

Hverdagsliv og sociale erfaringer med behandling for opioidafhængighed

Kvalitativ interviewundersøgelse med fokus på langtidsvirkende
substitutionsmedicin



Lars Fynbo, Alexandrina Schmidt & Vivian Poulsen

*Hverdagsliv og sociale erfaringer med behandling for
opioidafhængighed – Kvalitativ interviewundersøgelse med fokus på
langtidsvirkende substitutionsmedicin*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-895-9

Modelfoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 301596

Finansieret af Camurus AB

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Social stofmisbrugsbehandling udgør grundstenen i behandling for stofmisbrug i Danmark, hvor stofmisbrug forstås som en kompleks lidelse, der ikke alene kan behandles med medicin. Social stofmisbrugsbehandling omfatter socialpædagogiske og psykologisk funderede indsatser, som planlægges i samarbejde med de pågældende borgere. Social stofmisbrugsbehandling kan kombineres med lægelig stofmisbrugsbehandling, og særligt i forbindelse med behandling af opioidafhængighed suppleres den sociale stofmisbrugsbehandling ofte med substitutionsmedicin.

Metadon var længe den primære substitutionsmedicin i Danmark, men i løbet af de seneste cirka 10 år er buprenorphin blevet førstevalgspræparat til substitutionsbehandling for opioidafhængighed. Buprenorphin indtages som regel som resoribletter, der placeres oralt og opløses på relativt kort tid. Medicinen skal typisk indtages indtil flere gange dagligt. Det er almindelig behandlingspraksis, at borgerne indtager substitutionsmedicinen på et behandlingscenter eller "kun" hjemtager medicin til nogle relativt få dage. De nødvendige hyppige besøg på behandlingscenteret udfordrer borgeren i rusmiddelbehandling i forhold til at deltage i aktiviteter uden for rusmiddelbehandlingen.

I 2018 godkendtes et nyt lægemiddel (Buvidal), som gør det muligt at indtage buprenorphin igennem en subkutan-injektion som depotmedicin på ugentlig eller månedlig basis. I 2020 godkendtes et tilsvarende langtidsvirkende buprenorphin-produkt (Subutex depotinjektionsvæske). De langtidsvirkende produkter ændrer mulighederne for borgere i rusmiddelbehandling i forhold til deres hverdagslige aktiviteter, sociale liv og individuelle trivsel. Det er den svenske medicinalvirksomhed, Camurus AB, som har udviklet produktet (Buvidal), og det er den irske producent, Indivior Europe Limited, som har udviklet Subutex depotinjektionsvæske. Ved undersøgelsens opstart var det kun Buvidal, som var godkendt til brug i Danmark.

Undersøgelsen fokuserer på, hvordan buprenorphin som depotmedicin påvirker borgere i behandling for opioidafhængighed med særligt fokus på borgernes hverdag, sociale liv og individuelle trivsel.

Undersøgelsen er gennemført af seniorforsker Lars Fynbo (projektleder), analytiker Alexandra Schmidt og studentermedhjælp Vivian Poulsen. Undersøgelse bygger på kvalitative interview med borgere i rusmiddelbehandling med buprenorphin som depotmedicin. Undersøgelsen er foretaget med faglig støtte fra KABS, som er en offentlig udbyder af rusmiddelbehandling, og som varetager forskning og vidensdeling inden for misbrugsrelaterede problemstillinger.

Der har til undersøgelsen været tilknyttet en ekstern følgegruppe bestående af videnspersoner på området, og vi vil gerne takke følgegruppens medlemmer for deltagelse. Vi vil også gerne takke de anonyme fagfæller, som har haft rapporten til eksternt review, og som har bidraget med konstruktiv input til undersøgelsens resultater og konklusioner.

Undersøgelsen er finansieret af Camurus AB.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Baggrund og tidligere forskning.....	9
1.1 Baggrund og formål	9
1.2 Depotmedicin i substitutionsbehandling	10
2 Data og metode	11
2.1 Fokusgruppen	12
2.2 De kvalitative interview	12
2.3 Den semistrukturerede interviewguide	13
3 Overgangen til depotmedicin og den 12-ugers periode	14
3.1 Målgruppebeskrivelse	14
3.2 Hverdagslivet før overgangen til langtidsvirkende depotmedicin	21
3.3 Hverdagsliv med langtidsvirkende buprenorphin.....	30
4 Medicin og patientrolle	32
4.1 Tidligere substitutionsmedicin.....	32
4.2 Sidemisbrug	37
4.3 Deltagernes oplevelse af sundhed	39
4.4 Ændringer i patientrolle.....	40
5 Hverdag, socialt netværk og familieliv	43
5.1 Hverdag med social stofmisbrugsbehandling.....	43
5.2 En lille omgangskreds.....	43
5.3 Familieliv	48
6 Brugertilfredshed med langtidsvirkende substitutionsmedicin	52
7 Graden af sygdom før og efter overgang til langtidsvirkende substitutionsmedicin.....	55
8 Konklusion	57
Litteratur.....	58
Bilag 1 TSQM-spørgeskema.....	60
Bilag 2 CGI-spørgeskema	63

Sammenfatning

Ifølge de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling skal danske kommuner tilbyde systematisk, helhedsorienteret og målrettet behandling til borgere, som har et forbrug af rusmidler, der medfører sociale, psykiske og/eller fysiske problemer for borgerne. Det er væsentligt for den danske behandlingspraksis, at fokus i højere grad ligger på konsekvenserne af stofmisbrug frem for på stofmisbruget som en isoleret lidelse. Overordnet set sigter den danske tilgang til rusmiddelbehandlingen imod at give borgere, som er afhængige af illegale rusmidler, mulighed for at modtage social behandling uden samtidigt at opleve abstinenser og/eller smerter. Stofbrugere har selv mulighed for at definere målsætningerne for deres rusmiddelbehandling: ophør, reduktion eller stabilitet.

Formålet med denne undersøgelse er at belyse, hvordan borgere, som modtager social og lægelig behandling for afhængighed af heroin og/eller morfin (opioidafhængighed), oplever at skifte daglig indtagelse af substitutionsmedicin (og indtil flere gange dagligt) ud med depotmedicin (til injektion på ugentlig eller månedlig basis). Undersøgelsen fokuserer ikke på de farmakologiske effekter af substitutionsmedicinen, men på hvordan borgerne oplever at få hverdagen, familielivet og de sociale relationer til at fungere, samtidigt med at de er i behandling for stofmisbrug, og særligt på, hvad det betyder for borgernes hverdag og trivsel ikke at skulle møde dagligt eller flere gange dagligt på et rusmiddelcenter for at få udleveret (og/eller indtage) substitutionsmedicin.

Rapporten præsenterer resultaterne fra to runder kvalitative interview med 21 borgere, som på undersøgelsestidspunktet modtog social og lægelig stofmisbrugsbehandling for opioidafhængighed. De 21 medvirkende stofbrugere var tilknyttet to KABS-behandlingscentre i hovedstaden, og det var stofbrugernes primære kontaktpersoner hos KABS, som inviterede dem til at medvirke i undersøgelsen. Stofbrugernes medvirken er frivillig, og hvorvidt de adspurgte brugere valgte eller afslog at medvirke i undersøgelsen, havde ingen betydning for deres tilknytning til KABS eller deres misbrugsbehandling overhovedet.

Behandling af stofmisbrug i Danmark

Lægelig behandling, fx med substitutionsmedicin, indgår ofte som en relevant del af den samlede rusmiddelbehandling, og i forhold til opioidafhængighed indgår lægelig behandling i næsten alle behandlingsforløb. Den lægelige behandlingsplan bygges op omkring den af de tre målsætninger, som borgerne vælger, men er samtidig også dynamisk, således at borgerne kan skifte mellem forskellige målsætninger. Ofte indgår en plan for nedtrapning af den lægelige behandlings substitutionsmedicin, men ikke altid.

Substitutionsmedicinen har – modsat den sociale behandling – som direkte mål at mindske eller eliminere de fysiske abstinenser, som stofbrugere får, når de ophører med at indtage opioider. Samtidig har substitutionsmedicinen desuden en smertelindrende effekt på stofbrugere, som meget ofte har kroniske smerter.

Siden sidst i 1970'erne har metadon været anvendt som præparat i forbindelse med behandling af opioidafhængighed i Danmark. Metadon, som er baseret på syntetisk fremstillet morfin, modvirker abstinenser og virker samtidig smertebehandlende. Men metadon er også afhængighedsskabende og kan give hjerteforstyrrelser, som kan være potentielt livsfarlige. Samtidig har metadon et relativt højt misbrugspotentiale – det kan eksempelvis injiceres og give en rus, som

minder om rusen fra heroin eller morfin. Endvidere viser Sundhedsstyrelsens opgørelser over narkorelaterede dødsfald (Sundhedsstyrelsen, 2019:9), at metadon enten alene eller sammen med fx heroin indgår i cirka hvert tredje "forgiftningsdødsfald blandt personer med et stofmisbrug".

Selvom der altid har været delte meninger omkring brugen af metadon, har metadon længe været det primære substitutionspræparat i dansk rusmiddelbehandling. I 2008 anbefalede Sundhedsstyrelsen imidlertid at prioritere buprenorphin over for metadon i forbindelse med lægelig behandling af opioidafhængighed (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Sundhedsstyrelsens anbefaling, som stadig gælder, bygger især på buprenorphins væsentligt lavere misbrugspotentiale, særligt når buprenorphin kombineres med naloxon (som virker som en modgift på opioidforgiftninger). Buprenorphin medfører ingen relevant risiko for hjerteforstyrrelser, ligesom buprenorphin slet ikke på samme måde som metadon påvirker borgernes mentale færdigheder.

Tilsammen udgør social og lægelig behandling af stofmisbrug et omfattende indsatsområde for borgere med stofmisbrug i alle samfundslag og med en overvægt af borgere med komorbiditet af stofmisbrug og andre alvorlige problemstillinger såsom psykisk lidelse og social eksklusion.

Undersøgelsens fokus

I undersøgelsen tegnes først et billede af de medvirkende interviewpersoner med fokus på deres erfaringer med social og lægelig stofmisbrugsbehandling, deres individuelle problemstillinger og de barrierer, de måtte opleve i forbindelse med indtagelsen af substitutionsmedicin, herunder barrierernes betydninger for borgernes hverdagsliv, arbejdsliv (hvis relevant), sociale fællesskaber og individuelle trivsel. Vi har et særligt fokus på buprenorphin og på betydningen af at skifte fra daglig indtagelse via film (resoribletter), som opløses i munden, til månedlig injektion af præparatet som et langtidsvirkende depot.

Undersøgelsen gennemgår borgernes oplevelser med forskellige substitutionspræparater med særligt fokus på forskellen imellem metadon og buprenorphin og på forskellen imellem buprenorphin som film eller tabletter (medicin til indtagelse på daglig basis) og som injektion (depotmedicin).

Metode og datagrundlag

Undersøgelsen anvender kvalitative interview med 21 stofbrugere, som er i behandling for opioidafhængighed, og som skifter fra buprenorphin som film til depot. Stofbrugerne interviewes ved opstarten af behandlingen med depotpræparatet Buvidal og igen efter mindst tre måneder. Interviewene blev foretaget af forfatterne til rapporten enten på KABS' behandlingscentre (i et aflukket og uforstyrret lokale) eller i brugernes private hjem. Interviewpersonerne valgte, hvor interviewene skulle foretages.

Interviewpersonerne kategoriseredes i forbindelse med det første interview ud fra tre kategorier for graden af kompleksitet som følge af stofmisbrug og andre (psykiske eller sociale) problemstillinger:

1. Lav grad af problemkompleksitet (fx borgere, som modtager lavintens rusmiddelbehandling, er i arbejde eller uddannelse, og som ikke er diagnosticeret med alvorlige psykiske lidelser)

2. Moderat grad af problemkompleksitet (fx borgere, som modtager moderat social behandling med buprenorphin som den primære eller eneste medicin, som har kontakt med sin familie, som eventuelt indtager illegale rusmidler parallelt til rusmiddelbehandlingen, og som kan have symptomer på psykiske lidelser)
3. Høj grad af problemkompleksitet (fx borgere, som modtager intensiv social behandling, som er socialt udsatte og ikke eller kun i begrænset grad har kontakt til den nærmeste familie, som hyppigt indtager illegale rusmidler, som har fysiske skavanker, og som er diagnosticerede med en eller flere psykiske lidelser).

I forlængelse af interviewene udfyldte vi to korte kvantitative spørgeskemaer med interviewpersonerne – Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) og Clinical Global Impressions (CGI) Scale. Disse undersøgelser blev efterfølgende analyseret for hver af undersøgelsens tre kategorier, bl.a. med fokus på eventuelle forandringer, dels i brugerens tilfredshed med medicinen (TSQM), dels i vores oplevelser af brugernes sundhed (CGI).

Stofbrugernes oplevelser af substitutionsmedicin

Generelt fremstår de medvirkende stofbrugere som tilfredse med, at de modtager buprenorphin frem for metadon som substitutionspræparat. Dette er vigtigt at notere sig, fordi denne tilfredshed ikke nødvendigvis er udbredt blandt stofbrugere i almindelighed, som modtager lægelig stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Samtidig er de medvirkende stofbrugere mindre begejstrede, dels for måden buprenorphin indtages på oralt, dels for dagligt eller ugentligt at skulle møde på et rusmiddelcenter for at afhente (og evt. indtage) medicinen. Flere brugere oplever også en form for fluktuation i følelsen af at være dækket medicinsk. De oplever, at medicinen virker bedst kort efter indtagelsen, men at virkningen aftager frem imod næste indtagelse, hvorfor der kan opstå fluktuerende abstinenssymptomer.

Substitutionsmedicinen spiller også en markant rolle for flere af borgerne, som i større eller mindre grad indretter hverdagen efter medicinens "rytme" (fx planlægger forskellige begivenheder ud fra, hvornår medicinen skal indtages), og enkelte brugere giver medicinen endog meget stort fokus og integrerer den systematisk i måderne, dagligdagene gennemføres på. Det kan eksempelvis komme til udtryk på den ene side særlige rutiner omkring medicinen (tabletter knækkes, opdeles og indtages mere eller mindre rituel), mens det på den anden side giver sig udslag i bekymringer, fx over pludseligt at mangle medicin (eksempelvis i forbindelse med rejser) – eller over at opbevare receptpligtig (og potentielt farlig) medicin i hjem med børn.

Der er forskelle mellem de tre kategorier af stofbrugeres oplevelser og holdninger til substitutionsmedicin, hvor de mindst komplekse brugere anser medicinen som et nødvendigt onde, de egentligt helst ville være foruden, alt imens de mest komplekse brugere ikke oplever at kunne være foruden medicinen, som de i stedet efterhånden har udviklet et relativt omfattende forhold til.

Fra daglig til månedlig indtagelse af buprenorphin

På tværs af interviewpersonernes forskellige oplevelser med depotpræparatet, hvor enkelte interviewpersoner er meget begejstrede og oplever fundamentale forandringer i trivsel og socialt engagement, mens enkelte andre interviewpersoner er mere utilfredse og oplever at blive

deprimerede og forvirrede, viser interviewene, at depotpræparatet kan medvirke til at skabe forandringer for stofbrugerne på væsentlige områder.

For det første giver ophævelsen af nødvendigheden af at møde på et rusmiddelcenter dagligt eller ugentligt og/eller afskaffelsen af behovet for at opbevare medicin i hjemmet stofbrugerne nye muligheder, fx for at arbejde eller indgå i sociale relationer uden for rusmiddelcentret/-miljøet, og en større følelse af tryghed, fx i forhold til udflugter og familien. Disse forandringer fremstår som væsentlige for borgernes vej ud af et stofmisbrug, fordi de bedre kan udvikle relationer og socialitet uden for misbrugsområdet i takt med, at de fortsætter stofmisbrugsbehandlingen. Dette gælder særligt for de stofbrugere, som har de mindst komplekse udfordringer i forbindelse med et stofmisbrug.

For det andet medfører fjernelsen af den daglige omgang med medicin, som flere brugere har haft indtaget tre til fire gange dagligt, et nyt/større "rum" for brugernes mentale tilstand uden konstante referencer til og påmindelser om, at de altså er i behandling for stofmisbrug. Dette kan imidlertid både virke som frigørende, fordi det nu ikke længere er muligt at ritualisere indtagelsen af sin medicin, men det kan også virke som et tab, netop fordi stofbrugernes hverdage kan have været endog meget centreret om brugen af og omgangen med deres medicin.

Mange brugere er udfordret af at skulle møde dagligt inden for et bestemt tidsrum for at kunne få medicin. Borgerne kan være nervøse over, om de kommer for sent og risikerer at skulle stå en dag – eller en weekend – uden medicin. Dette gælder for alle 21 interviewpersoner.

For det tredje fortæller de fleste brugere, at depotpræparatet giver en mere vedvarende/konstant oplevelse af at være dækket medicinsk særligt i forhold til smerter. Men også, at de ved slutningen af en periode, dvs. umiddelbart forud for en ny injektion, kan føle, at de mangler medicin, og i en dag eller to føler et behov for at kunne supplere med en enkelt tablet. Dette gælder særligt for de stofbrugere, som ikke oplever de mest komplekse udfordringer i forbindelse med deres stofmisbrug.

Desuden peger undersøgelsen for det fjerde på, at selve injektionen af depotpræparatet kan medføre smerter for borgerne og efterlade borgerne med relativt lav fedtprocent med hævelser og byldelignende plamager.

Endelig viser vores opgørelse af de to korte kvantitative spørgeskemaer, at det særligt er brugere fra de to bruger kategorier med færrest komplekse udfordringer, som profiterer mest af skiftet til depotmedicin, hvorimod undersøgelsens mest komplekse brugere ikke på samme måde kunne finde sig til rette med denne type buprenorphin. Der kan være forskellige årsager til denne forskel, og det er i hvert fald væsentligt, at behandlingscentre er opmærksomme på, at stofbrugere med høj grad af kompleksitet og med alvorlige problemstillinger bør følges tæt og evt. tilbydes ekstra samtaler, hvis de skal overgå til buprenorphin som depotmedicin – som fx Buvidal.

Samlet set viser undersøgelsen lovende takter i forhold til en videre udbredelse af buprenorphin som depotpræparat, men undersøgelsen peger altså også på, at en evt. videre udbredelse stiller krav til behandlingscentre, dels i forhold til at være nøjsomme og forsigtige med at give medicinen, dels i forhold til at fastholde borgerne i et socialt og samtalebaseret behandlingsforløb.

1 Baggrund og tidligere forskning

1.1 Baggrund og formål

I Danmark definerer de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling kommunernes ansvar for at udbyde relevant behandling til borgere med stofmisbrug (Socialstyrelsen, 2020). Ifølge retningslinjerne skal danske kommuner tilbyde systematisk, helhedsorienteret og målrettet behandling til borgere, som har et forbrug af rusmidler, der medfører sociale, psykiske og/eller fysiske problemer for borgerne.

Retningslinjerne underbygger en behandlingspraksis, hvor fokus i højere grad ligger på konsekvenserne af stofmisbrug frem for på stofmisbrug som en isoleret lidelse. Derfor indgår forskellige socialfaglige, pædagogiske og psykologiske indsatser som primære elementer i selve fundamentet for behandlingen.

Ofte har stofbrugere, som skal modtage social stofmisbrugsbehandling, behov for at supplere den sociale behandling med lægelig behandling – typisk for at minimere eventuelle abstinenser eller smerter. Og de har også – ifølge de nationale retningslinjer – et væsentligt medansvar for at definere målsætningerne for deres individuelle rusmiddelbehandling, herunder forholde sig til, om den endelige målsætning skal være "ophør", "reduktion" eller "stabilitet" (Socialstyrelsen, 2020).

Lægelig behandling med abstinens- og/eller smertedæmpende substitutionsmedicin indgår således ofte som en relevant del af den samlede rusmiddelbehandling, og i forhold til opioidafhængighed indgår lægelig behandling i næsten samtlige behandlingsforløb. Den lægelige behandlingsplan bygges op omkring den af de tre målsætninger, som borgerne har været med til at definere, men er samtidigt også dynamisk, således at borgerne kan skifte mellem forskellige målsætninger. Ofte indgår en plan for nedtrapning af den lægelige behandlings substitutionsmedicin, men ikke altid.

Buprenorphin er det primære substitutionspræparat til behandling af opioidafhængighed i Danmark (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016): § 11.2). Dette skyldes, at buprenorphin modvirker både abstinens (og craving) og risiko for stofforgiftning (og overdosis).

Buvidal, som er det depotpræparat, der har været anvendt i forbindelse med denne undersøgelse, er et hybrid-præparat med buprenorphin som det primære indholdsstof. Buvidal er i 2018 godkendt af *European Medicines Agency* (EMA) til brug som substitutionspræparat i behandling af opioidafhængighed (European Medicines Agency, 2018)).

Hvor andre buprenorphin-præparater som regel skal indtages tre-fire gange dagligt enten som sublinguale (dvs., til opløsning i munden) film eller tabletter, skal Buvidal indtages ugentligt eller – typisk – månedligt via en subkutan injektion (dvs. injektion i fedtvævet). Præparatet indlejres derved i kroppens fedtlag, hvorfra det som depotmedicin aktiverer kroppens μ -opioid receptorer (Haffajee et al., 2018; Neale et al., 2019).

Formålet med denne undersøgelse er at fokusere på, hvordan borgere i behandling for opioidafhængighed forholder sig til at bruge substitutionsmedicin i forbindelse med rusmiddelbehandling. Undersøgelsens tager afsæt i de nationale retningslinjers fokus på *konsekvenserne* af stofmisbrug (frem for på stofmisbrug som en isoleret lidelse). Undersøgelsen fokuserer således på, hvordan substitutionsmedicinen indvirker på borgernes hverdag, individuelle

trivsel, sociale liv og mulighederne for at have fx et aktivt familie-, arbejds- og/eller studieliv. Undersøgelsen fokuserer samtidig på, hvad det betyder for borgerne at skifte fra et buprenorphin-præparat i film- eller tabletf orm, som skal indtages dagligt/flere gange dagligt, og som enten skal indtages under opsyn på et rusmiddelcenter eller hjemtages (fx til en uge af gangen) og administreres af borgerne selv, til et depotpræparat, som "kun" skal indtages én gang om måneden (Buvidal).

1.2 Depotmedicin i substitutionsbehandling

I undersøgelsen anvendes præparatet Buvidal som eksempel på langtidsdepotmedicin. Med en lagringstid på op til en måned er præparatet sandsynligvis mere effektivt end kortsigtede buprenorphin-præparater til både at modvirke abstinens og psykisk afhængighed/craving (Neale et al., 2019)). Samtidig reducerer overgangen fra et korttidsvirkende buprenorphin-præparat til et langtidsvirkende depotpræparat behovet for hyppige (ofte daglige eller ugentlige) fremmøder på et rusmiddelcenter for at få udleveret medicin. Endelig eliminerer denne overgang substitutionspræparatets mulige misbrugspotentiale.

Risikoen for at opleve stigmatisering til, fra og under ophold ved rusmiddelcentre er veldokumenteret i forskningslitteraturen. Derudover vil hyppige møder komplicere mulighederne for at begå sig i andre livssfærer som fx arbejdsliv, familie og uddannelse (Neale et al., 2019). Yarborough et al. (2016) forbinder muligheden for *ikke* at skulle møde dagligt eller flere gange ugentligt på et rusmiddelcenter for at få udleveret substitutionsmedicin med øget frihed og empowerment. Samtidig vurderer Yarborough et al. (2016), at det bliver lettere for stofbrugere at løsrive sig fra et såkaldt misbrugsmiljø, hvis de ikke dagligt mødes på eller omkring et rusmiddelcenter.

I en dansk kontekst fremhæver Sundhedsstyrelsen desuden, at en af de væsentlige fordele ved at anvende buprenorphin som substitutionspræparat i forbindelse med social stofmisbrugsbehandling – frem for fx metadon – er en markant lavere grad af kontrol af stofbrugeren, fordi buprenorphins misbrugspotentiale er relativt lavt (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Denne fordel vil være endnu større for langtidsvirkende præparater som Buvidal sammenlignet med andre buprenorphin-præparater, fordi injektionen af medicinen skal foretages af professionelle.

Efter i kortere eller længere tid at have været del af et socialt miljø, hvor illegale stoffer fylder meget, vil de fleste stofbrugere ikke umiddelbart etablere et nyt eller uden videre tilslutte sig eksisterende stoffri netværk. Imidlertid er det væsentligt for tidligere aktive stofbrugere at finde og fungere i netværk, som ikke er fæstnet i illegale stoffer, hvis de vil forhindre tilbagefald til aktiv stofbrug. Det er væsentligt at bemærke, at ikke alle stofbrugere vil være interesserede i at assimilere med det brede såkaldte "normalsamfund", men for de tidligere stofbrugere, som søger efter en hverdag uden illegale stoffer, kan depotmedicin være et oplagt valg.

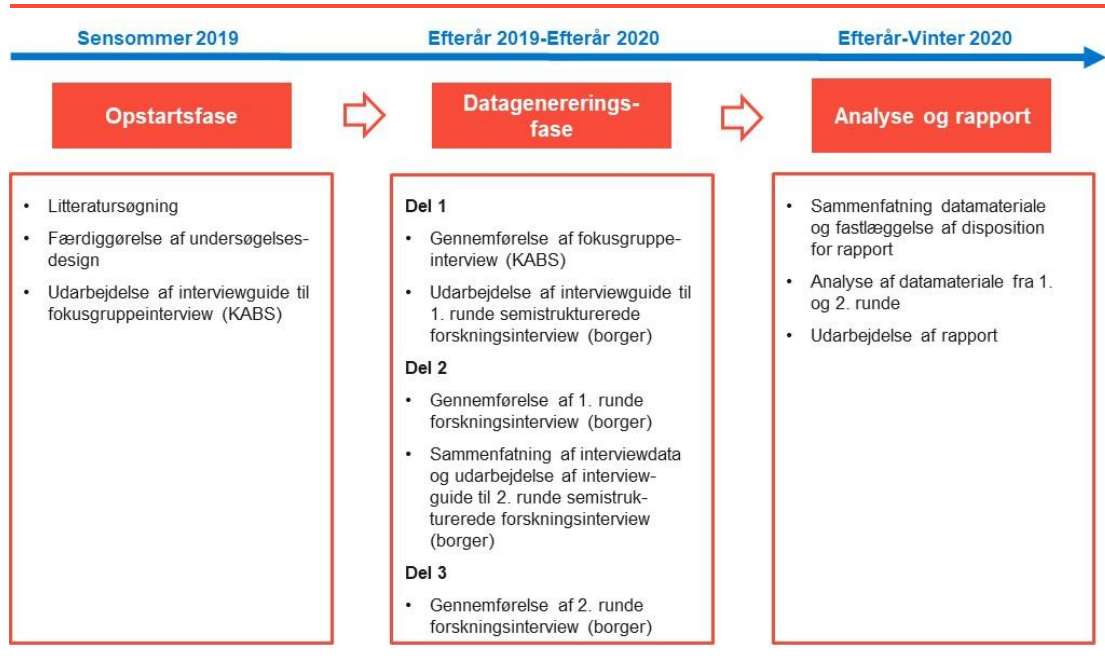
Ud fra den litteratur, som vi har undersøgt i forbindelse med indeværende undersøgelse, finder vi en mangel på videnskabelig viden om, hvordan buprenorphin inden for en dansk behandlingskontekst kan hjælpe stofbrugere med at håndtere hverdagslivet, herunder særligt hverdagsliv, hvor illegale stoffer ikke udgør en central struktur. I forhold til depotpræparater som fx Buvidal er manglen på videnskabelig viden endnu mere udtalt, idet der ikke umiddelbart er foretaget undersøgelser med fokus på brugernes oplevelser og perspektiver.

Der er således brug for ny dybdegående viden om, hvordan stofbrugere i social stofmisbrugsbehandling oplever at blive medicineret med depotmedicin, som ophæver behovet for at møde op på et behandlingscenter dagligt eller flere gange ugentligt.

2 Data og metode

Undersøgelsen er gennemført i tre faser, som har strakt sig over tolv måneder:

Figur 2.1 Undersøgelsens design



Anm.: VIVE Social

Som det fremgår af Figur 2.1 ovenfor er undersøgelsen designet ud fra et induktivt og eksplorativt perspektiv, således at undersøgelsens enkelte elementer sættes i anvendelse i forhold til hinanden. Eksempelvis anvendes viden om data fra 1. runde semistrukturerede forskningsinterview til at udfærdige interviewguiden til 2. runde. Vi har valgt dette design for at give undersøgelsen størst mulig grad af relevans både i forhold til social stofmisbrugsbehandling i Danmark og i forhold til målgruppen.

I forbindelse med begge interviewrunder har vi sammen med interviewpersonerne udført to screeninger for henholdsvis stofbrugernes tilfredshed med substitutionsmedicinen (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication—TSQM) og deres umiddelbare oplevelse af egen sundhed (Clinical Global Impression—CGI).

I sensommeren 2019 gennemførte vi et fokusgruppeinterview med erfarne sundheds- og socialfaglige personaler fra KABS. Fokusgruppeinterviewet fokuserede på undersøgelsens vilkår og på at få etableret relevant viden om målgruppen. Med afsæt i fokusgruppeinterviewet udarbejdede vi interviewguiden til 1. runde af semistrukturerede forskningsinterview, som vi begyndte at afholde i efteråret 2019 umiddelbart forud for interviewpersonernes opstart på langtidsvirkende depotmedicin. Frem mod afholdelsen af 2. runde af forskningsinterview udbrød der covid-19, hvilket besværliggjorde afholdelsen af 2. runde af interview. På grund af covid-19 blev kommunikationen med interviewpersonerne vanskeligere, fordi vi ikke måtte møde på behandlingscentre, sådan som vi ellers havde planlagt. Desuden oplevede vi, at flere interviewpersoner pga. den generelle situation omkring covid-19 havde mindre overskud og derfor valgte at trække sig fra undersøgelsen.

Så vidt det var muligt, indgik vi aftaler om telefoninterview, hvilket var vores bedste mulighed for at indsamle data. Imidlertid er der langt fra et face-to-face interview, hvor minutløse reaktioner kan observeres og reageres på, og til et telefoninterview uden mulighed for at aflæse (og anvende) kropssprog, og hvor selve oplevelsen af at deltage i et interview således tydeligt forandrer sig.

Samtidig betød de nationale retningslinjer om at holde afstand til hinanden og de konsekvenser, som retningslinjerne har fået for VIVEs muligheder for at gennemføre sine undersøgelser, at vi ikke kunne fastholde et gennemgående tidsrum imellem første og anden interviewrunde, men for hovedparten af deltagerne var nødt til at forlænge tiden fra første til andet interview. Denne tilpasning til omstændighederne har imidlertid nok forbedret data, idet den har givet interviewpersonerne lidt længere tid til at vænne sig til depotmedicinen og til at forholde sig til de oplevelser, de har haft i forbindelse med præparatet.

2.1 Fokusgruppen

Vi afholdt fokusgruppemøde med tre professionelle fra KABS med social- og sundhedsfaglige baggrunde i sensommeren 2019. I fokusgruppen diskuterede vi bl.a., hvordan den praktiske del af undersøgelsen bedst muligt ville kunne gennemføres, herunder de særlige forudsætninger, som gælder for de kvalitative interview med stofbrugere i social stofmisbrugsbehandling. Herved tilvejebragte fokusgruppen et vigtigt udgangspunkt for VIVEs gennemførelse af dataindsamlingen (Grønkjær et al., 2011).

I forlængelse af fokusgruppemødet blev et kort notat om de væsentligste pointer fra fokusgruppen sammenfattet og efterfølgende inkorporeret i de semistrukturerede interviewguides.

2.2 De kvalitative interview

Den første runde af semistrukturerede kvalitative forskningsinterview fokuserede på at afdække relevante udfordringer og potentielle barrierer for stofbrugernes transition fra et oralt administreret buprenorphin-præparat til et langtidsvirkende præparat, som skal injiceres af en sundhedsprofessionel. Interviewene fokuserede også på eventuelle forventninger til det langtidsvirkende præparat, herunder forventninger til positive forandringer i hverdagen og i brugernes sociale relationer.

I den anden runde af kvalitative interview, som gennemførtes efter 3+ måneder, præsenteredes stofbrugere for vigtige udsagn fra den første interviewrunde. Denne iterative interviewteknik skaber ofte en mere fortrolig atmosfære imellem interviewperson og interviewer og giver samtidig interviewpersonen lejlighed til at forholde sig konkret til deres egne forventninger og erfaringer. Herved kan interviewpersonerne udrede eventuelle uklarheder (Thomson & Holland, 2003; Holland & Thomson, 2009), ligesom de kan komme mere i dybden med ubekvemme oplevelser og følelser.

De mulige forandringer, som stofbrugere måtte opleve ved at skifte fra et buprenorphin-præparat i form af film eller tabletter til et langtidsvirkende buprenorphin-præparat, inklusive oplevelser af livskvalitet, misbrugsbehandling, det sociale liv, familie, arbejdssituation og – mere generelt – i forhold til hverdagen, kunne herved afdækkes og undersøges systematisk. I nogle interview

anvendte vi desuden en såkaldt "tidslinje", hvor interviewpersonerne kunne synliggøre eventuelle forandringer, som de havde oplevet i perioden fra det første til det andet interview (Adriansen, 2012).

2.3 Den semistrukturerede interviewguide

Begge interviewguider byggede dels på fokusgruppeinterviewet, dels på de variable, som indgår i de to score cards TSQM og CGI. Guiderne var således struktureret efter fire temaer og i forbindelse med den anden interviewrunde desuden med et fokus på oplevelsen af eventuelle forandringer (eventuelt skrevet ind i en tidslinje). Desuden indeholdt hver enkelt af de fire temaer forskellige undertemaer, men ingen faste spørgsmål (som man eksempelvis ville have anvendt i en spørgeskemaundersøgelse).

De fire temaer og undertemaer var:

Substitutionsmedicin og særligt i forbindelse med social stofmisbrugsbehandling. Dette tema undersøgte barrierer og udfordringer i forhold til at fastholde substitutionsbehandling over længere tid. Undertemaer inkluderede: motivation for at påbegynde medicinsk stofmisbrugsbehandling, erfaringer med substitutionsmedicin, omstændigheder for at fastholde behandling, holdninger til tabletter over for injektioner og erfaringer med og holdninger til KABS' personale, herunder særligt forholdet til brugerens primære kontaktperson.

Hverdagsliv fokuserede på stofbrugernes dagligdag og daglige gøremål, herunder de praktiske forhold omkring at indtage medicin på daglig basis og medicinens betydning for hverdagen. Så vidt muligt inddrages familieliv, arbejdsrelationer, sociale relationer samt muligheder for at balancere forskellige livsarenaer i forhold til hinanden. Medicins for så vidt som illegale rusmidlers betydning for hverdagen var et gennemgående fokusområde. Undertemaer inkluderede: hverdagsliv *inden* brug af substitutionsmedicin, livskvalitet i relation til substitutionsmedicin, arbejdsliv, familieliv og sociale relationer mere generelt i forhold til at bruge substitutionsmedicin.

Viden og usikkerhed fokuserede på stofbrugernes eventuelle forbehold over for medicinske forandringer undervejs i et igangværende behandlingsforløb og – mere generelt – over for at deltage i et videnskabeligt projekt. Særligt potentielle bekymringer om relevant smertedækning, risiko for abstinens og uvished om mulige forandringer i sociale relationer var i fokus. Undertemaer inkluderede: abstinens og/eller frygt for ikke selv at kunne administrere substitutionsmedicinen efter behov, frygt for smerter eller for ikke at være tilstrækkeligt smertedækket, øget behov for socialisering fx med andre stofbrugere, øget behov for terapeutisk behandling, behov for nye støttefunktioner, illegale rusmidler samt evt. frygt for øget brug af illegale rusmidler.

Fremtiden dækkede over stofbrugernes stræben efter og forventninger til fremtiden, særligt i forhold til at indtage substitutionsmedicin som del af ens sociale stofmisbrugsbehandling. I forbindelse med den anden interviewrunde kom brugernes egne oplevelser med det langtidsvirkende præparat (Buvidal) til at udgøre et centralt udgangspunkt for at diskutere udsigten til at foretage forandringer i interviewpersonerne trivsel og livsstil. Undertemaerne til dette lidt mere abstrakte tema inkluderede: veje ind i fremtiden, substitutionsmedicinens betydning for fremtiden og eventuelle forandringer i de individuelle interviewpersoners fremtidsudsigter.

Som beskrevet tidligere udgjorde **tidslinjen** et femte tema i anden interviewrunde.

3 Overgangen til depotmedicin og den 12-ugers periode

I dette kapitel beskrives målgruppen for undersøgelsen både med udgangspunkt i det kvalitative materiale og ud fra CGI-score, samt en deskriptiv belysning af interviewpersonernes hverdag før, under og efter undersøgelsesperioden. Alle navne på interviewpersoner er sammen med andre potentielt genkendelige forhold ændret, således at samtlige 21 medvirkende stofbrugere fremstår som anonymiserede i rapporten.

3.1 Målgruppebeskrivelse

Undersøgelsens overordnede fokus ligger på stofbrugere i Danmark, som modtager social stofmisbrugsbehandling med buprenorphin som substitutionsmedicin. Den overordnede målgruppe dækker over tre forskellige undergrupper med varierende grad af problemkompleksitet:

4. Stofbrugere med relativt **lav grad af problemkompleksitet**, som modtager lav-intens social stofmisbrugsbehandling og medicinsk behandling, som er i arbejde eller i gang med en uddannelse, bor eller lever sammen med sin familie og eventuelle børn, og som ikke er diagnosticeret med alvorlige psykiske lidelser.
5. Stofbrugere med **moderat grad af problemkompleksitet**, som modtager moderat social behandling med buprenorphin som det eneste eller det primære substitutionspræparat, som har kontakt til sin nærmeste familie, eventuelle børn, som har en aktiv relation til velfærdssystemet, og som eventuelt indtager en moderat grad af illegale rusmidler parallelt til misbrugsbehandlingen.
6. Stofbrugere med **høj grad af problemkompleksitet**, som modtager intensiv social behandling, og som er socialt udsatte og lever med moderate eller alvorlige psykiske problemstillinger, som ikke eller kun i begrænset omfang ses med sin nærmeste familie, som hyppigt indtager illegale rusmidler, og som også har fysiske skavanker.

De deltagende interviewpersoner i denne undersøgelse er fra start kategoriseret ud fra disse tre underordnede målgruppers forskellige grad af problemkompleksitet. Fælles for alle brugere er, at de i forbindelse med undersøgelsen skifter fra et buprenorphin-præparat, som indtages oralt, til et langtidsvirkende buprenorphin-præparat, der injiceres.

Den første målgruppe beskrives ud fra en lav grad af kompleksitet og modtager hovedsageligt en medicinsk behandling. Disse brugere bor sammen med deres familier og evt. børn og har ikke alvorlige psykiske diagnoser. Den anden gruppe beskrives med moderat kompleksitet og gør brug af behandlingsstedets sociale tilbud, tilbud om samtaler, terapi, gruppebehandling og andre lignende tilbud. Samtidig kan disse brugere have mindre kontakt med deres familier. Disse brugere kan godt have et mindre eller sporadisk brug af illegale stoffer ud over behandlingen. Den sidste målgruppe brugere har en høj grad af kompleksitet og er særligt socialt sårbare, som ud over misbruget har moderate og alvorlige psykiske udfordringer. Brugere i denne gruppe kan også mere jævnligt gøre brug af illegale stoffer. Flest interviewpersoner befinder sig ved første interview i den anden målgruppe, mens færrest befinder sig i den tredje målgruppe. Vi vil i nærværende kapitel dykke ned i grupperingernes udfordringer, baggrunds-

historier og kendetegn på grundlag af det empiriske data. Først vil vi give en kort generel karakteristisk af den samlede målgruppe ud fra fx den aldersmæssige fordeling, opioidbrug og CGI-score.

3.1.1 Generel karakteristisk af den samlede målgruppe

Samlet set består målgrupperne af 18 mænd og 3 kvinder i et aldersspænd fra 25 til 65 år. De tre kvinder fordeler sig i aldersspænd mellem 25-35 år og 56-65 år, mens mændene fordeler sig hovedsageligt i aldersspændet mellem 35-55 år. Aldersmæssigt stemmer denne fordeling tilnærmelsesvist overens med aldersfordelingen i KABS' Årsmagasin deskriptive beskrivelse over indskrevne brugere i 2017 (Jensen & Axelsson, 2018).

I KABS' beskrivende statistik er gennemsnitsalderen for borgerne 39,6 år, mens den i vores sample er 43,7 år. Kønsmæssigt er fordelingen ligeledes tilnærmelsesvist sammenlignelig, hvor der dog ses en lidt højere procentdel af mænd end kvinder i vores sample. I KABS' deskriptive beskrivelse af deres brugere vises en fordeling med 72 % mænd og 28 % kvinder (Jensen og Axelsson, 2018), mens der blandt vores interviewpersoner gælder en fordeling af 86 % mænd og 14 % kvinder.

Alle 21 interviewpersoner var på undersøgelsestidspunktet i behandling for afhængighed af opioider. Af de 21 deltagende stofbrugere var 11 påbegyndt rusmiddelbehandling pga. en afhængighed af heroin, 8 pga. morfin og 2 pga. metadon. Flere interviewpersoner har haft et brug af andre stoffer samtidigt med indtagelsen af fx heroin. Eksempler på såkaldt "blandingsmisbrug" fra interviewene er: kombineret heroin- og kokainmisbrug, heroin- og metadonmisbrug og heroin og benzodiazepiner (fx Diazepam eller Nitrazepam). Mange af de 21 interviewpersoner fremhæver desuden hyppig brug af cannabis eller alkohol.

De deltagende stofbrugeres baggrundshistorier varierer bredt set over to typiske fortællinger om påbegyndelse af misbruget. Den ene fortælling skildrer en misbrugshistorie, der starter efter en operation, såsom ryg-, knæ- eller maveoperation, på grund af smerter eller anden fysisk helbredsproblematik som fx slidgigt. Disse interviewpersoner bruger ikke opioid eller substitutionsmedicin for rusens skyld, men hovedsageligt som smertestillende præparat og for at holde abstinenserne væk. Den anden fortælling tager udgangspunkt i en misbrugshistorik, som starter i de tidlige teenageår og ofte har baggrund i udfordringer og traumatiske begivenheder såsom tvangsanbringelser, svær psykisk sygdom, seksuelle eller voldelige overgreb og psykiske krænkelser. I denne type fortælling forklares misbruget ofte med henvisning til rusen.

Alle interviewpersoner vurderer, at substitutionsmedicin indeholdende buprenorphin er bedre end andre præparater, som fx metadon. Derfor beskriver mange interviewpersoner også, at de på baggrund af deres erfaring med forskellige substitutionspræparater aktivt har valgt buprenorphin som deres primære substitutionsmedicin. Men interviewpersonerne beskriver samtidig forskellige oplevelser med bivirkninger fra buprenorphin (fx svimmelhed, hovedpine, kvalme og opkast), og disse oplevelser er også en af grundene til, at borgerne i denne undersøgelse har valgt at overgå til depotpræparatet.

Alle interviewpersoner er, ud over fra start af at være kategoriseret i en af de tre undermålgrupper (lille, moderat eller høj grad af problemkompleksitet) også i forbindelse med både første og anden interviewrunde, vurderet ud fra det såkaldte Clinical Global Impression (CGI) indeks.

CGI-indekset dækker over graden af sygdom på en skala fra 1 til 7 (jf. tabellen til højre).

Ved undersøgelsens opstart var det karakteristisk for målgruppe 1 (lille grad af problemkompleksitet), at graden af sygdom blev vurderet til 1-3, mens målgruppe 2 (moderat grad af problemkompleksitet) vurderedes til 3-5 og målgruppe 3 (høj grad af problemkompleksitet) vurderedes til 5-7.

Interviewpersonernes sygdomsgrad jf. CGI-indekset er primært baseret på interviewerens umiddelbare vurdering efter at have gennemført det første interview og i mindre grad på KABS' personales vurdering. Vi har således fokuseret på et aktivt billede af sygdomsgraden ud fra interviewpersonens fortællinger om hverdagen, aktuelle udfordringer med medicin, sundhed og hverdag, samt det psykiske velbefindende.

Som det vil fremgå af rapporten vurderer vi på baggrund af de kvalitative interview og med brug af CGI-indekset, at særligt målgrupperne 1 og 2 profiterer af at overgå til buprenorphin som depotmedicin.

3.1.2 Målgruppe 1

Ved undersøgelsens start kategoriseres syv interviewpersoner (Robin, Karlos, Kirsten, Sven, Niels, Ronnie og Finn) til at tilhøre målgruppe 1 med relativt lille grad af problemkompleksitet. Aldersmæssigt er disse interviewpersoner mellem 40 og 64 år gamle og for de flestes vedkommende med mange års tilknytning til den sociale stofmisbrugsbehandling.

Disse interviewpersoner har både væsentlige ligheder og forskelle i forhold til deres udsathed, misbrugshistorik og familieliv. Fælles for disse er dog, at de stræber efter at blive mere stabile i stofmisbrugsbehandlingen, så de kan få hverdagen til at fungere mere optimalt, samt være sammen med familie eller nære.

Der er to baggrundsførtællinger som gør sig gældende for målgruppen. Den ene fortælling tager sit udgangspunkt i et misbrug, som starter ved smertebehandling efter en operation eller ved behandling af en kronisk fysisk sygdom. Denne fortælling starter ofte relativt sent i livet og beskrives generelt set som et uheld. Herefter forværres for fleres vedkommende smerterne over tid, hvilket har betydet en øgning i dosis af morfin eller morfinlignende præparat. Der ses også i to tilfælde behov for behandling mod angst og depression, men dette optræder som lettere psykiske udfordringer. Den anden fortælling tager udgangspunkt i en udsat barndom med forældre med sociale udfordringer, anbringelser, hjemløshed, overgreb, tortur og udfordringer med brug af hårdere stoffer.

For flere har denne baggrundshistorie dog ikke været udløsende for et stofbrug, men først indtruffet efter en operation eller behandling for sygdom. Vi ser derfor de to fortællinger overlappende hinanden i nogle tilfælde, hvor det interessante er igangsættelsen af stofbruget, og hvad der udløser det.

I centrum for målgruppen her er deres familier, nære og forhold til disse i forbindelse med behandlingen med buprenorphin.

Graden af sygdom

0	Ikke vurderet
1	Normal, ikke syg overhovedet
2	På grænsen til psykisk syg
3	Syg, i mild grad
4	Syg, i nogen grad
5	Syg, i udpræget grad
6	Syg, i alvorlig grad
7	Blandt de mest ekstremt syge patienter

Niels (50 år) skammer sig over, at hans datter *"kigger på, at jeg sidder og klipper de der breve op og tager sådan et frimærke frem, ikke. Det vil hun jo ikke se. Hun vil bare se en far, der kører på arbejde, som man plejer"*. For Niels ligger der en skam i at vide, at hans datter ser ham under behandling og oplever ham på en anden måde end før misbruget indtraf. Samme oplevelse går igen blandt de øvrige interviewpersoner, som har dårlig samvittighed over, at familien involveres i misbruget og behandlingen, og føler skam over, at familien eller de nære er konfronteret med brugen af piller eller frimærker. Robin (42 år) nævner fx, at han er bange for, at hans lille søn kommer til at tage en pille og tro, at det er slik, mens Finn (40 år) gemmer behandlingen for sin kæreste, da han er bange for fordomme. Hertil sigter Ronnie (64 år) efter at kunne støtte sin kone mere, mens det for den yngre Karlos (33 år) handler mere om at få familielivet til at fungere med små børn, arbejde og afhentning af medicin.

De fleste interviewpersoner i denne målgruppe pointerer desuden, at deres nære og familie aktivt har italesat, at deres personlighed og væremåde i hverdagen havde ændret sig under misbruget eller behandlingen med andet substitutionsmedicin som fx metadon, og har været glade for den indvirkning buprenorphin har haft på dem. Dette er også for mange en afgørende grund for fortsat at prioritere buprenorphin som substitutionsmedicin.

Et andet væsentligt fællestræk for interviewpersonerne i denne målgruppe er, at de ikke deltager aktivt i stofmiljøet i og omkring rusmiddelcenteret, og kun i begrænset omfang deltager i det sociale liv på centeret. Flere brugere forklarer, at de bevidst undgår at bruge for meget tid på behandlingscenteret som en strategi for at forblive afholdende. Disse interviewpersoner oplever, at det er gavnligt at *"undgå for megen færden i miljøet"* (Niels), hvis man sigter efter en succesfuld behandling med stoffrihed til følge. Niels fortæller yderligere, at han ikke kan lide at komme på KABS, fordi:

[...] man bliver, hvad man er i. Det miljø man er i. Altså. Og det miljø vil jeg ikke være i. Så derfor. Derfor søger jeg ikke det miljø. Jeg har aldrig søgt det. Jeg har faktisk prøvet at undgå det altid, selvom jeg har haft mange venner og bekendte, der er røget i. (Niels)

Samme ønske om at undgå miljøet ser vi hos Finn, som pointerer, at det er nemt at ryge i miljøet igen, hvis man omgås de andre brugere på behandlingscenteret. På trods af at Kirsten ikke nævner miljøet selv, som noget hun gerne vil holde sig væk fra, så deltager hun og hendes partner ikke i aktiviteterne og det sociale liv på behandlingsstedet. Til gengæld bruger stort set alle interviewpersoner tilbud om psykologisk behandling på centeret. Robin udtrykker i forbindelse hermed, at det er en nødvendighed med psykologisk behandling for et vellykket behandlingsforløb. Som den eneste bruger Ronnie (64 år) tid på at tale med borgerne og endda fungere som en mentor for en af borgerne på behandlingsstedet. Alligevel optræder dette kun i forbindelse med afhentningen af medicinen og er ikke noget, han foretager sig uden for de aftalte tider for den primære behandling.

Fælles for målgruppe 1 er, at interviewpersonerne ser frem til, at selve behandlingen, herunder tiden brugt på behandlingscenteret, vil fylde mindre i hverdagen efter overgangen til depotpræparatet. For Karlos bygger dette ønske på en stressende hverdag, hvor behandlingen og udleveringen af medicin skal tilpasses arbejde og familie, og det *"kan være svært, når man skal møde to eller tre gange om ugen for at få sin medicin"*. For Ronnie og Niels handler det snarere om at få en mere tryk og stabil hverdag med familien, hvor medicin *"fylder mindre"* (Ronnie).

Robin, Niels, Svend og Kirsten fortæller desuden, at de glæder sig til *"ikke evig og altid at skulle bekymre sig om huske sin medicin"* (Kirsten), hvornår den skal tages, om ens børn kommer til

at se det, og – ikke mindst – *”dagligt blive mindet om, at man er stofmisbruger, selvom man ikke har fixet siden 2010”* (Svend). Ifølge Niels er hverdagen inden opstart på depotpræparatet *”forkert”*, fordi medicinen fylder så meget. Samtidig håber Niels, at han med depotpræparatet kommer nærmere en *”normal tilværelse”* uden dagligt fokus på medicin.

I denne målgruppe er der generelt to succeskriterier for substitutionsbehandlingen: 1) at få en stabil og fungerende hverdag, hvor man kan være sammen med familien på en bedre måde eller 2) at slippe medicinen helt.

3.1.3 Målgruppe 2

Denne målgruppe udgøres af ni interviewpersoner (Kim, Robert, Anton, Rikke, Aslak, Henrik, Bastian, Kevin, Alex). Aldersmæssigt er de ni personer i 20'erne (to personer), i 40'erne (fem personer) og i 50'erne (to personer).

Disse ni stofbrugere er mere berørt af social udsathed og mere mentalt udfordrede end borgerne i målgruppe 1. Enkelte af de ni interviewpersoner i målgruppe 2 har lidt af alvorlige psykiske lidelser, men på interviewtidspunktet fremstår lidelserne ikke som meget alvorlige. De ni interviewpersoner er også i højere grad plaget af sociale og familiære udfordringer end interviewpersonerne i målgruppe 1, og nogle af interviewpersonerne har ingen konstruktiv kontakt med familie og/eller børn. Robert, Rikke, Kevin og Bastian, som bor sammen med kone/kæreste og børn, fortæller, at de ikke deler deres stofbrug eller deres behandlingsgang med familien. Det er noget, de holder for sig selv.

At familien således ikke eller kun i begrænset grad giver interviewpersonerne en form for rygdækning, som de kan støtte sig til, hvis de oplever udfordringer i forhold til deres stofbrug og/eller behandling, udgør et fællestræk for interviewpersonerne i målgruppe 2. Andre fællestræk for gruppen er, at de ofte engagerer sig i behandlingscenterets sociale liv, ofte deltager i sociale aktiviteter sammen med andre stofbrugere i behandlingscenterets regi, ofte modtager samtaler med en socialrådgiver eller terapi fra en psykolog og – for hovedpartens vedkommende – har venner inden for stofmiljøet, som er aktive stofbrugere. Flere af de ni interviewpersoner er ordineret antipsykotisk eller antidepressiv medicin, og flere af interviewpersonerne fortæller, at de stadig har et sporadisk brug af illegale stoffer ved siden af deres sociale misbrugsbehandling: hovedsagligt cannabis, men også heroin eller benzodiazepiner.

I forhold til stofmisbrug er heroin eller morfin de primære stoffer for interviewpersonerne i denne gruppe. Hvor nogle bruger de illegale stoffer primært til smertebehandling, fortæller andre, at de ud over at anvende stofferne til at dække sig med i forhold til smerter også bruger dem for at opnå en rus. Kun Robert og Rikke anvender kortidsvirkende buprenorphin som smertebehandling uden at have oplevet eller søgt en rus.

Når det for borgerne i denne målgruppe er nået til et decideret stofmisbrug, skyldes det ifølge interviewene en af to forklaringer: Den første forklaring går på, at de har udviklet et stofmisbrug ud af behovet for at blive behandlet for en kronisk sygdom eller en alvorlig fysisk skade. Parallelt til et smertebehandlingsforløb, enten via en smerteklinik eller (i hovedparten af tilfældene) den praktiserende læge, er borgerne begyndt at selvmedicinere, fx med ekstra morfin, metadon, Ketogan eller OxyContin, ofte suppleret med cannabis og/eller alkohol. Den anden forklaring, som går igen i denne gruppe, tager sit udgangspunkt i udviklingen af et stofmisbrug igennem ungdomsårene eller tidligt i voksenlivet, som på et tidspunkt har ledt til ukontrolleret brug af heroin, ofte i kombination med cannabis og/eller alkohol og i flere tilfælde desuden med kokain eller metamfetamin. Fysiske skader – og behov for smertebehandling – spiller også en vigtig rolle i

denne forklaring, blot ikke som den udslagsgivende årsag til stofmisbrug, men mere som en parallel problemstilling, som kan medvirke til at konsolidere stofmisbruget. Således fortæller flere interviewpersoner, at de tidligere i livet har anvendt og været afhængige af heroin, og da de så som følge af en ulykke eller akut fysisk skade er blevet ordineret smertemedicin, er heroinmisbruget enten genopstået eller eskaleret.

Samlet set fremstår interviewpersonerne i målgruppe 2 som mere socialt og psykisk udfordrede end i målgruppe 1. De fleste interviewpersoner i målgruppe 2 har oplevet depressioner, angst eller andre alvorlige psykiske udfordringer, og flere modtager antidepressiv eller angstdæmpende medicin. Socialt er der også flere udfordringer for interviewpersonerne i målgruppe 2, og de fleste har ingen eller begrænset kontakt med familie og venner uden for misbrugsmiljøet. De har ingen eller begrænset tilknytning til det ordinære arbejdsmarked, nogle er i gang med afklaring af arbejdsevne og håber på at blive godkendt til et fleksjob (og håber, at depotpræparatet vil gøre denne godkendelse mere sandsynlig), andre venter på førtidspension og vil bare gerne *"slippe for alle møderne på jobcenteret, som alligevel ikke fører til noget overhovedet"* (Bastian). Henrik, som håber at vende tilbage til arbejdslivet med et fleksjob, fortæller: *"Jeg skal ud og have et arbejde. Jeg skal være et produktivt menneske i samfundet"*. På lignende vis indgår et fleksjob også i Kims forventninger til, hvad behandling med depotpræparatet kan hjælpe til. For flere betyder arbejdet desuden, at de kan holde sig i ro og beskæftiget, som vil tage deres tanker væk fra behandlingen, uroen i kroppen og lysten til at bruge alkohol eller andre rusmidler ved siden af.

Stofbrugerne i målgruppe 2 har ofte god erfaring med social stofmisbrugsbehandling, både ambulante behandling og længerevarende døgnbehandlinger. De har også erfaring med at være stoffri i kortere eller længere perioder.

Generelt fremstår ønsket om at få en stabil hverdag uden illegale rusmidler og ofte også med mulighed for at trække helt ud af substitutionsmedicin som helt centralt for interviewpersonerne i denne målgruppe. De fremhæver behovet for at bruge mere tid og flere ressourcer på fritidsaktiviteter og på deres nærmeste relationer uden for misbrugsmiljøet.

I forhold til at overgå til behandling med buprenorphin som depotmedicin fremhæver interviewpersonerne især to væsentlige målsætninger: 1) Rikke, Robert, Kim og Bastian søger at stabilisere sin hverdag og få ro på til at kunne sove og holde sig stoffri. Især den dårlige smag fra buprenorphin-filmen, som giver opkastfølelser og *"varer ved i flere timer"* (Kim) udgør en barriere i deres behandlingsforløb. Samtidig oplever borgerne, at de ikke føler sig konstant dækket af korttidsvirkende buprenorphin, særligt i forhold til smerter, og de håber således, at depotpræparatet vil medføre en mere stabil smertedækning. Færre bivirkninger og bedre dækning er centrale forudsætninger for vejen hen imod en mere stabil hverdag, hvor man kan *"passe [sin, red.] behandling og holde [sig, red.] fra stofferne"* (Bastian) og leve et *"simpelt"* liv med en *"ganske almindelig kedelig grå hverdag"* (Robert og Kim). 2) Anton, Alex, Aslak, Henrik og Kevin, som også håber, at depotpræparatet giver færre bivirkninger, end de er vant til med de korttidsvirkende buprenorphin-præparater, efterstræber med overgangen til depotpræparatet mere omfattende forandringer i hverdagslivet. Ultimativt søger disse interviewpersoner efter et liv helt uden for social eller medicinsk stofmisbrugsbehandling, hvor de således *"helt slipper behandlingen med buprenorphin"* for derved at kunne leve et *"et helt, sundt og godt liv"* (Henrik).

For flere i denne målgruppe handler det også om et håb om, at trangen til såkaldt sidemisbrug vil dale med brug af langtidsvirkende buprenorphin. Alex nævner her et ønske om, at han ikke

vil få lige så meget lyst til at bruge kokain eller benzodiazepiner under behandling med depotpræparatet, mens Kim håber på, at depotpræparatet vil forhindre yderligere "tilbagefald" til at bruge heroin.

3.1.4 Målgruppe 3

Undersøgelsens fem mest udsatte og komplekse stofbrugere udgør målgruppe 3. Aldersmæssigt spænder disse fem brugere (Anine, Ove, Jens, Philip og Boris) fra begyndelsen af 30'erne til sidst i 50'erne, og de repræsenterer mennesker med alvorlige og meget komplekse problemstillinger, hvor flere diagnoser eller symptomer på psykiske lidelser optræder samtidigt. Derudover har alle interviewpersoner i målgruppe 3 omfattende fysiske helbredsproblemer, og ingen af disse fem brugere har et velfungerende forhold til deres nærmeste familie og/eller egne børn. Brugernes sociale liv er ofte enten meget begrænset eller primært indlejret i et miljø med forholdsvis hyppig brug af illegale rusmidler. Flere har aktivt valgt eller forsøgt at afgrænse sig fra andre stofbrugere, ofte uden held, og to af interviewpersonerne har relationer til bandemiljøet i Danmark.

Indtagelse af illegale rusmidler foretages parallelt til stofmisbrugsbehandlingen af alle fem interviewpersoner og veksler fra cannabis og alkohol til heroin, kokain, amfetamin og benzodiazepiner. Alle fem vurderer, at de dagligt enten bruger illegale rusmidler eller føler sig fristet til det, når de færdes med venner eller sociale relationer, inkl. i forbindelse med fremmøde på behandlingscenteret.

De fem interviewpersoners baggrundshistorier indeholder alle udfordringer i barndommen, inkl. overgreb og oplevelser af at være utilpasset i skolen og tidlig udvikling af stofbrug, som efterhånden udvikler sig til stofafhængighed. Flere påpeger, at en ulykke og efterfølgende problemer med smerter har accelereret denne udvikling.

Alle fem interviewpersoner fortæller også, at deres (få) nærmeste venner ligeledes indtager illegale stoffer og har problemer med stofmisbrug. Tidlig debut med kokain eller amfetamin går for alle fem interviewpersoner forud for opstart på heroin, også i de tilfælde, hvor selvmedicinering med morfin har fremskyndet udviklingen af stofmisbrug. Flere har desuden en fortid i bandemiljøet og har lavet både berigelses- og voldskriminalitet. Perioder med hjemløshed forekommer også for alle fem interviewpersoner.

Alle på nær én af de fem interviewpersoner i målgruppe 3 har på et tidspunkt i livet været indlagt på psykiatrisk hospital med alvorlige psykiske lidelser såsom voldsom depression (og selvmordsforsøg), psykose og mani. Længerevarende behandlingsforløb og flere forskellige behandlingstilbud gælder for alle fem stofbrugere ligesom perioder med antabus.

En fælles udfordring for denne målgruppe er et konstant fokus på piller og det antal piller, de skal tage om dagen. Flere kommenterer på, at dette konstante fokus forstyrrer deres hverdag og udgør en stressfaktor. Mængden af piller gør, at hverdagen bliver delt op i tidsintervaller mellem indtagelsen af piller og hurtigt kommer til at handle om pillernes indvirkning på hverdagens struktur og deres psykiske og fysiske tilstand. For eksempel er Ove afhængig af at være hjemme på bestemte tidspunkter for at modtage sine piller, hvilket kan være svært for ham, da han er ældre og dårligt gående, så det kan tage ham lang tid at gå hjem fra en ven eller have tid til at tage op til behandlingscenteret og være hjemme til tiden. Phillip fortæller om "*tre døde nede-tider*", da han efter indtagelsen af sin substitutionsmedicin bliver træt og nærmest "*slået ud*", og han har derfor kun få deciderede "*vågne timer*" i døgnnet, hvor han kan foretage sig hverdagslige aktiviteter.

Jens fortæller, at han også skal tage så mange piller dagligt, at han snart ikke kan *"finde ud af det efterhånden"*. Denne stressfaktor med piller virker som en afgørende barriere for denne gruppe; en problemstilling som også gælder for interviewpersoner i målgruppe 1 og 2, men som er meget mere udtalt i målgruppe 3. Vi vender tilbage til denne problematik i de efterfølgende kapitler.

Forhåbningen for denne gruppe ved at overgå til langtidsvirkende buprenorphin er at blive bedre smertedækket og opleve færre abstinenser, således at det bliver muligt at indgå i en mere stabil hverdag, som ikke er struktureret efter indtagelse af medicin og/eller smerter og abstinenser. Flere ser også frem til ikke at *"være tvangsindlagt"* (Anine), til at komme på behandlingscenteret dagligt eller flere gange om ugen, da de oplever det som en barriere for deres hverdag både pga. logistiske udfordringer, men også pga. det sociale miljø i og omkring behandlingscenteret, som de hver især erkender, at de nok *"har bedst ved at holde sig væk fra"* (Bastian). Anine forklarer yderligere, at hun *"får nedtur hver gang, fordi [hun, red.] bliver mindet om, at [hun, red.] er syg"*, hvilket i sig selv stresser hende.

Alt i alt lever interviewpersonerne i målgruppe 3 med meget vanskelige vilkår og har store sociale, psykiske og fysiske helbredsmæssige udfordringer i hverdagen, som de håber depotpræparatet kan hjælpe med at lette på.

3.2 Hverdagslivet før overgangen til langtidsvirkende depotmedicin

Dette afsnit afdækker hverdagslivet, som det så ud før skiftet til behandling med depotpræparatet (Buvidal). Først skildrer vi, hvad der karakteriserer hverdagen for interviewpersonerne med udgangspunkt i den nuværende behandling med korttidsvirkende buprenorphin, som skal indtages flere gange dagligt, og hvordan denne påvirker hverdagen. Herunder kommer vi ind på de bekymringer, interviewpersonerne har ved overgangen til depotpræparatet, og hvilken viden de har om deres nye behandling. Vi vil undervejs pointere eventuelle forskelle mellem målgruppernes oplevelser med behandlingen.

3.2.1 Hverdagslivet med eksisterende substitutionsmedicin

Hverdagen bliver for manges tilfælde beskrevet som mere eller mindre stillestående, hvor man *"laver ikke så meget derhjemme"* (Anine), *"laver stort set ikke andet end at komme her [på KABS, red.]"* (Aslak) og *"tager sig mest af de hverdagslige gøremål"* (Kirsten).

Robert fortæller:

Jamen en typisk hverdag... Altså jeg har ikke noget at give mig til. Jeg er lad og doven og ugidelig... Altså jeg kan lige sørge for hundene og... holde huset nogenlunde rent og haven sådan nogenlunde i orden. Og så ikke mere. [Der er, red.] ikke energi til noget som helst. (Robert)

Denne beskrivelse af hverken at have energi til ret meget andet end simple gøremål – som at lufte sin hund eller have noget meningsfuldt at give sig til – er bredt beskrevet blandt interviewpersonerne, når de fortæller om en typisk hverdag. Det er ikke en hverdag, interviewpersonerne er stolte af, og derfor peger de også ofte på, hvad de oplever at mangle i hverdagen, hvad de gerne ville kunne gøre i hverdagen, hvis deres liv så anderledes ud. Ofte fremhæver interviewpersonerne små ting, som gør en forskel:

Det er meget i det små, at jeg er ved at komme op til overfladen. Så var jeg også til træning. Jeg er begyndt at træne tre gange om ugen, og det er jo også godt. (Kirsten)

Oplevelsen af at komme op til overfladen er også noget Bastian nævner, og for ham handler det om at kunne komme tilbage til arbejdsmarkedet i form af praktik:

Og nu er jeg også ved at vende tilbage til arbejdsmarkedet i form af noget praktik. Det gør jo også, at det vil være rart ikke skulle komme her [på KABS, red.] så ofte. (Bastian)

Flere pointerer ligesom Bastian ønsket om at få en anderledes hverdag, hvor man ikke behøver at komme på behandlingscenteret dagligt eller flere gange om ugen og har et håb om at komme tilbage til beskæftigelse.

Disse træk og ønsker er mest udbredt blandt målgruppe 1 og 2, hvor der søges at etablere en hverdag, som er tæt på det, der for dem er 'normen' – en *"normal tilværelse"*, som Niels udtrykker det. Eksempelvist håber Anton (26 år) på at komme tættere på normalen, hvor han mener, hans venner og bekendte befinder sig med uddannelse, kærester, bolig osv., fordi han *"føler sig bagud"* ved ikke at have opnået de samme ting som vennerne. På lignende vis ønsker Kim at komme tilbage til arbejdsmarkedet og vurderer generelt det at arbejde højt og som et ønske for en anderledes hverdag:

Interviewer: *Hvad giver det dig [at arbejde, red.]?*

Kim: *Jamen, det giver mig noget indhold i hverdagen jo. Ellers har jeg jo ikke rigtig noget andet, end at jeg sidder derhjemme og ser fjernsyn, og så når jeg kommer her. Ellers har jeg jo ikke rigtig noget indhold. Jeg går ikke på aftenskole eller klubber.*

Kims hverdag er i høj grad præget af at passe sin behandling og sin hund, som er enormt vigtig for ham. Hunden giver ham en følelse af ansvar, som udgør hans motivationen for at holde fast i behandlingen med buprenorphin. Han udtrykker, at han er mere stabil både økonomisk og mentalt ved behandling med buprenorphin end behandling med metadon (eller uden behandling overhovedet) og derfor har mulighed for at tage sig af hunden på passende vis. Dette træk går også igen hos andre interviewpersoner.

Boris finder også motivation i sin hund, som beskrives som 'guldklumpen'. Boris engagerer sig også i en nyttehave, som han bruger som et sted, han kan bruge sine penge, så han undgår at blive fristet til at købe stoffer og *"i stedet for bare at sidde herhjemme og ikke vide, hvad man skal lave"*. Og så Boris også haven til at dyrke cannabis, som dels sparer ham for nogle penge, dels gør, at han slipper for at handle med den kriminelle gruppering omkring hans boligområde, som iflg. ham *"står for at sælge hash, men også speed og andre ting"*.

Andre interviewpersoner finder motivation i nære relationer, som fx en kæreste eller en kone, for at fastholde buprenorphin-behandlingen. Ronnie forklarer, hvordan hans kone, venner og familie tydeligt kunne mærke forskel på ham, da han fik behandling med metadon for sine smerter. Efter at have skiftet metadon ud med buprenorphin føler han sig mere *"normal"* og *"rar at være sammen med"*, hvilket ikke var tilfældet, da han var ordineret metadon.

Kirsten er ked af at have været *"et kvaj"* over for sin kone og sin nærmeste familie, dengang hun var afhængig af morfin og alkohol, mens hun efter at være påbegyndt behandling med

buprenorphin føler sig "normal": "*Jeg er bare normal. Jeg kan ikke mærke noget*". Finn beskriver det som at være blevet "*væsentligt mere frisk og klar i hovedet*", da han skiftede metadon ud med buprenorphin. Og Sven beskriver samme oplevelse af at føle sig "*mere normal*" og "*slet ikke stresset på samme måde* [som med metadon, red.]" ved behandling med buprenorphin, hvor der nu er plads til at arbejde og i hans ord frihed til ikke "*hele tiden at tænke på penge, og hvordan der skaffes stoffer*". Hverdagslivet bliver ofte beskrevet med udgangspunkt i en eller flere motivationspunkter for at forblive i behandlingen og søge et bedre alternativ til et liv med afhængighed. Denne motivation er således ofte familien, de nærmeste familierelationer, en hund eller det at føle sig "*mere normal*" (Finn), frisk og mindre stresset.

For flere er hverdagslivet også præget af en konstant opmærksomhed på smerter og abstinenser. Der er her en social barriere, da man kan være social i en begrænset tidsperiode, før man skal indtage medicin, bliver for hæmmet af smerter eller abstinenser eller ikke kan ses med de sociale kontakter, man normalvis omgås med, da man forsøger at undgå stofmiljøet.

Philip afviser at deltage i sociale arrangementer og har begrænset sin vennekreds til ganske få:

Philip: Altså min kammerat, en rigtig god kammerat, holdt 27-års i weekenden, og de suger coke i lange baner. Og jeg kunne bare have sagt "ved du hvad, jeg har fået at vide, at jeg godt må drikke alkohol". [...] Men ved du hvad, jeg er så engageret i det her forløb her, at jeg sagde nej til den 27-års. [Min anden ven, red.] der, han skal så holde 30 års. Hvordan han håndterer den, det ved jeg ikke. Det bliver også imellem os to. Han skal holde 30-års, men jeg skal finde en eller anden måde, hvorpå jeg siger til ham "du er ikke engageret nok i dit misbrugsforløb til at sige nej til at holde sådan en fest her, men jeg er altså engageret nok til, at jeg ikke kommer." Jeg vil ikke være med. Jeg er nødt til at holde mig straight og holde det her. Hvis jeg begynder at tage coke, så begynder min hjerne at tænke i de løbebaner igen.

Interviewer: *lige med det samme?*

Philip: Lige præcis. Så jeg holder mig helt væk fra det der. Jeg holder hele den der verden ude, og jeg sidder bare og spiller computer med mine venner i stedet for og er sammen med min kæreste. Så de eneste mennesker jeg omgås med, det er dem, der ryger hash. Desværre, så alle/jeg tror, jeg har én eller to venner, der ikke er i misbrugsverdenen, og det er de eneste, jeg holder mig sammen med.

Philip begrænser således sit sociale liv for at fastholde sig selv i behandlingen og ikke blive fristet til at tage stoffer. Det gør, at han også er nødsaget til at omgås bestemte venner, som ikke er i misbrugsverdenen.

Tilsvarende forsøger Finn, Aslak og Karlos at holde sig væk fra stofmiljøet og i stedet fokusere på at "*bruge energien på kæreste og familie*" (Karlos). Af samme årsag fortæller de også, at vennekredsen er blevet væsentligt begrænset.

Ove er udfordret af stærke fysiske smerter, hvilket betyder, at han er nødt til at være hjemme på bestemte tidspunkter både for at tage imod rusmiddelcenterets levering af hans medicin, men også for at indtage medicinen i en fast rytme, som iflg. hans egne erfaringer bedst muligt sørger for at holde ham smertedækket. Rent praktisk bruger Ove gerne 20-30 minutter umiddelbart efter at have indtaget medicin til at "koble ud" og slappe af, indtil medicinen er begyndt at virke. Dette begrænser ham i forhold til, hvornår og hvor længe han kan tillade sig at besøge og opholde sig hos en god ven, som bor i nærheden af Ove. Han er nemlig nødt til at påregne

tid til at bevæge sig frem og tilbage mellem hjemmet og vennen, blandt andet så han ikke risikerer at miste modtagelsen af medicinen. *"Ret stressende"* fortæller han, *"fordi, hvis jeg misser medicinen, går jeg totalt i hundene med det samme"*.

For Ronnie handler det om, at han ofte er i så store smerter, at han ikke kan foretage sig sociale aktiviteter, hverken med venner eller med sin kone. Hertil kommer en familiemæssig barriere, da smerter og manglende overskud sætter begrænsning for, hvor meget man kan have overskud til at engagere sig familiemæssigt. Der er også nogle mere personlige konsekvenser af smerterne, hvor fx Anton drikker for at kunne klare smerterne. Flere interviewpersoner drikker alkohol ved siden af deres behandling eller modtager antabus pga. et tidligere misbrug.

3.2.2 En særlig rutine

Alle interviewene indeholder beskrivelser af, hvordan medicin ofte spiller en vigtig rolle for interviewpersonernes hverdag. Hvordan, hvor stor dosis og hvornår man indtager sin medicin, tanker på, hvor meget medicin der er tilbage i hjemmet, hvornår der skal hentes ny forsyning, eventuelle farer forbundet med medicinen, skam over at være afhængig af medicinen, osv. er eksempler på, hvordan interviewpersonerne forholder sig til den medicin, som de indtager som led i deres stofmisbrugsbehandling.

Mange interviewpersoner beskriver, hvordan bestemte rutiner opstår omkring brugen af medicin i hverdagen. Rutinerne fylder meget for interviewpersonerne, og de trænger sig også ind i flere af interviewene, hvor interviewpersoner enten forklarer og illustrerer bestemte rutiner, eller hvor de ubevidst gennemfører en rutine undervejs i interviewet (fx knække to piller i halve og indtage den ene halve). Flere gange i interviewet med Anton ryster han sit pilleglas for at understrege en vigtig pointe, og Svend viser, at han kan knække en pille med tungen uden at bruge hænder. Der fremstår et behov for at skabe kontrol med medicinen og få medicinen integreret i hverdagen på en ordentlig måde. At leve med medicin bliver for borgere i social stofmisbrugsbehandling en "social praksis" (Bengtsson & Ravn, 2019) – indtagelse af medicinen organiseres tidsmæssigt og synkroniseres med resten af hverdagslivet.

Alex beskriver indtagelsen af medicin som et *"morgenritual"*, mens Jens kalder det for en *"ceremoni"*. For begge, og flere andre interviewpersoner fremstår ritual/ceremonien både som en fysisk og psykisk praksis. For eksempel fortæller Ronnie både, hvordan kroppen gør (fysisk) ondt på bestemte tidspunkter, når medicinen ikke længere virker, og hvordan han konstant tænker på medicin. Kombinationen af fysiske smerter på bestemte tidspunkter i døgnet og medicinens mentale overtag på hans tanker bevirker, at Ronnie *"trækker sig tilbage i forhold til familien"*. Han kan ikke overskue at tage på ferier med sin familie, og gør de det alligevel, er han *"rædselsslagen for, at pillerne bliver væk"*. Et døgn uden medicin *"er ikke en mulighed"* ifølge Ronnie.

Henrik fortæller, hvordan hans hverdag er struktureret omkring den daglige indtagelse af buprenorphin-tabletter. Han er ordineret til at indtage tre buprenorphin-tabletter af gangen tre gange om dagen. Men samtidig har han i samråd med sin behandler og KABS' læge fået lov til at sprede selve indtagelsen af de ni tabletter ud over hele dagen, endda ved også at knække dem i halve. Det vil sige, at Henrik indtager medicin 18 gange om dagen, hver dag. Han demonstrerede det i det første interview og fortalte efterfølgende, hvordan det *"fylder meget for ham på godt og ondt"*. På den ene side giver selve arbejdet med at knække pillerne og holde styr på dosis og tidspunkter ham en følelse af kontrol over sin behandling og livssituation mere generelt. På den anden side minder det ham konstant om, at han er syg, og måske også om hans perioder med stofmisbrug og store kontroltab. Adspurg direkte, om han ville give afkald

på al den tid, han normalt bruger på at ordne medicinen, svarer Henrik, at det ville han gøre "med glæde".

Philip fortæller også, hvordan hans hverdag er centreret omkring medicin – ud fra såkaldte "døde/nede-tider". Ifølge Philip opstår "døde/nede-tiderne" umiddelbart, efter han indtager en tablet, fordi hans krop reagerer kraftigt på medicinen.

Philip: *Egentlig er det meningen, at jeg skal tage tre af dem her på en gang. Men når jeg bare har taget én, så allerede efter et kvarter, så bliver jeg så døsigt, at jeg bare sidder sådan her og hænger med hovedet. Så går jeg ind og lægger mig, og så falder jeg i søvn. Og ikke rigtig falder i søvn. Jeg kollapser faktisk. Jo, det lyder lidt alvorligt at sige kollapsedet.*

Interviewer: *Du knock out-er nærmest?*

Philip: *Jeg knock out-er. Men så vågner jeg op igen. Så ved en tre-tiden tager jeg én til. Så sker det samme igen. Så spiser jeg aftensmad. Så ved en ni-ti-tiden så sidder jeg og gamer med en kammerat, og så siger jeg til dem "prøv og hør drenge, jeg skal bruge en pause. Jeg skal tage min medicin nu". Så tager jeg den igen, og – bum! Så kan jeg være så uheldig, at hvis min kæreste ikke lige er inde, eller hun ikke lige opdager det og får sparket mig op, jamen så er klokken pludselig tolv. Jeg vågner kl. tolv, og så er min aften fucked. Medicinen giver mig tre døde/nede-tider. Så. Men sådan er det.*

Robert fortæller, at han er "afhængig af at vide", at han altid har ekstra tabletter, og ofte er han nødt til at gå ud og tælle pillerne i skabet. Han beskriver afhængigheden som "angstprovokerende" og frygten for stå uden medicin som "rædselsfuld", og generelt opfatter han medicinen som "en stor belastning" for sit liv.

Robert: *Og det [retoribletter med buprenorphin, red.] er så modbydeligt. Så modbydeligt simpelthen. Og det er... Det er så irrationelt. Der er ikke noget, der tilsiger det. At jeg skal være bange, eller at jeg ikke kan sidde på en stol og øh... Alt det her. Altså... Jeg kan jo se med mine sansers fulde fem, og jeg ved det jo godt. At medicinen virker, men når jeg har de her, jeg ved ikke, hvad jeg skal kalde det, angstanfald, perioder ..., så er jeg jo bange for, at medicinen holder op med at virke, og at jeg ikke har det medicin, jeg skal have. Jeg tror jo at i hvert fald én gang om dagen, der går jeg ud og tæller, hvor meget medicin jeg har.*

Interviewer: *Okay*

Robert: *For at være sikker på at ... Det er jo så angstprovokerende. Det her med, hvis man lige pludselig står og mangler. Og jeg har ikke engang prøvet at være ude for det, ikke en eneste gang.*

Interviewer: *Nej, men du er alligevel bange for det?*

Robert: *Ja, det er jeg. Og altså jeg har nogle piller tilovers fra, lad mig sige, de fede tider, hvor jeg var i arbejde, og det kan så holde mig i ro, om man så må sige. [...] Jeg var ude i et vikariat en måned, og det gør jo så, at når jeg sidder på den truck, eller hvad jeg nu laver, så skænker jeg det ikke en tanke. Og så har jeg sådan et par ekstra piller, men så bliver man også bange for, at man begynder at bruge af dem.*

For Robert optager ritualen omkring indtagelsen af medicin en destabiliserende rolle i hverdagen, hvor han som tidligere nævnt ikke kan føre en hverdag, men beskriver sig selv som *"lad og doven"*. Ritualen optager så at sige hans ressourcer og efterlader ikke plads til meget andet. Som han beskriver i citatet er det *"modbydeligt"* og *"irrationelt"* og *"angstprovokerende"*, hvor han ser sig nødsaget til at tælle pillerne, have dem med i lommen og konstant har en opmærksomhed på, hvor meget medicin han har.

Robert – og flere andre interviewpersoner – beskriver således i høj grad den sociale praksis omkring indtagelsen af medicin som en negativ praksis, der rent mental kan være vanskelig at leve med, og som har stor indvirkning på de mentale og sociale ressourcer. Det er tydeligt, at mange interviewpersoner håber, at medicin en dag kommer til at fylde mindre i deres hverdag. Ønsker om at få mere energi til at komme på arbejde, deltage i sociale aktiviteter, *"opretholde en normal hverdag"* (Henrik). På trods af, at alle interviewpersoner føler et behov for (hovedparten af) den medicin, som de er ordineret og indtager, forbinder kun de færreste interviewpersoner medicin med et stabilt hverdagsliv. Hovedparten oplever medicinen og dens indflydelse på hverdagslivet som noget uønsket, begrænsende og udfordrende.

Vi ser i eksemplerne, hvordan medicin og selve indtagelsen af medicin kan have endog stor effekt på hverdagslivet. Selvom det ikke er alle interviewpersoner, som fortæller om så kraftig en effekt som Philip, der kolliderer tre gange om dagen, når han indtager sin medicin, er det tydeligt i datamaterialet, at medicin udgør en stærk struktur i interviewpersonernes hverdagsliv, som både kan fylde meget mentalt og – i kraft af fysiske reaktioner – kropsligt. Samlet beskriver interviewpersonerne forholdet til medicinen som dobbeltsidet: På den ene side giver medicinen interviewpersonerne tryghed for, at de kan have en hverdag uden illegale stoffer, men på den anden side forbinder de også medicinen med noget negativt og begrænsende – og mentalt udfordrende.

3.2.3 Bekymringer ved overgang til langtidsvirkende buprenorphin

Interviewpersonerne er generelt set ikke særligt bekymrede for at skulle skifte fra deres eksisterende behandlingsindsats med buprenorphin, enten som tablet eller film, og til depotpræparatet (Buvidal), som indtages subkutant. De bekymringer, der trods alt fremhæves, er karakteriseret af spænding over ikke at skulle indtage medicin dagligt samt en forsigtig nervøsitet for ikke at være ordentligt smertedækket.

I de fleste tilfælde komplimenteres udsagn, som udtrykker bekymring eller nervøsitet, med en overbevisning om, at KABS vil støtte og evt. træde til med akut hjælp, hvis man skulle opleve ikke at være ordentligt smertedækket. Interviewpersonerne fremhæver også gerne, at det er vigtigt for dem, at dosis kan justeres løbende, og at de eventuelt kan afbryde behandlingen med depotpræparatet og skifte tilbage igen til deres oprindelige buprenorphin-behandling. Generelt signalerer interviewene, at interviewpersonerne følger sig meget trygge ved KABS' personale og faglige kompetencer.

Interviewer: Hvad vil du gøre, hvis du begynder at føle dig dårlig eller noget? Og du mistænker, at det kunne være pga. den der nye medicin?

Anton (26 år): Jamen, så ville jeg nok kontakte stedet her med det samme og sige "er det meningen, at det skal være sådan her?"

Denne tryghed i at opsøge behandlingsstedet finder vi hos flere, hvor fx Finn (40 år) pointerer, at KABS er et særligt godt sted, da "[personale, red.] er der til at tage vare om folk". Også Ronnie udtrykker en særlig tryghed ved og taknemmelighed over for behandlingsstedet:

Interviewer: *Hvordan har du det med at komme her?*

Ronnie (64 år): *Med alt det de har hjulpet mig, fantastisk. Jeg synes, de er eminente. Jeg vil give dem 5 stjerner. Virkelig 5 stjerner, fordi de har en så stor empati for folk, der er så langt ude i tovene. Forskyldt eller selvforskyldt, eller hvad man kan sige ikke. Men stadigvæk, så er de så søde, rare og venlige ikke. Det rører... Det rører mig virkelig meget. Jeg tror, hvis jeg ikke havde KABS, så tror jeg, at det var gået galt.*

Ronnies historie tager udgangspunkt i en fejloperation og herefter så store smerter, at han initierer en behandling med metadon, som i hans ord ændrer ham psykisk og adfærdsmæssigt uden at smertedække ham helt. Det er først, når han kommer til KABS, at han begynder at føle sig "normal igen". Heraf oplever han en særlig tryghed ved behandlingen, hvorfor mangel på bekymring ved overgang til depotpræparatet kan ses som resultat heraf. Tryghed i behandling er ganske udpræget blandt interviewpersonerne, selvom ikke alle udtrykker en lige så personlig og hjertelig taknemmelighed over for KABS.

3.2.4 Dosering af medicinen

Som nævnt fylder bekymringer for, hvordan depotpræparatet vil virke, ikke meget i interviewene. Alligevel er der nogle fælles træk ved disse, som er værd at beskrive og pointere. Den mest markante og udprægede bekymring centrerer sig om doseringen af medicinen.

Bekymringer omkring dosering går generelt set på risiko for overdosering, fordi kroppen skal "indeholde medicin nok til en hel måned", som Robin formulerer det. Mens flere interviewpersoner deler Robins bekymring, fremhæver andre interviewpersoner, at de godt kan blive lidt bekymrede for, om buprenorphinen nu også vil virke lige så godt, når den doseres som depotmedicin – en bekymring, som også kan findes i faglitteraturen (fx Neale et al., 2019).

I forhold til bekymringer om risiko for overdosering vægter interviewpersonerne, at de i forbindelse med illegal stofbrug jo altid har været nødt til at forholde sig til denne risiko, og at den bekymring kan være vanskelig at lægge fra sig, selvom medicinen ordineres af en læge. Så selvom interviewpersonerne anerkender behovet for at udvikle medicinske indsatser til mennesker med stofmisbrug, og i nogen grad også ser sig selv som pionerer ved at være blandt de første i Danmark til at bruge depotpræparatet, kan de også godt være lidt bekymrede over netop at føle sig som forsøgskaniner.

Eksempelvis Anton og Anine udtrykker, at de føler, at de indgår i et medicinsk forsøg. Anton spørger fx, om det ikke er sandt, at han og de andre interviewpersoner udgør "de første trials på humans?", og Anine føler sig decideret som en psykiatrisk forsøgskanin:

Man føler sig lidt som en psykiatrisk forsøgskanin, ikke. Forstår du, hvad jeg mener? Altså, så prøver vi lige det her Buvidal på dig... Værsgo... Hvad nu, hvis jeg blev lam i den ene side eller et eller andet. (Anine, 32 år)

En anden bekymring, som kommer frem i interviewene, er, hvordan depotpræparatet fungerer sammen med øvrig medicin, fx Niels, som indtager antidepressiv medicin, og som er meget

afhængig af, at denne medicin virker. Endelig fremhæver flere interviewpersoner, at de har en skræk for og tager afstand til nåle og injektioner – til dels fordi stofmisbrug sættes i forbindelse med kanyler. For disse interviewpersoner er det centralt, at medicinen skal injiceres af uddannet sundhedspersonalet og ikke af borgerne selv.

Den anden generelle bekymring vedrørende risiko for underdosering relaterer sig hovedsageligt til en frygt for smerter og abstinenser. Rigtig mange af interviewpersonerne lever med smerter og er afhængige af medicinsk smertedækning for at kunne fungere i hverdagen. Samtidig er stofbrugerne bevidste om, at de ofte vælger at selvmedicinere, når den ordinerede medicin ikke slår til. Og de er også bevidste om, at selvmedicinering har det med at *"løbe løbsk, og så er det jo tilbage til nul"* (Robin, 52 år). Denne bekymring sættes gerne sammen med frygten for ikke at have mulighed for at supplere med ekstra tabletter, hvis behovet skulle opstå. Ifølge interviewpersonerne er det mere normen end undtagelsen, at stofbrugere har et mindre hjemmelager af den type medicin, som indgår i deres stofmisbrugsbehandling. Og det giver relativt meget tryghed at vide, at man har mulighed for at tage en ekstra tablet, hvis det skulle blive nødvendigt. Henrik argumenterer:

Henrik: Jeg er bange for at få abstinenser, når jeg får det her, og det er derfor, at jeg gerne vil have nogle piller med hjem. Jeg sagde til [min læge, red.], at hvis jeg skal have det der, så skal jeg også have nogle piller med hjem, som jeg kan tage ved siden af. For det første: hvad nu hvis det ikke virker, og jeg begynder at få ondt i ryggen.

Interviewer: *Og du ikke har et eller andet, du kan supplere med?*

Henrik: *Og jeg ikke har en Subutex, jeg kan spise.*

Henriks frygt for at skulle opleve abstinenser og/eller smerter får ham til at foreslå ekstra tabletter, som kan indtages efter behov som en særlig forholdsregel. Denne forholdsregel oplever vi, at flere af interviewpersonerne ville være glade for, og det viser sig – så vidt vi kan fornemme ud fra interviewene – at den lægelige behandling af stofmisbrug ofte også indeholder mindre doser af såkaldt *pro necessitate* medicin, som borgerne har mulighed for at indtage efter behov.

Andre interviewpersoner tillægger tabletterne en mere autonom mening, som ikke har så meget med medicinens farmakologiske effekt at gøre, men mere drejer sig om at forstå pillernes symbolske betydning. Eksempelvis beskriver Robert sine tabletter som en 'sutteklud'.

Robert: Jeg skal have en sutteklud, hvis du forstår, hvad jeg mener. Ellers så bliver jeg sgu skide bange igen.

Interviewer: *Hvordan ... Du sagde sutteklud. Hvordan?*

Robert: Jeg skal vide, at jeg har nogle piller liggende inde i skabet. Så har jeg ro, fordi at jeg har dem, hvis der skulle ske noget. Det er det, jeg kalder en sutteklud.

Roberts tabletter i skabet virker altså som en dæmper for hans psykiske angst over pludselig at skulle stå en dag igennem uden medicin, også selvom han i princippet vil være dækket af depotmedicinen døgnet rundt.

Pillerne gør, at han kan få ro på frygten og angsten.

Tilsvarende fortæller Ove, at han bliver nervøs, hvis ikke han har medicin inden for rækkevide:

Det er en mærkelig fornemmelse, jeg får. Den får jeg sommertider. Som hvis du møder én, du ikke har lyst til at møde. Det er jeg mest bange for. Hvis jeg ikke har [medicin, red.] til dagen efter. (Ove, 57 år)

Undervejs i undersøgelsesforløbet valgte Ove som en af de få at skifte tilbage til korttidsvirkende retorbletter. Til dels begrundede han skiftet med øget kropslig uro og kvalme, men også med mental uro over ikke dagligt at kunne medicinere sig.

3.2.5 Borgernes baggrundsviden om buprenorphin som depotmedicin

Generelt set ved interviewpersonerne ikke ret meget om depotmedicinen (Buvidal). Ganske få har selv mere konkret søgt viden og læst om depotpræparatet. På trods af denne tilsyneladende mangel på viden virker de fleste til at være trygge ved at overgå til depotpræparatet, og flere nævner en tryghed til videnskaben og lægen i forbindelse hermed. Finn udtrykker, at han både har tiltro til videnskaben og til KABS' læge og sygeplejersker, og så synes han desuden, at det virker attraktivt, at man ikke skal indtage piller hver dag.

Tilsvarende fortæller Philip om KABS' læge:

Det er begrænset, hvad jeg har læst om det [Buvidal, red.], og jeg er den type som, hvis min læge siger, at det her ville være godt for mig, så tror jeg på hende og gør, hvad hun siger. Jeg har ikke nogen mistro til videnskaben, og prøv og hør her: selv på en fucking Panodil er der sådan en lang liste af bivirkninger som, ja ..., der er sådan en lang række bivirkninger. Så jeg gider ikke engang kigge det igennem. Jeg gider ikke sidde og tænke: Åh nej, jeg kan blive svimmel. Åh nej, jeg kan få hjertekar-sygdomme. Ved du hvad, det kan jeg få af at tage en fucking Panodil. Så hvis [lægen, red.] siger, at det her er noget for mig, så gør jeg det bare. (Philip, 28 år)

Med få undtagelser udtrykker interviewpersonerne en gennemgående tiltro til KABS' faglighed og ansvarsfuldhed. De fleste udtrykker at være informeret om: 1) at virkningen af depotpræparatet vil være mere stabil end virkningen af korttidsvirkende buprenorphin-præparater, 2) at depotpræparatet injiceres subkutant, dvs. sprøjtes ind i fedtvævet og derfra langsom opløses henover cirka en måned, og 3) at depotpræparatet i forhold til at modvirke craving og forgiftning virker på samme måde som andre buprenorphin-præparater, da det rent medicinsk indeholder det samme aktive stof.

Men nogle interviewpersoner fortæller, at de stort set intet ved om depotpræparatet og har valgt at prøve det, fordi personalet har foreslået det. Selve informationsflowet fra KABS og til stofbrugerne om relevante fakta vedrørende depotmedicinen kunne således godt have været bedre, vurderer vi. At det særligt er de mere komplekse brugere i gruppe 3, som fremstår som de dårligst informerede, vidner om, at udskiftning af et korttidsvirkende præparat til et langtidsvirkende depotpræparat pålægger personalet en særlig opgave i forhold til information for at minimere de psykiske bekymringer, som borgerne fortæller om, og som kan forbindes til mangel på viden om medicinen.

De mest fremtrædende videnshuller består i manglen på viden om medicinens præcise virkning på krop og psyke, herunder eventuelle bivirkninger. Vi ser således også det modsatte af Philips ovenstående udtalelse om bivirkninger og heraf en mangel på mere fyldestgørende information og kommunikation. Eksempelvis er Robin bekymret for sikkerheden ved stoffet, og hvordan det

påvirker hans organer. Han er bange for hjertestop og har selv undersøgt medicinen på nettet. Hertil udtrykker Karlos også, at han *"godt kunne tænke mig at vide noget mere om medicinen"*. Denne utryghed omkring, hvorvidt medicinen er sikker, finder vi også i faglitteraturen (Neale, et al., 2019). Dette kan også vidne om hvad vi i faglitteraturen (jf. Chilcoat et al., 2019) ser som en ulig magtrelation mellem behandler og patient og heraf en manglende kommunikation om stoffet og dennes bivirkninger og virkning.

3.3 Hverdagsliv med langtidsvirkende buprenorphin

Det afsluttende interview ligger forskelligt for interviewpersonerne, da det som skildret i afsnit kapitel 3 'Data og metode' blev påvirket af covid-19-situation i Danmark i 2020, som bl.a. inderbar, at VIVEs forskere som følge af samfundsnedlukning blev hjemsendt og således ikke havde mulighed for at møde interviewpersonerne som oprindeligt planlagt.

Vi valgte imidlertid at indtage en konstruktiv tilgang samfundsnedlukningen og imødekom, at covid-19 bevirkede, at cirka halvdelen af interviewpersonerne fik mulighed for helt op til seks måneders erfaring med depotpræparatet inden det afsluttende interview. Disse tidsmæssige perspektiver giver os udvidet mulighed for at forstå, hvad behandling med depotpræparatet betyder for stofbrugeres hverdagsliv. Herefter kommer vi ind på, hvordan hverdagen og interviewpersonernes trivsel ser ud under behandling med depotpræparatet. Til sidst samler vi op på, hvorvidt interviewpersonernes succeskriterier for behandlingen med depotpræparatet blev mødt.

3.3.1 Hverdag og trivsel med langtidsvirkende buprenorphin

Interviewpersonerne oplever generelt, at depotpræparatet dækker dem primært imod smerter og abstinenser *"mindst lige så godt som [anden medicin med buprenorphin, red.]"*, som Ronnie formulerede det.

Interviewpersonerne beskriver, at depotpræparatet *"dækker som det skal"* (Kirsten), det *"dækker nok"* (Ronnie), *"fjerner stoftrang"* (Henrik) og gør det derved lettere at forblive *"stoffri"* (Henrik), dvs. mindske eller eliminere såkaldt "sidemisbrug". To interviewpersoner (Aline og Alex), begge blandt undersøgelsens relativt komplekse stofbrugere, fortalte om forsøg på at *"skyde igennem"* depotmedicinen, men uden nogen nævneværdig effekt. Andre interviewpersoner fortalte, at oplevelser fra brug af andre rusmidler virkede mindre intense efter opstart på depotpræparatet.

En væsentlig forandring i hverdagen, som flere interviewpersoner fremhæver, består i oplevelsen af at *"være mere frisk i hovedet"* (Kirsten, Robin, Henrik) og være bedre til at *"være sammen med andre"* (Robin, Aslak) efter opstarten på depotpræparatet. Robin, som er den af de 21 interviewpersoner, der har virket mest begejstret for at overgå til depotmedicin, beskriver, hvordan han undervejs i undersøgelsesperioden oplevede at være mere deltagende i forhold til sine børn, indkøb og husholdningen mere generelt. Han fremhæver desuden – som flere andre interviewpersoner – at depotpræparatet virker mere effektivt på hans rygsmarter end andre (korttidsvirkende) smertestillende præparater, og uden at medicinen påvirker ham mentalt. Endelig er det for Robin, som har små børn i familien, væsentligt, at han nu slipper for at have medicin liggende i boligen og at skulle indtage medicin i hjemmet.

Robert beskriver også, at hverdagen fungerer bedre efter opstarten på depotpræparatet. Robert har erfaring med længerevarende stofmisbrug og har i perioder af sit liv levet temmelig

ukontrolleret – bl.a. med ”blandingsmisbrug og hjemløshed. Han har ofte haft depression og oplever angst. I interview nr. 2 forklarede han, hvordan han oplevede, at han efter opstart på depotpræparatet ikke længere havde abstinenser, og hvordan dette havde en positiv indvirkning på hans angst, som fyldte mindre i hans hverdag. Andre interviewpersoner (fx Henrik, Niels, Ronnie, Philip og Alex) oplevede det ”befriende” ikke at skulle ”tænke på piller hele tiden”, eller som ”en hjælp” til at mindske ”stoftrang”.

Samlet set beskriver interviewpersonerne, at depotpræparatet giver dem nye muligheder eller styrker eksisterende muligheder for at opretholde struktur i hverdagen, få overskud særligt til familien, men også til andre aktiviteter, og for at planlægge sin tid uden at være afhængig af at indtage medicin dagligt. Herved indfrie de depotpræparatet en række af de succeskriterier, som interviewpersonerne fremhævede ved deres første interview: at holde sig stoffri, at være smertedækket (og kunne sove om natten), at slippe for altid at skulle have styr på sin medicin, at få bedre styr på sin angst og at blive bedre til at samle sig om meningsfulde aktiviteter, fx at lufte sin hund.

3.3.2 Ophør med langtidsvirkende buprenorphin

Undervejs i undersøgelsesperioden ophørte otte interviewpersoner med at bruge depotpræparatet, hvilket selvfølgelig skal tages med i betragtning, når vi belyser de relativt positive oplevelser, som flertallet af de resterende 13 borgere havde med depotpræparatet. De otte interviewpersoner beskriver relativt forskelligartede årsager til ophøret, hvilket vi også uddyber i de følgende kapitler: eskaleret stofbrug og tiltagende kompleks hverdag (Karlos), svære somatiske eftervirkninger på injektionerne – store hævelser og smerter omkring injektionsstedet (Henrik) og en uoverensstemmelse imellem den sociale stofmisbrugsbehandling og behandlingen på en smerteklinik (som iflg. interviewpersonen ikke ville ordinere Buvidal til smertebehandling). Endelig tilskriver Ove og Allan, som begge er karakteriseret ved komplekse sociale og stofmisbrugsrelaterede udfordringer, nogle svære mentale bivirkninger ved at skifte til langtidsvirkende buprenorphin – Allan blev meget forvirret og nedtrykt, da han begyndte med depotpræparatet. Han fik flashbacks fra ubehagelige oplevelser i fortiden og oplevede sig selv som selvmordstruet, inden han besluttede at afbryde behandlingen med depotpræparatet.

4 Medicin og patientrolle

I dette kapitel undersøger vi, hvordan interviewpersonerne oplevede, at den langtidsvirkende buprenorphin påvirkede dem rent sundhedsmæssigt. Først ser vi ud fra et psykosomatisk perspektiv nærmere på brugernes oplevelser med deres tidligere substitutionsmedicin indeholdende buprenorphin. Dernæst beskrives brugernes oplevede ændringer efter overgangen til depotpræparatet samt forskelle og ligheder med deres tidligere substitutionsmedicin. Derudover afdækker vi frekvensen af og muligheder for sidemisbrug under substitutionsbehandling med henholdsvis kort- og langtidsvirkende buprenorphin-præparater. Endelig diskuteres patientautonomi i forhold til henholdsvis kort- og langtidsvirkende substitutionsmedicin og muligheden for medbestemmelse i rusmiddelbehandling.

I kapitlet vil der være særligt fokus på den medicinske virkning og kliniske effekt af substitutionsmedicin, samt hvordan borgerne har følt sig dækket i forhold til potentielle psykiske og somatiske tilstande. Ligeledes lægges der vægt på brugernes oplevede bivirkninger og gener i tiden før, under og efter skiftet til depotpræparatet, herunder hvordan borgerne har oplevet den kropslige tilvænning af depotpræparatet i en mere medicinsk forstand. I den forbindelse beskrives det også, hvorvidt denne tilvænning har haft indflydelse på behovet for at supplere med anden buprenorphin-medicin imellem injektionerne af depotpræparatet.

4.1 Tidligere substitutionsmedicin

Borgerne har ved undersøgelsens start modtaget et korttidsvirkende buprenorphin-præparat. Farmakologisk har buprenorphin en såkaldt loftseffekt, som gør, at den euforiske effekt af stoffet stagnerer ved høje doser og dermed også regulerer *highs* og *lows* (Haffajee et al., 2018; Chilcoat et al., 2019). Buprenorphin som substitutionsmedicin har til formål at afholde stofbrugeren fra opioider ved at modvirke abstinenssymptomer. Derudover er buprenorphin-præparater dokumenteret som effektive behandlingsmedicin for stofbrugere, fordi buprenorphin ved den rette dosis blokerer for den euforiske effekt af selv relativt høje doser af fx heroin og morfin (Chilcoat et al., 2019). I denne undersøgelse beskriver borgerne, at de buprenorphin-præparater, som indgår i deres misbrugsbehandling, endvidere har en række effekter på nogle af de negative somatiske og/eller psykiske tilstande, som de oplever i hverdagen. Blandt andet beskriver flere brugere forinden opstart på depotpræparatet, at deres substitutionsmedicin på daværende tidspunkt afhjælper smerter og angsttilstande. Derudover er en positiv effekt af buprenorphin-præparaterne, som hyppigt konstateres af borgerne, at man generelt føler sig "*frisk*" og "*normal*" i hovedet (Ronnie, 64 år). Samme oplevelse forklares af en anden borger, der ved undersøgelsens start behandles med samme korttidsvirkende præparat som Ronnie:

Selvom at jeg godt kan mærke, at jeg får det, så er der ikke lagt låg på. Jeg føler mig frisk, og jeg føler, at jeg kan passe et arbejde. Ja, jeg føler mig bare som mig selv. (Kim, 55 år)

Foruden mental friskhed hersker der en generel opfattelse blandt borgerne af, at man bliver påvirket eller oplever eufori, når man indtager buprenorphin. Dette uddybes af Anton:

[...] Og jeg bliver slet ikke høj eller kan mærke det eller noget som helst. Jeg får ingen effekt ud af det, udover at jeg holder mine receptorer glade, eller hvordan man nu siger. Men det er ikke fordi jeg får nogen rus overhovedet. (Anton, 26 år)

En borger, Aslak, oplever en afslappende effekt af buprenorphin på sin krop, som han opfatter som en positiv effekt af præparatet. Han beskriver, at han umiddelbart efter indtag af medicinen *"[...] falder helt ned og er helt nede på jorden."* (Aslak, 44 år). En anden borger har tilsvarende oplevet nogle positive forandringer i sin substitutionsmedicinske behandling. Hvor han før havde koncentrationsbesvær, søvnproblemer og besvær med at huske og læse, har han oplevet at *"alle sådan nogle ting forsvandt, da jeg fik min medicin"* (Jens, 40 år).

4.1.1 Bivirkninger ved tidligere substitutionsmedicin

På trods af adskillige oplevede positive effekter af korttidsvirkende buprenorphin-præparater eksisterer der en række bivirkninger, som størstedelen af borgerne i undersøgelsen oplever. Bivirkningerne vedrører både gener ved selve indtaget af substitutionsmedicinen, men også kropsligt ubehag af forskellig karakter i løbet af dagen. For mange af borgerne er forholdet til deres substitutionsmedicin ved undersøgelses start derfor ambivalent, fordi de på trods af positive effekter også oplever negative kropslige og/eller psykiske gener af medicinen.

Korttidsvirkende buprenorphin indtages som sublingual film (retoribletter), der placeres under tungen, indtil de efter 5-10 minutter er opløst. For de fleste brugere forbindes selve indtagelsen af medicinen med et kropsligt ubehag, fordi smagen af filmen er dårlig. Brugeren Rikke, hvis morfinafhængighed er udsprunget fra en smertebehandling, oplever et betydeligt ubehag ved indtagelsen af medicinen:

Det smager forfærdeligt. Jeg kaster simpelthen op. Der er mange af os, der har det sådan. Men du tager det jo, fordi du kan mærke, at det virker. Det virker jo på den gode måde. (Rikke, 39 år)

På trods af ubehaget ved indtagelsen betyder den positive effekt af medicinen, som Rikke oplever, at hun alligevel tager sin medicin. For at mindske den tidsmæssige periode, hvor medicinen skal ligge i munden samt intensiteten af den medicinske virkning, har Rikke forsøgt sig med at dele dosis op, så den tages to gange om dagen i stedet for på én gang. Hun beskriver, at halveringen af medicinen afhjælper kvalmen og stadig holder hende nogenlunde smertedækket og abstinensfri. For brugere, der formår at justere den substitutionsmedicinske virkning, kan bivirkningerne derved mindskes samtidigt med, at de føler sig tilstrækkeligt dækket.

Andre brugere oplever svimmelhed som følge af medicinen. Ronnie, der ligesom Rikke behandler stærke smerter med buprenorphin, oplever svimmelhed i perioden lige efter indtag af substitutionsmedicinen. For ham betyder denne bivirkning, at han må planlægge indtaget nøje for at få hverdagen til at hænge sammen. Han forklarer blandt andet:

Hvis vi skulle noget om morgenen, så måtte jeg stå tidligere op for at tage Subutexen i små doser, og så kunne konen hjælpe mig på benene, og så kom vi ud af døren til tiden. (Ronnie, 64 år)

Ved at omstrukturere tidspunktet for indtaget kan Ronnie således overkomme de værste bivirkninger og samtidig holde sig tilstrækkeligt smertedækket, når der er behov for det i hverdagen. Brugere med en tilsvarende grad af oplevede bivirkninger og problemkompleksitet, som Rikke og Ronnie, har overordnet mulighed for og kapacitet til at tilpasse substitutionsbehandlingen ind i hverdagen ved at justere på tidspunktet for indtagelsen og fordele den samlede daglige dosis. Modsat indikerer empirien, at brugere med en mere udbredt grad af problemkompleksitet ikke har samme kapacitet til at gøre noget aktivt for at tilpasse bivirkninger og kropslige gener ved substitutionsmedicinen ind i deres hverdag.

En anden oplevet bivirkning ved korttidsvirkende buprenorphin er sløvhed og dyk i energiniveau efter indtagelse. Overordnet oplever borgerne i denne undersøgelse disse bivirkninger i varierende grad. Hvor nogle brugere oplever sløvheden som afslappende, oplever andre brugere, at de svingende energiniveauer i løbet af dagen skaber barrierer for at udføre daglige gøremål. Phillip, som har stærke smerter i ryggen, er nødt til at tage en høj dosis korttidsvirkende buprenorphin, fordi de smertestillende morfinpræparater (Tramadol og Ketogan), som han normalt har behandlet sine smerter med, men også har været afhængig af, ikke kan tages sideløbende med substitutionsbehandlingen. Han har opdelt sin daglige dosis i tre mindre dele, fordi han tilsvarende Rikke og Ronnie oplever kvalme og opkast i forbindelse med indtaget af medicinen. Imidlertid betyder opdelingen for ham, at han oplever, at han "ikke kan holde sig vågen og kollapse" flere gange i døgnet. Han forklarer:

Jeg sover 12-16 timer [i døgnet, red.] på grund af de piller der, men så er jeg jo ikke vågen til at have ondt mere. (Philip, 28 år)

På trods af, at Philip har opdelt sin daglige dosis, oplever han stadig en høj grad af bivirkninger. For Philip og brugere med tilsvarende smertedækningsbehov og oplevelser med bivirkninger af buprenorphin-præparater er det udfordrende at tilpasse substitutionsmedicinen. Hvor andre brugere ved tidsmæssig forskydning af indtag og dosisreguleringer kan opnå et tilstrækkeligt udfald af medicinen i forhold til at udføre daglige gøremål, har andre ikke muligheder for at maksimere den gavnlige medicinske effekt til et niveau, hvor de kan deltage i hverdagslige aktiviteter.

4.1.2 Utilstrækkelig medicinsk dækning

For at buprenorphin har en gavnlig effekt på den enkelte borger, er det en forudsætning, at man behandles med den rette daglige dosis og indtager medicinen i regelmæssigt. En del af borgerne i vores undersøgelse har imidlertid oplevet at være utilstrækkeligt dækket af deres tidligere substitutionsmedicin, selvom de har fulgt de medicinske anvisninger. Hvordan en utilstrækkelig dækning af substitutionsmedicinen manifesterer sig hos den enkelte borger, afhænger dog af brugernes grad af problemkompleksitet, sygdomsgrad og misbrugshistorik.

For de af borgerne, der har brugt opioider for at opnå den euforiske effekt, er behovet for at være tilstrækkeligt dækket af substitutionsmedicinen relateret til risikoen for, at de begynder at bruge opioider igen. Flere brugere ytrer en bekymring vedrørende denne risiko. Eksempelvis beskriver Kim frygten for at begynde at bruge stoffer igen, hvis han ikke får sin medicin:

Men jeg tør ikke gå af medicinen vel, for jeg har erfaring med, at der går ikke en måned, efter at jeg har sluppet Subutexen, så er jeg på heroin igen. (Kim, 55 år)

Dog beskriver Kim også, at han nu på baggrund af adskillige forløb med dosisreguleringer har fundet et dosisleje, der er tilstrækkeligt for ham. Han forklarer, at hans "receptorer, de er over-loaded. Så der er ikke trang eller noget som helst [...] Det var et voldsomt spring fra 10 til 20 [mg. red.], men det var nødvendigt, fordi jeg havde abstinenser, selvom jeg fik 16 mg". Kims fortælling understreger vigtigheden af, at brugere med en lignende misbrugshistorik behandles med en hensigtsmæssig dosis for at afhjælpe abstinenser og ikke begynder på opioider igen.

For nogle brugere er risikoen for at bruge opioider determineret af abstinenssymptomer, der opstår som følge af en utilstrækkelig medicinsk dækning. Vores undersøgelse viser, at de fleste brugere kan genkende det kropslige ubehag, som abstinenserne medfører. En borger beskriver:

Abstinenserne er ikke så voldsomme [...] Som når du har almindelig influenza. Du koldsveder og sådan, men det er til at holde ud. (Finn, 40 år)

En anden borger tilskriver sig denne oplevelse af influenzalignende symptomer og tilføjer: "Ja, og sådan en uro og susen for ørerne. Ikke sådan rigtig slemt, men jeg kunne mærke det." (Karlos, 33 år). Foruden influenzalignende symptomer beskrives på tværs af empirien en mindre forekomst af andre abstinenssymptomer. En borger har i forbindelse med en nedtrapning i dosis oplevet følgende abstinenser:

Det er ikke en smerte, men det er en meget irriterende følelse. Det er som om, at du gerne vil klø, men det klør ikke. [...] Du kan ikke nå det. (Kevin, 40 år)

Citaterne ovenfor indikerer, at abstinenserne ikke er uudholdelige, men at de til stadighed medfører ubehag og gener. Vi finder alligevel belæg for, at abstinenssymptomer, hvis ubehandlet, potentielt kan føre til, at en borger vælger at indtage mere medicin end foreskrevet eller at supplere med illegal medicin.

På tværs af brugernes fortællinger finder vi, at mange brugere oplever et dyk i den medicinske dækning af korttidsvirkende buprenorphin forud for indtaget af næste dosis. I forbindelse med disse dyk oplever adskillige brugere, som døjer med smerter og psykiske lidelser, at deres symptomer bliver mere fremtrædende. For den del af borgerne, hvis vej ind i misbruget er udsprunget af en smertebehandling, er omdrejningspunktet for deres bekymringer for medicinens dækning i højere grad relateret til smertedækning. Boris fortæller, at buprenorphin ikke dækker hans kroniske rygsmerter, hvilket medfører mange frustrationer i hverdagen, særligt fordi det ikke er muligt at supplere med anden medicin:

Jeg kan slet ikke holde mig selv ud, når jeg har så ondt [...] Det er så frustrerende, at jeg ikke kan tage noget ud over det [Subutex, red.]. Jeg kan jo ikke tage morfin, for det går ind og laver en blokade. (Boris, 39 år)

Andre brugere, Ronnie og Henrik, oplever ligeledes, at de begge, på trods af en lindring af smerterne, omkring 10-15 minutter efter indtag af medicinen ikke er dækket tilstrækkeligt. Ronnie mærker, at den korttidsvirkende medicin ikke dækker hans "smertepeaks", mens Henrik oplever at have opbygget en tolerance. Henrik fortæller, at han selv ved den højeste dosis buprenorphin stadig ikke er dækket 100 %:

Jeg kan jo ikke spise mere for fanden, for jeg kan jo ikke optage mere end 32 mg [...] Så jeg har ondt. Jeg ligger vel mellem 60 og 70 % nu. (Henrik, 48 år)

Henrik uddyber endvidere, at han på dage med stærke smerter allerede har indtaget hele sin daglige dosis kl. 16 om eftermiddagen, hvorefter han kan supplere med Ipren og andre milde smertestillende præparater. Modsat andre brugere i denne undersøgelse supplerer han ikke sin behandling med ekstra substitutionsmedicin, men "bider smerterne i sig". På trods af, at det er muligt at indtage en relativt høj dosis af korttidsvirkende buprenorphin, er det altså for nogle brugere ikke muligt at dække smerterne tilstrækkeligt.

En yderligere problematik, der lægger an til en bekymring for dækningsbehovet hos flere brugere, er psykiske tilstande. Kirsten, der har døjet med angst i mange år, forklarer, at hendes substitutionsmedicin afhjælper en del af de psykiske problematikker, hun døjer med i hverdagen. Kirsten indtager 32 mg buprenorphin fordelt på tre tidspunkter i løbet af dagen og beskriver, at hun forud for næste indtag mærker et dyk:

Når jeg tager det blå der omkring kl. fire, der kan jeg godt mærke, at jeg er i under-skud [...] Jeg bliver lidt bange og lidt rastløs, og jeg ryster lidt. (Kirsten, 64 år)

Selvom hun har svært ved præcist at udpege, hvad medicinen gør for hende, kan hun mærke, at hun ikke føler sig "tung i hovedet". Derudover mærker hun, at hendes "uro i kroppen" forsvinder, samt at "hyppigheden og intensiteten af angstanfaldene" mindskes. Derudover fortæller hun:

Det er svært for mig at skelne, om de virker eller ikke virker. Men selvfølgelig virker de. Det tager jo toppen af de der angstanfald og uro i kroppen. (Kirsten, 64 år)

For patienter, hvor psykiske lidelser indgår i deres samlede sygdomsbillede, er det på samme måde som for Kirsten, sværere at definere den medicinske virkning. Alligevel er der i Kirstens fortælling indikationer på, at patienter som hende har gavn af buprenorphin med hensyn til at mindske psykiske udfordringer.

Andre brugere oplever ikke, at substitutionsmedicinen afhjælper deres psykiske problematikker. Eksempelvis oplever Anton, at hans substitutionsmedicin ikke har effekt på hans angstlidelse. En anden borger, Anine, forklarer ligeledes, at buprenorphin ikke har nogen effekt på "de psykiske abstinenser", men at substitutionsmedicinen kun "[...] tager de rigtige abstinenser væk. Altså de rigtig hardcore".

For andre brugere, der ikke er diagnosticeret med en psykisk lidelse, kan frygten for at opleve smerter og bivirkninger have en negativ effekt på brugernes psyke og mentale velbefindende. Eksempelvis beskriver Ove nervøsiteten over ikke at kunne hente sin medicin:

Jeg er meget nervøs for, at jeg ikke får [min medicin, red.]. Det er også derfor, jeg har en pille. Den tager jeg, inden jeg kommer herud, fordi hvis jeg ikke har en pille, inden jeg skal derud, så bliver jeg så nervøs over, at de er lukkede og alt muligt. Det er en mærkelig fornemmelse, jeg får. Den får jeg somme tider. Som hvis du møder én, du ikke har lyst til at møde. Det er jeg mest bange for. Hvis jeg ikke har til dagen efter. (Ove, 57 år)

Omvendt kan selve bevidstheden om, at substitutionsmedicinen lindrer smerter også give tryghed og bidrage til et øget velbefindende. Jens oplever en særlig tryghed ved at have pillerne liggende derhjemme, fordi han ved, at han løbende kan regulere sin dosis og dække sine smerter i ryggen:

Ja, og nogle gange, hvis man bliver lidt irriteret eller noget, så tager man lige én, ikk'. Men hvis jeg skal være helt ærlig, så synes jeg ikke, at jeg kan mærke, om jeg tager 16 eller 8 mg. Så det er sådan meget psykisk... Nogle gange kan jeg mærke det lidt, hvis jeg har ondt i ryggen, så kan jeg måske mærke, at det lindrer lidt smerte fra 8 mg til 32 mg. Så kan det være, at smerterne forsvinder lidt, så der kan jeg også finde på at tage et par ekstra, så jeg kommer op på 32, hvis jeg har smerter i ryggen. Men ellers kan jeg faktisk ikke rigtig mærke forskel, om jeg tager 8 eller 30. (Jens, 40 år)

På trods af placeboeffekt, som Jens giver udtryk for, at pillerne har på hans smerter, indikerer hans fortælling, at bekymringer relateret til manglende medicinsk dækning af smerter kan mindskes med bevidstheden om, at man ud over sin anviste dosis har mulighed for at regulere og

supplere med ekstra substitutionsmedicin. Lignende muligheder for selvadministreret dosisregulering er en tryghed for andre brugere, uanset om deres behov for substitutionsmedicin relaterer sig til afholdelse fra illegale opioider, undgåelse af abstinenser samt smertedækning eller lindring af psykiske problematikker.

Samlet set vidner brugernes fortællinger om, at en række faktorer har indflydelse på den samlede oplevelse af deres tidligere substitutionsmedicin indeholdende buprenorphin. Særligt er stabilitet i dækning af både smerter og psykiske lidelser determinerende for brugernes generelle velbefindende og udførelse af daglige gøremål. Derudover har bivirkningerne for nogle brugere betydelig indflydelse på stabiliteten og graden af den medicinske dækning, når de går på kompromis med dosis for at afhjælpe bivirkningerne. På trods af, at brugernes tidligere substitutionsmedicin overordnet har en række gavnlige effekter på deres generelle tilstand, har gener og bivirkninger altså betydelig negativ indflydelse på brugernes samlede oplevelse med medicinen.

4.2 Sidemisbrug

En andel af borgerne i vores undersøgelse har i deres behandling med tidligere substitutionsmedicin haft et løbende sidemisbrug. Blandt andet beskriver flere brugere, at de bruger cannabis og alkohol samtidigt med, at de er i behandling. Andre brugere beskriver, at de på samme måde som med alkohol og cannabis kan opnå en effekt af kokain under substitutionsbehandlingen. Hvor nogle brugere tager afstand fra brug af rusmidler sideløbende med deres misbrugsbehandling, anser andre brugere det som mindre problematisk. Sidstnævnte brugergruppe skelner i højere grad mellem brugen af cannabis og alkohol og en reel opioidafhængighed. Denne opfattelse italesættes blandt andet af Anine:

Anine: *Men jeg ryger hash.*

Interviewer: *Okay, men det er ikke noget, som du tænker, at du er afhængig af?*

Anine: *Jo, det er jeg da nok, men altså. Jeg er også afhængig af alle de andre lægepræparater. Forstår du, hvad jeg mener? Jeg er bare sådan lidt: sorry, det der med hashen. Nogle kan tåle det, og nogle kan ikke tåle det. [...] Hvis du får en psykose og du får det dårligt, så lad vær' at fucking gøre det. Sådan får jeg det ikke. Jeg får det roligt og rart. Jeg føler ikke, at det gør tingene bedre. Det giver mig noget andet. Det giver mig en ro. Så hvorfor fanden skulle jeg ikke gøre det?*

Andre brugere problematiserer i højere grad deres alkohol- eller cannabisbrug under substitutionsbehandlingen, men generelt afhænger deres opfattelse af et sådan sidemisbrug af deres misbrugshistorik og nuværende grad af problemkompleksitet. Brugernes problemopfattelse har ligeledes betydning for, hvorvidt de sætter deres kontaktperson og øvrige behandlere på KABS ind i sidemisbruget. Der er således forskel på, hvorvidt brugernes sidemisbrug inddrages i behandlingen.

Vores undersøgelse peger på, at mange af de brugere, som har brugt opioider for at opnå en euforisk effekt, har et indgående kendskab til virkningen af de aktive stoffer i buprenorphinpræparater. Denne brugergruppe italesætter ligeledes ofte, at brug af opioider under en substitutionsmedicinsk behandling ikke vil medføre den ønskede euforiske effekt af stoffet. Omvendt viser vores undersøgelse også, at borgerne i denne målgruppe alligevel er bekendte med metoder til at opnå en effekt af opioider på trods af buprenorphins hæmmende effekt.

Blandt andet beskriver Anine muligheden for at "skyde igennem" den lofteffekt, som korttidsvirkende buprenorphin medfører:

Da jeg var oppe på 10 mg, der havde jeg jo fundet ud af, at jeg godt kunne slå igennem, selvom jeg tog min medicin, selvom jeg tog Subutexen, så kunne jeg jo godt gå ud og ryge heroin alligevel. Altså bare ryge minimum et halvt gram for at slå igennem, så begynder jeg at kunne mærke det. Det er så lidt dyrt. Men sådan er det. (Kim, 55 år)

Empirien indikerer således, at det er muligt at opnå en euforisk effekt under behandling med buprenorphin uden at trappe ud af sin medicin, såfremt dosis af rusmidlet er tilstrækkelig høj.

Hvor nogle præparater kun indeholder buprenorphin som det aktive stof, indeholder andre både buprenorphin og naloxon, der binder opioid-receptorerne, og derfor ofte anvendes i forbindelse med forgiftninger/overdosis. Omvendt betyder den medicinske virkning af naloxon, at brugere, som behandles med et præparat, der både indeholder buprenorphin og naloxon, ikke opnår den samme euforiske effekt, hvis de bruger opioider som rusmiddel uden først at nedtrappe substitutionsmedicinen. Sven beskriver, at han har haft et tilbagefald, hvor han "først skulle stoppe med Suboxonen tre dage, inden du skal tage noget heroin". Som Sven beskriver, kræver det således en nedtrapning af den korttidsvirkende buprenorphin for at opnå den ønskede effekt af opioider. Empirien indikerer derfor, at brug af opioider er lettere tilgængeligt under behandling med buprenorphin uden naloxon end med naloxon. Henrik beskriver muligheden for blot at springe sin morgendosis af korttidsvirkende buprenorphin over for derefter at ryge heroin og tilmed opnå en effekt af det:

Hvis jeg ville have heroin eller have morfin, så lod jeg da bare være med at spise det i morgen tidlig. Så ville jeg da bare sige: nu tager jeg mig sgu lige en fredag og en lørdag, hvor jeg sidder og er skidehamrende skæv, og så sørger jeg selvfølgelig for at mærke efter mandag morgen: hovsa, nu begynder jeg at sidde og småfryse og sådan noget. Nu har jeg ikke så meget morfin i kroppen. Så æder jeg da bare nogle Subutex, og så har jeg jo ikke taget Subutex i de to dage, så der kan man sige, at jeg har en stor dosis [at indtage, red.]. (Henrik, 48 år)

Endelig viser empirien, at brugere har haft succes med at opnå en rus af andre stoffer såsom methamfetamin og Fentanyl, selvom de har været i behandling med korttidsvirkende buprenorphin:

Det lægger et loft på [metamfetaminen, red.], at man kan få det der high der, som man søger. Men problemet er, at det er så stærkt meth, så det giver stadig en rus, uanset om du er på Subutex. Og til at man er afhængig stadigvæk. (Bastian, 39 år)

Vores undersøgelse viser, at de fleste brugere er bekendte med muligheden for at have et sidemisbrug ved siden af den medicinske behandling med buprenorphin-præparater. Tilmed har flere af interviewpersonerne også formået at opnå en euforisk effekt af opioider enten ved kortvarigt at nedtrappe indtagelsen af buprenorphin eller ved at indtage en relativt høj dosis af opioider ved siden af substitutionsmedicinen.

4.3 Deltagernes oplevelse af sundhed

Som beskrevet i ovenstående afsnit, udtrykker borgerne på tværs af undergrupper adskillige negative kropslige og mentale oplevelser med deres tidligere substitutionsmedicin. Disse oplevelser vedrører både bivirkninger ved medicinen, manglende og svingende medicinsk dækning i forhold til deres somatiske og/eller negative psykiske tilstande samt dertilhørende bekymringer. Ligeledes har vi beskrevet, hvordan brugernes grad af problemkompleksitet har stor indflydelse på muligheden for at yde egenomsorg i behandlingen ved blandt andet at tilpasse deres medicinindtag hensigtsmæssigt. Hertil var brugernes muligheder for at opnå den maksimale gavnlige effekt af behandlingen betinget af deres evne til at indtræde i en aktiv patientrolle. Til trods for, at mange faktorer spiller ind på brugernes samlede oplevelse med substitutionsmedicinske præparater, ser vi en generel positiv oplevelse af at overgå til behandlingen med et langtidsvirkende depotpræparat.

Overordnet finder vi, at borgerne oplever ingen eller næsten ingen bivirkninger ved behandlingen med langtidsvirkende buprenorfin. Tilmed har borgerne generelt svært ved at påpege, hvorvidt en oplevelse af en negativ somatisk tilstand eller et kropsligt ubehag i behandlingens første tid direkte kan tilskrives præparatet. De mest fremtrædende komplikationer ved at modtage depotpræparatet bliver overordnet beskrevet som selve injektionen, der for hovedparten af borgerne opleves som en svien eller brændende fornemmelse. De fleste udtrykker dog, at de mange fordele ved depotpræparatet overskygger ubehagelighederne ved injektionerne.

På tværs af brugergrupperne finder vi en overvægt af positive oplevelser relateret til dækningen af negative somatiske og psykiske tilstande samt abstinenssymptomer. Disse positive oplevelser er generelt tilskrevet depotpræparatets mere stabile dækkeevne sammenlignet med brugernes tidligere substitutionsmedicin. For de brugere, som har været stærkt plaget af smerter, er deres tilstand således forbedret samtidigt med, at de færre bekymringer om medicinindtag og dækning har affødt en større grad af mentalt overskud. Samme tendens ser vi for de af borgerne, som lider af psykiske udfordringer. Her ser vi blandt andet, at Kirstens og Roberts angsttilstande er blevet mindre udbredt og påvirker dem mindre i hverdagen. Særligt interessant er Roberts beskrivelse af, hvordan depotpræparatet har gjort ham i stand til at skelne sin angst fra abstinenserne. Dette giver ham en større tryghed i hverdagen.

Selvom vi ser en overvægt af positive udfald ved at overgå fra kort- til langtidsvirkende buprenorfin, har de fleste brugere undergået en tilvænningsfase, hvor den medicinske dækkeevne ikke har været optimal i slutperioden op mod næste sprøjte både på både uge- og månedsbasis. Her har særligt borgerne med negative somatiske tilstande mærket tiltagende smerter som følge af den mindre medicinske dækning. Tilmed udtrykker flere brugere, at de har oplevet abstinenser i perioden op til næste sprøjte. Henrik beskriver denne problematik som yderst u hensigtsmæssig, fordi han oplevede abstinenserne som værre end under behandlingen med hans tidligere substitutionsmedicin. For at imødekomme denne problematik har alle brugere, som har oplevet mindre dækning i slutperioden, i samarbejde med KABS indgået en aftale om at få ekstra *pro necessitate* substitutionsmedicin, som de har kunne indtage, når behovet er opstået. Imidlertid ser vi indikationer på, at flere brugere har holdt sig tilbage i forhold til at kontakte KABS-personalet i forbindelse hermed. Blandt andet beskriver Henrik, at han har været "for stolt" til at indvie personalet i sine abstinenser, pga. hans ønske om, at det nye buprenorfin-præparat kunne være en god behandling for ham. Med viden om, at borgerne med langtidsvirkende buprenorfin mister noget patientautonomi, vidner disse oplevelser således om, at den passive patientrolle også medfører nogle udfordringer.

4.4 Ændringer i patientrolle

De senere år er der i misbrugsbehandlinger såvel som i det øvrige sundhedsvæsen set en udvikling mod et øget fokus på patientorienteret kultur og patientinddragelse (Pedersen, 2011). Hvor den traditionelle paternalistiske patientrolle var karakteriseret som værende passiv, lydig og autoritetstro mod de sundhedsprofessionelle, er den patientrolle, vi ser i dag, mere aktiv og i højere grad involveret i beslutningerne vedrørende egen behandling, pleje og forløb (Pedersen, 2011). Tilmed bliver patientens oplevelser med deres sygdomme opfattet som en ekspertviden, der bør inddrages i planlægningen af behandlingsforløb.

I dag arbejder sundhedsvæsenets professionelle derfor ud fra et rammesæt, hvor patienten har større autonomi, men hvor patientens ressourcer til at yde egenomsorg også anses som et led i behandlingen (Pedersen, 2011). Den patientorienterede kultur afspejler nogle mere generelle samfundsmæssige tendenser, der er kendetegnet ved en øget individualisering, men medfører også en række krav, som den aktive og autonome patient skal leve op til. Den patientorienterede kultur betyder endvidere, at patienten skal have fysisk, økonomisk, intellektuel og social kapacitet til at håndtere sin sygdom og behandlingsbyrden (Shippee et al., 2012).

En forudsætning for, at patienten lever op til disse krav, er, at der foregår en vidensudveksling mellem patienten og eventuelle pårørende og de sundhedsprofessionelle. Vidensdelingen er ligeledes en metode til at styrke patientens autonomi og udligne magtbalancen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten (Pedersen, 2011).

Med patientinddragelse følger imidlertid en risiko for at marginalisere patienter, der ikke formår at leve op til kravet om aktiv deltagelse. Særligt er denne risiko determineret af, i hvilket omfang patienten er i stand til at forstå og efterleve de anbefalinger og forskrifter, som sundhedspersonalet formidler (Ørtenblad et al., 2015). Studier finder, at patienter med komplekse sygdomsforløb, herunder multisyge og personer med flere diagnoser, har særligt vanskeligt ved at navigere og handle i overensstemmelse med det, der forventes af den aktive patientrolle (Shippee et al., 2012; Ørtenblad et al., 2015). Disse forhold er tilmed fundet som årsager til potentielle afbrydelser, forstyrrelser og sammenbrud i behandlingen, hvorfor en høj grad af sygdomskompleksitet kan udgøre barrierer for at gennemføre behandlinger som planlagt (Shippee et al., 2012).

Vores undersøgelse peger på, at borgerne i deres behandling med tidligere substitutionsmedicin, har måttet indtræde i en aktiv patientrolle, hvor de har samarbejdet med de ansatte på KABS om deres behandlingsforløb. Fordi behandlingen på KABS omfatter både en medicinsk og en terapeutisk del, består personalet ikke udelukkende af læger. Overordnet udviser borgerne en stor tillid til personalet, fordi de oplever en tryghed, som de ofte ikke har oplevet i mødet med det øvrige sundhedsvæsen. Eksempelvis udtrykker Karlos, at det er "rart" at tale med hans kontaktperson om "visse situationer", fordi han har oplevet en imødekommenhed frem for en afvisning:

Ja, hun kigger jo mere på det menneskelige, og lægen kigger jo mest på protokoller, eller hvad de nu gør. (Karlos, 33 år)

Den tryghed, som brugeren i citatet udtrykker, åbner muligheden for en anden kommunikation i samspillet mellem brugeren og personalet. Flere brugere beskriver eksempelvis, hvordan de har indviet personalet i deres sidemisbrug og risiko for såkaldt tilbagefald til opioider. Derudover viser empirien, at de fleste af borgerne har opnået reguleringer af den medicinske dosis ved at give udtryk for kropslige oplevelser af medicinens virkning til de sundhedsfaglige på

KABS. Der er altså tegn på, at KABS' personale formår at inddrage brugernes oplevelser med medicinen på en hensigtsmæssig måde i forhold til behandlingens udfald.

Borgerne i undersøgelsen udviser en relativt høj grad af autonomi i deres behandling med tidligere substitutionsmedicin. Imidlertid udfordrer autonomien og friheden til selv at regulere medicinen brugernes compliance, som vedrører, hvorvidt anvisningerne fra sundhedsprofessionelle efterleves. På tværs af empirien ser vi relativt få udsagn som: *"Jeg har aldrig nogensinde overskredet min daglige dosis. Lad mig sige det sådan."* (Phillip, 28 år), hvorfor vi ser indikationer på, at de fleste brugere yder egenomsorg ved at afvige fra de medicinske anvisninger.

Imidlertid repræsenterer Philip den gruppe af brugere, som har den største grad af problemkompleksitet, men fordi Philip har kapacitet til at følge anvisningerne fra sundhedspersonalet, formår han alligevel at opnå en høj grad af compliance. Andre brugere med en høj grad af problemkompleksitet formår ikke at følge de medicinske anvisninger. Eksempelvis kan det for nogle brugere være svært at indtage medicinen på de anviste tidspunkter, fordi deres hverdag er præget af manglende struktur. Den autonomi, som den aktive patientrolle kræver, kan derfor sænke brugerens compliance og derved øge risikoen for u hensigtsmæssige udfald af behandlingen.

En lav grad af compliance kan også være resultatet af mere bevidste afvigelser fra de medicinske anvisninger. Eksempelvis ses dette, når borgerne indtager en øget dosis substitutionsmedicin for at dække smerter og i andre tilfælde periodisk helt undlader at indtage medicinen for at undgå bivirkninger. I de situationer skabes et modstridende forhold i den egenomsorg, som patientautonomien åbner muligheden for, og den grad af compliance, som borgerne forventes at udvise. Fordi disse brugere har kapacitet til at udnytte patientautonomien favorabelt, formår de i mange tilfælde at opnå det bedste udfald af medicinen på trods af, at de samtidig udviser lav compliance. Behandlingsforløb med buprenorphin-præparater tager altså afsæt i den nuværende rammesætning, hvor den enkelte patients medbestemmelse respekteres, men hvor patienten også forventes at have ressourcer til at yde tilstrækkelig egenomsorg. Imidlertid rejser den lave grad af compliance spørgsmålet om, hvorvidt denne rammesætning er gavnlig for alle undergrupper i målgruppen.

Ved overgangen til buprenorphin som depotmedicin sker et markant skift i måden, som substitutionsmedicinen indlogeres i kroppen på. Fra at være en sublingual film, injiceres buprenorphin i depotpræparatet via en sprøjte, som gives af en sundhedsprofessionel på uge- eller månedsbasis. Borgerne overgår derfor fra at være pålagt autonomi til at administrere indtaget af medicinen i dagligdagen til at være mere passive modtagere af medicinen. Empirien indikerer, at borgerne, efter overgangen til depotpræparatet, stadig har indflydelse på behandlingsforløbet med henblik på regulering af doser ud fra oplevede medicinske effekter. Imidlertid finder vi, at muligheden for løbende reguleringer indskrænkes grundet depotpræparatets mere langsigtede virkning. Den løbende kommunikation mellem borger og personale om kropslige oplevelser med buprenorphin er derfor i risiko for at blive nedprioriteret samtidigt med, at borgerne i højere grad må stole på de professionelles sundhedsfaglige vurdering og ekspertise vedrørende den medicinske effekt. I lyset af det paradigmeskift, som sundhedsvæsenet er gennemgået de senere år, finder vi indikationer på, at behandlingsforløb, hvor brugere behandles med langtidsvirkende buprenorphin frem for anden substitutionsmedicin, i højere grad underbygger den traditionelle patientrolle, hvor ansvaret for behandlingens gavnlige udfald er placeret hos den sundhedsprofessionelle. Ligeledes finder vi med empirien belæg for, at borgerne indtræder i en mere passiv patientrolle, når de overgår til langtidsvirkende depotmedicin.

Overordnet rejser det tredelte forhold mellem substitutionsmedicin, borger/patient og sundhedspersonale en række spørgsmål om, hvilken behandlingsform og hvilke dertilhørende patientroller der er mest gavnlige for brugere i de tre undergrupper, som indgår i undersøgelsens samlede målgruppe. Imidlertid viser empirien i undersøgelsen, at en mere passiv patientrolle, som borgerne indtager i behandlingen med depotpræparatet, kan være produktiv, fx i forhold til fastholdelse af et rusmiddelbehandlingsforløb. Samtidig afføder depotmedicin en større frihed for den enkelte borger, når hverdagens aktiviteter ikke længere skal indpasses efter dagligt fremmøde på et rusmiddelcenter og mere eller mindre fastlagte daglige indtagelser af substitutionsmedicin.

På trods af, at substitutionsbehandling med depotmedicin skaber en patientrolle, der er anderledes end den aktive/selvansvarlige patientrolle, som fremønskes i det moderne sundhedsvæsen, viser undersøgelsen, at de gavnlige effekter af depotmedicin skaber mere frihed i hverdagen for de fleste brugere på tværs af undergrupperne, men særligt i de to undergrupper med mindst kompleksitet. Langtidsvirkende depotpræparater åbner altså også for nye muligheder i forhold til at indtræde i mere aktive roller uden for rusmiddelbehandlingen, hvilket på sigt kan være endog meget væsentlige for borgernes velfærd, trivsel og sundhed.

5 Hverdag, socialt netværk og familieliv

I dette kapitel ser vi nærmere på interviewpersonernes sociale netværk og familieliv, og hvordan hverdagslivet med venner og familie kan fungere i sammenhæng med substitutionsbehandlingen. Først skitserer vi interviewpersonernes sociale netværk, hvorefter vi rykker videre til en afdækning af familiære forhold, og hvilken betydning disse kan have for interviewpersonernes behandling.

5.1 Hverdag med social stofmisbrugsbehandling

For alle interviewpersoner fylder kravet om at møde enten dagligt eller ugentligt i behandlingscenteret meget. Men selvom der er bred enighed om, at tiden i behandlingscenteret ofte går med at være sammen med andre brugere, eller forsøge at undgå for meget samvær med de andre brugere, er der store forskelle på, hvordan de enkelte interviewpersoner får passet møderne ind i forhold til deres hverdag, sociale netværk og familieliv.

Eksempelvis oplever særligt de yngste brugere, at møderne i behandlingscenteret ofte kolliderer med det liv, som de fører – eller forsøger at føre – uden for stofmisbrugsbehandlingen, hvorimod enkelte af de midaldrende brugere finder sig godt til rette med at skulle forbi behandlingscenteret dagligt eller flere gange ugentligt, fordi de nyder godt af det sociale samvær med de andre brugere og af interaktionerne med personalet.

Derfor har det også været spændende at tale med de forskellige interviewpersoner om, hvordan hverdagen potentielt forandrer sig efter overgangen til langtidsvirkende buprenorphin – hvordan påvirkes brugerens sociale netværk og deres familieliv, og hvordan oplever borgerne de muligheder, depotpræparatet giver i forhold til at begrænse antallet af møder på behandlingscentre?

5.2 En lille omgangskreds

Generelt set udtrykker interviewpersonerne, at de har få venner. Flere har aktivt fravalgt og afskåret en større del af sin omgangskreds til fordel for familie og af hensyn til at forblive fastholdt i substitutionsbehandlingen. Flere udtrykker, at de både har mistet og trukket sig fra mange venner, fx banderelaterede venner eller stofmiljøet. Andre har skåret folk fra undervejs i behandlingsperioden til fordel for at kunne fokusere sin tid og energi på familien. Kevin udtrykker, at han ikke har venner:

Interviewer: *Har du venner eller bekendte uden for rusmiddelcenteret her?*

Kevin (40 år): *Faktisk har jeg ikke rigtig nogle venner.*

Interviewer: *Nej?*

Kevin: *Altså, alle mine venner er jo på stoffer, så jeg er nødt til at holde mig lidt på afstand af dem. Jo, der er selvfølgelig en af min kones venner, som jeg også ser, så på en måde er jeg bare med i min kones liv og hendes venner. Sådan er det lige nu.*

Kevin er blandt flere, som fravælger sine venner i stofmiljøet til fordel for behandlingen, hvilket gør, at han ender uden omgangskreds. Philip holder sig fra stofverdenen for ikke at blive fristet:

Så jeg holder mig helt væk fra det der. Jeg holder hele den der verden ude, og jeg sidder bare og spiller computer med mine venner i stedet for og er sammen med min kæreste. Så de eneste mennesker jeg omgås med, det er dem, der ryger hash. Jeg tror desværre kun, at jeg har én eller to venner, der ikke er i misbrugsverdenen, og det er de eneste, jeg holder mig sammen med. Det er dem, der kun ryger hash, eller ... slet ikke [bruger illegale rusmidler, red.]. (Philip, 28 år)

Philip centrerer således sin hverdag omkring sin kæreste og de få venner, der enten kun ryger hash eller slet ikke involverer sig med euforiserende stoffer for at kunne holde sig uden for misbrugsverdenen. Også Aslak, Finn, Jens og Anton benytter lignende strategi.

Manglende omgangskreds er en af grundene til, at man kan have svært ved at forblive i behandling, da man kan opleve ensomhed, fordi stofmiljøet ofte er ens eneste netværk jf. et dansk studie af stofbrug (Kohl et al., 2016). Samme studie (Kohl et al., 2016) påpeger netop tabet af nære relationer i form af det sociale netværk som en af de større barrierer for en vellykket substitutionsbehandling eller vedvarende stoffrihed. Interviewpersonerne i dette studie viser således en vis resiliens og beslutsomhed omkring stofmisbrugsbehandlingen ved allerede i længere tid at have fravalgt forbindelserne til stofmiljøet på trods af faren og frygten for ensomhed.

Der ligger også noget skam forbundet med stofbruget, som viser sig fx hos Bastian. Han har ligeledes mistet mange venner på grund af valget om at trække sig fra stofverdenen og har nu to venner, han bruger tid med, som ikke har et stofbrug. Han kan dog have svært ved at tale med dem om sit stofbrug, da han oplever en sårbarhed og skam omkring denne:

Det ville være fint, hvis man kunne bruge dem til det andet [tale om stofbrug, red.] også, men det er min erfaring, den siger mig, at det ikke er nogen god idé, fordi jeg er for sårbar og ja. Jeg ved ikke, hvad jeg skal kalde det. Min selvtillid den får et ordentligt knæk, når jeg skal tale om de her ting. (Bastian, 39 år)

Bastian oplever her en skam og sårbarhed omkring det at være stofbruger. Vi ved fra en tidligere undersøgelse om stofbrug i brugerperspektiv, at der kan være en skam forbundet med det at være eller føle sig stemplet som en stofbruger, selvom man er i behandling eller endda er stoffri (Kohl et al., 2016, 134f). Et udtryk for skam ser vi også i de familiære forhold, som vi vil komme ind på i næste afsnit.

Aslak beskriver på samme måde som Bastian, at han har afskåret de fleste af sine venner, fordi han forbinder dem med et misbrugsmiljø, som han ikke længere ønsker at være en del af. Særligt interessant er hans beskrivelse af, at hans føromtalte venner ikke forstår, at han har forandret sig, og han forklarer, at mange personer fra hans "gamle netværk" anser ham som en "moralprædiker", på trods af, at han "kun ønsker det bedste for mine venner" (Aslak, 44 år).

Efter at være overgået til buprenorphin som depotmedicin oplever Aslak et behov for at tage yderligere afstand til sit gamle netværk for at bibeholde sin deltagelse i behandlingen:

[...] Og da vi kom ind i tredje uge der, der havde jeg faktisk ikke nogle – Altså jeg følte, at mine depoter, hvis man kan kalde sin krop det, så følte jeg, at så var hele kroppen, alle mine depoter var fyldt op, og der var ikke noget med, at jeg havde

trang. Jeg havde hverken trangen eller lysten til at gå ud og være sammen med nogle af de folk, som jeg har haft et misbrug sammen med. (Aslak, 44 år)

For Aslak er den øgede dækning, som han oplever med depotpræparatet, således en motivationsfaktor for at blive i sin behandling – også selvom det er på bekostning af kontakten til det miljø, hvor han tidligere har haft størstedelen af sine relationer. For brugere som Aslak er der altså en sammenhæng mellem det at holde sig fra sit tidligere sociale netværk og vedblive behandlingen, som i hans tilfælde forstærkes af en øget substitutionsmedicinsk dækkelse.

Generelt er de ændringer, vi ser i brugernes sociale netværk efter at være påbegyndt behandlingen med langtidsvirkende buprenorphin, i samme størrelsesorden, som den vi ser hos Aslak. For de fleste brugere er det sociale i hverdagen derfor stadig centreret om få nære personer efter at være overgået til depotpræparatet. At vi overordnet ikke finder en større ændring i brugernes sociale netværk kan blandt andet skyldes, at vi med undersøgelsens relativt korte tidsperspektiv ikke har haft mulighed for at undersøge de mere langsigtede effekter af behandlingen med langtidsvirkende buprenorphin. Samtidig har covid-19-restriktionerne for fysisk samvær med andre skabt så store ændringer i vores måde at være sammen på, at vi med denne undersøgelse kun i begrænset omfang har haft mulighed for at se udviklingen i brugernes sociale netværk som en effekt af depotpræparatet.

Særligt for Rikke, Kim og Henrik, hvor KABS har udgjort en central del af deres sociale hverdagsliv, har det været udfordrende ikke at have muligheden for at møde fysisk op på KABS under covid-19. Blandt andet udtrykker Rikke et afsavn til det sociale miljø, som KABS tilbyder:

[...] Jeg savner det enormt meget. Det var jo min hverdag. Jeg fik jo en masse ud af det. Arbejdede med mig selv. Og det kan jeg godt mærke, at jeg mangler nu. (Rikke, 39 år)

Selvom KABS, som for Rikke, kan danne rammerne for en struktureret hverdag, finder vi, at de brugere, der tidligere har været en del af stofmiljøet, risikerer at blive holdt fast i et lignende socialt netværk med fremmødet på KABS. Henrik udtrykker hertil under andet interview en følelse af ambivalens forbundet med det sociale miljø på KABS og hans ønske om at blive stoffri:

Henrik (48 år): Det har en kæmpe fordel for mig, at jeg kun skal komme her en gang om ugen, fordi så bliver jeg ikke konfronteret med misbrugere hver eneste dag. Så kan man sige, at hvis jeg nu kun fik piller, så kunne jeg bare nøjes med at komme her om mandagen. Ja, det er rigtigt nok, det gør jeg også [griner lidt, red.]. Men så er der jo det, at det sociale. Jeg kommer om mandagen her. Så ser jeg nogle, der sidder og hygger sig. Jeg går bare over og sætter mig ved dem og laver ikke noget. Så er det klart, at for hver gang jeg kommer herop, så de der mennesker derude. Der er jo en jargon, jeg kender, fordi jeg har jo været narkoman en gang [...] Så det er klart, at så ville jeg begynde at socialisere lidt mere med de mennesker herude, og så er det klart, at de ville give mig en kæmpe fordel kun at komme herude om mandagen, hvis jeg skal under uddannelse.

Interviewer: *Hvorfor det?*

Henrik: Fordi hvis jeg kommer her. Så tager jeg medicin, og så tager jeg herfra, og så kan jeg gå på min uddannelse og alt det der og gå på arbejde og tage kurser og sådan noget. Hvis jeg ikke gør det, så er det jo klart – jeg er jo et socialt menneske.

Hvor går man så hen? Så når du kommer herop om mandagen. Så i stedet for at gå med det samme [...]

For nogle af de brugere, som ved undersøgelsens start havde en meget lille omgangskreds, ser vi indikationer på, at de strukturelle ændringer i hverdagen, som er blevet affødt af behandlingen med depotpræparatet, har åbnet muligheden for at udvide deres sociale netværk. Eksempelvis har Kim efter at være overgået til langtidsvirkende buprenorphin fået et arbejde som vicevært, som han kan indpasse i sin hverdag uden at skulle tage hensyn til at skulle møde op på et behandlingscenter flere gange om ugen. Kim beskriver, at han på trods af en vis rastløshed forbundet med morgenerne, hvor han plejede at bruge lang tid på selve indtagelsen af sine tabletter, oplever, at arbejdet skaber en hensigtsmæssig struktur i hverdagen, hvor han samtidigt får dækket sit sociale behov:

Kim (55 år): Ja, fordi inden jeg startede på at arbejde der, der var det [KABS, red.] det eneste sociale, jeg havde, fordi jeg sad jo kun derhjemme eller gik tur med hunden, ellers lavede jeg jo ikke noget.

Interviewer: Har det så haft indflydelse på, at du ikke kommer her lige så meget, at du har fået et arbejde, hvor der også er noget socialt?

Kim: Ja, det er også pga., at jeg er for træt og sådan noget der, og når jeg kommer hjem – jeg har først fri, når de har lukket her alligevel, så det giver helt sig selv.

Interviewer: Men jeg tænker, hvis man har en eller anden lyst til at være social, så finder man det nogle steder.

Kim: Men min trang til at være social får jeg jo stillet på arbejde, fordi jeg taler jo hele tiden med beboere og kollegaer og sådan noget der. Så man bliver nogle gange mættet. Der kommer jo hele tiden beboere "kan du ikke lige, og jeg har lige det og det og det". "Jamen du er nødt til at gå over på kontoret i åbningstiden, fordi jeg kan da ikke huske alt det her", vel. Og jeg har nogle andre ting, jeg skal gøre, men det har beboere bare ikke respekt for.

Selvom Kim giver udtryk for, at det kan være trættende at være social på arbejdet, vidner citatet også om, at han indgår i et nyt socialt netværk, hvor han har mulighed for at skabe relationer til sine kollegaer. Imidlertid er denne nye hverdagsstruktur, der efter overgangen til depotpræparatet ikke længere er struktureret omkring medicinen, for Kim stadig skrøbelig, fordi det "tager ikke fem minutter at overtale mig selv til bare at skubbe det hele væk og sige fuck det". Kims oplevelse vidner altså om, at der i løbet af den tid, han har modtaget behandlingen med langtidsvirkende buprenorphin, er blevet skabt et fundament, et udvidet socialt netværk, men at dette fundament til stadighed ikke er rodfæstet i Kims hverdagsliv.

Særligt for de af borgerne, som vi har vurderet befinder sig i målgruppe 1 ved undersøgelsens start, ser vi, at deres familiære relationer og samvær med de nærmeste forbedres under behandlingen med depotmedicin. Dertil ser vi også beskrivelser af, at brugernes overskud til deres øvrige sociale netværk forbedres. Både Kirsten, Boris og Ronnie beskriver, at de færre fysiske fremmøder på KABS og tiden brugt på transport har haft positiv indflydelse på deres sociale liv. Derfor oplever de generelt en øget frihed ved ikke at skulle møde på KABS lige så ofte som før efter at være overgået til de ugentlige eller månedlige indsprøjtninger af depotpræparatet. Netop denne brugergruppe giver alle under andet interview også udtryk for en lettelse over ikke at være en del af KABS' sociale netværk på samme måde som før:

Det er også en af grundene til, at jeg ikke vil være der [på behandlingscenteret, red.] mere – altså at jeg ikke vil have noget at gøre med [de andre brugere, red.] på stedet. Det er ikke sådan nogle, vi plejer at omgås med i hverdagen nemlig. (Boris, 39 år)

Kirsten og Ronnie, som bor med hver deres respektive partnere, fortæller begge om et øget overskud i hverdagen, som afføder forskellige positive udfald. Kirsten oplever at kunne tage større del i opgaverne i hjemmet og beskriver, at hun ikke i samme grad som tidligere er afhængig af sin partner i forhold til at blive kørt frem og tilbage fra KABS. Disse hverdagslige ændringer beskriver Kirsten som gavnlige i forhold til hendes relation til hendes partner:

[...] Altså jeg synes selv, at jeg er nået meget langt nu. Altså ligesom har taget styringen med det herhjemme, så hendes weekender ikke også skal gå med at gøre rent og vaske tøj og handle og sådan noget. Så det er ligesom der, jeg er lige nu. Altså jeg kan ikke, vel? Jeg synes ikke lige, at der er noget nu, som jeg kan gøre bedre. Altså, der må du jo hellere spørge hende [griner, red.]. (Kirsten, 64 år)

Som Kirsten i citatet udtrykker, har hun i højere grad taget styringen i hjemmet. Ligeledes beskriver hun, hvorledes hun ikke længere føler, at hendes partner ikke har "det pres på sig mere med mig. At skulle passe mig og sådan"). Selvom disse relationelle ændringer er blevet affødt af den løbende bedring, som Kirsten har oplevet under sin behandling med både kort- og langtidsvirkende buprenorphin (frem for metadon), vidner hendes udsagn om, at særligt den langtidsvirkende medicin har medvirket til at udvikle en mere ligeværdig relation med hendes partner.

Ronnie, har på lignende måde som Kirsten oplevet et ændret forhold til hans kone efter at være overgået til depotpræparatet. Han oplever en øget smertelindring, hvilket for ham betyder, at han kan tage del i flere aktiviteter i hverdagen såsom cykel- og gåture. Ligeledes indikerer citatet nedenfor, at han oplever en øget frihed med den langtidsvirkende medicin, fordi han ikke har de samme bekymringer for at være smertedækket af pillerne:

Ja... Og det har passet fint nok med sprøjten, fordi ... Det er virkelig en kæmpe hjælp for mig, at jeg ikke skal spekulere på piller, og at jeg ikke skal spekulere på hele tiden, om jeg nu er smertedækket. Har jeg nu piller med, hvis vi er i byen, eller hvis vi er i sommerhus. Børnebørnene eller noget andet. (Ronnie, 64 år)

Som citatet indikerer, bliver Ronnies hverdag altså mindre centreret om piller og bekymringer, efter at være overgået til depotmedicin, selvom hans fysiske tilstand stadig betyder, at han oplever smerter. Det øgede overskud i hverdagen har betydet, at han har kunnet deltage mere aktivt i hverdagen med hans kone, fordi at han er blevet "nemmere eller mere omgængelig" og "gladere". Foruden et forbedret forhold til sin kone har Ronnie også opnået et større overskud til at pleje de relationer, der indgår i hans øvrige sociale netværk:

Ja, vi har en pænt stor bekendtskabskreds med venner og familie, og det er blevet meget, meget bedre. Og jeg kan også tilbyde mine børn at hjælpe dem med forskellige ting og sager i sommerhuset. Og tidligere: Det kunne jeg ikke. [...] Jeg vil sige fem stjerner til den der sprøjte. (Ronnie, 64 år)

At kunne deltage mere aktivt i sine børns liv og leve op til sine egne forventninger om at kunne tilbyde hjælp med forskellige ting, betyder for Ronnie, at han kan føre et liv, der i højere grad er i overensstemmelse, med det, han ønsker. For Ronnie har depotpræparatet altså åbnet op

for at kunne føre et mere stabilt og normalt hverdagsliv, hvor piller og behandlingssted ikke udgør en central struktur.

5.3 Familieliv

En stor del af interviewpersonerne har lidt eller slet ingen kontakt til deres familier. Hertil har de fleste også dårlige relationer til især forældre, mens kærester og ægtefæller optræder som de nærmeste (ofte mest betroede) relationer. Aslak er i øjeblikket hjemløs, og efter bruddet med sin kone har han boet hos sine forældre. Det er ikke en situation, han er glad for, og han oplever ofte en stor mistro fra sine forældre omkring hans hverdag, og hvem han bruger den sammen med. Flere taler ikke med sine forældre og familie om behandlingen, da man ”vil ikke ses som svag” (Alex, 28 år) og ikke har ”dybe samtaler med mine forældre om det. Jeg holder det mest bare inde” (Anton, 26 år).

Andre interviewpersoner har dårlige relationer til sine forældre, som fx Jens og Kim, som har oplevet meget svigt i barndommen. Denne dårlige kontakt til forældrene resulterer i en mangel på støttenetværk i behandling. Vi ved fra tidligere studier at støtte fra familie (og sociale netværk generelt) udgør en værdifuld ressource i behandling og kan bidrage til at fastholde en borger i behandling og hjælpe mod et eventuelt mål om stoffrihed (Kohl et al., 2016; Kidorf et al., 2016).

Særligt Kim har en udfordring med familiære forhold ligeså vel som venskabelige, hvilket også behandlingsstedet har påpeget for ham:

Interviewer: *Hvilke mennesker kan du trække på?*

Kim (55 år): *Det er kun herinde.*

Interviewer: *Okay. Så du trækker ikke på venner eller familie udefra?*

Kim: *Nej, jeg har ikke noget netværk, og det er det, der er problemet. I alle de behandlinger jeg har været i. Det er dér, jeg strander hver gang med det netværk, fordi at selvom jeg er meget åben og udadvendt, såh... så har jeg ikke noget netværk. Jeg tager ikke folk ind, og det er nok fordi, at jeg har vænnet mig til i mit liv, at jeg har kun mig selv at stole på.*

Interviewer: *Du har ikke lyst til at stole på nogen?*

Kim: *Altså, nu går jeg jo til terapi hos [psykologen, red.]. Og det er jo bl.a. noget af det, der bliver kigget på. Vi prøver at finde ud af at få ændret det... Men nej. Jeg stoler nok ikke rigtig på andre mennesker. Jo, professionelle gør jeg. Det er det, jeg siger. Det er ligesom mit hjem. Der føler jeg mig tryk. Men sådan ikke professionelt, nej, det tror jeg ikke, at jeg gør.*

Det er interessant, at Kim netop påpeger manglende støttenetværk som grunden til sin manglende udvikling mod en stoffri tilværelse. Vi ser her en udfordring i, at stofbrugere mangler og fravælger netværk, hvilket udsætter dem for en ensomhedsfølelse og kræver en vis form for resiliens og selvstyrke for at fastholde rusmiddelbehandlingen og ikke blive fristet til at genoptage brug af illegale rusmidler. Mange finder en vigtig støtte hos den nærmeste familie, men

oplever samtidig, at visse forhold og problemstillinger kan være vanskelige at dele netop med sin familie.

For de borgere, der fører – eller forsøger at føre – et familieliv med hjemmeboende børn, ser vi flere beskrivelser af håb om at blive stoffrie for at kunne indtræde i en rolle som den forælder, de ønsker at være. Niels påpeger eksempelvis, at han ikke ønsker et miljø for sin datter, som det han selv er vokset op i, hvor der er *”åben snak om sådan noget [misbrug, red.], og det bare ligger og flyder på bordet. Fordi det har jeg selv oplevet og set som barn, hvor min mor osv. Så derfor”*.

På samme måde som for Niels er det for Robin også pillernes tilstedeværelse i hverdagen, der lægger an til bekymringer i forhold til hans barns nærvær:

100 % ja. Jeg har det også sådan, at den medicin, jeg bruger til daglig, det gemmer jeg, fordi jeg vil ikke have, at mit barn skal se det og indtage det ved en fejl. Hvis han tror, det er chokolade eller noget. Hvis jeg kan få en indsprøjtning en gang om måneden, og være fri for den medicin. I hvert fald derhjemme. (Robin, 52 år)

At Robin ikke ønsker, at hans barn skal se ham indtage medicinen, vidner om, at det kan være vanskeligt at forene en forælderrolle med at være i behandling for stofmisbrug. Samtidig viser interviewene med Robin, hvordan depotmedicin kan gøre det lettere at tage del i sit barns hverdag og opnå et større personligt overskud. Robin beskriver fx, at han har bevæget sig fra en tilstand, hvor han *”sov det meste af morgenen, og ... hentede [sit, red.] barn i løbet af eftermiddagen.”* til nu at stå tidligt op og kunne følge barnet i skole. Han fortæller yderligere, hvordan hans psykiske bedring har haft stor betydning for det samlede familieliv, og hvordan hans selvtillid er vokset samtidigt med, at *”min kærlighed til min hustru er bedre. Den eksisterede ikke før, men det gør den nu.”*

Boris oplever ligesom Robin, at familielivet er lettere at deltage i, når substitutionsmedicinen ikke fylder så meget i hverdagen. Hvor han førhen brugte meget mental energi på at tænke på at huske at indtage substitutionsmedicinen til tiden, har det været positivt for ham at opleve, at hverken ham selv eller familien længere bliver konfronteret med pillerne i hverdagen. Som flere andre interviewpersoner oplever Robin, at den daglige indtagelse af substitutionsmedicin udgør en påmindelse om, at man har problemer med illegale rusmidler.

Interviewer: Så det lyder lidt på dig som om, at det har hjulpet dig, at du ikke har skulle tænke på at tage det, sådan rent mentalt.

Boris (39 år): Ja jamen, det er jo også en af de ting. At familien ikke skal stå og kigge på, at jeg tager sådan noget, fordi så bliver man påmindet om, hvad fanden der er foregået hele tiden, ikke. Familien bliver påmindet om det [...] Så det har været en rigtig god ting, at jeg har været sluppet for alle sådan nogle ting. For eksempel min datter, hvis hun har sagt et eller andet, jamen så lige inden vi går, så skal jeg lige ind og have det. Jeg skal lige sidde tyve minutter med det i munden eller et kvarter, inden jeg kan gøre nogle ting eller drikke nogle ting eller spise. Altså, sådan nogle ting. Småting. Men man bliver stadigvæk påmindet om det, når man skal gå og tage det hver dag. Altså sådan familiemæssigt. Så det er meget rart, at man slipper for det. At det kun er én gang om ugen. Det var jeg super glad for.

Desuden har Boris også oplevet ændringer i sin adfærd, der bidrager til et bedre miljø i hjemmet, hvor han er *”mere aktiv og snakker mere. I stedet for at jeg sidder inde i sådan en klokke”*.

Selvom at Aslaks netværk ved andet interview primært består af de samme personer, beskriver han også, at han har oplevet en gavnlig effekt af behandlingen med langtidsvirkende buprenorphin på de sociale relationer, som han ønsker at holde fast i. Både i de sociale ting, han har deltaget i på KABS, og i sociale sammenhænge med sit øvrige netværk og familie har han oplevet at kunne deltage mere aktivt:

Jamen altså. Jeg bor stadig pt. hos mine forældre, så der er ikke kommet noget andet ud af det, men altså jeg er stadig mere til at lave aftaler med mine venner og mine søskende osv., så der er kommet mere struktur på og også på hverdagen. Men også bare de tilbagemeldinger, jeg har fået fra min storesøster, da jeg var på Subutex der, når jeg var sammen med dem, så var jeg en del af vores sammenkomst, men så lige pludselig sad jeg og halvsøv osv. Hvor nu, der er jeg mere frisk og ja... [...] Min familie er også mere glad for den Aslak, de ser nu frem for tidligere.
(Aslak, 44 år)

Særligt den positive feedback på Aslaks ændrede adfærd har givet ham "blod på tanden" til at kæmpe videre mod at blive "endnu mere stoffri", end han oplever sig selv som under andet interview. Den positive udvikling, som Aslak giver udtryk for i citatet, ser vi som et udfald af den samlede behandling med substitutionsmedicin, som Aslak har været under de sidste mange år. Alligevel viser Aslaks fortælling, at det kan medføre relativt hurtige forbedringer i forhold til ens sociale netværk, når substitutionsmedicin træder mere i baggrunden. Aslak fremhæver samtidig, at de positive forandringer i hans sociale liv også skaber øget motivation for at fortsætte behandlingen, og motiverer ham til at kæmpe for at kunne leve et liv uden illegale rusmidler.

5.3.1 Følelse af skam og moralske tømmermænd

Flere interviewpersoner udtrykker, at de har dårlig samvittighed over misbruget over for sin partner og/eller børn, hvor man i nogle tilfælde skjuler misbruget fra børnene eller vælger ikke at tale om de svære ting ved fx behandling og stoftrang med sine partnere. Kirsten udtrykker at hun har "moralske tømmermænd" over for sin kone både med hensyn til sit alkohol- og stofmisbrug og er hende meget taknemmelig for at hjælpe igennem behandlingen. Niels tager afstand til sit misbrug, og hvor meget hans datter bør involveres i dette. Han vil gerne nå til fuldstændig stoffrihed og være den far, han var, før stofbruget begyndte, hvor han også skjulte det for sin kone. Han er bevidst om, at han ikke ønsker, at hans hjem får den samme karakter af misbrug, som tilfældet var i det hjem, som han selv voksede op i. Endelig beskriver Kim de mindreværds komplekser, han får i samværet med sine søskende og mor, fordi de ikke forstår den problematik, han har. Af denne grund tager han afstand fra sin familie, hvorfor hans stofbrug på den måde er med til at skabe de relationelle barrierer, han oplever. Modsat Kim arbejder Aslak aktivt på at blive bedre og mere velfungerende, da han ønsker at være sammen med sin ekskone igen og være sammen med sine børn som en familie, men for ham udgør misbruget til stadighed en barriere for at opnå de relationer, som han ønsker.

Særligt ved undersøgelsens start, beskriver de fleste borgere en skam forbundet med det at være i misbrugsbehandling. Mange borgere har svært ved at tale med deres partnere om stofbruget. Kevin er ked af sit misbrug og føler skam over for sin kone, mens Finn gemmer misbruget for sin kæreste. Finn er særligt bange for de domme, han formoder, at hans kæreste vil møde ham med, hvis han fortæller hende om sit misbrug. Alligevel udtrykker han ambivalensen ved at holde noget skjult over for sin kæreste:

*Men jeg bryder mig faktisk ikke om at skulle i offerrollen. Jeg føler også, at jeg holder et eller andet hemmeligt over for hende. Det er lidt irriterende. At jeg skal gå og tage medicin i smug, når hun er der. Det er sådan lidt ambivalent, kan jeg godt mærke.
(Finn, 40 år)*

Robert taler heller ikke med sin kone om sit misbrug, fordi hun *"ikke kan fordrage det. Tavs-
heds lov."* Han undgår tilmed at indvie andre i sin behandling, fordi *"jeg synes ikke, der er
nogen grund til at belemre andre med det"*. På trods af, at han oplever et større mentalt over-
skud og en generel forbedret mental trivsel efter at være påbegyndt behandling med langtids-
virkende buprenorphin, føler han stadig stor skam over at have udviklet stofmisbrug og skulle
leve med at forstå sig selv som "stofmisbruger". Han har også dårlige erfaringer med, at folk
bryder hans tillid, hvis han har fortalt om sine følelser og udfordringer:

*[...] Jeg har så mange dårlige erfaringer med at fortælle folk noget, som burde være
fortroligt, men som ender alle mulige steder. Det har jeg så mange dårlige erfaringer
med. Så det er jeg holdt op med. Need to know, nice to know. Og jeg har ikke behov
for at fortælle det til nogle andre, som kan vidererapportere det. (Robert, 54 år)*

6 Brugertilfredshed med langtidsvirkende substitutionsmedicin

Det internationale spørgeskema *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* (TSQM) anvendes til brugertilfredshedsundersøgelser på alle sundhedsrelaterede områder, hvor medicin indgår som en del af behandlingen.

Spørgeskemaet består af en række spørgsmål til borgerne inden for 1) deres generelle tilfredshed med medicinen, 2) oplevelsen af medicinens effekt/virkning, 3) oplevelser af bivirkninger og 4) praktisk bekvemmelighed i forbindelse med indtagelsen af medicin.

Til hvert enkelt spørgsmål skal borgerne vælge imellem fem svarmuligheder på en skala fra fx "yderst utilfreds" til "yderst tilfreds". Efterfølgende allokeres og omregnes brugernes svar til en tilfredshedskvotient mellem 0 og 100, hvor 0 er maksimalt utilfreds og 100 er maksimalt tilfreds.

Det vil sige, at TSQM dels giver et overordnet mål for, hvor tilfredse borgerne er med medicinen, dels tre mere specifikke mål for, hvordan borgerne vurderer medicinens virkning, bivirkning og bekvemmelighed.

I forbindelse med første interviewrunde bad vi således de 21 stofbrugere om at vurdere tilfredsheden med den buprenorphin-medicin, som de modtog forud for overgangen til depotpræparatet (Buvidal). Disse resultater (Tabel 6.1 og Tabel 6.2) viser, at alle tre kategorier overordnet set er tilfredse med buprenorphin som substitutionsmedicin. Særligt borgerne i kategori 3 (med de mest komplekse problemstillinger) oplever overordnet set stor tilfredshed med substitutionsmedicinen.

Tabel 6.1 Interviewpersonernes oplevelse af korttidsvirkende buprenorphin (film og tabletter)

TSQM – korttidsvirkende buprenorphin					
Alias	Kategori	Global satisfaction	Effectiveness	Side effects	Convenience
Niels	1	71	67	100	44
Robin	1	100	100	100	100
Ronnie	1	43	33	25	28
Karlos	1	93	6	100	61
Kirsten	1	79	78	100	78
Svend	1	64	50	100	39
Finn	1	64	50	100	67
Anton	2	64	72	100	78
Kim	2	100	100	100	100
Robert	2	71	72	100	67
Rikke	2	79	50	100	50
Aslak	2	50	67	100	67
Henrik	2	86	67	100	100
Kevin	2	64	44	25	100
Bastian	2	57	61	100	56
Alex	2	36	44	100	67
Philip	3	86	100	25	28
Anine	3	100	6	69	89
Ove	3	93	83	100	83

TSQM – korttidsvirkende buprenorpin					
Jesper	3	86	28	56	89
Allan	3	57	56	100	72

Kilde: VIVE Social

Tabel 6.2 Interviewpersonernes (opdelt i tre kategorier) oplevelser af korttidsvirkende buprenorpin (film og tabletter)

	Global satisfaction	Effectiveness	Side effects	Convenience
Kategori 1	73	55	89	60
Kategori 2	67	64	92	76
Kategori 3	84	54	70	72

Kilde: VIVE Social

Tabel 6.1 og Tabel 6.2 viser også, at alle tre kategorier (og særligt kategori 1 og 2, som er borgere med henholdsvis relativt lav og mellemgrad af kompleksitet), **ikke** oplever væsentlige bivirkninger ved substitutionsmedicinen (et højere tal betyder højere tilfredshed, hvilket i forhold til bivirkninger vil sige *mindre* oplevelse af problemer med bivirkninger).

Endelig viser Tabel 6.1, at borgerne fra alle tre kategorier er mere forbeholdne i forhold til virkningen af buprenorpin, som ofte kan føles at fluktuere eller – i forhold til smertedækning – ikke have tilstrækkelig effekt. Og tilsvarende vurderer borgerne fra alle tre kategorier, og særligt kategori 1, at bekvemmeligheden godt kunne være højere.

Ser vi til sammenligning på brugernes tilfredshed med langtidsvirkende buprenorpin (Tabel 6.3 og Tabel 6.4) fremkommer nogle ændringer.

Tabel 6.3 Interviewpersonernes oplevelse langtidsvirkende buprenorpin (Buvidal)

TSQM – langtidsvirkende buprenorpin (Buvidal)			
Global satisfaction	Effectiveness	Side effects	Convenience
100	11	100	50
100	100	100	94
100	100	100	100
36	33	100	33
100	61	100	94
100	100	100	100
79	0	100	78
71	67	100	61
86	83	100	89
93	67	25	72
71	56	100	50
86	67	100	56
100	83	88	50
36	67	31	56
0	0	6	44

Kilde: VIVE Social

Tabel 6.4 Interviewpersonernes (opdelt i tre kategorier) oplevelser langtidsvirkende buprenorfin (Buvidal)

	Global satisfaction	Effectiveness	Side effects	Convenience
Kategori 1	87	61	100	74
Kategori 2	83	62	88	75
Kategori 3	55	54	56	51

Kilde: VIVE Social

I forhold til den generelle tilfredshed har kategori 3 nu skilt sig ud fra kategori 1 og 2, således at kategori 1 og 2 er mere tilfredse med depotpræparatet, end de var med deres tidligere substitutionsmedicin, hvorimod kategori 3, som relativt var meget tilfredse med deres tidligere behandling, nu fremstår som mere utilfredse med depotpræparatet. Dette billede går igen i de kvalitative interview, hvor enkelte borgere fra kategori 3 var yderst utilfredse med depotpræparatet.

Det samme billede tegner sig i forhold til brugernes oplevelse af bivirkninger. Her er borgerne i kategori 1 yderst tilfredse med depotpræparatet og oplever slet ingen bivirkninger, mens borgerne i kategori 2 i forhold til bivirkninger ikke oplever de store forskelle fra deres tidligere medicin. Borgerne i kategori 3 oplever derimod markant flere bivirkninger ved depotpræparatet end ved deres tidligere medicin – et billede, som også aftegnede sig i den kvalitative data, hvor borgerne med de mest komplekse problemstillinger aldrig fandt sig godt til rette med det langtidsvirkende depotpræparat (som udgør en mindre del af deres samlede medicin), men omvendt forbandt depotpræparatet med stress, depressive følelser og forvirring.

I forhold til bekvemmelighed er der ikke markante forskelle for borgerne i kategori 1 og 2, men igen oplever borgerne i kategori 3 **ikke**, at depotpræparatet er mere bekvemt at indtage end deres tidligere medicin.

Tabel 6.5 viser forskellene i tilfredshed mellem kort- og langtidsvirkende buprenorfin for alle tre kategorier.

Tabel 6.5 Forskellene mellem interviewpersonernes (opdelt i tre kategorier) oplevelser af buprenorfin som henholdsvis korttidsvirkende (film og tabletter) og langtidsvirkende (Buvidal)

	Global satisfaction	Effectiveness	Side effects	Convenience
Kategori 1	14	6	11	15
Kategori 2	16	-2	-4	-1
Kategori 3	-29	0	-14	-21

Kilde: VIVE Social

Det fremgår, dels at det særligt er de borgere med mindst kompleksitet, som oplever større tilfredshed med depotpræparatet (inkl. kategori 2 i forhold til den overordnede tilfredshed med medicinen), dels at depotpræparatet godt kan forbindes med nogen utilfredshed – fx i forhold til bivirkninger – men stadig forbindes med en overordnet tilfredshed (kategori 2), og dels at de borgere med størst kompleksitet umiddelbart har vanskeligst ved at overgå til et langtidsvirkende substitutionspræparat.

7 Graden af sygdom før og efter overgang til langtidsvirkende substitutionsmedicin

Den internationale måling af *oplevelsen af graden af sygdom – the Clinical Global Impression Scale (CGI)* bygger ikke på brugernes egne oplevelser af graden af sygdom, men på hvordan de fremstår (som syge) over for andre (dvs. VIVEs interviewere). Målingen anvendes fx til at vurdere, hvordan medicin ændrer brugernes sygdomsbillede over tid eller til at vurdere ændringer i sygdomsbillede ved skift af medicin.

Borgerne sygdomsgrad vurderes på tre områder (såkaldte "observer-rated scales", hvor den enkelte borger vurderes i forhold til den pågældende patientgruppe, som hun/han indgår i, og som således beror på et vist kendskab til netop den pågældende patientgruppe): 1) sygdommens voldsomhed (*severity of illness*), 2) overordnede fremskridt (*global improvement*) og 3) virkning vs. bivirkning (*efficacy index*). Det er derfor kun det første område, som afdækkes ved første interviewrunde, mens de to næste områder også indgår i anden interviewrunde. Ved de to første områder opgøres brugernes sygdom på en skala fra 1 (slet ikke syg/meget store forbedringer) til 7 (allermest syg/meget stor forværring), mens det tredje område markerer henholdsvis, hvordan medicinen lader til at virke (dvs. dens terapeutiske effekt) kontra, hvordan medicinen giver bivirkninger.

I undersøgelsen af borgernes oplevelser af de to typer substitutionsmedicin, hvor det har været VIVEs interviewere, der har skulle vurdere brugernes sygdomsniveau, er det særligt det første område, og i nogen grad det andet område, som er relevant, hvorimod vi helst ikke vil forholde os til terapeutisk effekt og bivirkninger.

Tabel 7.1 viser både før- og efter-målingerne af VIVEs intervieweres oplevelser af brugernes sygdomsbillede.

Tabel 7.1 Interviewpersonernes sygdomsgrad før og efter overgangen til langtidsvirkende substitutionsmedicin (Buvidal)

CGI før-måling				CGI efter-måling (Buvidal)			
Sygdoms-grad	Fremskridt	Terapeutisk effekt	Bivirkninger	Sygdoms-grad	Fremskridt	Terapeutisk effekt	Bivirkninger
2				1	1	1	1
3				1	2	1	1
2				1	1	1	2
3				5	6	4	1
3				3	1	1	2
3							
3							
3							
3				1	2	1	1
5				3	1	2	1
4				4	3	2	1
4				1	1	1	2
3				2	2	1	3
3							
4				3			
5				5	5	3	1

CGI før-måling	CGI efter-måling (Buvidal)			
5	3	2	2	1
7	5	2	1	2
6	6	4	0	3
5				
6	7	6	4	4

Kilde: VIVE Social

Ved at sammenligne sygdomsgraden før og efter skiftet fra korttidsvirkende buprenorfin til depotpræparatet (Buvidal) kan vi forsigtigt vurdere, om depotpræparatet har haft en forbedrende eller forværrende effekt på stofbrugerne. En lavere score indikerer, at depotpræparatet har haft en god effekt, hvorimod en højere score indikerer, at det har haft en dårlig effekt på borgerne. Det fremgår af Tabel 7.1, at det kun er to borgere, som over for VIVEs interviewere fremstår som forværrede ved interview nr. 2 end ved det første interview. Den ene af disse to borgere (Karlos, kategori 1) havde startet et relativt voldsomt misbrug undervejs i undersøgelsesperioden, og den anden af de to (Allan, kategori 3) oplevede en række ubehagelige og angstprovokerende bivirkninger ved at udskifte sin kendte substitutionsmedicin ud med depotpræparatet.

De resterende borgere, som deltog i andet interview, fremstod over for VIVEs interviewere som mindre syge ved interview nr. 2 end ved det første interview.

Samtidig viser Bilagstabel 1.6, at borgerne generelt oplever en terapeutisk effekt af depotpræparatet (1=markant forbedring, 2=moderat forbedring, 3=minimal forbedring, 4=ingen forbedring/forværring), og få bivirkninger (1=ingen bivirkninger, 2=minimale bivirkninger, 3=moderate bivirkninger, 4=flere bivirkninger end terapeutisk effekt).

8 Konklusion

For så vidt, at Sundhedsstyrelsen fortsætter med at anbefale buprenorphin som det primære substitutionspræparat til lægelig behandling af opioidafhængighed, har depotpræparater som fx Buvidal potentialet til at udgøre et relevant bidrag til behandlingen af stofmisbrug i Danmark.

I forhold til metadon har den langtidsvirkende buprenorphin umiddelbart de samme fordele som korttidsvirkende buprenorphin-præparater. Ydermere eliminerer depotpræparatet, som skal administreres af en sundhedsprofessionel, det i forvejen relativt lille misbrugspotentiale ved substitutionsmedicinen.

I kraft af sin langtidsvirkende effekt giver et præparat som Buvidal samtidig nogle markante fordele i forhold til problemstillingerne omkring udlevering, opbevaring og indtagelse af medicinen, hvilket kan medvirke til at fritstille borgerne fra at møde på et rusmiddelcenter bortset fra, når de skal have injektion med depotpræparatet. Nogle borgere profiterer sandsynligvis bedst af at få substitutionsmedicinen injiceret hver uge, mens andre foretrækker en injektion hver 3., 4. eller 5. uge. I samråd med borgerne kan KABS – som ethvert andet behandlingscenter – tilpasse borgernes fremmøde, så borgerne ikke oplever abstinenser.

Undersøgelsen peger på, at der ved at fritage borgerne fra kravet om at møde dagligt eller flere gange ugentligt på et behandlingscenter, etableres nye hverdagslige muligheder uden for det sociale liv på og omkring centrene. Dette kan for nogle borgere føles som en ny frihed med nye muligheder, færre konflikter, mindre overvågning og en følelse af mere normalitet, mens det for andre kan medføre en mangel på social kontakt, herunder kontakt med specialiserede behandlere på rusmiddelcentre. Derfor er det særligt for de stofbrugere med relativt komplekse problemstillinger meget væsentligt at fastholde det sociale i social stofmisbrugsbehandling, hvis de vælger at overgå til et langtidsvirkende præparat.

Substitutionsmedicin påvirker selve patientrollen, som ved skiftet fra et korttidsvirkende præparat til et langtidsvirkende depotpræparat både mister en form for autonomi i behandlingen eksempelvis ved ikke selv at skulle administrere den daglige indtagelse af medicinen, men som også fritstiller borgeren og giver nye muligheder for at leve uden en udpræget patientidentitet.

Depotpræparater, der skal injiceres subkutant, stiller sundhedspersonalet over for en specifik udfordring i forhold til at foretage så smertefrie injektioner som muligt. Undersøgelsen fremhæver bl.a. et eksempel fra en relativt tynd borger med ubehag og hævelser som følge af injektionerne. Det er sandsynligt, at det forholdsvis tyktflydende præparat kan være vanskeligere at administrere på tynde borgere med relativt lidt fedtvæv, hvilket producenter så vel som sundhedspersonalet bør være opmærksomme på.

I forhold til Buvidal, som er det konkrete depotpræparat, der indgår i denne undersøgelse, bør producenten desuden overveje at forbedre brugervenligheden af den for-fyldte sprøjte således, at smerter og ubehag ved injektionen mindskes, og det bliver lettere for sundhedspersonalet at administrere. Samtidig er det væsentligt, at injektionerne foretages forskellige steder på kroppen – iflg. European Medicines Agency's (2018) godkendelse kan Buvidal injiceres i både overarm, maveskind og baller.

Endelig ville det være relevant at gentage undersøgelsen på rusmiddelcentre i provinsen, hvor rusmiddel miljøet kan være forskelligt fra hovedstadens miljø, og hvor de logistiske udfordringer ved at møde dagligt på et rusmiddelcenter kan være endnu større for stofbrugere, og hvor personalesammensætningen kan udgøre en begrænsning over for at sikre borgerne tilstrækkelig [sufficient] medicinsk dækning.

Litteratur

- Adriansen, H. K. (2012). Timeline interviews: A tool for conducting life history research Hanne Kirstine Adriansen. *Qualitative Studies*, 3(1), 40–55.
- Bengtsson, T. T. & Ravn, S. (2019). *Youth, Risk, Routine. A New Perspective on Risk-Taking in Young Lives*. London: Routledge.
- Chilcoat, H. D., Amick, H. R., Sherwood, M. R., & Dunn, K. E. (2019). Buprenorphine in the United States: Motives for abuse, misuse, and diversion. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 104(Sept.), 148-157.
- European Medicines Agency. (2018). *Buvidal: buprenorphine (...authorised for use in the European Union)*. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/buvidal> [Set d. 16. 2. 2021].
- Grønkjær, M., Curtis, T., De Crespigny, C., & Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies*, 2(1), 16–30.
- Haffajee, R. L., Bohnert, A. S. B., & Lagisetty, P. A. (2018). Policy Pathways to Address Provider Workforce Barriers to Buprenorphine Treatment. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), S230–S242.
- Holland, J., & Thomson, R. (2009). Gaining perspective on choice and fate. *European Societies*, 11(3), 451–469.
- Jensen, O. H., & Axelsson, R. (2018). Kap. 16: Behandlingsstatistik og udviklingstendenser, i: *KABS Årsmagasin 2018*, 82-95.
- Kidorf, M., Latkin, C., & Brooner, R. K. (2016). Presence of Drug-Free Family and Friends in the Personal Social Networks of People Receiving Treatment for Opioid Use Disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 70, 87–92.
- Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., Schmidt, A., Jensen, M. N., & Munkholm, M. C. (2016). *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Neale, J., Tompkins, C. N. E., & Strang, J. (2019). Depot buprenorphine injections for opioid use disorder: Patient information needs and preferences. *Drug and Alcohol Review*, 44(April), 510–518.
- Pedersen, L. (2011). *Patientinddragelse: Refleksion, læring, innovation og ledelse*. København: Hans Reitzel.
- Shippee, N. D., Shah, N. D., May, C. R., Mair, F. S., & Montori, V. M. (2012). Cumulative complexity: A functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(10), 1041–1051.
- Socialstyrelsen (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2016). *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin: VEJ.10375*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Sundhedsrelaterede konsekvenser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomson, R., & Holland, J. (2003). Hindsight, foresight and insight: The challenges of

longitudinal qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 6(3), 233–244.

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.

Ørtenblad, L., Jønsson, A. R., & Meillier, L. (2015). Komplekse liv. Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, (22), 83–101.

Bilag 1 TSQM-spørgeskema

TSQM, dansk udgave, version 1.4

Spørgeskema om tilfredshed med medicinbehandling

Vejledning: Brug venligst nogen tid på at tænke over, i hvor høj grad du er tilfreds eller utilfreds med den medicin du indtager [henholdsvis korttidsvirkende buprenorfin og Buvidal]. Vi er interesseret i din vurdering af medicinens effektivitet, bivirkninger og hvor let den er at anvende i løbet af de sidste 2-3 uger eller siden du sidst tog medicinen. For hvert spørgsmål bedes du sætte et enkelt kryds ved det svar, som stemmer bedst overens med dine egne erfaringer.

1. Hvor tilfreds eller utilfreds er du med medicinens evne til at forebygge eller behandle stofmisbrug?

- 1 Yderst utilfreds
- 2 Meget utilfreds
- 3 Utilfreds
- 4 Nogenlunde tilfreds
- 5 Tilfreds
- 6 Meget tilfreds
- 7 Yderst tilfreds

2. Hvor tilfreds eller utilfreds er du med den måde hvorpå medicinen afhjælper dine symptomer?

- 1 Yderst utilfreds
- 2 Meget utilfreds
- 3 Utilfreds
- 4 Nogenlunde tilfreds
- 5 Tilfreds
- 6 Meget tilfreds
- 7 Yderst tilfreds

3. Hvor tilfreds eller utilfreds er du med den tid det tager før medicinen begynder at virke?

- 1 Yderst utilfreds
- 2 Meget utilfreds
- 3 Utilfreds
- 4 Nogenlunde tilfreds
- 5 Tilfreds
- 6 Meget tilfreds
- 7 Yderst tilfreds

4. Har du bivirkninger selv om de kun er lette, som skyldes indtagelsen af medicinen?

- 1 Ja
- 0 Nej (hvis Nej, gå videre til Spørgsmål 9)

5. Hvor generende er bivirkningerne af den forsøgsmedicin du tager for din sygdom?

- 1 Yderst generende
- 2 Meget generende
- 3 En del generende

- 4 Lidt generende
- 5 Slet ikke generende

6. I hvor høj grad har bivirkningerne en negativ indvirkning på dit fysiske helbred og din evne til at fungere (d.v.s. dine kræfter, din energi osv.)?

- 1 I høj grad
- 2 En del
- 3 Noget
- 4 Minimalt
- 5 Slet ikke

7. I hvor høj grad har bivirkningerne en negativ indvirkning på din psykiske funktionsevne (d.v.s. evnen til at tænke klart, til at holde dig vågen osv.)?

- 1 I høj grad
- 2 En del
- 3 Noget
- 4 Minimalt
- 5 Slet ikke

8. I hvor høj grad har medicinens bivirkninger påvirket din generelle tilfredshed med medicinen?

- 1 I høj grad
- 2 En del
- 3 Noget
- 4 Minimalt
- 5 Slet ikke

9. Hvor let eller svært er det at tage medicinen i dens nuværende form?

- 1 Yderst svært
- 2 Meget svært
- 3 Svært
- 4 Nogenlunde let
- 5 Let
- 6 Meget let
- 7 Yderst let

10. Hvor let eller svært er det hver gang at planlægge tidspunkterne for indtagelse af medicinen?

- 1 Yderst svært
- 2 Meget svært
- 3 Svært
- 4 Nogenlunde let
- 5 Let
- 6 Meget let
- 7 Yderst let

11. Hvor let eller besværligt er det at tage medicinen efter forskrifterne?

- 1 Yderst besværligt
- 2 Meget besværligt

- 3 Besværligt
- 4 Nogenlunde let
- 5 Let
- 6 Meget let
- 7 Yderst let

12. Hvor stor tiltro har du til, at indtagelsen af denne medicin er godt for dig?

- 1 Slet ingen tiltro
- 2 Lidt tiltro
- 3 Nogen tiltro
- 4 Megen tiltro
- 5 Yderst stor tiltro

13. Hvor sikker er du på at fordelene ved din medicin er større end ulemperne?

- 1 Slet ikke sikker
- 2 Kun lidt sikker
- 3 Nogenlunde sikker
- 4 Meget sikker
- 5 Yderst sikker

14. Når alt tages i betragtning, hvor tilfreds eller utilfreds er du så med medicinen?

- 1 Yderst utilfreds
- 2 Meget utilfreds
- 3 Utilfreds
- 4 Nogenlunde tilfreds
- 5 Tilfreds
- 6 Meget tilfreds
- 7 Yderst tilfreds

Bilag 2 CGI-spørgeskema

CGI

DEN

<p>Spørgsmål 2 og 3 kan udelades ved den indledende vurdering ved at markere 'Ikke vurderet' ud for begge spørgsmål.</p>	
<p>1. Graden af sygdom</p> <p>På baggrund af din samlede kliniske erfaring med denne patienttype, hvor psykisk syg er patienten på nuværende tidspunkt?</p>	<p>2. Generel bedring</p> <p>Vurdér den samlede bedring, hvad enten denne, efter din mening, udelukkende skyldes den medicinske behandling. Sammenlignet med hans tilstand ved indlæggelsen, hvor meget bedre er han?</p>
<p><input type="checkbox"/> 0 Ikke vurderet</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Ikke vurderet</p>
<p><input type="checkbox"/> 1 Normal, ikke syg overhovedet</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Rigtig meget bedre</p>
<p><input type="checkbox"/> 2 På grænsen til psykisk syg</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Meget bedre</p>
<p><input type="checkbox"/> 3 Syg, i mild grad</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 Minimalt bedre</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Syg, i nogen grad</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Ingen ændring</p>
<p><input type="checkbox"/> 5 Syg, i udpræget grad</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 Minimalt værre</p>
<p><input type="checkbox"/> 6 Syg, i alvorlig grad</p>	<p><input type="checkbox"/> 6 Meget værre</p>
<p><input type="checkbox"/> 7 Blandt de mest ekstremt syge patienter</p>	<p><input type="checkbox"/> 7 Rigtig meget værre</p>
<p>3. Effektivitetsindeks</p> <p>Vurdér denne del udelukkende på baggrund af den medicinske virkning. Vælg det svar, der bedst beskriver graden af terapeutisk effekt og bivirkninger.</p>	
<p>3.1. Terapeutisk effekt</p>	<p>3.2. Bivirkninger</p>
<p><input type="checkbox"/> 0 Ikke vurderet</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Ikke vurderet</p>
<p><input type="checkbox"/> 1 Markant – Meget god forbedring. Fuldstændig eller næsten fuldstændig bedring af alle symptomer.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Ingen</p>
<p><input type="checkbox"/> 2 Moderat – Udpræget forbedring. Delvis bedring af symptomer.</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Påvirker ikke i betydelig grad patientens virke.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3 Minimal – Svag forbedring, som ikke ændrer patientens behandling.</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 Påvirker i betydelig grad patientens virke.</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Uændret eller værre</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Er stærkere end den terapeutiske effekt.</p>

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD