer med tilpasning til og aksept for bruk av buprenorfin i behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
Hewell (2017)	USA. Å utforske holdninger, oppfatninger og kunnskap hos personer som kan ha nytte av legemiddelassisteret buprenorfin, som behandling og forstå behandlingssøkende atferd (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Johnson (2014)	Sverige. Meninger og holdninger blant svenske LAR behandlere til «lekkasje» ved videresalg av metadon og buprenorfin (individuelle intervjuer og intervjuer i par)
Livingston (2018)	Canada. Å utforske faktorer allmennleger anser som viktig når de vurderer å foreskrive metadonbehandling ((individuelle intervjuer)
Notley (2014)	UK. Pasientens erfaringer med metadon og buprenorfin behandling med og uten tilsyn (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
VanHout (2018)	UK. Interessegrupper og eksperters syn på barrierer innen metadon behandlings-programmer og LAR behandlingsstrukturer for å få kunnskap til å utvikle innholdet i tjenestene og implementering (fokusgruppeintervju)
Woo (2017)	Canada. Metadon pasienters erfaringer med stigma (individuelle intervjuer)
Yadav(2019)	UK. Farmasøytens rolle i å forhindre substitusjonsrelaterte dødsfall, risiko forbundet med denne behandlingen og hva de kan gjøre for å redusere slike dødsfall (individuelle intervjuer)

Funn 4: Kommunikasjon og forhold mellom personell og pasienter var enten fasilitatorer eller barrierer for behandlings etterlevelse og utfall	
Vurdering av CERQual komponentene	
<i>metodiske begrensninger (methodological limitations),</i>	ndre begrensninger
<i>koherens (coherence)</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
<i>relevans (relevance),</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
<i>i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
Total CERQual vurdering	
<i>Tillitt til funnet</i>	Høy tillitt
Studier som bidrar til funnet:	
Forfatter (år)	kontekst
Belseth (2016)	Norge. Miljøarbeidere opplevelse av relasjonsarbeid i LAR (fokusgruppe intervju)

Bishop (2019)	New Zealand. Pasienters erfaringer med å motta buprenorfin/naloxone behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
Brekke (2010)	Norge. LAR pasienters opplevde livskvalitet etter start LAR og pasientenes forklaringer på disse endringene (individuelle intervjuer)
DeMaeyer (2011)	Belgia. Pasienters syn på god livskvalitet (QoL) og metadonbehandlingens innvirkning på QoL (individuelle intervjuer)
Gordon (2011)	USA. Behandlers erfaringer med behandlers-, organisasjons- og systemnivåbarrierer og fasilitatorer for implementering av buprenorfinterapi (individuelle telefonintervjuer)
Granerud (2015)	Norge. LAR pasienters opplevelse av å kunne medvirke i egen behandling (individuelle intervjuer)
Green (2014)	USA. Klinikers erfaringer med tilpasning til og aksept for bruk av buprenorfin i behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
Harris (2015)	USA. Analyser av frihet og normalitet i pasienters og helsepersonell narrativer og hvordan de reflekterer og påvirker erfaringer med metadon og buprenorfin behandling (observasjon og individuelle intervjuer)
Hatcher (2018)	USA. Pasienters ulike erfaringer med kontor-baserte behandling med buprenorfin for å redusere stigma, identifisere behov for tjenester og psykososial støtte (individuelle intervjuer).
Hewell (2017)	USA. Å utforske holdninger, oppfatninger og kunnskap hos personer som kan ha nytte av legemiddelassistert buprenorfin, som behandling og forstå behandlingssøkende atferd (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Korheius (2010)	USA. HIV- pasienters holdninger til buprenorfin behandling i kontorbaserte settinger og andre legemiddelassisterte behandlingsprogrammer (individuelle intervjuer)
Notley (2014)	UK. Pasientens erfaringer med metadon og buprenorfin behandling med og uten tilsyn (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Notley (2015)	UK. Pasientenes erfaringer med langtids LAR-behandling (individuelle intervjuer)
Solberg (2016)	Norge. Opplevd verdighet blant rusavhengige pasienter i møtet med helsearbeidere i hjemmebaserte tjenester (individuelle intervjuer).
Tanner (2011)	UK. Erfaringer til pasienter som har brukt metadon og buprenorfin for å beskrive styrkene og svakhetene ved disse medikamentene (individuelle intervjuer og skriftlige narrativer)
Toft (2013)	Norge. LAR-klienters opplevelse av innflytelse over egen behandling (individuelle intervjuer- ansikt til ansikt og på skype)
Woo (2017)	Canada. Metadon pasienters erfaringer med stigma (individuelle intervjuer)
Yadav (2019)	UK. Farmasøytens rolle i å forhindre substansrelaterte dødsfall, risiko forbundet med denne behandlingen og hva de

	kan gjøre for å redusere slike dødsfall (individuelle intervjuer)
--	---

Funn 5: Pasienter hadde forventninger om mange ikke - helse relaterte individuelle utfall av LAR	
Vurdering av CERQual komponentene	
<i>metodiske begrensninger (methodological limitations),</i>	derate begrensninger
<i>koherens (coherence)</i>	en eller ubetydelige begrensninger
<i>relevans (relevance),</i>	derate begrensninger
<i>i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).</i>	Ingen eller ubetydelige begrensninger
Total CERQual vurdering	
<i>Tillitt til funnet</i>	Moderat tillit
Studier som bidrar til funnet:	
Forfatter (år)	kontekst
Bishop (2019)	New Zealand. Pasienters erfaringer med å motta buprenorfin/naloxone behandling for opiatavhengighet (individuelle intervjuer)
Brekke (2010)	Norge. LAR pasienters opplevde livskvalitet etter start LAR og pasientenes forklaringer på disse endringene (individuelle intervjuer)
DeMaeyer (2011)	Belgia. Pasienters syn på god livskvalitet (QoL) og metadonbehandlingens innvirkning på QoL (individuelle intervjuer)
Granerud (2015)	Norge. LAR pasienters opplevelse av å kunne medvirke i egen behandling (individuelle intervjuer)
Harris (2015)	USA. Analyser av frihet og normalitet i pasienters og helsepersonell narrativer og hvordan de reflekterer og påvirker erfaringer med metadon og buprenorfin behandling (observasjon og individuelle intervjuer)
Hatcher (2018)	USA. Pasienters ulike erfaringer med kontor-baserte behandling med buprenorfin for å redusere stigma, identifisere behov for tjenester og psykososial støtte (individuelle intervjuer).
Hewell (2017)	USA. Å utforske holdninger, oppfatninger og kunnskap hos personer som kan ha nytte av legemiddelassistert buprenorfin, som behandling og forstå behandlingssøkende atferd (fokusgruppe og individuelle intervjuer)
Korheius (2010)	USA. HIV- pasienters holdninger til buprenorfin behandling i kontorbaserte settinger og andre legemiddelassisterte behandlingsprogrammer (individuelle intervjuer)
Nordbø (2014)	Norge. Unge LAR pasienters opplevelse av nye handlingsmønstre og vaner i rehabiliteringen, og hvilken betydning har medvirkning for å opprettholde denne endringen? (individuelle intervjuer)
Notley (2015)	UK. Pasientenes erfaringer med langtids LAR-behandling (individuelle intervjuer)
Richert (2015)	Sverige. Rusavhengige personers holdninger til og opplevde barrierer mot langtids LAR behandling, ulike motiver for selv-medisinerer og funksjon blant opiatavhengige personer (individuelle intervjuer).

Sohler (2013)	USA. Holdninger og barrierer mot buprenorfin og metadonbehandling blant personer med opioidavhengighet (fokusgruppeintervjuer)
Tanner (2011)	UK. Erfaringer til pasienter som har brukt metadon og buprenorfin for å beskrive styrkene og svakhetene ved disse medikamentene (individuelle intervjuer og skriftlige narrativer)
Toft (2013)	Norge. LAR-pasienters opplevelse av innflytelse over egen behandling (individuelle intervjuer- ansikt til ansikt og på skype)
Woo (2017)	Canada. Metadonpasienters erfaringer med stigma (individuelle intervjuer)

Funn 6: Et «normalt liv» var et kompromiss mellom stigma som følger med LAR og deres forventninger til positive utfall som følge av LAR	
Vurdering av CERQual komponentene	
<i>metodiske begrensninger (methodological limitations),</i>	ndre begrensninger
<i>koherens (coherence)</i>	derate begrensninger
<i>relevans (relevance),</i>	derate begrensninger
<i>i hvilken grad dataene er dekkende (data adequacy).</i>	Alvorlige begrensninger
Total CERQual vurdering	
<i>Tillitt til funnet</i>	Lav tillit
Studier som bidrar til funnet:	
Forfatter (år)	kontekst
Brekke (2010)	Norge. LAR pasienters opplevde livskvalitet etter start LAR og pasientenes forklaringer på disse endringene (individuelle intervjuer)
DeMaeyer (2011)	Belgia. Pasienters syn på god livskvalitet (QoL) og metadonbehandlingens innvirkning på QoL (individuelle intervjuer)
Granerud (2015)	Norge. LAR pasienters opplevelse av å kunne medvirke i egen behandling (individuelle intervjuer)
Harris (2015)	USA. Analyser av frihet og normalitet i pasienters og helsepersonell narrativer og hvordan de reflekterer og påvirker erfaringer med metadon og buprenorfin behandling (observasjon og individuelle intervjuer)
Nordbø (2014)	Norge. Unge LAR pasienters opplevelse av nye handlingsmønster og vaner i rehabiliteringen, og hvilken betydning har medvirkning for å opprettholde denne endringen? (individuelle intervjuer)
Notley (2015)	UK. Pasientenes erfaringer med langtids LAR-behandling (individuelle intervjuer)
Tanner (2011)	UK. Erfaringer til pasienter som har brukt metadon og buprenorfin for å beskrive styrkene og svakhetene ved disse medikamentene (individuelle intervjuer og skriftlige narrativer)

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Mai 2020

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no