

Når virkeligheten strammer grepet
Overdoser hos beboere i lavterskel
botiltak i Oslo: ansatte forteller

Anne Skoglund

Master of Public Health

MPH 2011:2



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Når virkeligheten strammer grepet. Overdoser hos beboere i lavterskel botiltak i Oslo: ansatte forteller.				
Författare Anne Skoglund				
Författarens befattning och adress Fagansvarlig Felttiltaket, Seksjon skadereduksjon Rusmiddeletaten, Oslo kommune Waldemar Thranesgate 70 0173 Oslo				
Datum då examensarbetet godkändes 2011-02-18			Handledare NHV/Extern Stian Biong, Førsteamanuensis DrPH	
Antal sidor 47	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-07-2
Sammanfattning Målet med studien er å undersøke og beskrive ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser hos beboere. Gjennom å belyse den ofte tause kunnskapen de ansatte i lavterskeltiltak har om hva som karakteriserer en overdosesituasjon, er studiens hensikt å systematisere og presentere denne erfaringskunnskapen, og gjennom det kunne bidra til en kvalitetsforbedring av den tjenesten som ytes til beboerne. Datainnsamlingen ble gjort gjennom fokusgruppeintervjuer med ansatte på lavterskel botiltak. Flere av kodegruppene som ble arbeidet frem i analysen var tema i begge fokusgruppene. Temaene var overganger, tilgang, å legge lokk på det vanskelige, å dempe kriser og relasjonen til andre. Disse ble igjen rekontekstualisert til «min virkelighet» og «den rusfrie virkelighet,» sammenfattet som «når virkeligheten strammer grepet.» Hovedfunnet i studien er at ansatte opplever at det er når virkeligheten strammes grepet, når rusens dempende slør ikke kan holde virkelighetens krav på avstand, at risikoen for overdoser oppstår. Dette taler for viktigheten av gode relasjoner til hjelpeapparatet, og at de ansatte kjenner til hva som beveger seg i den enkelte beboers liv.				
Nyckelord folkehelsevitenskap, overdoser, lavterskel botiltak, ansatte, systematisk tekstkondensering				



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis When reality kicks in: employee stories about overdosing by residents of low threshold housing facilities in Oslo				
Author Anne Skoglund				
Author's position and address Senior executive officer Felttiltaket, Section of harm reduction Alcohol and drug addiction service, Oslo Municipality Waldemar Thranesgate 70 0173 OSLO				
Date of approval 2011-02-18			Supervisor NHV/External Stian Biong, Assistant Professor DrPH	
No. of pages 47	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-07-2
Abstract Objectives: This study aimed to investigate and describe how employees working in low threshold housing facilities experience overdosing by facility residents. We also aimed to enlighten the often silent employee knowledge about the characteristics of an overdose situation, thus enhancing the quality of resident services. Materials and Methods: Data was collected through focus group interviews with employees working in low-threshold housing facilities. Many of the code terms identified through data analysis were common to both employees and residents (e.g., “transitions,” “access,” “putting a lid on the difficulties,” “attenuating crises,” and “relation to others.” We recontextualized these codes to “my reality” and “drug-free reality,” or “when reality kicks in.” Results: Our study determined that employees recognize the risk of overdosing as the point at which reality kicks in (i.e., when the attenuating effect of the drugs can no longer keep reality at distance). Conclusion: This study shows that employees are fully aware of residents’ lives and activities. Therefore, policies that maintain good employee relationships with and within the different social and health services may contribute significantly to overdose prevention.				
Key words public health, overdoses, low threshold housing facilities, employees, systematic text condensation				

INNHALDSFORTEGNELSE

INTRODUKSJON

Bakgrunn	s. 5
Sentrale begreper, innhold og definisjoner	s. 7
Om overdoser	s. 9
Overdosesituasjonen i Norden	s. 10
Mål	s. 12
Problemstilling	s. 12
Forskningsspørsmål	s. 12

METODE

Valg av metode	s. 13
Refleksjoner rundt metode	s. 14
Validitet og reliabilitet	s. 15
Teoretisk referanseramme	s. 17
Forfatterens forforståelse	s. 18
Utvalg	s. 18
Etikk	s. 19
Datainnsamlingen	s. 20
Analyseprosessen	s. 20

RESULTAT

Analyseprosessen	s. 22
Trinn en: Helhetsinntrykk	s. 22
Trinn to: Fra helhetsinntrykk til koder	s. 23
Trinn tre: Fra koder til kodegrupper	s. 24
Trinn fire: Rekontekstualisering- helhetlig beskrivelse	s. 29

DISKUSJON

Resultat	s. 31
Møte med virkeligheten på ulike nivåer	s. 32
Mikro	s. 32
Meso	s. 34
Ekso	s. 35
Makro	s. 35
Avslutning	s. 38
Takk	s. 39
Referanser	s. 40
Vedlegg	s. 46

INTRODUKSJON

Bakgrunn

Rusmiddelavhengighet har store omkostninger. Åpenbart for den rusmiddelavhengige selv, men også for omgivelsene, både nære, som familie og venner, og for samfunnet generelt.

Rusmiddelavhengighet, og spesielt rusmiddelavhengighet av en så omfattende karakter som denne oppgaven omhandler, byr på helt spesielle utfordringer. Det er ansatte på lavterskel botiltak som er intervjuet. Med lavterskel botiltak menes hybelhus for rusmiddelavhengige med omfattende problemer på grunn av sitt rusbruk. På husene har de ansatte høy grad av toleranse for rus, det er høy grad av tilgjengelighet til ansatte med ulik kompetanse, og tilbudene har som mål å være tilpasset brukernes behov og på brukernes premisser. En vet at rusmiddelavhengigheten for de som bor på disse botiltakene har store konsekvenser (Johansen & Myhre 2004). Johansen og Myhre beskriver livssituasjonen til beboerne ved et utvalg lavterskelinstitusjoner kategorisert ut i fra World Health Organizations helsedefinisjons (WHO 1948) tre dimensjoner :

- dårlig fysisk helse
- dårlig psykisk helse
- dårlig sosial helse

Den dårlige fysiske helsen innebærer abcesser, blodpropp, epilepsi, sårproblematikk, underernæring, voldsproblematikk, infeksjoner med mer. Mange i denne gruppen har også dårlig psykisk helse (Ådanes et al. 2008). Dårlig sosial helse innebærer dårlige oppvekstvilkår, tap av omsorg for barn, liten grad av tillit, høy grad av trygdeytelser, lav utdanning og lav arbeidslivstilknytning (Johansen & Myhre 2004).

Rusmiddelavhengighet handler i stor grad om sosial ulikhet, og rammer ikke tilfeldig. I følge Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet 2007a) har barn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre større sannsynlighet for å utvikle rusmiddelavhengighet enn andre. Også barn og ungdom som selv har psykiske lidelser har økt risiko. Komorbiditet med psykisk lidelse og rus forekommer svært ofte. Blant rusmiddelavhengige i behandling har mellom 50 og 80 prosent en psykisk lidelse. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene, men personlighetsforstyrrelser forekommer også ofte (Landheim, Bakken & Vaglum 2002).

Å håndtere rusmiddelavhengighet som problem handler derfor i første omgang om å forebygge rekruttering til rusmiljøene. Rekruttering til rusmiddelavhengighet er ofte et signal på dårlige sosiale vilkår for den enkelte som rekrutteres. Norsk nettverk av helse-

og miljøkommuner har utgitt Verdens helseorganisasjons hefte «De harde fakta», hvor en tar for seg konkrete tiltak for bedring av de sosiale ulikhetene i helse, basert på den kunnskapen vi i dag har om dette temaet (Marmot & Wilkinson 2005). Blant konkrete tiltak når det gjelder rusmiddelavhengighet nevnes:

- ta seg av de mønstrene av sosiale forhold hvor problemene har sin rot
- tilby behandlingstilbud til rusmiddelavhengige
- ta tak i de sosiale forhold som skaper stoffmisbruk

Det understrekes også der at *«stoffmisbruk er både en reaksjon på sosialt sammenbrudd og en viktig faktor for å forverre de sosiale ulikheter i helse som følger av dette. Det gir misbrukerne en illusjon om flukt fra motgang og stress, men forverrer bare deres problemer.»* (Marmot & Wilkinson 2005, side 29).

Rusmiddelavhengighet har også store økonomiske omkostninger, i form av økt kriminalitet, kostnader knyttet til sosiale tjenester, helsetjenester og behandling, fravær fra arbeidslivet med mer (Forskningskommisjonen 2003).

Rusmiddelavhengighet er også nært knyttet opp til tvangsmessig adferd. Avhengighet påfører nevrobiologiske endringer i hjernen som påvirker beslutningsprosessene. Tvangsmessigheten er økende, og utenfor bevisst kontroll, fleksibiliteten reduseres, og adferden blir mer kompulsiv. Rusmiddelens betydning blir ofte tillagt uforholdsmessig stor vekt (Sellman 2010). Dette er vesentlig kunnskap å ha med i behandling og omsorg for rusmiddelavhengige, for å forstå noen av de mekanismene som ligger bak rusmiddelavhengiges adferd.

Studiens folkehelsemessige relevans er blant annet knyttet til «HEALTH 21- health for all in the 21st century.» Der fastslår Verdens helseorganisasjon at sårbare grupper skal prioriteres for å oppnå god og lik helse i befolkningen (WHO 1998). Også norske myndigheter fremhever folkehelseperspektivet knyttet til rusmiddelavhengige i sentrale dokumenter. I Opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007b) er «et tydelig folkehelseperspektiv» ett av fem hovedmål. I planen understrekes behovet for tiltak i bekjempelsen av rusavhengighet, både primær- (hindre innførsel av narkotika til landet) og sekundærforbyggende tiltak (tiltak rettet mot utsatte grupper). Erfaringsutveksling og forskning nevnes som to av disse tiltakene.

Rusmiddelavhengige fremheves i Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet 2007a) som en gruppe med langvarige levekårsproblemer. Tungt belastede rusmiddelavhengige regnes der som blant de mest vanskeligstilte i Norge, med omfattende helseproblemer.

Rusmiddelavhengighet er sterkt knyttet til både fattigdom, utdanning og generell helse, og folkehelseperspektivet blir med tanke på forebygging av fremtidige helseproblemer

sentralt. Dube et al. (2003) har målt risiko for utvikling av rusmiddelavhengighet opp mot ti risikofaktorer i barndommen; fysisk, emosjonelt eller seksuelt misbruk, fysisk eller emosjonell neglekt, rusmisbruk i familien, kriminalitet blant familiemedlemmer (i husholdningen), psykisk sykdom blant familiemedlemmer, og bruk av ulovlige rusmidler hos foreldre. De konkluderer med at sjansen for å utvikle et avhengighetsforhold til illegale rusmidler øker med antall risikofaktorer man er utsatt for som barn.

Rusavhengighet generelt byr på store utfordringer i store deler av verden, både med tanke på menneskelig lidelse og alvorlig kriminalitet. Overdoseproblematikken er også alvorlig. I følge Nye Kripos (Kriminalpolitisen) omkom 183 mennesker i narkotikarelaterte dødsfall i Norge i 2009. 73 av disse dødsfallene var i Oslo. Brorparten av de som omkom i overdoser var menn i alderen 21- 55 år (146 menn, 37 kvinner) (Kriminalpolitisen 2010).

Sentrale begreper, innhold og definisjoner

Ansatte i lavterskel botiltak er en sammensatt gruppe. I Oslo kommune finnes fire lavterskel botiltak, et av disse er beskrevet i Johansen og Myhres «Skadereduksjon i praksis» (2004). Johansen og Myhre deler ansattegruppen i fire, «fagstillingene, verneassistentene, vaskepersonalet og ekstravaktene.» I denne oppgaven var det kun fagstillinger, verneassistenter og ekstravakter som ble intervjuet. Dette innebærer at resultatene i første omgang er gjengivelsene av disse ansattes erfaringer, men ikke nødvendigvis relevant utelukkende for disse gruppene. Johansen og Myhre (2004) beskriver ansattegruppen som kvinnedominert og fagstillingene sammensatt av flere ulike faggrupper; sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, lærere. Blant verneassistentene (de uten formell utdanning) har flere av de ansatte kurs innenfor den type sosialt arbeid som foregår på husene, og de fleste av disse er menn. I tillegg har husene flere «ekstravakter,» ansatte som kan ringes ved behov for ekstra hjelp ved sykdom, i ferier og lignende. Dette er i følge Johansen og Myhre ofte studenter med ulik bakgrunn, både sykepleie og sosialfag, men også med bakgrunn innen samfunnsfag og humaniora. Blant ekstravaktene er gjennomsnittsalderen noe lavere enn for de fagansatte og verneassistentene.

Med overdose menes overdose av opiater, i hovedsak heroin. Ved overdose har personen nedsatt respirasjon, bevissthetstap og små pupiller, dødsfall skjer fordi åndedrettssenteret i hjernen lammes. Det er ofte en blanding av ulike rusmidler når overdoser oppstår, men det er opiatene som påvirker respirasjonen (Fekjær 2009).

Richert og Svensson (2008) peker på at forskning på overdoser kan lide under mangel på klare definisjoner, at for noen er overdoser total respirasjonsstans, mens for andre er

overdoser bevissthetsnedsettelse, og denne spesifiseringen er ikke alltid klargjort like tydelig for infomantene. De bruker derfor Mc Gregor et als definisjon på symptomer ved overdose (Mc Gregor et al. 1998): *«Collapse; blue skin- colour; difficulty breathing; loss of consciousness; inability to be woken or roused.»*

I tillegg til lavterskel botiltak finnes også i mange byer lavterskel helsetiltak. Dette er tiltak som på samme måte som botiltakene tilbyr hjelp på brukerenes premisser, med høy grad av toleranse for rus, ingen timebestilling, gratis tilbud, og høy grad av tilgjengelighet. I Oslo er tilbudet utformet gjennom flere helsestasjoner plassert i sentrum, og /eller tilknyttet andre hjelpetiltak, som for eksempel botiltakene. SINTEF Helse evaluerte i 2008 lavterskel helsetiltak i fire store norske byer. Brukerne av lavterskeltiltakene ble karakterisert på følgende måte:

«Brukerne er (...) stort sett tungt rusmiddelavhengige som ruser seg hyppig, og har vært rusavhengig i mange år. Gjennomsnittsalderen er omtrent 39 år, men 10 prosent av brukerne er under 26 år. De vanligste rusmidlene er opioider, benzodiazepiner, amfetamin, cannabis. Det er mange kombinasjoner av ulike rusmidler, og mange brukere som benytter kombinasjoner med høy risiko. For eksempel benytter 95 av 400 brukere kombinasjon mellom heroin og rohypnol, og 80 bruker heroin i kombinasjon med alkohol. Alkohol oppgis som eneste rusmiddel for 13 brukere. Mange har store helseproblemer. Spesielt har mange alvorlige/veldig alvorlige problem knyttet til tannhelse. Det er også svært mange som har problemer med psykisk helse, boligsituasjon og kontakt med familie.» (Ådanes et al. 2008, s. 16).

Skadereduksjon er et sentralt begrep når man snakker om lavterskel hjelpetiltak. I følge forskningsinstitusjonen SINTEFs gjennomgang av lavterskel helsetilbud i Norge (Ådanes et al. 2008), er det skadereduksjon som er det sentrale prinsippet man jobber etter i lavterskel helsetiltakene. Riley et al. (1999) har definert skadereduksjon på følgende måte: *«Harm reduction is a term used to describe policies and programmes aimed at reducing the health- related, social and economic damage caused by drug use without insisting on total abstinence»*.

Skadereduksjonsprinsippet handler om å begrense skadene innenfor den virkeligheten den enkelte lever i. Samtidig kan det virke som det for mange kan være vanskelig å ikke hjelpe til «et annet liv.» På den ene siden arbeider de ansatte med å redusere skade, ha lav terskel, og jobbe på beboernes premisser, men det er samtidig sentralt å jobbe med motivasjon, ikke bare til økt egenomsorg, men også til «et annet liv.» Det legges i lavterskeltiltakene stor vekt på å lære sosiale ferdigheter som rom- orden, mestring av matsituasjoner, adferd og lignende. Dette tilsier at ansatte nok ofte ser på beboerne som hjelpe- og omsorgstrengende, selv om beboeren selv ikke nødvendigvis ser det slik (Johansen & Myhre 2004). Veiledning i forhold til endret rusatferd der de ansatte ser denne som farlig for beboeren stiller imidlertid i en noe annen kategori enn andre hjelpebehov, da overdose er en akutt og livstruende situasjon for beboeren.

Pasient/ brukergruppen vil i denne oppgaven bli omtalt som rusmiddelavhengige. Med rusmiddelavhengig menes her en person med opiatdominert misbruk og som dermed lever i fare for overdosering. Den rusmiddelavhengige vil også være uten fast bolig (UFB), og av den grunn beboer på et av lavterskel botiltakene hvor jeg har foretatt mine intervjuer. Disse personene har ofte, som beskrevet, komplekse, sammensatte problemer av fysisk, psykisk og sosial karakter.

Beboerne på tiltakene jeg har gjort intervjuer er kvinner. Kvinner og menn i rusmiljøene bærer på ulike utfordringer, for kvinner er disse utfordringene ofte knyttet til morsrolle, prostitusjon og overgrep. Kvinnene vil gjennom oppgaven bli kalt beboere.

Om overdoser

Kunnskapen om overdoser er stadig økende, og det har de siste årene, spesielt siden 1990- tallet, blitt gjort mye forskning på forhold knyttet til overdoser sett fra ulike ståsted. I følge Richert og Svensson er imidlertid mye av denne forskningen basert på kvantitative data om enkeltstående risikofaktorer, som blandingsmisbruk, overdoser etter lengre tids opphold fra rusmiddelmisbruk, variasjoner i stoffets renhet med mer (Richert & Svensson 2008). Kvalitative studier av forhold knyttet til overdoser er i økning. Richert og Svensson (2008) oppsummerer at disse peker på følgende blant flere forhold rundt rusmiddelmisbrukere som forsterker faren for overdoser; relasjoner, nettverk, dødsfall i nære relasjoner, kontekst ved injisering, stress i injeksjonssituasjonen med mer. I sin studie søker Richert og Svensson å belyse de følelser, situasjoner, motiver og handlinger som er knyttet til overdosefenomenet, gjennom å intervju rusmiddelavhengige i Malmö.

På sprøyterommet i Oslo ser de tydelig når det er ulikt stoff på gaten, i perioder er det svært rent stoff som selges, og dette blir tydelig gjennom økt antall overdoser på sprøyterommet. I slike tilfeller informeres andre brukere om at stoffet er sterkere enn vanlig, og veiledes til å sette mindre enn de normalt ville gjort (Nøstdahl 2009).

Antall misbruksår er en indikator for forhøyet overdoserisiko, selv om tallene også her er noe usikre (Ødegård, Amundsen & Kielland 2007). Rossow og Lauritsen (1999) peker imidlertid på at det kan være en nær sammenheng mellom overdose og et ønske om å avslutte livet. I tillegg finnes en rekke andre faktorer som kan settes i sammenheng med overdoser. Jo tidligere i misbrukskarrieren man har sin første overdose, jo større er sannsynligheten for senere overdoser (Powis et al. 1999). Hjemløshet, å ha få eller ingen venner, spesielt utenfor rusmiljøet, alvorlig rusmisbruk, daglig rusbruk og bruk av flere ulike stoffer er også faktorer som øker risikoen for overdoser (Rossow & Lauritsen 1999). Når det gjelder kjønnsfordeling er menn som tidligere nevnt overrepresentert ved

overdosedødsfall.

En svensk undersøkelse viser at jo flere overdoser, jo større sannsynlighet for selvmordsforsøk. Av 98 rusmiddelavhengige som hadde satt en overdose, hadde 51 minst ett selvmordsforsøk bak seg, men ikke ved bruk av heroin (Brådvik et al. 2007). I en australsk undersøkelse av overlevende etter overdoser, oppga kun 17 % av de spurte å noensinne ha satt en overdose med intensjon om å dø (Heale, Dietze & Fry 2003). Selvmordsadferd er kompleks, og det kan være at enkelte av de som oppgir at overdosen ikke var satt med vilje faktisk hadde selvmordstanker i forkant av overdosen. Tallene taler for at en relativt lav andel av overdosene settes med intensjon om dødelig utfall, men Biong, Karlsson og Svensson (2008) viser at ønsket om å komme seg ut av en presset og vanskelig livssituasjon allikevel kan gi seg uttrykk i suicidal adferd. I følge Lilleeng et al. (2007) var drøyt 450 av de dødsfall som var knyttet til akutt forgiftning i Norge i perioden 1999- 2004 klassifisert som selvmord.

I Norge har overdoseproblematikken etterhvert fått stort fokus. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIRUS) har igangsatt et prosjekt som gjennom fire ulike delprosjekter skal se på risiko for overdose og undersøke faktorer som påvirker denne risikoen. I tillegg har Oslo kommune igangsatt en gjennomgang av alle overdosedødsfall fra 2006 til 2008, som gjennom omfattende kvalitative og kvantitative undersøkelser skal kartlegge omstendighetene rundt overdosedødsfall i Oslo i denne perioden. Rapporten er bestilt av byrådet, og skal være ferdig 31.12.2010.

De foreløpige resultatene fra SIRUS' prosjekt er utgitt i to artikler. Disse omhandler risiko for overdosedødsfall knyttet til avslutning av fengselsopphold og avslutning av behandling. Når det gjelder risiko for overdose ved løslatelse fra fengsel, konkluderer forfatterne med at risikoen er opptil ti ganger så høy de første to ukene etter løslatelse (Ødegård et al. 2010). Artikkelen som tar for seg overdoserisiko knyttet til avslutning av behandling, har fulgt en gruppe over åtte år, og konkluderer med at risikoen er opptil 16 ganger høyere de første fire ukene etter avslutning enn i de påfølgende åtte år. De av studieobjektene som tok overdose i de første fire ukene etter avsluttet behandling, avsluttet behandlingen før tiden (Ravndal & Amundsen 2009).

Overdosesituasjonen i Norden

I alt 275 personer døde av narkotikarelaterte årsaker (drug-related deaths) i Norge i 2007. I Danmark var det liknende tall, med 211 dødsfall. Finland, som har tilsvarende befolkningstall som Danmark, rapporterte i følge European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) 143 narkotikarelaterte dødsfall samme år, og Sverige rapporterer 232 dødsfall (EMCDDA 2009). Islandske dødsårsaksregister oppgir at fem personer døde av «poisoning of and exposure to narcotics and hallucination substances,

not otherwise categorized, intension undecided» i 2008 (Islands helsedirektorat 2010). I disse landene var de fleste omkomne menn. Dette peker på at det er kjønnsforskjeller når det gjelder narkotikarelaterte dødsfall, og at mye av den forskning som er gjort på overdoser generelt nødvendigvis vil være basert på data om menn.

Tallene viser at narkotikarelaterte dødsfall er et omfattende problem. En ren sammenlikning av narkotikarelaterte dødsfall mellom de nordiske land er imidlertid vanskelig (Clausen, Havnes & Waal 2009). Narkotikarelaterte dødsfall blir hvert år rapportert inn til EMCDDA. I Norge er disse utbeidet av Kriminalpolitisen (KRIPOS) basert på opplysninger innsendt fra politidistriktene. Et problem er at det både innad i Norge, men også i Norden generelt, er varierende i hvilken grad den avdøde blir rettsmedisinsk undersøkt, samt at forgiftningsdødsfall med bruk av legale stoffer også inngår i oversikten fra enkelte av politidistriktene. I enkelte land vil også kun dødsfall som vekker spesiell oppmerksomhet som f.eks. at den avdøde blir funnet i det offentlige rom, bli registrert som overdosedødsfall. Kvaliteten på tallene kan derfor være usikker (Clausen, Havnes & Waal 2009).

En annen utfordring når det gjelder sammenlikning av antall overdosedødsfall i Norden, er at rusmønsteret er noe varierende. Mens man i Norge har et opiat- og injeksjonsdominert rusmiljø, er rusmiljøet i Finland og Sverige i større grad dominert av sentralstimulerende midler, som i liten grad gir overdoser. Man bør derfor ta høyde for disse ulikhetene ved sammenlikning av tall på tvers av landegrensene (Clausen, Havnes & Waal 2009).

I følge Richert og Svensson (2008) vurderes ofte belønningen ved å ta heroin som svært høy av den rusmiddelavhengige. I tillegg er alternativet, nemlig å ikke ta heroin, et ikke-alternativ, da det medfører for mange plagsom abstinens og en opplevelse av å bli syk. Dette innebærer at viljen til å ta risiko ofte er høy. Samtidig anses risikoen for faktisk å ta overdose som svært liten, det er et fåtall av antall injiserte heroindoser som fører til overdoser, selv om det kan se ut som at det er en mindre gruppe som står for mesteparten av overdosene (Richert & Svensson 2008). Dette er det derfor vesentlig at de ansatte i lavterskeltiltakene er bevisst på, og egen erfaring fra arbeid i lavterskelinstitusjoner tilsier at dette er kjent. Det medfører ofte frustrasjon blant ansatte nettopp at rusmidlene har så høy prioritet foran det de ansatte selv anser for å være viktig, selv om toleransen for rusmidler på institusjonene er høy, og de ansatte har et avslappet forhold til å omgås mennesker i såpass ekstreme livssituasjoner. Det kan være komplisert å forholde seg til å skulle hjelpe på beboernes premisser når deres ønsker står langt unna det som er de vanlige forventningene om et godt liv (Johansen & Myhre 2004). Det er derfor viktig at kunnskap om de nevrologiske prosesser som oppstår og skaper tvangsmessighet som følge av avhengighet er kjent hos de ansatte, slik kan denne typen «uønsket» adferd forstås bedre og tas hensyn til i arbeidet med beboerne.

Richert og Svensson (2008) peker også på at de fleste rusmiddelavhengige lever svært

marginaliserte og risikofylte liv på mange områder. Mange rusmiddelavhengige ser denne atferden derfor som en normaladferd innenfor den kulturelle konteksten de lever i, risikoadferd er en naturlig del av hverdagen i ruslivet, en «occupational hazard.» Dette kan således forklare en del av den uforsiktighet som leder til overdoser (Richert & Svensson 2008), og som ansatte i lavterskeltiltakene bør være klar over.

Mål

Tema for denne oppgaven er ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser hos beboere. Overdoser er ikke bare et problem i seg selv, men min antagelse er at en overdose reflekterer flere forhold rundt den enkelte rusmiddelavhengiges helse og livssituasjon.

Målet med studien er å undersøke og beskrive ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser hos beboere. Gjennom å belyse den ofte tause kunnskapen de ansatte i lavterskeltiltak har om hva som karakteriserer en overdosesituasjon, er studiens hensikt å systematisere og presentere denne erfaringskunnskapen, og gjennom det kunne bidra til en kvalitetsforbedring av den tjenesten som ytes til beboerne.

Problemstilling

Ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser er lite eller ikke beskrevet. Denne mangelen gjør at man mangler språk i forhold til å beskrive hvordan den rusmiddelavhengige opplever i tiden før en overdose, og at man i mangelen på beskrivelser av slike situasjoner kan overse viktige tegn på at en beboer er i faresonen.

Jeg er ikke kjent med at det har blitt gjort liknende undersøkelser på ansattes erfaringer med overdoser tidligere. Jeg har vært i kontakt med Jørgen Bramness som er leder for Senter for rus og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (SERAF), som bekrefter dette.

Forskningsspørsmål

Hvordan beskriver ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser hos beboere?

METODE

Valg av metode

Jeg har benyttet meg av deskriptiv fenomenologisk metode. Fenomenologien tar utgangspunkt i menneskets opplevde verden, og objektiv strukturering av disse opplevelsene. Husserl regnes som fenomenologiens grunnlegger, og søker å beskrive vår bevissthet om fenomener rundt oss, ikke fenomenene i seg selv (Magee 1999).

Gjennom å bruke fenomenologisk metode kan man belyse fenomenenes innerste vesen ved å beskrive dem slik de opptrer i den enkeltes bevissthet. Grunnleggende i fenomenologien er menneskets livsverden, intensjonalitet, reduksjon og essens (Hedelin 2000). Med livsverden menes vår daglige virkelighet, den vi forstår fenomenene på grunnlag av. Med intensjonalitet menes den målrettede bevisstheten, at alt erfares som noe og har betydning/mening for den som erfarer det. Intensjonaliteten består av en vekselvirkning mellom erfaringen (noesis) og objektet som erfares (noema) (Strandmark & Hedelin 2002). Med reduksjon mener Husserl at forskeren skal sette sine egne erfaringer og kunnskaper til side. I følge Merleau- Ponty er dette ikke mulig, for så lenge vi er i verden vil våre refleksjoner stadig endres i vårt forsøk på å forstå (Hedelin 2000).

Essensen er ingen fasit. Essensen fremtrer gjennom de beskrivelsene som er gitt, og kan således endres gjennom andre beskrivelser. Den er derfor ikke det endelige svaret på hva fenomenet er, men bidrar til en dypere forståelse av fenomenet slik det erfares (Hedelin 2000). Med å ha en fenomenologisk bakgrunn for denne oppgaven, innebærer det å se på fenomenet overdoser i lys av den ansattes bevissthet rundt dette emnet, og søke å skape strukturert kunnskap om denne bevisstheten. Gjennom dette kan man induktivt generere ny kunnskap om fenomenet ut i fra de ansattes beskrivelser av sine erfaringer. Det er de ansatte som er mine informanter. Dette innebærer at kunnskapen som kommer frem er beskrivelse av informantens opplevelser og inntrykk, men også min gjengivelse av informantens beskrivelser. Resultatene vil derfor ikke ha direkte overføringsverdi, men vil kunne gi andre i liknende situasjoner beskrivelser som de kan vurdere om er overførbare til egen praksis.

Som tidligere nevnt peker Richert og Svensson (2008) på at manglende definisjon på hva som menes med overdose er en svakhet når det gjelder forskning på overdoser. Begrepet ble ikke definert for mine informanter, men den tette tilknytningen mellom høyt rusnivå og overdoser som de stadig refererte til mener jeg er et signal på at vi hadde en felles forståelse for innholdet i overdosebegrepet, og at dette ligger tett opp til overdoser slik det er definert tidligere i denne oppgaven.

Refleksjoner rundt metode

Jeg kontaktet tre ulike lavterskel botiltak, hvor ett hadde lite erfaringer med overdoser, og ett hadde for få ansatte til at man fikk laget en fokusgruppe med tilstrekkelig antall. Dette gjorde at jeg tilslutt henvendte meg til egen arbeidsgiver, og fikk tillatelse til å intervju hos egen arbeidsgiver, men utenfor den avdelingen jeg er ansatt i. Etter nøye refleksjon kom jeg frem til at dette ikke ville komme i konflikt med eget arbeid, da ingen av fokusgruppedeltagerne kjente meg fra før. Det at jeg også er kjent med miljøet og tildels omgivelsene fokusgruppedeltagerne arbeider i så jeg etterhvert mer som et fortrinn, da det gjør at man kan komme raskere til kjernen av problemstillingen, uten å måtte bruke for mye tid på å forklare hvordan dette miljøet fungerer og hvordan rusadferd utarter seg på lavterskelnivå. Jeg valgte derfor i forkant av begge intervjuene å informere deltagerne om hvor jeg jobbet, og hvilken erfaring jeg har fra arbeid i dette miljøet gjennom mer eller mindre ti år.

Underveis i transkriberingen ble det tydelig at enkelte av gruppedeltagerne var forholdsvis dominerende i forhold til de andre når det kom til taletid. Innspillene som kom var imidlertid svært nyttig både fordi det bidro til mange refleksjoner rundt emnet, men også fordi de mest aktive stilte oppfølgingsspørsmål til de andre underveis. Kitzinger peker på denne utfordringen (Kitzinger 1995). Hun skriver at enkelte kan føle seg overkjørt av andre gruppemedlemmer, og således ikke få sine synspunkter frem på samme måte som i et individuelt intervju, men gruppedynamikken kan også virke slik at de mer usjenerte gruppemedlemmene «baner vei» for de som vanligvis er mer tilbakeholdne.

Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen til informantene, dette for at omgivelsene skulle være trygge og kjente for de som ble intervjuet, og i en setting hvor de var vant til å omgås hverandre og å forholde seg til tematikken. Ansattegruppen ved denne type tiltak er tidligere beskrevet. Innledningsvis ba jeg deltagerne presentere seg med navn, bakgrunn og hvor lenge de hadde jobbet ved institusjonene/i rusfeltet, noe som ga meg et inntrykk av at gruppene var representative for ansattegruppe ved denne typen botiltak slik de er beskrevet hos Johansen og Myhre (2004). De ansattes oppgaver på husene er i stor grad overlappende. Det er grunn til å anta at sammensetning og organisering av de ansatte er tilnærmet lik på tilsvarende botiltak, og dermed overførbart til de institusjonene jeg har gjort mine intervjuer.

Institusjonene som har bidratt med deltagere til fokusgruppene er små, og det viste seg å være en utfordring å få samlet nok deltagere. Dette er også ansatte som jobber ulike turnuser, og på steder hvor det krever at noen til enhver tid er “på vakt,” slik at det ble en utfordring å finne nok og representative deltagere. Som tidligere nevnt ønsket jeg i utgangspunktet to grupper med fire-åtte deltagere i hver, både for at deltagerne kunne spille på hverandre i refleksjonen, men også med tanke på antall informanter jeg ønsket.

Det var ikke mulig å få tak i noen som hadde opplevd overdoser de siste seks måneder, opplevelser og erfaringer fra tidligere overdoser viste seg allikevel å ikke være vanskelig å tenke tilbake på for deltagerne. Jeg vurderte underveis om jeg måtte ha flere enn to fokusgrupper, da de to tilsammen hadde ti informanter, og deltagelsen fra de forskjellige fokusgruppedeltagerne var ujevn. I løpet av intervju nummer to opplevde jeg imidlertid å både ha fått utfyllende informasjon om mitt forskningsspørsmål, men også at det etterhvert var mye av den samme informasjonen som gjentok seg.

De to intervjuene fikk en noe ulik struktur. Mens jeg i det første intervjuet bestrebet meg på å ikke komme med innspill underveis, ble det underveis i det andre intervjuet naturlig å ta opp både noen av trådene fra det informantene snakket om, men også forsøke å få noen innspill relatert til det som hadde blitt sagt i den første gruppen. Min rolle i intervju nummer to var derfor noe mer aktiv enn i det første. I det andre intervjuet var også fokusgruppen mindre, og deltagerne hadde dermed færre å spille på og få innspill fra. Jeg opplevde det som svært nyttig å være mer aktiv i dette intervjuet.

Validitet og reliabilitet

Spørsmålet om validitet kan deles i to: intern og ekstern validitet (Malterud 2003). Intern validitet er knyttet opp mot relevans, og handler om hva det vi skriver er troverdig *om*. Har fokusgruppedeltagerne svart på det jeg ønsker å vite noe om? Dette omhandler hvorvidt metoden som benyttes er hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålet, og hvorvidt man får ønskede data ut av materialet ved bruk av den valgte metoden. I følge Kitzinger (Kitzinger 1995) er fokusgrupper velegnet når man ønsker å studere holdninger og erfaringer. Hun skriver at metoden er god for å ikke bare finne ut hva deltagerne tenker, men også hvordan de tenker og hvorfor de tenker det. Vurderinger om forskningens validitet skal foregå på alle ledd i prosessen, fra planleggingsfasen til presentasjonen (Malterud 2003).

Det må tas høyde for at overdoser har ulik karakter og bakgrunn, og at denne oppgaven trolig ikke er troverdig for alle typer overdoser. Mine informanter ble bedt om å fortelle om sin erfaringer og opplevelser rundt beboere, og det er lite trolig at de ville referert til hendelsene som tilfeldige når de ble bedt om å reflektere over dette. Sett i forhold til personlig kunnskap om overdoser som ansatt i rusfeltet gjennom flere år, kan det se ut til at det er ulike typer overdoser, de som skjer tilfeldig, og de som skjer som følge av vanskelige livsvilkår, som omtalt i denne oppgaven.

Erfaringsmessig vet jeg at de fleste (ikke dødelige) overdoser på lavterskeltiltakene blir oppdaget fordi injeksjonene sjeldent blir satt alene, men sammen med medbeboere som

kan varsle personalet. Hvorvidt disse overdosene oppstår som følge av tilfeldigheter eller som følge av vanskelige livsvilkår kan jeg ikke si noe om, men det at den enkelte velger å ha noen hos seg når man skal injisere tyder på en ikke- destruktiv adferd, og en oppfatning av at eget liv er verdt å ta vare på. Således kan man anta at slike mer «tilfeldige» overdoser kan gi andre beskrivelser enn de som er gitt i denne oppgaven.

Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene er overførbare. I hvilke andre sammenhenger er disse resultatene gyldige? Målet er å gjengi beskrivelsene de ansatte i lavterskel botiltak har gitt, sette disse inn i en naturalistisk og analytisk- teoretisk sammenheng. Slik kan beskrivelsene være gjenkjennbare for andre ansatte i lavterskel botiltak, og at dette kan bidra til økt refleksjon og oppmerksomhet rundt overdoseproblematikken. Ved bruk av deskriptiv fenomenologi finner man ikke det endelige svaret på hva fenomenet er, men bidrar til en dypere forståelse av fenomenet slik det erfares (Hedelin 2000). At denne oppgaven har en fenomenologisk bakgrunn, innebærer at man ser fenomenet overdoser i lys av den ansattes bevissthet rundt dette emnet, og søke å skape strukturert kunnskap om denne bevisstheten.

Reliabilitet handler om hvorvidt resultatet er pålitelig, om man kan stole på at de resultatene man har kommet frem til er til å stole på. Fokusgruppene var ulikt sammensatt, men representative for de ansatte ved de institusjonene jeg intervjuet. Både ulike yrkesgrupper og erfaring var representert, og jeg opplevde at fokusgruppedeltagerne spilte mye på hverandres erfaringer underveis i intervjuene. Slik sett mener jeg at reliabilitetskravet ble oppfylt, og at informasjonen som kom frem kan være gjenkjennelig for andre ansatte i lavterskeltiltak generelt, og også for mange ulike yrkesgrupper og ansatte med ulik erfaring. Reliabiliteten har også blitt sikret gjennom bruk av lydbåndopptak. Begge intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert ord for ord. Også pauser og fyllord ble skrevet ned for å sikre at betydningen også ble gjenspeilet i teksten. Funnene har gjennom hele prosessen blitt diskutert med veileder, kollegaer og medstudenter.

Det at jeg selv har jobbet innenfor lavterskelinstitusjoner opplevde jeg som en styrke, da det gjorde det mulig å se nyansene tidligere uten å måtte gå veien om å forstå hvordan dette miljøet fungerer og hvordan dagliglivet ser ut for en rusmiddelavhengig. Dette er for mange en fremmed verden, og min kjennskap til den gjorde det lettere for informantene å komme raskere til kjernen av problemstillingen. Det var således heller ikke nødvendig å bruke av intervjutiden til å forklare mekanismene i miljøet som skaper mye av det handlingsmønsteret mange rusmiddelavhengige på dette nivået har.

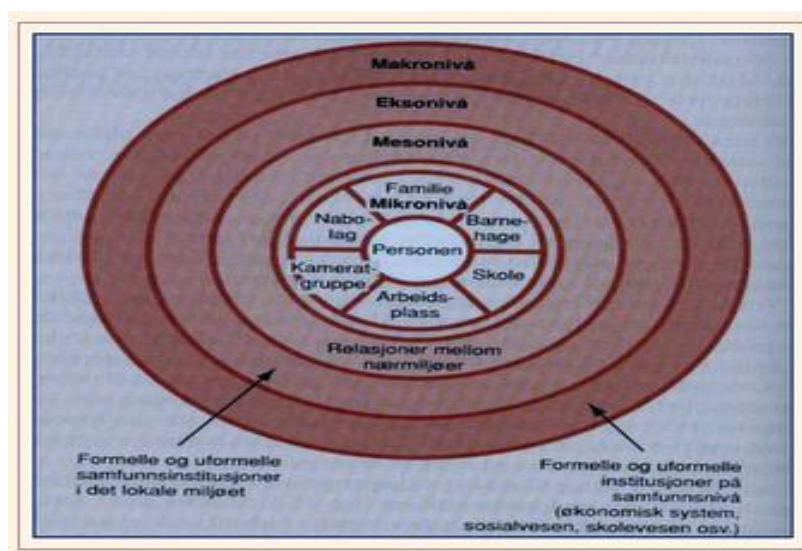
Min erfaring kan imidlertid by på metodiske problemer i forhold til Husserls intensjonalitet. Denne er som tidligere beskrevet, en vekselvirkning mellom erfaringen og det som erfares. Han mener man skal legge sine egne erfaringer til side. Dette er naturligvis mer krevende dersom man har mye kunnskap om et fagområde, og er forutinntatt i forhold til hvilke mekanismer som preger miljøet. Dette var det underveis

vesentlig å være bevisst på slik at min erfaring kunne komme til nytte, og forsøke å ikke påvirke informasjonen med egne oppfatninger om temaet. Slike vurderinger har vært vesentlige gjennom hele prosessen med oppgaven, som Malterud skriver: «forskeren må i prosess og produkt vise vilje og evne til å sette spørsmålstegn ved fremgangsmåte og konklusjoner i eget prosjekt i form av tvil og ettertanke.» (Malterud 2003, s. 26).

Teoretisk referanseramme

Folkehelsevitenskapen er et mangevitenskapelig område. Den studerer også samfunnsstrukturens, arbeidslivets, miljøets og helsesystemets betydning for befolkningens helse (Köhler 2006). Dette taler for at et folkehelseproblem bør vurderes ut i fra flere nivåer. Gjennom bruk av Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell søker denne oppgaven å beskrive et folkehelseproblem både på individ, gruppe og samfunnsnivå. Hans modell illustrerer hvordan determinanter som av de ansatte oppfattes som risikofaktorer i forhold til overdoser opptrer, oppstår og påvirkes på flere nivåer i beboernes liv. De påvirkes også fra flere nivåer, blant annet faktorer i individet, politiske forhold, samfunnets holdninger og kunnskap.

Mange modeller kan være nyttige for å beskrive den sammenhengen overdoser opptrer i, og man kan benytte teorier fra flere fagfelt. Jeg har valgt å bruke Bronfenbrenners bioøkologiske teori. Urie Bronfenbrenner kategoriserte de ulike nivåene i sin økologiske miljømodell som mikro (familie, nære relasjoner), meso (gruppe, nærmiljø), ekso (samfunn) og makro (globalt) (figur 1).



Figur 1: Bronfenbrenners økologiske modell

Det fremstår som hensiktsmessig å inndelegge de ulike risikosituasjonene i ulike nivåer, for å bedre forstå hvordan faktorene informantene omtalte som risikosituasjoner påvirker på mange nivåer.

Bronfenbrenner tilhører i utgangspunktet utviklingspsykologien, men denne teorien har også sentrale sosiologiske elementer i seg (Kvelling 2008). Han er opptatt av tverrfaglig tilnærming, og at menneskets utvikling må ses i lys av både biologiske, psykologiske og sosiale vitenskapsdisipliner. Han er i tillegg opptatt av at også voksne og eldre utvikler seg, og bruker derfor begreper som «the developing person» (Bronfenbrenner 1979).

Skadereduksjonstankegangen innebærer en fokusendring fra rusfrihet til helse, og et fokus på ressurser og styrking av muligheter til egenmestring, fremfor å ha fokus på hjelpebehov og overtagelse av den enkeltes omsorg for seg selv. Det innebærer også å se på den rusmiddelavhengige selv som den sentrale aktøren i eget liv, som vil ta hensiktsmessige valg for egen helse dersom det tilrettelegges for det (Johansen & Myhre 2004). Selv om enkelte mener at det å tilby lavterskeltjenester er å tilrettelegge for videre rusmisbruk, innebærer skadereduksjonstankegangen ingen konflikt med målet med health promotion, eller helsefremmende arbeid: Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health (WHO 2010).

Forfatterens forforståelse

Jeg er utdannet sykepleier, og har fra studietiden og som sykepleier på slutten av 90-tallet frem til 2005, og igjen fra januar 2009, vært ansatt innenfor ulike skadereduserende tiltak i Oslo kommune. Skadereduksjonstankegangen preger derfor mitt syn og min forforståelse. Jeg har gjennom dette arbeidet god kjennskap til miljøet og forutsetningene de overdoseutsatte lever under, og arbeidshverdagen til de ansatte i lavterskeltiltak. I begynnelsen av begge intervjuer og i informasjonsskrivet presenterte jeg meg og min bakgrunn, slik at fokusgruppedeltagerne kunne snakke mer om «kjernen», vel vitende om at jeg har kunnskap om miljøet de jobber i.

Utvalg

Jeg ønsket å velge ut lavterskel botiltak som ikke ligger under Rusmiddeletaten i Oslo kommune for å ikke komme i konflikt med eget arbeid. Dette viste seg imidlertid å være vanskelig å få gjennomført, dette vil bli diskutert i resultatdelen av oppgaven.

Jeg ønsket at gruppen skulle være sammensatt av ulike yrkesgrupper, kjønn og

arbeidserfaring, og at den skulle speile den personalsammensetningen som er i det daglige arbeidet i institusjonen. Det er ansatte ved lavterskel botiltak som er deltagere i fokusgruppene, jeg tok derfor kontakt med disse stedene og ba om å få intervju ansatte om deres erfaringer med overdoser de siste seks måneder. Jeg utarbeidet et informasjonsskriv til deltagerne hvor jeg, i tillegg til generell informasjon om min bakgrunn og undersøkelsen, opplyste om at de til enhver tid kunne trekke seg, at informasjonen ville bli behandlet konfidensielt med mer (se vedlegg 1).

Etikk

De nasjonale forskningsetiske komiteer har laget retningslinjer for forskningsetikk. Denne oppgaven kompromitterer ingen av disse retningslinjene (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2009a). I dette ligger at: prosjektets mål og metode ikke bryter med allment aksepterte verdier, at prosjektet ikke involverer forsøkspersoner, at persondata er konfidensielle, og at prosjektet ikke vil medføre skade på mennesker, dyr eller natur.

Verdens legeforening har utarbeidet Helsinki- deklarasjonen, som sist ble revidert i 2008. Denne regulerer etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker. Ved gjennomgang av Helsinkideklarasjonens paragrafer kan jeg ikke se at denne oppgaven er i strid med deklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2009b).

Jeg tok kontakt med aktuelle institusjoner og ba om å få intervju ansatte om deres erfaringer med overdoser hos beboere de siste seks måneder. Der dette var interessant for institusjonen, kontaktet jeg institusjonens eiere og ba om tillatelse. Forespørselen ble godt mottatt hos begge eiere og begge institusjoner.

Deltagerne fikk på informasjonsskrivet mitt telefonnummer, slik at de kunne ringe etter intervjuet dersom de ønsket å snakke om noe i etterkant. I diskusjonen etter intervjuet sa flere av fokusgruppedeltagerne at det hadde vært nyttig å reflektere fritt rundt temaet, og at de var overrasket over at de selv hadde så mye kunnskap og refleksjoner rundt dette.

Gjennom informasjonsskrivet til deltagerne fikk alle informasjon om bakgrunn for undersøkelsen, presentasjon av meg som forsker og informasjon om at de til enhver tid kunne trekke seg. Persondata er anonymisert. «Anmälan om behandling av personuppgifter» ble sendt Datainspektionen i Stockholm før arbeidet med oppgaven startet. Da eiere av institusjonene jeg intervjuet på ble forespurt, ble jeg bedt om å sende et eksemplar av den ferdige oppgaven til eierne når denne foreligger.

Masterstudiet er finansiert av meg, men jeg har i syv måneder hatt 20 % lønnet permisjon fra min arbeidsgiver Rusmiddeletaten for å skrive oppgaven. Jeg mener dette ikke har påvirket innholdet i oppgaven i noen uheldig retning.

Datainnsamlingen

Når det gjaldt datasamlingsmetode, valgte jeg å bruke fokusgrupper. Grunnen til dette er at fokusgrupper i følge Kitzinger (Kitzinger 1995) er velegnet når man ønsker å studere holdninger og erfaringer (attitudes and experiences). Hun skriver også at metoden er god for å ikke bare finne ut hva deltagerne tenker, men også hvordan de tenker og hvorfor de tenker det. Metoden passet således godt til mitt forskningsspørsmål. Ved å bruke individuelt, kvalitativt forskningsintervju ville jeg gått glipp av dette samspillet mellom deltagerne hvor de minner hverandre på episoder og situasjoner de har stått oppe i.

Gjennom fokusgrupper kan deltagerne spille på hverandres erfaringer. Interaksjonen mellom gruppedeltagerne brukes som del av metoden, og man kan gjennom det generere mye informasjon på relativt kort tid. Faren med en slik organisering er at enkelte kan føle seg overkjørt av andre gruppemedlemmer, og således ikke få sine synspunkter frem på samme måte som i et individuelt intervju, men gruppedynamikken kan også virke slik at de mer usjenerte gruppemedlemmene «baner vei» for de som vanligvis er mer tilbakeholdne (Kitzinger 1995).

Størrelsen på fokusgrupper er anbefalt å være mellom fire og åtte medlemmer (Kitzinger 1995). Jeg ønsket å legge meg mellom disse to for å sikre at det ble rom for at alle skulle komme til orde med sine refleksjoner (temaet krever refleksjon, ikke «kjappe» svar). Den første fokusgruppen hadde syv gruppemedlemmer hvorav seks med overdoseerfaring, i det andre intervjuet var det tre deltagere.

Analyseprosessen

I analysearbeidet har jeg benyttet meg av systematisk tekstkondensering, inspirert av Kirsti Malteruds beskrivelse av denne analysemetoden. I boka «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» skriver hun: “Analysemetoden systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgi...og er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper” (Malterud 2003). Metoden er ikke fulgt slavisk, men er brukt som støtte gjennom hele analysen og strukturering av denne. I følge Malterud må man ikke nødvendigvis følge detaljerte prosedyrer i analysearbeidet, men det er viktig å vise

leseren hvordan man har gått frem. Hun anbefaler også at uerfarne forskere holder seg mer til en strengere prosedyre, da det er vanskeligere å holde riktig fokus i analyseprosessen dersom man ikke har erfaring med systematisk tekstkondensering (Malterud 2003).

I følge Malterud anbefaler Giorgi at den fenomenologiske analyseprosessen går i fire ledd (Giorgi red. 1985 se Malterud 2003, s. 100); «(1) å få et helhetsinntrykk, (2) å identifisere meningsbærende enheter, (3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og (4) å sammenfatte betydningen av dette.»

I arbeidets første fase skal man lese gjennom materialet og forsøke å få et helhetsinntrykk. Her skal man bruke fugleperspektivet, og aktivt legge sin forforståelse til side for å skape et inntrykk uten å drive systematisk refleksjon. Man skal heller på en intuitiv måte organisere materialet på bakgrunn av inntrykket man har fått. Neste trinn, trinn to, er å identifisere meningsbærende enheter. Teksten skal da gjennomgås linje for linje for å identifisere tekst som inneholder kunnskap om temaene fra trinn en. Utifra dette konstrueres koder som de ulike tekstbitene kan settes sammen i, tekstbiter som uttrykker det samme innholdet eller har noe til felles. I trinn tre skal man gjennomgå hver enkelt av kodegruppene, sortere dem, og omskrive innholdet til abstrakt mening. Til sist, i fjerde trinn, skal man gjenfortelle det man har funnet, og slik skape nye beskrivelser. Innholdet bør her kontrolleres mot den opprinnelige teksten for å se at resultatene samsvarer med denne.

Analyseprosessen opplevdes som en bølgende prosess, på den måten at jeg hele tiden måtte gå frem og tilbake mellom de ulike trinnene for å kontrollere kondensering og abstraksjon opp mot forrige trinn i prosessen. Bare slik kunne jeg sikre at neste trinn var lojalt mot det forrige, og at mine gjenfortellinger ble riktige. Tilslutt ble temaene satt opp mot den opprinnelige teksten for å sikre at de temaene jeg hadde valgt var i samsvar med det deltagerne hadde sagt. Ved flere anledninger kunne kodene passe inn under flere av kodegruppene. Det var da nødvendig å gå tilbake i teksten og se hvilken sammenheng koden sto i /stammet fra, slik at den kunne plasseres innenfor riktig kodegruppe.

RESULTAT

Innledningsvis i begge intervjuene sa flere av deltagerne at det var vanskelig å tenke på en konkret overdose, og vanskelig å vite om det var noe spesielt som hadde skjedd eller lå i forkant av en konkret overdose. Etterhvert som de begynte å snakke kom det allikevel frem mange tanker rundt de erfaringene de hadde med overdoser hos beboere, og felles for begge gruppene var at flere av deltagerne uttrykte overraskelse over at de

hadde hatt så mye å bidra med. Begge gruppene ga også uttrykk for at det hadde vært nyttig å reflektere fritt rundt dette temaet, og at de hadde hatt stor glede av å delta.

Analyseprosessen

Gjennom transkribering av lydopptak dannet jeg meg et første inntrykk av innholdet. Teksten ble så gjennomlest for å få et helhetlig inntrykk. I denne prosessen utmerket to hovedtemaer seg: ustabil tilgang til rus, og forholdet til omgivelsene og andre. I neste analysetrinn brukte jeg derfor disse hovedområdene som overskrift. Teksten ble så grundig gjennomlest, og jeg markerte 33 koder, setninger eller uttrykk som inneholdt mening. Disse ble igjen kondensert til fem kodegrupper, som tilslutt ble abstrahert til to temaer (tabell 1).

<u>Trinn 1</u> Helhetsinntrykk	<u>Trinn 2</u> Koder	<u>Trinn 3</u> Kodegruppe	<u>Trinn 4</u> Rekontekstualisering -helhetlig beskrivelse
Ustabil tilgang til rus	-Dårlig fysisk helse -Mangel på stoff -Pengeutbetaling	Tilgang	Den rusfrie virkelighet -når virkeligheten strammer grepet

Tabell 1: Fremstilling av analyseprosessen, eksempel med utvalgte koder og kodegrupper.

Trinn en: Helhetsinntrykk

I den naive gjennomlesningen skal for forståelsen legges til side, og man skal søke å få et helhetlig inntrykk av hvilke temaer som utkrystalliserer seg. Jeg har forsøkt å være helt åpen i forhold til materialet.

Den første naive lesingen foregikk parallelt med transkriberingen av intervjuene. Gjennom å jobbe så tett med detaljene i materialet ble det klart i etterkant at jeg hadde dannet meg et helhetsinntrykk. Dette inntrykket var også basert på det inntrykket jeg fikk underveis i intervjusituasjonen, ikke minst etter det andre intervjuet, hvor jeg allerede hadde noe forhåndskunnskap basert på det første intervjuet. Det ble derfor også vesentlig å ikke la den informasjonen jeg hadde fått fra det første intervjuet farge retningen på det andre, i den grad det var mulig. Jeg benyttet meg imidlertid av noen av

informasjonen fra det første intervjuet i spørsmålene som ble stilt underveis i det andre, men dette opplevde jeg om fruktbart og en mulighet for å komme nærmere nyansene i problemstillingen.

Felles for flere av gruppedeltagerne var at de innledningsvis syntes det var vanskelig å snakke om dette temaet, på den måten at de opplevde det som vanskelig å gjenkalle omstendighetene rundt overdosesituasjoner de hadde vært med på. De første temaene de berørte var også konkrete gjengivelser av akkurat hva som skjedde i situasjonen. «*Hun kom fra [en annen by], ...det var dårlig med dop der...også har hun bare satt seg litt mye, da jeg kom opp var det ei som blåste...men hun kvikna fort til, måtte bare ta noen smertepåvirkninger og sånn.*»

«*Det var en overlappsituasjon hvor noen roper: det er overdose! Da løper man til og utfører førstehjelp og ringer ambulanse og alt det der.*»

«*Jeg husker det var en litt sånn ullen overdose, hvor det var en som bare lå på sofaen på stua, og begynte å bli blå på leppene. Altså, lå og sov, halvsov, så på tv, så var det noen som liksom...hun er blå på leppene, og da kom vi til. Forløpet til det var vel at hun hadde hatt et relativt høyt rusnivå over en periode...kan ha vart en god stund.*»

Det ble tidlig i intervjuene klart at fokusgruppedeltagerne beskrev overdosesituasjoner knyttet til perioder med et høyt rusnivå. Samtalene i begge fokusgruppeintervjuene vekslet hele tiden mellom å snakke om tungt rusnivå og overdoser, og beskrivelser av at noen i perioder ruset seg svært tungt, og hele tiden lå på grensen til overdose.

Trinn to: Fra helhetsinntrykk til koder

I trinn to gjennomgikk jeg teksten igjen, og under de to hovedtemaene som dannet seg under første helhetlige gjennomlesning, «ustabil tilgang til rus» og «forholdet til omgivelsene og andre», plasserte jeg de meningsbærende enhetene som utkrystalliserte seg i teksten, setninger eller tekstbiter som bar med seg mening om temaet. Til sammen utgjorde dette 33 meningsbærende enheter eller koder. Noen av disse ble også repetert flere ganger og i begge intervjuer, som for eksempel «kommer fra behandling». Kodene ble så systematisert inn i kodegrupper.

Enkelte av kodene kunne også passe inn under flere kodegrupper, det var da nødvendig å gå tilbake i teksten for å se hvilken sammenheng de opptrådte i.

Trinn tre: Fra koder til kodegrupper- abstraksjon av kodegruppens innhold

Ut i fra de 33 kodene dannet jeg fem kodegrupper, hvor kodene fra trinn to kunne samles under hver sin «merkelapp»:

Overganger, tilgang, å legge lokk på det vanskelige, å dempe kriser, relasjonen til andre.

På dette trinn i prosessen ble alle kodene skrevet ned og gjennomlest, fellestrekk ved kodene ble skrevet ned og kodene forsøksvis nedskrevet under hver kodegruppens merkelapp. Som tidligere nevnt kunne enkelte av kodene passe inn under flere av kodegruppene, jeg måtte da gå tilbake i teksten og se hvilken sammenheng koden sto i /stammet fra, slik at den kunne plasseres innenfor riktig kodegruppe. Jeg måtte også underveis endre kodegruppens navn eller lage en ny kodegruppe, helt til jeg satt med fem kodegruppenavn som fanget innholdet i kodene jeg hadde valgt ut fra teksten.

Overganger

Med overganger menes endringer fra det daglige livet. En slik endring kunne finne sted under mange omstendigheter, men her ble det spesielt knyttet til konkrete endringer, overganger fra en situasjon til en annen.

Et eksempel på overgang ble omtalt i forbindelse med tilflytting til byen. En overdosesituasjon som ble beskrevet omhandlet to kvinner som kom fra en by med lite heroin, og som satte overdose ganske raskt etter ankomst til Oslo. De var lite vant med heroin og hadde ikke nødvendig kompetanse til å regulere sitt inntak. *«Hun kommer fra et sted med lite heroin da, og jeg vet jo at i...bruker de mye Dolcontin, og det er lite heroin også i perioder, at det også på en måte...da har hun ikke klart å beregne...og ikke kjenne styrken på heroinen. Det er ganske lett at det skjer i en sånn situasjon.»*

Mine informanter beskrev nederlagsfølelsen de opplevde at mange hadde i forbindelse med avbrutt behandling, *«at de ikke fikk det til i den skitinstitusjonen.»*

Fokusgruppedeltagerne snakket også om overganger til behandling og fengsel: *«Jeg mener bestemt det er en overdosefare før man skal i fengsel på avrusning eller hva det er...siste smell på lenge. Det er jo også det at det er skummelt å skulle inn på en institusjon, jeg vil si det sånn, konkrete brudd i folks liv.»*

Her ble også overganger trukket inn på flere nivåer, informantene nevnte generelt brudd i folks liv, og at dette gjør dem spesielt sårbare for overdoser.

På et mer dagligdags plan beskrev informantene at det ved den ene institusjonen hadde

blitt merkbart mindre overdoser ved utflytting. Det var tidligere ikke lov å ruse seg inne på institusjonen, og det var da forholdsvis hyppige overdoser rundt institusjonen når beboerne var på vei derfra og ut i byen. *«Tidligere for eksempel, om morgenen, det var ingen vits i å ta noe med seg ut herfra, for det ble allikevel bare beslaglagt, så da skulle de bare trykke alt inn.»*

Slike overganger gjenspeiler en usikker og ustabil hverdag, hvor man aldri var sikker på når og hvor muligheten til å lindre abstinenser ville komme. Dermed kan det se ut til at en ønsket å sikre seg når muligheten er der. Når de visste at tilgangen på et gode i fremtiden ble, eller kunne bli, knapp, gjaldt det å sikre seg så lenge det er mulig. Her var det en glidende overgang til neste kode, nemlig tilgang. Det var her nødvendig å gå tilbake til den opprinnelige teksten for å se hvilken kontekst disse opplysningene ble fortalt i, slik at de ble plassert under riktig kode.

Tilgang

Med tilgang menes den tilgang den rusmiddelavhengige til enhver tid, og i varierende grad, har til rus.

Av de kodegruppene jeg valgte ble flest av de meningsbærende enhetene liggende under denne gruppen. Ulike former for tilgang/ikke- tilgang til rusmidler gikk igjen i flere av de overdosesituasjonene og fare for overdosesituasjonene som ble beskrevet.

Et av temaene som ble nevnt som regulerer tilgang er fysisk helse. En informant beskrev hvordan beboere med dårlig fysisk helse ble avhengig av andre for å hjelpe seg til å skaffe dop: *«Hvis de av en eller annen grunn er i en situasjon hvor de ikke kan skaffe penger selv, ikke kan skaffe seg selv stoff, at de er avhengige av andre, ofte hvis folk er veldig psykisk syke eller for den saks skyld at de går med krykker og ikke kan gå på strøket eller...av annen grunn har vanskelig for å skaffe seg stoff selv, og derfor er avhengig av å få noe av andre og bruke andres dotter [filter til å filtrere heroin] og få litt der og få litt der, den ustabile tilgangen er i høy grad også en fare.»*

Når beboerne ble avhengige av andre kunne de selv i liten grad påvirke når de fikk tak i stoff og ikke, og de samme mekanismene som under «overgang» trådte i kraft; å sette mens man har. Særlig for de som levde av prostitusjon ble inntekten forholdsvis stabil, selv om også dette markedet var variabelt, hadde de som regel en forholdsvis jevn tilgang på penger. Om man ble syk og ikke kunne jobbe, falt inntekten bort, og man ble avhengig av andres godvilje. Enkelte forsørget også partners rusmiddelavhengighet gjennom prostitusjon, og partner måtte da ty til andre, mer usikre inntektskilder.

Tilgang ble også beskrevet i forbindelse med situasjoner hvor det var «tørke,» altså lite stoff i omløp, og det «endelig» kom noe. *«Jeg tenker...i de perioder da vi vet det er*

mange piller i omløp, da er folk også mye mer sårbare, ikke sant. Altså om det kommer et lastebillass til Oslo, og alle er på et ekstremt pillekjør, altså en masse...da er det også noen man må blåse i en gang i mellom.»

Samme type tilgang ble også beskrevet rundt de som startet egen «business,» altså de som begynte å finansiere eget forbruk gjennom salg til andre. Gjennom å finansiere ved salg hadde man hele tiden god tilgang, dette kunne være en fare for de som hadde et stort rus- behov, eller som av andre årsaker ruset seg mye.

Tilgangen på heroin ble også beskrevet som ustabil i forbindelse med pengeutbetalinger. Som tidligere nevnt lever de fleste av beboerne på lavterskeltiltakene av sosial- eller trygdeytelser. Ved utbetaling er det for mange en fare ved å plutselig ha god tilgang, mens andre er flinkere til å regulere bruken til tross for ujevn tilgang.

Å legge lokk på det vanskelige

Med «å legge lokk på det vanskelige» menes den effekten rusen har med å bidra til å dempe vanskelige følelser som oppstår både som resultat av ruslivet og som konsekvens av ruslivet i seg selv.

Flere av informantenes utsagn knyttet seg til emosjonelt vanskelige situasjoner. Det ble imidlertid tydelig at disse må deles inn i ulike kodegrupper. Flere av beskrivelsene handlet om å legge lokk på det vanskelige generelt, mens andre handlet om mer krisepregede situasjoner.

Å legge lokk på det vanskelige handlet mye om ruslivet som sådan. *«Når de er sånn som jeg kaller...passivt suicidale, hvor verden er så ond, og det gjør så vondt at de bare gir f, da er det jo det også med at det er veldig, veldig vanskelig å snu en sånn situasjon, for de opplever ikke at det er noe å gripe tak i... og vi tar kontakt med oppsøkende [oppsøkende: mobil helse- og sosialtjeneste] og ber dem være oppmerksomme på kvinnen om hun er ute, fordi hun gir så absolutt f...fordi hun har det så vondt...da har de overdoser flere dager i strekk.»*

En annen sa: *«det er ofte en nedadgående spiral også, fordi de ruser seg så tungt, og jo mer de ruser seg, jo vanskeligere blir det å ta vare på seg selv, og jo vanskeligere blir det å ta vare på sine ting, og når de ruser seg så tungt skal det selvfølgelig også mindre til for å få begeret til å renne over.»*

Her var det ikke nødvendigvis konkrete hendelser som utløste en overdosesituasjon, men at rusingen stadig sementerte en vanskelig situasjon, som det ettersom tiden gikk syntes vanskeligere og vanskeligere å komme seg ut av.

Å legge lokk på det vanskelige reflekterte også de delene av livet som gjelder for alle, opp- og nedturer i hverdagen som kan kjennes godt å ruse seg vekk fra. Dette er deler av livet som ikke spesielt gjelder for rusmiddelavhengige, men «normale» opp og nedturer i dagliglivet som ble håndtert ved å ruse seg tungt, med den overdosefaren det medførte: *«...eller også brutte forhold. Det har vi jo sett flere ganger at det kommer...at det nettopp har blitt slutt med kjæresten, og da...ofte en tendens til ganske hard rusing...de overdosene som jeg har vært med i her på huset...det er jo ganske sånn mellommenneskelig helt vanlige problemer...».*

Beskrivelsen gjenspeiler hvordan informanten ser bruken av rus som selvmedisinering, og at rusen midlertidig fjernet ubehaget ruslivet medførte. Dette kan også tas med i betraktningen når man snakker om det å bli rusfri. Når man kanskje er vant med heroin som en universell problemløser, og at man med ett skal konfrontere ikke bare sine kriser og traumer, men også dagliglivets opp- og nedturer som har blitt ruset bort. *«Følelsene er for overveldende. Man må legge lokk på dem, det er jo fanden meg det som rusen kan som ingen annen kan.»*

Å dempe kriser

Å dempe kriser omhandler de situasjoner der overdosering på heroin blir brukt til å dempe de kriser og traumer beboere i lavterskelinstitusjoner blir utsatt for.

Mange av beboerne har barn som de har mer eller mindre ustabil tilknytning til, noen har ingen kontakt, mens andre møter sine barn jevnlig. Forholdet til barn gikk igjen i informantenes fortellinger. Informantene knyttet også overdosefaren opp mot overgrep i forbindelse med prostitusjon, men også prostitusjonen som sådan, at beboeren får et behov for å distansere seg, og at rusen i den forbindelse kan bli spesielt tung og farefull. *«Når vi veit at de har opplevd noe dritt, noe ekstraordinært dritt for å si det sånn, for de opplever mye dritt hver dag.»*

Dette understreker hvorfor jeg har delt den emosjonelle belastningen ruslivet medfører i to deler. Det ene er den jevne belastningen fra dag til dag som drar beboeren nedover og nedover i en saktegående spiral, *«de opplever noe dritt hver dag»*, det andre er tilfellene av vold, overgrep og annen type kriminalitet beboerne er utsatt for, *«noe ekstraordinær dritt.»*

«Vi har jo...altså vi har jo en medfødt sårbarhet, noen tåler mye mindre her i verden enn det andre gjør, i forhold til å være tatt i fangenskap under krigen...noen mennesker kom jo ut og...de levde, men de var helt ødelagt både fysisk og psykisk, andre har vært samme sted...men det er noe i dem, selv om kanskje helsen er dårlig, så har de en fysisk

eller psykisk styrke som er helt enorm, ikke sant, og det er jo det samme med disse menneskene her, og da vil jo det de har med seg av historie både fra barndommen, men også den fysiske helsen, og den psykiske helsen de er utstyrt med fra starten av ha mye å si.» Dette utsagnet fra en av informantene peker på at hun så sårbarhet i forbindelse med krisene beboerne lever med, og at det er enkelte man bør være mer på vakt i forhold til enn andre. Mange av disse beboerne bor på lavterskeltiltakene av og på i flere år, og de ansatte blir derfor etter hvert godt kjent med den enkelte. Slik vil de også kunne se hvilke områder som trækker over beboeres «tålegrense.»

Relasjonen til andre

Med relasjonen til andre menes de situasjonene hvor fokusgruppedeltagerne hadde erfart et forhøyet rusnivå og overdosefare der beboernes relasjoner til andre av ulike årsaker hadde blitt vanskelig for beboeren, og den vanskelige eller konfliktfylte relasjonen ble unnveket gjennom å ruse seg bort fra den.

Overdoser som følge av hendelser i relasjonen til andre ble nevnt av informantene ved flere anledninger. Relasjonene ble ofte beskrevet som vanskelige, mange av episodene var knyttet til samvær eller fravær av barn, og fordi dette er personer som bor på lavterskelinstitusjoner har de ikke daglig omsorg for sine barn. Dette i seg selv ble i følge mine informanter opplevd som en stor emosjonell belastning for beboerne, selv om de fleste forsto at de ikke kunne ha omsorg for barn i en slik livsfase.

Informantene fortalte om overdoser i etterkant av samvær med barn, at beboeren da kunne ha «skjerpet seg» i så lang tid at det ble en avreaksjon med mye rus, som endte i overdose. Informantene fortalte også om situasjoner der beboeren selv hadde en opplevelse av å ha sviktet sine barn. *«Hun lå på kjøkkengulvet, ja det var jo i etterkant, hun skulle ha vært i konfirmasjon, men kom seg ikke, og hadde egentlig en sånn likegyldig holdning til alt i den perioden.»*

Også i situasjoner hvor beboerens relasjon til barnet var i ferd med å endre seg ble trukket frem: *«særlig situasjoner rundt barna deres, hvis de mister omsorgen for sine barn, eller det har de fleste når de er her, men hvis de nærmer seg et samvær med barna, eller det nærmer seg en bortadopsjon eller noe da er vi veldig oppmerksomme, og for å si det sånn, om jeg ikke kan umiddelbart huske at jeg kan føre en konkret overdose tilbake til det, men damene de ruser seg ekstremt mye tyngre i de situasjonene med barna og at jeg i hvert fall personlig er mye mer oppmerksom i de situasjonene.»*

Dette var situasjoner hvor det kanskje ikke lengre var tilstrekkelig å ruse seg bort fra ubehaget og det som var vanskelig, men hvor beboeren virkelig ble konfrontert med sin egen utilstrekkelighet. Bortadopsjon sa også noe om varigheten av situasjonen beboeren

var i, og det kunne være et siste halmstrå eller en siste motivasjon for å holde seg gående, som røk.

«Hvis de har blitt mishandlet av kjæresten sin eller har opplevd noe grusomt på strøket.» Dette sitatet handlet om kriser, omtalt under forrige avsnitt. Jeg har imidlertid valgt å sette det her, fordi mange av disse relasjonene, hvor mange av krisene oppstår, også kan ha mye varme og omsorg i seg, og gi beboeren mye støtte, både kjæresteforhold og forhold til faste kunder som beboeren har et mer eller mindre gjensidig forhold til, som også hjelper enkelte av beboerne. Det er derfor et poeng på dette nivået å skille ut de akutte krisene fra den jevne relasjonen, selv om krisene ofte oppstår innenfor relasjonen til andre.

Trinn fire: Rekontekstualisering- helhetlig beskrivelse

«Min virkelighet»

«Min virkelighet» er en rekontekstualisering spesielt av de tre sistnevnte kategoriene; «å legge lokk på det vanskelige,» «å dempe kriser,» og «relasjonen til andre.» Beskrivelsen henspiller på fellestrekkene innenfor disse kodegruppene. Alle tre kodegruppene omhandler den rusmiddelavhengiges relasjon til seg selv og andre i mer eller mindre nære relasjoner, og hvordan brudd og svikt i disse relasjonene understreker virkelighetens vanskeligheter og påvirker rusinntaket.

Det handler ikke bare om relasjoner til seg selv og kjente, men også relasjoner til andre mennesker, for eksempel i forbindelse med prostitusjonserfaringer. I følge fokusgruppedeltagerne kunne vanskelige opplevelser på dette feltet ha stor påvirkning på den enkeltes rusatferd.

Gjennom intervjuene presenterte fokusgruppedeltagerne en rekke situasjoner de anså som risikofylte med tanke på overdoser, som knyttet seg direkte til vanskelige emosjonelle opplevelser. I stor grad handlet det om møtet med, eller mangel på møte med, egne barn. «Vi snakker mye om at det er tett på det vi kan kalle passiv suicidal, at det er ihverfall i stor overdosefare i de situasjonene som handler om deres barn... det er ihvertfall et signal «en masse» fordi det er så tydelig at rusen blir så mye mye tyngre.»

Situasjonene kunne oppstå både akutt, «noe ekstraordinær dritt,» og mer langsiktig, med for eksempel at man kom inn i en ond sirkel med mye rus, som medførte dårligere mestring av andre deler av livet, som man igjen ruset seg bort fra og ble ennå mer utsatt. Man forsøkte å ruse seg bort fra det vanskelige i livet, og denne rusen gjorde det igjen vanskeligere, og rusen ble med dette bare tyngre og tyngre.

«Den rusfrie virkelighet»

Med den rusfrie virkelighet menes de situasjoner der ruslivet og dets krav møter det rusfrie livet eller det rusfrie samfunnets krav, kanskje også samfunnets krav til fravær av rus. Dette er en rekontekstualisering av kodegruppene «tilgang» og «overganger.» Dette omhandler ikke de nære relasjonene, men henspeiler i større grad på samfunnsnivå. Det dreier seg om de faktorer som påvirker rusatferd. Mange av faktorene ligger utenfor det den enkelte i noen særlig grad kan påvirke, for eksempel politiets fremgangsmåte, regler på botilbudene, heroinmarkedet med mer. Også i disse situasjonene møter den rusmiddelavhengige krav fra det rus(stoff)frie samfunnet som skaper vanskeligheter i ruslivet: *«Det er faktisk en reell overdosefare synes jeg, det at de skal rekke å ta det de har før politiet tar dem.»*

I tillegg dreier det seg også om kravet eller ønsket om rusfrihet. I disse overgangene fra et liv i rus til et liv som rusfri lå en fundamental endring som for mange nok knyttet seg til relasjonen til seg selv, til tro på egen mestring og tro på egen kompetanse, men også frykt knyttet opp til tapet av ruslivet og tapet av rusen.

Problematikken i denne kategorien kan således handle om den enkeltes møte med seg selv og sitt liv i møtet med det rus(stoff)frie samfunnet. Mange beboere i lavterskelinstitusjoner har som tidligere beskrevet en lang historie med institusjonalisering og rus, å skulle ta farvel med dette er ikke bare en befrielse fra det marginaliserte ruslivet, men også et farvel til den dempende rusen, og et møte med et rusfritt liv, som for mange naturlig nok kan virke skremmende. I dette ligger også et oppgjør med livet man har levd, og å bli konfrontert med alle de vanskeligheter ruslivet fører med seg som kriminalitet, svik, prostitusjon med mer. *«En av gangene hvor ingen av oss hadde vært tilstede, så hadde hun da klart å hive i seg en masse piller som vi da ikke var klar over at hun hadde. Så kjører de [beboeren og de ansatte] avgårde, og så får jeg en telefon fra avrusningen hvor de er ganske opprørt over at vi sender avgårde en som går i overdose.»*

En av fokusgruppedeltagerne trakk også frem beboernes ofte vanskelige forhold til roller og identitet: *«de lager seg en person ved siden av seg selv også...et sted hvor de bare putter...det opplevde jeg som veldig spesielt når jeg begynte å jobbe her og hadde inntakssamtale med folk, at folk i veldig stor grad la ut om livet sitt og det var jo noen livshistorier som...jeg fikk jo bakoversveis. Det ble jo presentert som...ja, melken koster ti kroner, altså, det ble jo presentert på samme måte som om en ville sagt det, altså ganske trivielt. Altså, det er på en måte ikke min historie, den tilhører den personen som deler kropp med meg.»*

Den helhetlige beskrivelse av ansattes erfaringer med overdoser hos beboere kan

uttrykkes som «min virkelighet» og «den rusfrie virkelighet.» Ansatte oppfatter da at virkeligheten strammer grepet om beboeren, og at beboerens risiko for overdose øker. Beboeren blir tvunget ut av rusens dempende effekter og konfrontert med virkeligheten, enten ved de vanskelige emosjoner som oppstår i møtet med omgivelsene, eller ved at den rusfrie verden stiller krav man ikke kan fjerne ved å ruse seg. Vanskelige emosjoner kan midlertidig fjernes ved hjelp av rusen, men er det slik at man skal i behandling, så er det bare de vanskelige følelsene som fjernes ved å ruse seg på grensen til overdose, eller til overdose. I behandling vil rusens dempende effekt før eller siden forsvinne, og den enkelte tvinges til å møte virkeligheten uten heroinet som støtte eller problemløser. At virkeligheten strammer grepet foregår på flere plan. På det individuelle plan skal den enkelte møte egne vanskelige følelser. På familienivå skal de samhandle med barn og annen familie, på gruppenivå stilles det krav fra omgivelsene knyttet til en spesiell type atferd og rusfrihet, og samfunnet stiller krav om det samme.

DISKUSJON

Resultat

Målet med denne studien var å undersøke og beskrive ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser hos beboere. Hovedfunnene i undersøkelsen er at de ansatte opplever at risiko for overdoser oppstår når virkeligheten strammer grepet, det vil si når ruslivets krav møter den rusfrie virkelighetens krav, og der diskrepansen mellom disse blir vanskelig å håndtere.

Fokusgruppene var sammensatt av ulike yrkesgrupper, alder, kjønn og arbeidserfaring, og den speilet den personalsammensetningen som er i det daglige arbeidet i institusjonen. Blant deltagerne var det kun en mann, kjønnsrepresentasjonen er derfor ujevn, og det må tas høyde for at det ville kunne komme andre betraktninger og refleksjoner dersom menn hadde vært bedre representert. Samtidig vet man at blant ansatte i omsorgsykker er kvinner sterkt overrepresentert, og kjønnsfordelingen speiler derfor den kjønssammensetningen som er blant de ansatte ved disse institusjonene.

Under intervjuene ble det tydelig at de ansatte satte overdoser og høyt rusnivå i sammenheng, og at beboerne de tenkte på når det gjaldt overdoser, også ofte hadde et høyt rusnivå i forkant. Dette innebærer at en del av beskrivelsene ikke bare knytter seg til en spesiell overdosesituasjon, men også til forhold rundt et høyt rusnivå. Dette gjenspeiles i analysens ulike kodegrupper, mens innholdet i enkelte av kodegruppene er klart preget av akutte hendelser i den enkeltes liv, er andre en del av langvarig tungt rusnivå.

Biong og Svensson (2009) har undersøkt ansattes erfaringer med oppfølging av overdoser i Oslo. Her er representanter fra sosial- og helsefaglig personell fra ulike nivåer, samt ambulansepersonell intervjuet om sine erfaringer. Resultatene peker der på at livstruende overdoser ikke er omtalt i noen nyere politiske dokumenter, og at retningen for arbeidet med overdoser derfor oppleves som forvirrende. At man mangler mål, retningslinjer og rutiner for arbeid med overdoser kan i følge Biong og Svensson gi fare for at ansatte blir mindre motivert for dette arbeidet.

Møte med virkeligheten på ulike nivåer

Som tidligere nevnt kunne flere av uttrykkene eller erfaringene passe inn under flere kodegrupper, og det var flere ganger nødvendig å gå tilbake i teksten for å se hvilken kontekst informasjonen oppstod i, og hvilken kodegruppe det hørte inn under. Enkelte av situasjonene som ble beskrevet kunne allikevel passe inn i to ulike kodegrupper. Jeg oppfatter det da slik at jo flere av kodegruppene, som jo beskriver situasjoner de ansatte vurderer som risikofylte med tanke på overdosefare, disse beskrevne situasjonene passer inn under, jo større oppleves faren. Dersom beboeren opplever å være i en akutt krise, og tilgangen på rus er ustabil, kan behovet for å dempe denne krisen bli enda mer desperat, og faren for overdose øker. Dette kan for eksempel være en situasjon hvor beboeren har hatt vanskeligheter i relasjonen til en kjæreste, og med det mistet inntektsgrunnlaget slik at tilgangen blir ustabil, og både desperasjonen etter rus og behovet for lindring gjør rusinntaket mindre kontrollert.

De tre sistnevnte kategoriene ("å legge lokk på det vanskelige," "å dempe kriser," og "relasjonen til andre") utspilles i hovedsak på et mikronivå, nemlig relasjonene til seg selv og andre, de nære relasjonene. Disse relasjonene settes ofte på prøve i en rusmiddelavhengigs liv. Det kan se ut som at det i en del av de vanskeligste periodene de ansatte oppfatter at det er økt risiko for overdose, og at det som foregår i de nære relasjonene og individets relasjon til seg selv i stor grad påvirker individets rusadferd.

Jeg har her forsøkt å sette overdoser inn i den sammenheng hvor rusmiddelavhengige lever sine liv, og plassere situasjonene de ansatte ser på som risikofylte på de ulike nivåene livet utspiller seg for å se hvordan ulike faktorer påvirker hvor.

Mikro

Mikronivået er de områdene personen er direkte involvert i som berøres i de ansattes beskrivelser, som familie, venner, naboer, der personen har sitt daglige virke. De ansatte som ble intervjuet møter de rusmiddelavhengige i første omgang på mikronivået, på lavterskel boinstitusjonene hvor mange lever sine liv i kortere eller lengre perioder. Man kan også anta at de ansatte påvirkes på mikronivå, personlige erfaringer og forhold i

eget dagligliv kan påvirke hvordan en ser og leser beboerne.

Flere av fokusgruppedeltagerne trakk frem konkrete episoder hvor den som hadde satt en overdose nylig hadde hatt vanskelige følelsesmessige opplevelser i forbindelse med sin relasjon til andre. Men mens enkelte av disse episodene omhandlet vanskeligheter i nære relasjoner, som egne barn, handlet det også om følelser knyttet egne vanskelige opplevelser, som for eksempel prostitusjon, brudd med kjæresten og lignende. Overdoser kan for noen være en måte for noen å kommunisere sitt hjelpebehov til omgivelsene (Biong & Svensson 2009).

De ansattes opplevelse av sammenheng mellom de rusmiddelavhengiges psykiske tilstand og økt overdosefare blir bekreftet i flere undersøkelser. Richert og Svenssons informanter (2008) beskriver hvordan mange øker heroindosen eller blander andre stoffer for å «döva ångest och depression, lindra psykisk smärta eller för att förtränga jobbiga tankar.»

En situasjon som også tydeliggjør at virkeligheten strammer grepet er dette med bortadopsjon eller tap av omsorg for egne barn. Det kommer neppe som noen overraskelse for noen om de etter mange års bruk av illegale rusmidler og et såpass marginalisert liv som det medfører for beboere på lavterskelinstitusjoner, taper rett til omsorg for egne barn. Mange har ikke hatt omsorg eller kontakt på flere år (Johansen & Myhre 2004). Allikevel kommer kanskje Alvoret i det først når virkeligheten strammer grepet og faktisk fratar beboeren omsorgen for barn, og den enkelte ikke kan skyve bekymringen for barn vekk ved hjelp av den dempende rusen. For de ansatte er dette også «vanlige» hendelser, beboere i lavterskeltiltak har sjelden eller aldri omsorg for egne barn, og det er derfor vesentlig at de ansatte allikevel opprettholder fokus på dette som kritiske situasjoner for beboerne.

Biong, Karlsson og Svensson (2008) beskriver hvordan metaforer brukes som uttrykk for vanskeligheter i livet som rusmiddelavhengig. Metaforene uttrykkes innenfor tre temaer: meningen med å være isolert, meningen med å være på kanten av stupet, og meningen med å ikke ha mulighet til å snu, og hvordan disse opplevelsen av selvet blir uttrykt gjennom bruk av metaforer. Intervjuobjektene i deres undersøkelse gir uttrykk for en opplevelse av seg selv som «offer for ukontrollerbare krefter», og kan ses i sammenheng med mange av situasjonene de ansatte anser for å være risikosituasjoner for beboerne.

I følge Bronfenbrenner kan svakheter i ett av disse miljøene veies opp av styrker innenfor et annet område (Bronfenbrenner 1979). Det kan bety at de negative konsekvensene av svikt i omsorgen for barn, kan oppveies mot bevissthet rundt denne problemstillingen i hjelpeapparatet (det nære, som botilbudene som tidligere nevnt er for mange).

Meso

Ved å studere mesonivået studerer man de ulike nærmiljøene personen opererer i, og kan beskrives som et system av mikrosystemer (Bronfenbrenner 1979).

Ottawacharteret har fokus på sosiale faktorer som likhet, delt ansvar, fokus på mennesket, demokrati og empowerment, og å styrke individet. Det fokuserer på samspill, individets behov og alles ansvar, spesielt på lokalt plan. Det fokuseres også på sosiale faktorer. Innsatser skal igangsettes etter behov, og det er først og fremst individene og nærmiljøet ansvaret rettes mot, og selv om politiske myndigheter også blir oppfordret til å delta, er de enkelte tiltakene anbefalt å foregå på lokalt plan. Ottawacharteret er det grunnlagsdokumentet innenfor folkehelsevitenskapen som i størst grad fokuserer på det Bronfenbrenner kaller meso- nivå.

For lavterskel boinstitusjonene som del av meso- nivået blir det trukket frem endringen de ansatte opplevde at skjedde da det ble tillatt å ruse seg på husene. De ansatte forteller at de opplevde at den åpenheten de hadde om rusbruk gjorde at beboerne følte seg mer fri til å snakke om sitt rusbruk, og at man med det unngikk en del av det stresset og den uroen som kunne føre til overdose. Dette blir bekreftet av Richert og Svensson (2008). De beskriver at man i stressfylte situasjoner, hvor den som injiserer står i fare for å bli avbrutt i injeksjonsprosessen, i mindre grad har anledning til å tenke over de risikofaktorer som måtte foreligge, og dermed tar sjanser en ellers ikke ville tatt.

Overdosesituasjoner blir av informantene beskrevet i forbindelse med ulike overganger. Overganger som løslatelse fra fengsel og behandling er beskrevet i nyere forskning (Ravndal & Amundsen 2009, Ødegård et al. 2010). Der overganger handler om veien *til* behandling eller fengsel er det imidlertid vanskeligere å finne dette omtalt i litteraturen. Et annet eksempel er der brudd i relasjon til kjæresten i seg selv kan utløse en krise for beboerne som de ansatte opplever skaper risiko for overdoser. Ved brudd med kjæreste kan også inntektsgrunnlaget falle bort for enkelte, dersom kjæresten finansierer felles bruk. Slik får en hendelse på ett av livets områder konsekvenser for et annet, ved at man må finne nye måter å skaffe inntekter og rus.

Samarbeid mellom de ulike instansene i hjelpeapparatet kan også komme inn under meso- nivået. Selv om dette samarbeidet også reguleres på andre nivåer, som f.eks. gjennom lovverk (taushetsplikt som påvirker samarbeidet mellom hjelperne), har også det generelle samarbeidsklimaet eller hvor effektivt samarbeidet er innvirkning på den enkeltes hverdag. Har sosial- og barnevernstjenesten gode nok samarbeidsrutiner for å tilrettelegge for de beste løsningene med tanke på omsorg for barn? Har botilbudene tilgang på kvalifisert hjelp når en beboer har blitt utsatt for overgrep?

Ekso

Dette er de samfunnsarenaer hvor det som foregår der påvirker den enkelte, men som personen selv sjelden eller aldri rører seg i. Som et eksempel kan Rusmiddeletaten i Oslo, og det verdisyn som råder der, de debattene og det fokus som er innad i Rusmiddeletaten, påvirke hvordan den enkelte møtes av ansatte med tanke på overdoser, og hvor fremtredende fokus den enkelte ansatte har på dette temaet.

Arbeidsgivers virksomhetsidé, verdigrunnlag, strategiplaner, lokalpolitiske myndigheter og lignende er alle faktorer og instanser som vil påvirke beboerne indirekte. Også media kan spille en rolle på ekso- nivå. Rusmiddelavhengiges situasjon og tilbudet til rusmiddelavhengige er et stadig tilbakevendende tema i pressen. Det former måten omverdenen ser på denne gruppen, men kan også påvirke de ansattes forhold til egen arbeidsplass. Ikke minst vil en del av virkelighetsbeskrivelsene virke fremmed på de ansatte, og bidra til å underbygge et offer- syn på beboerne, istedenfor å ha fokus på å styrke egenomsorg som lavterskeltiltakene i stor grad har som mål (Oslo kommune 2010).

Makro

Dette nivået, som omhandler det økonomiske systemet, sosial- og helsesystemet, utdanningssystemet, rettsvesen og det politiske systemet knytter seg også til tilgang, men kanskje på en måte som ikke bare reguleres av storsamfunnet, men mer av den illegale narkotikaindustrien. Innenfor denne industrien reguleres hvilke typer stoff som skal på markedet, hvor mye, kvalitet på stoffet med mer. Informantene oppga også perioder hvor det hadde vært lite stoff på markedet, og det deretter kom nye forsyninger, som en situasjon de opplevde at det var forhøyet fare for overdose.

Makronivået omhandler også de helse- og sosialpolitiske prioriteringer på rusfeltet, og hvordan disse påvirker den enkelte. I det siste (våren 2010) har debatten rundt straffeforfølgelse og kriminalisering av rusmiddelavhengige blusset opp igjen i norske medier. Flere fagpersoner tar til orde for å avkriminalisere bruk av narkotika. Hvorvidt dette er hensiktsmessig eller ikke ligger utenfor denne oppgaven, men poenget i debatten er nettopp at samfunnets syn på, og måte å håndtere, rusmiddelavhengighet, har konsekvenser for rusatferden. Dette ble i fokusgruppeintervjuene blant annet omtalt som den ustabile tilgangen på rus, hvor nettopp kriminaliseringen gjør at tilgangen i perioder blir marginal. Det at tilgangen i stor grad reguleres av et svart marked gjør den enkelte sårbar for svikt i egne ressurser, som som tidligere nevnt helsesvikt, hvor en ikke lenger kan skaffe rusmidler selv, slik at man blir avhengig av andre og dermed kan opptre tvangsmessig i sitt rusinntak når det først blir tilgang (man vet aldri når det blir borte igjen).

Den norske regjeringen iverksatte i 2008 «Opptappingsplan for rusfeltet.» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007b). Planen går ut 2010, og innebærer en styrking av rusfeltet på flere områder. Planen tar for seg flere av de utfordringer som er knyttet til rusfeltet, blant annet møtet mellom justispolitiske og helse- og sosialpolitiske mål. Dette dilemmaet utspiller seg foran en av informantene: «*det ble allikevel bare beslaglagt, så da måtte de bare trykke alt inn,*» er en situasjon som er påvirket av det som ligger innenfor ulike politiske føringer. Opptappingsplanen understreker at narkotikabruk er forbudt og vil bli slått ned på av politiet, samtidig som det for en svært marginalisert gruppe oppleves som reell og nødvendig medisiner, og vi som samfunn skal legge til rette for at dette livet ikke marginaliseres ennå mer, og at man ivaretar de dette gjelder.

Det er mange eksempler på hvordan sentrale føringer og lovverk påvirker livsvilkår for den enkelte i rusmiljøet. Den politiske satsingen på lavterskeltiltak helsetiltak, gatenære tilbud, ACT (assertive community treatment/ aktivt oppsøkende behandlingsteam), KTP (koordinerende tillitspersoner), lov mot kjøp av seksuelle tjenester med mer, er alle eksempler på sentral styring som påvirker en rusmiddelavhengigs livsvilkår. Tilskudd til videreutdanning av ansatte i rusfeltet fra sentrale myndigheter er også et tiltak som vil kunne påvirke bevisstheten rundt hvordan vi møter, hjelper og behandler rusmiddelavhengige.

De ulike nivåene berører åpenbart hverandre, og det som skjer på ett nivå vil ofte påvirke det som skjer på et annet. Et eksempel er taushetsplikten, lovverket på makro-nivå, som påvirker hvordan samarbeidet foregår på meso- nivå. I forbindelse med regjeringens gjennomgang av drap i Norge i perioden 2004- 2009 (Norges offentlige utredninger 2010:3), ble det arrangert høringsmøte med politi og helsetjeneste for å bidra til å kartlegge bruk av taushetsplikt og informasjonsflyt mellom politi og helsetjenester i saker som gjaldt alvorlig psykisk syke. Det ble under møtet vist til positive erfaringer, men det ble også pekt på mulige forbedringsområder med tanke på kommunikasjon mellom de ulike instansene, og spesielt hvordan man kan sikre nødvendig informasjonsutveksling mellom politi og psykisk helsetjeneste. Dette viser at taushetsplikten, hvis formål er å verne pasienten (beboeren), også kan være til hinder for informasjonsutveksling som kan gagne pasienten (beboeren) og være av avgjørende betydning for liv og helse.

Ansatte beskrev erfaringer med diskrepans mellom krav og kontroll i beboernes virkelighet. Når virkeligheten strammer grepet er kravene høye og kontrollen lav. Det ser ut til at dersom kravene fra det rusfrie samfunnet blir for store i forhold til opplevd kontroll, kan dette ha negative konsekvenser med tanke på overdosefare. Dette samsvarer også med Biong, Karlsson og Svenssons (2008) funn hvor intervjuobjektene i deres undersøkelse gir uttrykk for en opplevelse av seg selv som “offer for ukontrollerbare krefter.”

Det ble ved flere anledninger påpekt fra informantene at overdosefaren ble oppfattet å

være høy i forbindelse med samvær med barn. Det rusfrie samfunnets krav til nettopp rusfrihet på disse arenaene, og kvinnens egen opplevelse av kontroll over eget liv (forutsatt at man faktisk ønsker omgang med, og omsorg for, egne barn) er ofte i uoverenstemmelse. Når kvinnen selv ikke klarer å møte samfunnets krav om å være rusfri på disse arenaene, samtidig som mange har liten sosial støtte, øker det opplevelsen av manglende mestring, og de ansatte ser at faren for overdose øker.

Den sosiale støtten er en viktig faktor. Biong og Ravndal (2009) fant at opplevelsen av mangel på sosial støtte hadde betydning for omfanget av livstruende overdoser hos menn med migrasjonserfaring og rusmiddelavhengighet. Ansatte i botiltak bør derfor arbeide for å øke graden av sosial støtte.

Synet på mestring av helsemessige utfordringer har vært ulik innenfor folkehelsevitenskapen. Porter (2006) peker på at i tiden som har gått fra Ottawacharteret i 1986 til Bangkokcharteret i 2005, har det foregått en endring i diskurs fra health promotion som et felles, sosialt ansvar, til et en nykapitalistisk diskurs med fokus på lovregulering og økonomi.

I Ottawacharteret fokuseres det på sosiale faktorer. Innsatser skal igangsettes etter behov. Det er først og fremst individene og nærmiljøet ansvaret rettes mot, og selv om politiske myndigheter også blir oppfordret til å delta, er de enkelte tiltakene anbefalt å foregå på lokalt plan. Slik er Bangkokcharteret noe annerledes. Her fokuseres det i større grad på strukturelle problemer som en trussel mot folkehelsen, dette er et statlig og globalt ansvar, og det oppfordres til bruk av lover og regelverk for å styre utviklingen. Det snakkes om handel, service, marketing og helse som produkt. Individets deltagelse har rettet seg fra *behov* til *rettigheter*.

For rusmiddelavhengige på det nivået denne oppgaven omhandler kan en slik diskursendring by på utfordringer. I en situasjon hvor det er knapphet på ressurser til å regulere eget liv, vil man trolig være mer avhengig av sosial innsats fra samfunnet forøvrig enn rettigheter til hjelp som man ikke klarer å gjøre krav på. Samtidig peker denne utviklingen på nettopp behovet for å styrke den enkeltes muligheter for "health opportunities."

Det er således viktig å finne den enkeltes egne ressurser for forbedring av en vanskelig situasjon. Da denne oppgaven omhandler ansattes erfaringer blir neste spørsmål hva de ansatte kan bidra med for å styrke beboerens mestring i forhold til overdoseadferd.

Richter og Svensson (2008) peker på hvordan stressfylte og utrygge miljøer reduserer muligheten for å ta forhåndsregler, og med det øker viljen til å ta risiki i forbindelse med injeksjoner. Flere av de situasjonene de ansatte beskriver som risikable i forhold til overdoser hos beboerne er stressfylte, som ved ustabil tilgang, vanskelige relasjoner, overganger fra en situasjon til en annen etc. Lazarus og Folkman (1984) beskriver

stressreaksjoner som et resultat av manglende samsvar mellom de krav vi møter og de ressursene vi har til rådighet for å møte dem. Stressreaksjonen er ikke et direkte svar på den stressoren vi utsettes for, men et resultat av de ressursene vi har til å cope med utfordringene. Stressreaksjonen kan derfor endres gjennom endring av copingstrategier. Dette innebærer at økt rusinntak av mange vil vurderes som den enkleste og mest tilgjengelige formen for coping, det er en effektiv strategi når det gjelder å fjerne seg fra stressende forhold i livet.

Slik Lazarus og Folkman (1984) ser det kan copingstrategien endres selv om stressorene i seg selv ikke forsvinner. Ansatte med kunnskap om overdoser kan dermed fange opp risikable situasjoner, og hjelpe den enkelte med å utvikle mer hensiktsmessige strategier enn økt rusinntak når «virkeligheten strammer grepet.».

Avslutning

Forskningsspørsmålet i denne oppgaven var hvordan ansatte i lavterskel botiltak beskriver sine erfaringer med overdoser hos beboere. Denne studien viser at ansatte erfarer at overdoser oppstår når virkeligheten strammer grepet om beboeren.

Studiens funn har kliniske implikasjoner. Den peker på et behov for sammensatte og koordinerte tjenester, og at ansatte innenfor disse tjenestene både har kunnskap om overdoser generelt, men også nærhet og kjennskap til den enkelte beboer/bruker, slik at man enklere kan fange opp beboerne i disse situasjonene. Tjenestetilbudet til denne gruppen er bredt og omfattende, men manglende samordning kan gjøre at den enkelte ikke sikres i situasjoner der overdosefaren er høy. Mange botiltak er også store, noe som gir mindre mulighet for å merke seg endringene i den enkeltes liv som øker faren for overdoser. Det er viktig at ansatte hele tiden har overdosefaren høyt oppe i bevisstheten, men ansvaret for dette ligger på flere nivåer, også hos arbeidsgivere og sentrale myndigheter, som har et medansvar for å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap. Resultatet viser også viktigheten av at også ansatte har en fenomenologisk innretning på egen praksis, og stiller seg åpen, undrende og reflekterende til beboerens virkelighet, og gjennom dette kombinert med kunnskap om overdoser kan ansatte hjelpe beboerne med å finne mer hensiktsmessige mestringsstrategier ”når virkeligheten strammer grepet.”

Det må tilrettelegges for at kommunikasjonen mellom de ulike hjelpeinstanser er god, slik at samordningen og informasjonen rundt den enkelte sikres i de fasene som anses for kritiske med tanke på overdoser. Dette understrekes også i opptrappingsplanen for rusfeltet: behovet for individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringstilbud, helhetlige og sammenhengende tjenester. God kommunikasjon mellom hjelpeinstansene

er også relevant med tanke på å varsle andre hjelpeinstanser når man oppdager sterkt stoff på gaten etc., slik at andre kan bli oppmerksom på dette i perioder hvor stoffet er spesielt sterkt.

Den rådende kulturen, hvor rusmiddelavhengige er oppmerksomme på hverandre og passer på hverandre, og i stor grad lar være å injisere alene, må stimuleres og opprettholdes. I de aller fleste injeksjonssituasjoner er det ingen helse- og sosialpersonell tilstede, det er derfor viktig å sørge for en god indre justis i rusmiljøet når det gjelder rusmiddelavhengiges ivaretagelse av hverandre for å forebygge overdoser.

Studien reiser også ytterligere spørsmål. Dette er spørsmål som:

- hvilke verktøy kan man gi rusmiddelavhengige for å håndtere risikosituasjoner på en annen måte enn gjennom økt rusbruk?
- hvordan kan hjelpeapparatet forbedre de systemer som kan gjøre det mulig å fange opp rusmiddelavhengige i de situasjonene som her er ansett som risikosituasjoner?
- hva karakteriserer de overdosene som oppstår mer «tilfeldig»?
- er taushetsplikten til hinder for god informasjonsflyt rundt beboere som opplever at «virkeligheten strammer grepet»?

Takk

Først og fremst, takk til mine informanter som åpenhertig tok imot meg og velvillig delte sine erfaringer om et vanskelig tema.

Takk til min arbeidsgiver Rusmiddeletaten, Oslo kommune, som har vært fleksible i forhold til å tilrettelegge slik at jeg fikk skrevet denne oppgaven.

Takk til min veileder Stian Biong for en svært lærerik og utviklende prosess, god veiledning og tilgjengelighet.

Takk til familie og venner som har holdt ut med min oppgitthet når arbeidet har virket overveldende og endeløst, slik har det kun vært i korte glimt, for mest av alt har det vært en utrolig spennende og lærerik opplevelse.

Referanser

Biong, S., Karlsson, B. & Svensson T. (2008). Metaphores of a shifting sense of self in men recovering from substance abuse and suicidal behavior. *Journal of psychosocial nursing & mental health services*, vol. 46:4, s. 35-42.

Biong, S. & Ravndal, E. (2009). Living in a maze: Health, well- being and coping in young non- western men in Scandinavia experiencing substance abuse and suicidal behaviour. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well- being*, 4:1, 4-16.

Biong, S. & Svensson T. (2009). Bridging the gaps: experiencing and preventing life-threatening heroin overdoses in men in Oslo. *International journal of qualitative studies on health and well- being*, vol. 4:2, s. 94-105.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Brådvik, L., Frank, A., Hulenvik, P., Medvedeo, A. & Berglund, M. (2007). Heroin addicts reporting previous heroin overdoses also report suicide attempts. *Suicide & life-threatening behavior*, vol. 37:4, s. 475-481.

Clausen, T., Havnes, I. A., Waal, H. (2009). Overdosestatistikk- et komplisert regnskap. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, vol. 21: 129, s. 2233-2236.

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2009a). *Forskningsetisk sjekkliste*. [online]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/> [20.04.2010].

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2009b). *Helsinkideklarasjonen*. [online]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig: <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> [20.04.2010] .

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, vol. 111: 3, s. 564-572.

EMCDDA- European monitoring centre for drugs and drug addiction (2009). *Country overviews*. [online] Lisbon: EMCDDA. Tilgjengelig: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews> [08.03.2009].

Fekjær, H. O. (2009). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. 3 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Forskningsskomisjonen (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak (NOU 2003:4)*.

Heale, P., Dietze, P. & Fry, C. (2003). Intentional overdose among heroin overdose survivors. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 80: 2, s. 230-237.

Hedelin, B. (2000). *Med gemenskap som grund : psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. PhD. Nordiska hälsovårdshögskolan.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007a). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Stortingsmelding nr. 20. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007b). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Opptrappingsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Islands helsedirektorat (2010). *Health statistics- Causes of death*. [online]. Seltjarnarnes: Landlæknisembættið. Tilgjengelig: <http://landlaeknir.is/?PageID=945> [25.08.2010].

Johansen, N. B. & Myhre, H. (2004). *Skadereduksjon i praksis*. Oslo: Rusmiddeletatens

kompetansesenter.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*. Vol. 311:7000, s. 299-302.

Kriminalpolitisenralen (2010). *Narkotikastatistikk*. [online]. Oslo: KRIPOS. Tilgjengelig: <https://www.politi.no/kripos/statistikk/narkotika/> [24.08.2010].

Kvello, Ø. (2008). *Oppvekst : om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Köhler, L. (2006). *Forelesningsmateriale, hand out*. Upublisert materiale. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Baskurs i folkhälsovetenskap.

Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, vol. 12, s. 309-18.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lilleeng, G. H. B., Berg, K. J., Gjertsen, F. & Andrew, E. (2007). Akutte forgiftninger 1999- 2004- sykkelighet og dødelighet. *Tidsskrift for den norske legeförening*, vol. 127, s. 1023-7.

Magee, B. (1999). *Filosofi*. Oslo: Teknologisk forlag.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, 2. utg, Oslo: Universitetsforlaget. Siterer Giorgi Amedeo. Sketch of a psychological

phenomenological method. I Giorgi, Amedeo (red) (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne university press.

Marmot, M. & Wilkinson, R. (red.) (2005). *De Harde fakta : sosiale forhold av betydning for helsen*. 2. utg. Leknes: Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner.

McGregor, C., Darke, S., Ali, R. & Christie, P. (1998). Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions. *Addiction*, vol. 93:5, s. 701-711.

Norges offentlige utredninger 2010:3 (2010). *Drap i Norge i perioden 2004- 2009*. Norges offentlige utredninger. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Nøstdahl, M. (2009). *Samtale om rutiner og praksis på sprøyterommet*. (Personlig kommunikasjon, januar 2009).

Oslo kommune (2010). Oslo kommune/ Rusmiddeletaten/Seksjon skadereduksjon. [online]. Oslo: Rusmiddeletaten. Tilgjengelig : <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbudet/skadereduksjon/> [20.04.2010].

Porter, C. (2006). Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health promotion international*. vol.22, No.1, s. 72-79.

Powis, B., Strang, J., Griffiths, P., Taylor, C., Williamson, S., Fountain, J. & Gossop, M. (1999). Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction*. Vol. 94(4), pp. 471-478.

Ravndal, E. & Amundsen, E. J. (2009). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*, vol 108:1-2, s.65-69.

Richert, T. & Svensson, B. (2008). Med livet som insats- injektionsmissbruk, risktagande och överdoser. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, vol. 25: 5, s. 355-376.

Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. & Topp, J. (1999). Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance use & misuse*, vol. 34:1, s. 9-24.

Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, vol. 94 (2), s. 209-219.

Schnall, P. L., Landsbergis, P. A. & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, vol. 15, s. 381-411.

Sellmann, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, vol 105:1, s. 6-13.

SIRUS (2008). *RusStat*. [Online]. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
Tilgjengelig: <http://www.sirus.no/internett/statistikk/article/47.html> [25.05.2009] .

Strandmark M. & Hedelin B. (2002). Phenomenological methods reveal an inside perspective on health and ill- health. In Hallberg, L.R. (red)(2002). *Qualitative methods in public health research*. Lund : Studentlitteratur.

WHO (1948). *WHO Definition of health*. [Online]. World Health Organisation.
Tilgjengelig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [19.04.2010] .

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. [Online]. World Health Organisation. Tilgjengelig:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [25.08.2010] .

WHO (1998). *WHO/Europe - Policy statements*. [Online]. World Health Organisation.
Tilgjengelig: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century> [25.08.2010] .

WHO (2010). *Health Promotion*. [Online]. World Health Organisation. Tilgjengelig: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ [25.08.2010].

Ødegård, E., Amundsen, E. J. & Kielland, K. B. (2007). Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers-a competing risk approach. *Drug and alcohol dependence*, vol. 89: 2-3, s. 176-182.

Ødegård, E., Amundsen, E. J., Kielland, K. B. & Kristoffersen, R. (2010). The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. *Addiction Research and Theory*, vol. 18: 1, s. 51- 58.

Ådanes, M., Kaspersen, S. L., Hjort, H. & Ose, S. O. (2008). *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige : skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat*. Trondheim: SINTEF Helse (Rapport/ SINTEF/Trondheim, SINTEF A4638).

Vedlegg 1

Kjære fokusgruppedeltager!

Dette informasjonsskrivet gis ut til alle som deltar i fokusgrupper i forbindelse med min masteroppgave i folkehelsevitenskap. Skrivet forklarer kort hvem jeg er, hva oppgaven og fokusgruppedeltagelse går ut på.

Masteroppgaven skriver jeg som del av mitt masterstudie ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Målet er at oppgaven skal være ferdig sommeren 2010. Jeg er utdannet sykepleier, og jobber til daglig som fagansvarlig sykepleier i Felttiltaket, Oslo kommune.

I samtaler jeg har hatt med ansatte i lavterskeltiltak har det fremkommet at de ansatte ofte har en oppfatning av om en person er utsatt for forhøyet overdoserisiko. Det mangler imidlertid ofte språk på denne erfaringskunnskapen. Det er en rekke faktorer som gjør noen mer utsatt enn andre, men dette er ikke alltid informasjon de ansatte har om den enkelte bruker. Det er derfor noe mer og udefinert som gjør at personalet oppfatter den økte overdosefaren. I min oppgave ligger ikke nødvendigvis en antagelse om at overdosene skyldes et ønske om å dø, men en antagelse om at overdose reflekterer den enkeltes psykososiale helsetilstand, og et spørsmål om dette gjenspeiles i de ansattes erfaringer i forkant av overdoser.

Problemstillingen er at ansatte i lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser er lite eller ikke beskrevet. Denne mangelen gjør at man mangler språk i forhold til å beskrive hvordan den rusmiddelavhengige oppleves i tiden før en overdose, og at man i mangelen på beskrivelser av slike situasjoner kan overse viktige tegn på at en beboer er i faresonen. Målsetting med oppgaven er å undersøke de ansatte på lavterskel botiltak sine erfaringer med overdoser hos beboerne, og beskrive deres opplevelser og erfaringer om den psykososiale helsen til de som har tatt overdose i forkant av at det skjer. Mitt forskningsspørsmål er derfor: hvilke erfaringer og opplevelser har ansatte i lavterskel botiltak om en rusmiddelavhengig sin psykososiale helse i forkant av en overdose.

Kunnskapen som kommer frem er beskrivelse av den informasjon jeg får gjennom fokusgruppene og deltagerens opplevelser og inntrykk, men også min tolkning av deltagerens beskrivelser. Resultatene vil derfor ikke ha direkte overføringsverdi, men vil kunne gi andre i liknende situasjoner beskrivelser som de kan vurdere om er

overførbare til egen praksis.

I fokusgrupper brukes interaksjonen mellom gruppedeltagerne som del av datasamlingsmetoden. Slike grupper er velegnet når man ønsker å studere holdninger og erfaringer. Samspillet mellom deltagerne kan bidra til å gi et bredere og mer nyansert bilde av situasjonen.

All informasjon som fremkommer under intervjuene blir behandlet konfidensielt. Du har til enhver tid mulighet til å trekke deg fra undersøkelsen. Den ferdige oppgaven vil bli sendt til intervjustedene og til organisasjonen sentralt. Jeg kommer gjerne og legger frem resultatene om dette er ønskelig.

Tusen takk for at du vil delta, jeg håper undersøkelsen vil bidra til å belyse denne alvorlige problematikken, og at økt kunnskap kan gi mulighet til å forebygge flere overdoser.

Vennlig hilsen Anne Skoglund, tlf: 94209518

Skoglund74@gmail.com

