

MASTEROPPGAVE

Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgningstusjon

En kvalitativ studie om hvordan personer med egenerfaring opplever at samhandling med og mellom døgningstusjoner, poliklinikker og den kommunale rus- og psykisk helsetjenesten bidrar til å forebygge overdosedødsfall etter opphold i døgningstusjon.

Tove de Presno

30.04.2021

Masterstudium i psykososialt arbeid – helse- og sosialfaglig yrkespraksis

Avdeling for helse og velferd



Forord

Jeg vil starte med å takke deltakerne jeg har fått lov til å intervju, som en del av denne prosessen. Uten dem hadde det ikke vært mulig å realisere dette forskningsprosjektet. Takk også til de som har bistått med rekruttering av deltakere.

Takk til min veileder, Eva Marie Toreld ved Høgskolen i Østfold, som har vært en stødig klippe gjennom hele prosessen og gitt nyttige og forståelige tilbakemeldinger.

Takk til min medstudent, Silje, som har fulgt meg gjennom opp- og nedturer gjennom denne prosessen, som har vært svært lærerik, men samtidig svært krevende ved siden av full stilling i kommunehelsetjenesten den første tiden av studiet og i spesialisthelsetjenesten gjennom arbeidet med masterprosjektet.

Takk til lærere og medstudenter på master i psykososialt arbeid på Høgskolen i Østfold, for forelesninger og faglige refleksjoner gjennom fire år.

Sist, men ikke minst, takk til min mann og mine barn, som har holdt ut med en kone og en mamma, som har tilbrakt mange timer med lesing og skriving. Nå er prosjektet ferdigstilt!

Halden, 30. april 2021

Sammendrag

Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med andre land. Vi ligger blant topp tre på statistikken for Europa med gjennomsnittlig 260 dødsfall årlig siden 2003. Det kan være mange årsaker og faktorer som har betydning for disse tallene. Formålet med dette masterprosjektet er av den grunn å innhente nyttig erfaringsbasert kunnskap som et bidrag inn i samfunnets behov for mer forskning innenfor temaet overdoser og overdosedødsfall. Problemstillingen for prosjektet er hvordan personer med egenerfaring opplever samhandlingen med og mellom døgninstitusjoner, poliklinikker og kommunale rus- og psykisk helsetjenester, og om og på hvilken måte dette bidrar til å forebygge overdosedødsfall etter opphold i institusjon.

Metoden som er brukt, er semistrukturerte intervjuer med tre deltakere, som alle på ulikt vis har erfaring med fenomenet overdose. Jeg har hatt et psykososialt perspektiv i arbeidet, og intervjuene er analysert ved bruk av tematisk analysemetode.

I analysen ble det identifisert tre hovedtemaer. Disse tre temaene er a) samhandling mellom personen selv og tjenestene via tjenesteutøverne, samt mellom tjenestenivåene, b) nettverk i form av profesjonelle relasjoner, men også private relasjoner som familie, venner, kollegaer og andre, og c) medisiner som oppleves som hensiktsmessige for personen selv for en avgrenset periode.

Oppsummert tydeliggjør deltakerne gjennom hovedtemaene hvilke faktorer de opplever har betydning for forebygging av overdoser og overdosedødsfall etter opphold i institusjon. I tillegg tydeliggjøres hvordan psykososiale perspektiver knyttet til medvirkning samt relasjoner preget av tillit og anerkjennelse med fokus på mestringsressurser, kan være hensiktsmessige bidrag inn i praksis knyttet til rus og psykisk helse og som mulig kan ha en påvirkning på praksis knyttet til forebygging av overdoser og overdosedødsfall.

Nøkkelord: samhandling, medvirkning, rus, psykisk helse, overdoseforebygging, ettervern

Abstract

Norway has a high number of overdose deaths compared to other countries. We are among the top three for this statistic in Europe, with an average of 260 deaths annually since 2003. There can be many causes and factors that are significant for these numbers. The purpose of this master's project is therefore to obtain useful experience-based knowledge as a contribution to society's need for more research within the topic of overdoses and overdose deaths. The research question for the project is how people with self-experience assess the interaction with and between inpatient institutions, outpatient clinics and municipal substance abuse and mental health services, and whether and in what way this helps to prevent overdose deaths after staying in an institution.

The method used is semi-structured interviews with three participants, who all have different experiences with the phenomenon of overdose. I applied a psychosocial perspective in my work, and the interviews have been analyzed using thematic analysis.

In the analysis, three main themes were identified. These three topics were a) interaction between the person himself and the services via the service practitioners, as well as between service levels, b) networks in the form of professional relationships, but also private relationships such as family, friends, colleagues and others, and c) medications that were perceived as appropriate for the person himself for a limited period.

In summary, the participants clarify through the main themes which factors they perceive to be important for the prevention of overdoses and overdose deaths. Furthermore, it is shown how psychosocial perspectives related to participation as well as relationships characterized by trust and recognition with a focus on coping resources, can be appropriate contributions to practices related to intoxication and mental health. This could potentially have an impact on practices related to overdose prevention and overdose deaths. .

Keywords: interaction, complicity, intoxication, mental health, overdose prevention, aftercare

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema og utvikling av forskningsspørsmål	7
1.2 Presentasjon av problemstilling	9
1.3 Begrepsavklaringer	10
1.4 Oppbygning av oppgaven	10
1.5 Litteratursøk	11
1.6 Overføringsverdi	13
2.0 Relevant forskning og kunnskapsstatus	15
2.1 Overdoseforebygging i Norge.....	15
2.1.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	15
2.1.2 Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»	17
2.1.3 Overdoseforebygging med psykososialt perspektiv	18
2.2 Psykososial tilnærming	20
2.3 Brukermedvirkning og individuell plan.....	23
2.4 Recovery og salutogenese	25
2.5 Sosiale relasjoner.....	28
2.5.1 Terapeutisk relasjon.....	28
2.5.2 Sosialt nettverk	30
2.6 Meningsfull aktivitet.....	31
2.7 Velferdsstaten og samhandling	33
3.0 Metode.....	38
3.1 Kvalitativ metode.....	38
3.2 Datainnsamling.....	39
3.2.1 Utvalg	39
3.2.2 Rekruttering.....	41
3.2.3 Beskrivelse av informantene.....	43
3.2.4 Intervjusituasjonen.....	44
3.3 Tematisk analyse	45
3.4 Etske refleksjoner	46
4.0 Analyse	48
4.1 Koding av hvert enkelt spørsmål	48

4.2 Oppsummering av koding av hvert enkelt spørsmål	55
4.3 Framvekst av hovedtemaer	57
5.0 Diskusjon.....	60
5.1 Samhandling, medvirkning og sosiale relasjoner	60
5.2 Sosiale nettverk, bolig og meningsfull aktivitet.....	65
5.3 Medisiner	69
5.3.1 Legemiddelassistert rehabilitering.....	69
5.3.2 Benzodiazepiner	71
5.3.3 Nalokson neseppray, livreddende førstehjelp og ettervern	72
5.4 Egen motivasjon og støtte	74
6.0 Avslutning	77
6.1 Oppsummering.....	77
6.2 Implikasjoner for praksis	78
Litteraturliste	81
Vedlegg 1: NSD-godkjenning	91
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	94
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	98

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og utvikling av forskningsspørsmål

Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med andre land. Vi ligger blant topp tre på statistikken for Europa med gjennomsnittlig 260 dødsfall årlig siden 2003 (Helsedirektoratet, 2019). Selv om sammenligningen med andre land i Europa må tolkes med varsomhet grunnet ulike analyse- og rapporteringsrutiner samt underrapportering i enkelte land, er tallene fra Folkehelseinstituttet, som viser at antallet har variert rundt et gjennomsnitt på 266 narkotikautløste dødsfall per år i perioden 2003-2018, høye (NOU, 2019).

Det er dokumentert kunnskap om at det er høy risiko for overdosedødsfall den første tiden etter utskrivelse fra institusjon, det være seg løslatelse fra fengsel eller utskrivelse fra behandlingsinstitusjon (Helsedirektoratet, 2019, Gjersing et al., 2011 og Bukten et al., 2017). En forklaring på tallene over kan være den store forskjellen mellom det psykososiale miljøet innenfor og utenfor institusjonen. En person i døgnbehandling eller soning har svært konkrete rammer å forholde seg til. Det er ofte fastsatt når man skal stå opp, når man skal spise og når man skal delta på aktiviteter. Dersom vedkommende ikke sitter innelåst på cellen store deler av døgnet, som er tilfelle for noen, vil personen ofte ha mange andre personer, både medpasienter, medfanger og ansatte rundt seg store deler av tiden, og det er begrenset tilgang på rusmidler. Ofte kreves det avlegging av urinprøve for rusmiddelanalyse, som også kan virke som et forebyggende og trygt tiltak for noen. Når personen blir løslatt eller skrevet ut til egen leilighet, eller i verste fall til ingen egen bopel, er det i hovedsak opp til personene selv å ta ansvar for de trygge og faste rammene, de daglige rutinene og hvilke mennesker de har i nettverket sitt.

I den første overdosestrategien for forebygging av overdoser og overdosedødsfall, *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017*, var det et stort fokus på selve overdosesituasjonen, som kunnskapsformidling om ulike risikofaktorer knyttet til selve rusinntaket, samt livreddende førstehjelp (Helsedirektoratet, 2014b). Dette fokuset er videreført til den nåværende strategien, *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*, samtidig som det nevnes et behov for å vite mer om foranledningen til og omstendighetene rundt det enkelte dødsfallet for å kunne iverksette de riktige tiltakene og forbedre kvaliteten på tjenestene (Helsedirektoratet, 2019). Helsedirektoratet har gjennom overdosearbeidet blitt kritisert for et smalt fokus og for å vektlegge medisinske tiltak på bekostning av rusavhengiges

livssituasjon og eksistensielle behov (Helsedirektoratet, 2019). Flere har hevdet at en langt bredere innsats må til for å kunne få ned antallet overdosedødsfall med vekt på blant annet egnede botiltak, arbeid- og aktivitetstilbud samt bedre og mer sammenhengende behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten og kommunen (ibid). Begrunnelsen til Helsedirektoratet for å velge å holde fast på en smal og spisset strategi, er at det er flere pågående satsinger som nettopp har tiltak rettet mot de områdene som nevnt over, og at overdosearbeidet bør ses i sammenheng med disse satsingene, som *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* i regi av Helse- og omsorgsdepartementet (2015), *Bolig for velferd*, Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020) i regi av Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014), *Redusert tilbakefall til ny kriminalitet*, Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017-2021) i regi av Justis- og beredskapsdepartementet (2017), *Pakkeforløp psykisk helse og rus samt somatikk* i regi av Helsedirektoratet (2018), *Nasjonal strategi mot hepatitter (2018-2023)* i regi av Helse- og omsorgsdepartementet (2018) og *Ny handlingsplan mot selvmord*, som for øvrig ble lansert høsten 2020 av Helse- og omsorgsdepartementet (*Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025)*). *Ingen å miste*).

Med nullvisjonen på overdosefeltet, *Vi har en visjon om at samfunnet skal bistå brukere av illegale rusmidler på en slik måte at ingen mister livet av sitt rusmiddelbruk*.

(Helsedirektoratet, 2019) og den nåværende strategien som bakteppe, ønsket jeg å forske på dette feltet. Jeg ønsket å se nærmere på hvilke forhold personer med egenerfaring beskriver som faktorer som kan ha betydning for forebygging av overdosedødsfall etter institusjonsopphold, siden forskningen sier at det er den første tiden etter utskrivelsen eller løslatelsen, som er den mest sårbare og risikofylte med tanke på overdose og overdosedødsfall, som nevnt tidlig i innledningen. Det er mange ulike fagpersoner og instanser som er eller kan være involvert under og i etterkant av institusjonsoppholdet. Med bakgrunn i egen yrkeserfaring fra rusfeltet hadde jeg en antagelse om at hvorvidt og hvordan disse samhandler vil kunne ha betydning for forebygging av overdosedødsfall. Jeg var av den grunn interessert i hvordan personer med egenerfaring opplever og beskriver denne samhandlingen. Brukermedvirkning er sentralt i en persons bedringsprosess, og av den grunn var jeg også interessert i hvordan personer med egenerfaring opplever og beskriver egen innflytelse under oppholdet samt vedrørende utskrivelses- eller løslatelsesprosessen.

Med dette som bakgrunn, utviklet det seg noen interessante spørsmål, som jeg vurderte kunne danne grunnlag for forskning på og nyttig kunnskap om forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgninstitusjon;

-Hvilke forhold, som kan ha betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon, framkommer i beskrivelsene fra personer med egenerfaring?

-Hvordan beskriver personer med egenerfaring sin opplevelse av samhandling mellom institusjon, poliklinikk og den kommunale rus- og psykisk helsetjenesten med mål om å forebygge overdose og overdosedødsfall?

-Hvordan beskriver personer med egenerfaring sin opplevelse av egen innflytelse på forberedelsene til hverdagen etter utskrivning/ løslatelse?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med ovennevnte kunnskapsstatus som bakteppe, kom jeg fram til følgende problemstilling for dette prosjektet:

«Hvordan opplever personer med egenerfaring at samhandling med og mellom døgninstitusjoner, poliklinikker og kommunale rus- og psykisk helsetjenester bidrar til å forebygge overdosedødsfall etter opphold i døgninstitusjon?»

Jeg ønsket av ovennevnte behov for mer kunnskap, å se nærmere på forebygging av overdosedødsfall i lys av et psykososialt perspektiv i mitt prosjekt. Jeg ønsket å utforske hvilke forhold personer med egenerfaring beskriver som faktorer som kan ha betydning for å forebygge overdosedødsfall etter opphold i institusjon. Ville de selv vektlegge andre faktorer enn motgift og livreddende førstehjelp slik kritikken av overdosestrategien henviser til?

Man kan jo undres på hva det er som bidrar til at noen utsetter seg for en risiko for overdose og i verste fall med døden til følge, etter at man har vært rusfri over en lengre periode, som etter døgnbehandling eller soningsopphold. En undersøkelse publisert i 2014 av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, viste at 7 av 10 svarte at de mangelte ettervern etter behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Omtrent like mange av deltakerne i undersøkelsen, uttrykte at personalet i institusjonen ikke forberedte dem på tiden etter utskrivning og at hjelpen de hadde mottatt i kommunen, var lite tilfredsstillende (Dahl, 2019). Noe av forklaringen i ovennevnte undring, kan kanskje ligge i nettopp den

sårbare overgangen en utskrivelse og en løslatelse er og at ettervernet representerer en svært viktig del av rusbehandlingen, som også Dahl (2019) beskriver det oppsummert slik;

«Først når de som gjennomgår rusbehandling, har kommet seg inn i samfunnet igjen, er vi i mål med vårt ansvar overfor dem som har falt utenfor.» (Dahl, 2019, s. 310).

I den nye rusreformen beskrives det også innspill utvalget av utredningen har fått knyttet til oppfølging av pasienter etter utskrivning fra døgnsbehandling i rusinstitusjon. Der kommer det fram at mange opplever det som paradoksalt at man investerer store ressurser i behandling uten å sikre at effekten av behandling vedlikeholdes etter institusjonsopphold, når kunnskapsgrunnlaget tilsier at tilbakefallsrisikoen etter rusbehandling er høy. Spesielt fra brukerorganisasjonene på rusfeltet, er det pekt på behov for å rettighetsfeste oppfølgingstjenester etter rusbehandling (NOU, 2019).

1.3 Begrepsavklaringer

I dette prosjektet vil det relativt ofte nevnes *personer med problematisk bruk av rusmidler*. Disse personene vil i hovedsak bli presentert som nettopp personer, men de vil også bli presentert som *den andre*, som *tjenestemottaker* og noen ganger som *bruker*, *rusavhengig*, *rusmisbruker* og *pasient*. Grunnen til at det gjennom teksten vil bli brukt ulike benevnelser, handler i hovedsak om at den ulike litteraturen omtaler de nevnte personene på ulik måte.

Problematiske bruk av rusmidler beskriver nettopp bruken av rusmidler som problematisk for personen det gjelder. Rusmidler kan benyttes og brukes uten at personen selv opplever det som problematisk, men i dette prosjektet handler det om bruk av rusmidler som oppleves som problematisk bruk av personen selv. Det vil gjennom teksten nevnes ulike beskrivelser som *rusproblem*, *rusmiddelbruk* og *rusmiddellidelser*. Dette handler om, som nevnt over, at ulike litteratur bruker ulike beskrivelser.

1.4 Oppbygning av oppgaven

Dette masterprosjektet henter sitt empiriske grunnlag fra intervjuer med personer som selv har erfaring med overdoser og/ eller erfaringer knyttet til fare for overdose etter opphold i døgnsinstitusjoner.

Kapittel 2 vil gi en oversikt over relevant forskning og kunnskapsstatus med spesielt fokus på det overdoseforebyggende arbeidet, men også mer generell forskning innen feltet rus og psykisk helse både på systemnivå og på individnivå.

I kapittel 3 blir metode presentert og diskutert knyttet til vitenskapsteoretisk kunnskapssyn, innhenting av data samt etiske refleksjoner.

I kapittel 4 blir materialet og analysen av dette presentert.

I kapittel 5 blir hovedtemaene som vokste frem gjennom analyseprosessen presentert og drøftet opp mot relevant forskning.

I kapittel 6 oppsummeres hovedtemaenes betydning med fokus på et psykososialt perspektiv i det overdoseforebyggende arbeidet.

1.5 Litteratursøk

Da forebygging av overdosedødsfall står sentralt i dette prosjektet, var det naturlig å søke litteratur med nettopp disse nøkkelordene. Jeg søkte da på Google Scholar på søkestrengene *overdose prevention*, som gav 165 000 resultater, og *psykososiale forhold forebygge overdose*, som gav 292 resultater. På avansert søk i Oria med søkeordene *overdose forebygg**, gav det 69 treff, hovedsakelig norske publikasjoner. Jeg har søkt i *Social Care Online* og *Swemed* med søkeordene *prevent drug overdose* hvor det kom henholdsvis 7 og 2 treff. En grunn til at det kommer opp veldig mange resultater i Google Scholar, kan være grunnet den utbredte bruken av opioider i særlig USA, hvor mye av litteraturen som kommer opp omhandler dette. Naloxon nesespray som motgift mot opioider og metadon som substitusjonsbehandling har også et stort fokus i litteraturen både nasjonalt og internasjonalt angående det overdoseforebyggende arbeidet. Grunnen til at det i Swemed kun kommer opp 2 treff, kan være at det i Sverige er mest utbredt med Amfetamin (Bukten et al., 2017) og at det kan være en årsak til at de har færre overdosedødsfall og derav mindre fokus og mindre forskning på dette området i vårt naboland.

Det jeg har sett i litteraturen angående overdoser, er et stort medisinsk fokus, som også den nasjonale overdosestrategien er preget av. Det er mye fokus på ulike rusmidler, risikoen ved blandingsmisbruk, høyere og lavere risiko knyttet til ulike inntaksmåter, skade- og

smitteforbyggende arbeid, kunnskapsformidling om smitterisiko ved deling av utstyr samt kunnskapsformidling om livreddende førstehjelp og utdeling av motgift, i hovedsak Nalokson nesespray. Det er også mye fokus på legemiddelassistert behandling i det overdoseforebyggende arbeidet.

Det er, som beskrevet, substitusjonsbehandling og motgift som dominerer litteraturen om overdoser, overdosedødsfall og overdoseforebygging. Da jeg har valgt å se på det overdoseforebyggende arbeidet i et psykososialt perspektiv, som også overdosestrategien etterlyser ved å påpeke et behov for mer forskning som omhandler foranledningen og omstendighetene rundt overdosesituasjonen, så jeg meg nødt til å utvide søket i litteraturen til å omhandle mer enn kun overdoser og overdoseforebygging. Jeg valgte da å fokusere på litteratur som omhandlet rus- og psykisk helsearbeid og utvidelsen av- og omfanget av litteratur er preget av snøballmetoden hvor referanser jeg fant interessante for prosjektet, ble undersøkt og hvor det derav igjen dukket opp enda flere interessante referanser. Da dette prosjektet har et psykososialt perspektiv, så jeg det som svært aktuelt å søke litteratur som omhandler relevante begreper innen det psykososiale fagfeltet. Da jeg skulle intervju personer som har fått et bedre liv, så jeg det også som svært aktuelt å søke litteratur om bedringsprosesser. Jeg har da sett på teori om salutogenese, recovery, brukermedvirkning, problematisk rusmiddelbruk, krevende livserfaringer, omsorgssvikt, psykisk helsearbeid og sosial kapital. Jeg har søkt og sett på nasjonale retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet vedrørende rusomsorg og psykisk helsearbeid, samt referanser der.

Det som viste seg å være gjennomgående i litteraturen om rus- og psykisk helsearbeid og bedringsprosesser, var det å ha noe meningsfullt å fylle dagene med, å ha støttende personer rundt seg, og å føle at man medvirker i sin egen prosess. Materielle ressurser som en stabil inntekt og et egnet sted å bo er naturlig nok også vektlagt som viktige faktorer i en bedringsprosess, men i dette prosjektet har ikke disse to faktorene blitt viet egne avsnitt i teorikapitlet. Det jeg har sett gjennom min søken etter relevant litteratur, er at det er mye fokus på de tre ovennevnte faktorene, meningsfull aktivitet, sosiale relasjoner og brukermedvirkning, og av den grunn har jeg valgt å presentere dette nærmere i teorikapitlet.

1.6 Overføringsverdi

Dette prosjektet vil, slik jeg ser det, kunne ha overføringsverdi til andre områder enn kun overdoseforebygging. Tilbakefallsstudier viser at siktede for narkotikalovbrudd har høyere tilbakefallsprosent enn siktede i andre lovbruddsgrupper, og de fleste domfelte for narkotikalovbrudd, viser seg å være brukere av narkotika og ikke profittmaksimerende selgere/ bakmenn ifølge den nye rusreformen «Fra straff til hjelp» (NOU, 2019). Dette tydeliggjør at innsatte som hadde et problematisk rusmiddelbruk før soning, utgjør en særlig sårbar gruppe som har behov for omfattende hjelpetiltak innen helse- og omsorgstjenesten og/ eller spesialisthelsetjenesten. Det er dokumentert at mange av de som er i behandling innen psykisk helsevern ofte har et samtidig problematisk rusmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2012 og SIFER, 2020). Samtidig synes mange overdosedødsfall å ha bakgrunn i likegyldighet til om en lever eller dør og at denne likegyldigheten har en sammenheng med livssituasjonen (Helsedirektoratet, 2019). I den foregående handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading, 2014-2017, beskrives det at mange personer med rusmiddelproblemer har en eller flere ganger satt overdose med hensikt for å dø (Helsedirektoratet, 2014a). I den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord (2020-2025), «*Ingen å miste*», beskrives det at psykososiale forhold har stor betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet, at overganger, som utskrivninger fra døgnopphold, er høyrisikoperioder, og at det ofte er svikt i samhandling og mangel på behandlingsplaner/ kriseplaner samt at oppfølging etter utskrivelse er sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). En opplevelse av likegyldighet til om man lever eller dør, kan henge sammen med at livssituasjonen oppleves som håpløs eller brått har blitt forverret. Det kan være knyttet til bosituasjonen, somatiske plager, psykiske plager eller andre viktige forhold i livet, noe som understreker at hele spekteret av innsatser på psykisk helse- og rusmiddelfeltet har betydning i både selvmords- og overdoseforebyggende arbeid (ibid).

Med denne kunnskapen, vil kanskje dette forskningsprosjektet også kunne ha en overføringsverdi til arbeidet med forebygging av selvmord samt tilbakefalls- og svingdørsproblematikk for personer med utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk. Dette fordi psykiske lidelser, kriminalitet og selvmordsproblematikk ofte har tilknytning til komplekse psykososiale utfordringer. Når man ser på kompleksiteten og sammenhengen mellom psykisk helsevern, TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og

fengsel, vil det dog være stor sannsynlighet for at resultatet av denne forskningen også vil kunne ha en overføringsverdi til døgninstitusjoner innen psykisk helsevern.

2.0 Relevant forskning og kunnskapsstatus

2.1 Overdoseforebygging i Norge

Det kan være ulike årsaker til de høye tallene på overdosedødsfall i Norge. En av årsakene kan være at det i Norge er en utbredt injiseringskultur (Bukten et al., 2017), og risikoen for overdose er større ved injisering enn ved andre inntaksmåter (Helsedirektoratet, 2014b, Helsedirektoratet, 2019 og Bramness og Madah-Amiri, 2017). En annen årsak, kan være at det overdoseforebyggende arbeidet fram til i dag, har hatt hovedfokus på personer som har oppgitt heroin som hovedrusmiddel (Helsedirektoratet, 2014b og Helsedirektoratet, 2019, Pasientsikkerhetsprogrammet, 2013). Samtidig er det i dag mye kunnskap om at de fleste som bruker illegale rusmidler samt legale rusmidler på en annen måte enn foreskrevet av lege, bruker flere enn ett rusmiddel og det er kunnskap om at risikoen for overdose er forhøyet ved blandingsmisbruk (Helsedirektoratet, 2014b og Helsedirektoratet, 2019). Samtidig er det en nedgang i bruk av heroin, men en økning i bruk av andre opioider. I 2006 skyldtes nærmere halvparten av overdosedødsfallene i Norge heroin. Ti år senere, i 2016 skyldtes et flertall av overdosedødsfallene andre opioider, blant annet sterke smertestillende medisiner som Oksykodon. Antall personer som fikk foreskrevet Oksykodon én gang økte fra 9000 i 2005 til 56000 personer i 2017. Om overdosedødsfallene har en sammenheng med økt forskrivning eller om det kommer av endring i bruksmønstre og det illegale markedet, er noe Helsedirektoratet har uttrykt å ha fokus på fremover (Helsedirektoratet, 2019). Før jeg går mer i dybden av det psykososiale perspektivet i det overdoseforebyggende arbeidet, vil jeg presentere nærmere det som dominerer det nåværende fokuset i overdosestrategien, som nevnt i pkt. 1.1 og 1.5, henholdsvis substitusjonsbehandling og kunnskapsformidling.

2.1.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Substitusjonsbehandling er det eneste behandlingstiltaket som radikalt reduserer overdosedødeligheten blant opioidbrukere, står det i den nåværende nasjonale overdosestrategien (Helsedirektoratet, 2019). I 2010 utgav Helsedirektoratet en *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Formålet med legemiddelassistert rehabilitering ble beskrevet til å være

«...å bidra til at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes

optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengigheten og faren for overdosedødsfall.» (Helsedirektoratet, 2010, s.3).

Det står videre i retningslinjen at substitusjonsbehandling av opioidavhengighet skal vurderes i et flerårig, eventuelt livslangt perspektiv. Substitusjonslegemiddelet skal inngå som et deltiltak i et helhetlig og omfattende rehabiliteringsforløp, og at dette stiller store krav til samhandling mellom og samordning av tjenestene, samt til pasientmedvirkning. Videre uttrykkes det at substitusjonsbehandling normalt ikke skal være førstevalget i behandling for opiatavhengighet, med mindre man etter en helhetsvurdering av pasienten finner at LAR vil være det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. Pasientens alder skal tillegges særskilt vekt ved vurdering av om LAR skal tilbys, og indikasjon for LAR er opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010). I LAR-retningslinjen omtales den andre som pasient, og av den grunn har jeg valgt å gjengi dette begrepet om den andre her i dette avsnittet. LAR handler mye om legemidler, som naturlig nok har et medisinsk fokus. I tillegg fikk personer med problematisk bruk av rusmidler pasientrettigheter fra 1. januar 2004 og spesialisthelsetjenesten fikk da ansvar for behandlingstiltakene for personer med utfordringer knyttet til bruk av rusmidler (Helsedepartementet, 2004). Dette kan være en forklaring på hvorfor det i noe litteratur innen rus og psykisk helse nevnes pasienter mens det i annen litteratur nevnes brukere.

Forskningen har vist at substitusjonsbehandling av heroinavhengighet reduserer vedkommende sitt forbruk av heroin, reduserer dødeligheten og bedrer livskvaliteten. Dersom behandlingen kombineres med psykososial rehabilitering, øker effekten. Å sikre bolig med tilfredsstillende oppfølging er særlig viktig, samt bistand til utdanning, arbeid eller annen meningsfull aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Det er dog påvist økt dødelighet ved avslutning av behandling, slik at de som selv ønsker å avslutte behandlingen, bør få tilbud om tett oppfølging og raskt få tilbud om fornyet substitusjonsbehandling dersom de får tilbakefall til illegalt bruk (ibid). Substitusjonslegemidler er også sterkt avhengighetsskapende og det har vist seg at disse legemidlene har stor gateverdi (ibid).

Streng kontroll og til dels lange ventelister for å komme med i LAR har medført et sterkt press for å liberalisere rammeverket rundt substitusjonsbehandling de siste årene. På den annen side har den mangelfulle psykososiale rehabiliteringen som LAR-evalueringen avdekket (Seraf, 2018), og de økte problemer knyttet til lekkasje av

substitusjonslegemidler til et illegalt marked, også ført til forslag om å øke kontrollen. Statusrapporten for LAR fra 2017 viste at det var flere metadondødsfall (som er et LAR-medikament) enn heroindødsfall i Norge, og de fleste av de som døde etter inntak av metadon, var ikke pasienter i LAR. Dette viser et stort behov for ny kunnskap på dette området (Helsedirektoratet, 2019). Anbefalingene i LAR-retningslinjen fra 2010, skal jevnlig vurderes av SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning) i lys av ny forskning. En fullstendig revisjon av retningslinjen var planlagt gjennomført i 2015 (Helsedirektoratet, 2010). Den er stadig ikke fullstendig revidert, og i den pågående overdosestrategien beskrives det at Helsedirektoratet vil arbeide for økt tilgang til LAR, inkludert lavterskel substitusjonsbehandling i LAR som et ledd i revisjonen av LAR-retningslinjen. Med lavterskel menes å redusere unødige terskler for å kunne motta nødvendig behandling, som krav til henvisning, krav til avrusning før oppstart og krav til urinprøvetaking (Helsedirektoratet, 2019). Som nevnt her i pkt. 2.1.1 eksisterer det delte meninger angående rammeverket rundt substitusjonsbehandling, og det blir spennende å se hvordan den nye retningslinjen vil forholde seg til dette.

2.1.2 Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»

Søker man på *forebygge overdosedødsfall* kommer pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* fram med en tiltakspakke for *Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon*. Den fokuserer på at det skal gjennomføres en innkomstsamtale hvor man kartlegger personens rusbruk samt informerer om faren for overdose og overdosedødsfall ved blandingsmisbruk, ved injisering, ved bruk alene og ved bruk etter et opphold på 3-8 dager. I tillegg til kunnskapsformidling om risikofaktorer for overdose, skal det også gis informasjon om og opplæring i kameratredning, som omhandler bruk av motgift samt annen livreddende førstehjelp. Jeg vil komme litt tilbake til dette i kap. 5. Programmet inneholder også et punkt hvor det skal utarbeides en kriseplan, som iverksettes etter utskrivelse/ løslatelse og en utskrivningssamtale hvor det gjerne gjentas informasjon om risikofaktorer og at personen ikke skal utskrives eller løslates uten å ha en *Time i hånden*, altså en avtale utenfor institusjon enten med fastlege, behandler ved poliklinikk eller ruskonsulent i kommunen (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2013). Denne tiltakspakken ble utarbeidet i henhold til *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017* i regi av Helsedirektoratet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, på grunnlag av kunnskapen om økt risiko for overdose og overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgninstitusjon. En evaluering av et pilotprosjekt angående dette – *Forebygging av*

overdosedødsfall, 12.02-31.05.13 ved Oslo Universitetssykehus HF, Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen, Seksjon rusakutt og avgiftning, Rusakutt og Døgnerhet, viste at inntakssamtalen med informasjon stort sett gikk bra. Det viste seg dog å være utfordringer videre med implementeringen av det resterende i tiltakspakken. Tre hovedutfordringer var; *kun* de som var registrert med opiat eller GHB som hovedrusmiddel, var tenkt aktuelle kandidater for prosjektet. Dette utelukker jo allerede en del aktuelle kandidater. Det er mange som da kan oppgi eksempelvis Amfetamin som hovedrusmiddel, men som av og til også bruker opiater. Det var uklareheter angående *hvem* som hadde hovedansvaret for gjennomføringen av programmet, og de som avsluttet oppholdet før planlagt utskrivning, fikk da ofte ikke utarbeidet kriseplan eller en avtalt «time i hånden» (Kunnskapssenteret, 2013). Pasientsikkerhetsprogrammet viser at det jobbes en god del med det overdoseforebyggende arbeidet i Norge både i rusbehandlingsinstitusjoner og i fengsler. Innsatsområdet *Overdosedødsfall etter fengsel* ble lansert høsten 2016 som et resultat av *Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet* og som en videreføring av innsatsområdet *Forebygging av overdosedødsfall* (Deloitte, 2017). Samtidig fremkommer det et behov for mer kunnskapsbasert og erfaringsbasert forskning for å iverksette og implementere de riktige tiltakene og forbedre kvaliteten på tjenestene som nevnt i overdosestrategien, noe jeg ønsket å se nærmere på gjennom dette prosjektet ved å innhente nyttig erfaringsbasert kunnskap ved å intervju personer med egen erfaring.

2.1.3 Overdoseforebygging med psykososialt perspektiv

Etter åtte års praksiserfaring som sykepleier og spesialsykepleier innenfor feltet rus og psykisk helse, både fra lavterskeltiltak, oppfølgingstjenesten og fra spesialisthelsetjenesten, har jeg opparbeidet en del kunnskap innenfor dette fagfeltet. Som et resultat av dette, har jeg selv utviklet noen tanker om det som ofte betegnes som beskyttelsesfaktorer for tilbakefall til problematisk rusmiddelbruk, som er en forutsetning for risiko for overdose og eventuelt overdosedødsfall. Det å ha minst én person man har en god relasjon til, der hvor samhandlingen mellom institusjonen og oppfølgingstjenesten fungerer godt, egen og egnet bolig, en meningsfull aktivitet å delta i og hvor man kan opparbeide seg et nytt nettverk, vil blant annet være beskyttelsesfaktorer, slik jeg oppfatter det. Dette sier også forskningen innen fagfeltet rus og psykisk helse en del om (Soggiu og Biong, 2017, Gjersing et al., 2011 og Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Jeg vil presentere dette nærmere senere i dette kapittelet. Selv om den teoretiske kunnskapen er kjent, viste

allikevel en rapport fra SIRUS at 2 av 3 ble løslatt uten bolig, arbeid og/ eller med behov for behandling (Falck, 2015). I den nåværende strategien for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff, «Redusert tilbakefall til ny kriminalitet 2017-2021» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017), beskrives det at rundt halvparten (56 %) av de innsatte flytter inn i egen bolig etter løslatelsen, og under halvparten (42 %) av innsatte har jobb eller skole å gå til etter løslatelsen. To av tre innsatte (65 %) har utfordringer knyttet til skadelig bruk av rusmidler og ni av ti har utfordringer knyttet til psykisk helse. Tallene er hentet fra en landsomfattende intervjuundersøkelse gjennomført av Statistisk Sentralbyrå (SSB) i 2014 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017).

Jeg har ikke funnet lignende tall vedrørende personer som blir skrevet ut fra døgnbehandling, men ifølge en Sintef-rapport fra 2013 om unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter, kunne et betydelig antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten vært unngått om kommunale tilbud, særlig bolig, var på plass. Rapporten viste videre at årsaken til at pasientene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling som var registrert som utskrivningsklare, ikke ble skrevet ut, var stort sett at de manglet et egnet kommunalt botilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Da denne rapporten ble skrevet, var det ikke innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Dette ble kommunene pålagt gjennom samhandlingsreformen vedrørende utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten innen somatikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det jeg dog har sett og erfart i praksis både før og etter at betalingsplikten også ble gjeldende for pasienter innen psykisk helsevern og TSB (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), er at i noen tilfeller har ikke kommunene et tilbud klart når pasienten meldes som utskrivningsklar slik at de velger og ser seg ofte nødt til å betale for overliggende døgn. En bakdel med denne betalingsplikten, er at noen blir skrevet ut til et botilbud som ikke er egnet, som eksempelvis en midlertidig bolig. Et soningsforløp derimot har en sluttdato å forholde seg til, og dersom den innsatte ikke har tilgang til en bolig ved løslatelsen, vil personen allikevel bli løslatt. Dette kan forklare tallene som viser at nesten halvparten av de løslatte ikke har en egen bolig å flytte inn i etter løslatelsen, som nevnt over.

Som nevnt i pkt. 1.5 angående litteratur om utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk og psykisk helse, har jeg sett at det legges stor vekt på betydningen av sosiale relasjoner og en meningsfull aktivitet i hverdagen, i bedringsprosesser (Biong og

Ravndal, 2009, Borg, 2012, Karlsson og Borg, 2017, Lindstrøm og Eriksson, 2015, Schafft, 2013 og Veseth og Skjølberg, 2016). Mine forhåndsantakelser ut fra egen praksiserfaring samt tidligere forskning, er at sannsynligheten for å ta en overdose kort tid etter at man er løslatt eller skrevet ut av institusjon, vil være større dersom man ikke har egnet bolig, en aktivitet i hverdagen å delta i og/ eller et nettverk rundt seg som ikke har utfordringer knyttet til rus. Utfordringer knyttet til rus har ofte sammenheng med utfordringer knyttet til psykisk helse, som igjen ofte har sammenheng med psykososiale utfordringer som nettverk, arbeid og utdanning, økonomi og boligsituasjon (Helsedirektoratet, 2012). Med denne kunnskapen som utgangspunkt, mente jeg det ville være hensiktsmessig å utforske om disse faktorene bidro til å forebygge tilbakefall til rus, overdose og overdosedødsfall hos mine utvalgte informanter, og om samhandlingen med og mellom institusjonen og kommunen hadde noen betydning.

Som nevnt over, sier tidligere forskning innenfor fagfeltet rus og psykisk helse en del om sosiale relasjoner og nettverk og en meningsfull aktivitet i hverdagen. I tillegg er det mye fokus på involvering av personen selv samt viktigheten av samhandling mellom de aktuelle aktører i personens nettverk. Denne kompleksiteten av faktorer som alle spiller en rolle i en recoveryprosess, kan utforskes ved hjelp av teori om salutogenese samt gjennom en psykososial tilnærming til de nevnte faktorer. Det vil av den grunn senere i dette kapittelet bli presentert teori om ovennevnte faktorer, som senere vil bli drøftet opp mot analyseresultatene.

2.2 Psykososial tilnærming

En psykososial forståelse er ifølge Kristoffersen (2015) preget av en fenomenologisk vitenskapsteori og vektlegger personen som et helt menneske, både fysiologisk, psykologisk og sosialt, som en person i verden. Fenomenologisk teori vektlegger den andres beskrivelse av seg selv og sine omgivelser slik personen subjektivt opplever sin egen situasjon (Kristoffersen, 2015). På den annen side fokuserer den naturvitenskapelige teorien på menneskekroppen som en biologisk dimensjon hvor kroppen betraktes som en hel maskin som følger de samme mekaniske lover som resten av naturen, og som anvender medisinsk teori som grunnlag for å objektivt forklare situasjonen (ibid). Legevitenskapen er ubetinget uvurderlig i behandlingen av de fleste somatiske lidelser, men ved et mer helhetlig menneskesyn, vil man kanskje oppdage at eksempelvis ulike typer smerter ikke

alltid kan forklares medisinsk, men det kan være tildekkende uttrykk for smertelige, men skjulte inntrykk (Kirkengen og Næss, 2015).

Skal man så videre kunne få innsikt i disse indre smerter, vil man nødvendigvis måtte åpne opp for et rom hvor det er plass til å kunne ta imot og håndtere ulike narrativer. Sentrale begrep i den psykososiale teorien er relasjon, kontekst og narrativer som utvikles gjennom en prosess. Kommunikasjonen med den andre beskrives som mer enn bare en samtale (Del Busso, 2014). Man legger sammen kroppslige uttrykk og bevegelser med hva som blir kommunisert verbalt, og samtalen med den andre kan beskrives som et mer helhetlig samvær. Killén (2004) beskriver adferd som en klarere kommunikasjon enn den verbale (Killén, 2004). Det er samtidig viktig å ha med seg at det vi forteller om oss selv og våre opplevelser, er formet av samværet og relasjonen vi har til mottakeren (Del Busso, 2014), og man må være bevisst på det refleksive perspektivet. Refleksivitet kan beskrives som en kontinuerlig bevisstgjøring av praksisutøverens egne holdninger, verdier, følelser og opplevelser i samværet/ relasjonen med den andre (Del Busso, 2014). Man må være til stede her og nå, og det må mulig en anstrengelse til for å forstå kompleksiteten i personens narrativ og adferd. Jeg vil komme nærmere inn på dette under pkt. 2.5.1 om *Terapeutisk relasjon*.

I psykososial forståelse er det vesentlig å se på den andre som et subjekt og ikke som et objekt eller en diagnose, som hovedsakelig vektlegges ut fra en medisinsk forståelse (Nissen og Skærbæk, 2014). Ut fra en medisinsk forståelse vektlegges eksempelvis diagnosen ADHD og ikke *hvorfor* pasienten utagerer, som er en viktig tilnærming i psykososial forståelse. I den dominerende og tradisjonelle litteraturen som omhandler psykiske lidelser, blir ofte emosjon, kroppslighet, kontekst og livssituasjon neglisjert (Del Busso, 2014). Samtidig må man passe seg for å ikke utelukke helt det ene fremfor det andre. Dersom man eksempelvis kun fokuserer på *hvorfor* pasienten utagerer, kan man risikere å neglisjere rettigheter, som eksempelvis diagnosen ADHD kan gi. I noen tilfeller kan også diagnosen fungere som en mulig forklaring som man benytter for å forstå seg selv og andre. Det er viktig å kunne se både begrensningene og mulighetene de ulike forståelsene, henholdsvis medisinsk og psykososial, vektlegger, for å kunne gi et best mulig tjenestetilbud. Som Aaron Antonovsky beskriver i sin teori om salutogenese, kan en patogen tilnærming være hensiktsmessig og nyttig ved eksempelvis akuttmedisin, men den kan bli snever om man prøver å forstå sykdom som sådan. Man kan da gå glipp av nyttige narrativer, som kan beskrive de bakenforliggende årsakene til personens helsetilstand

(Antonovsky, 2012). En psykososial tilnærming vil være særlig hensiktsmessig ved psykisk helse- og rusutfordringer, som ofte har sammenheng med livshendelser (Karlsson og Borg, 2017). Legger man til *bio*, slik at man får en *bio-psykososial* tilnærming, vil dette bidra til en enda bredere forståelse. Mennesket blir da forstått som en kroppslig, sosial, mental og åndelig helhet (Svalastog, Kristoffersen og Lile, 2019).

I rusomsorgen har det vært en del diskusjoner om hva som kom først av «høna og egget»; psykisk lidelse som har ført til rusavhengighet, eller rusavhengighet som har ført til psykisk lidelse (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006). Ulike undersøkelser viser dog at de fleste (75%) hadde en psykisk lidelse før ruslidelse (Løvaas og Dahl, 2013). Den biopsykososiale modellen kan bidra til å forklare hvordan psykisk lidelse i noen tilfeller har ført til utvikling av en rusavhengighet ved at noen benytter rusmidler som selvmedisinering for å håndtere psykisk eller fysisk smerte eller sosialt krevende situasjoner (Wangenstein og Aamodt, 2019). For personer med stor grad av komorbide lidelser, er det vanlig med hyppige innleggelser samt mangeårig oppfølging (Løvaas og Dahl, 2013). Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er eksempler på personer med komplekse utfordringer da undersøkelser viser at omfanget av ROP-lidelser (samtidig rus- og psykisk lidelse) er stort innen TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og psykisk helsevern, samt blant innsatte i fengsel og blant personer uten fast bopel (Helsedirektoratet, 2012, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014 og Justis- og beredskapsdepartementet, 2017). Som nevnt over, kan en diagnose oppleves som en lettelse for noen, men som et stigma og en belastning for andre (Svalastog, Kristoffersen og Lile, 2019). En diagnose knyttet til rusmiddelavhengighet, gir personen pasientrettigheter, samtidig kan det være vanskelig å få skrevet ut medikamenter mot søvn- og angstplager eller mot smerter dersom man har fått en slik diagnose. Dette kan mulig ha påvirkning på ovennevnte utfordringer knyttet til hyppige innleggelser og mangeårig oppfølging for personer med stor grad av komorbide lidelser. Dette vil jeg komme tilbake til i kap. 5.

Verdens helseorganisasjon (WHO) sier at *Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære – ikke bare fravær av sykdom eller svakhet* (WHO, 2021). Min erfaring fra praksis viser at personer med problematisk bruk av rusmidler svært ofte samtidig har en eller flere psykiske lidelser, og de strever ofte både med opplevelse av god helse, slik den er definert av WHO, og opplevelse av gode psykososiale forhold, som også er uttrykt i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). Med gode psykososiale forhold mener jeg

tilfredsstillende boforhold, tilfredsstillende økonomisk situasjon, tilfredsstillende sosialt nettverk og tilfredsstillende helse. Med tilfredsstillende boforhold mener jeg at man har en fast bopel hvor man kan låse døren, skjerme seg og samtidig føle trygghet, og jeg tar utgangspunkt i at en tilfredsstillende økonomisk situasjon forstås som å ha en stabil og forutsigbar inntekt. Med tilfredsstillende sosialt nettverk mener jeg at man har en eller flere relasjoner til andre personer, som man opplever som positive, og for å ha en opplevelse av tilfredsstillende helse, vil jeg definere det som at man ikke har fysiske eller psykiske plager som bidrar til å senke livskvaliteten.

Som også Nissen og Skærbæk (2014) og Helsedirektoratet (2012) beskriver, er personer med utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk og psykisk helse eksempler på personer med komplekse utfordringer og sammensatte hjelpebehov hvor man må tenke helhetlig og ikke skille mellom eksempelvis psykisk helsearbeid, rusomsorg og sosialfaglig yrkespraksis, men yte tjenester ut fra den andres behov, som også NOU 2010:3 og NOU 2019:26 anbefaler. NOU 2010:3 beskriver blant annet integrert behandling ved ruslidelse og samtidig annen psykisk lidelse, individuell plan, aktivt oppsøkende virksomhet, godt planlagte utskrivninger fra døgnavdelinger og etablering og vedlikehold av trygg boligsituasjon, som noen av viktige faktorer for god praksis i kapittelet som omhandler rus, psykisk helse og vold. NOU 2019:26 beskriver oppfølgingstjenester som en pakke av ulike tjenester, som kan være svært forskjellige avhengig av den enkeltes situasjon, ønsker og behov, i kapittelet som omhandler *Tjenestetilbud og tiltak overfor personer med rusproblematikk*. Oppfølgingstjenester kan ytes fra forskjellige sektorer og kan omfatte samtaler med ruskonsulent, videre behandling i poliklinikk, hjelp til å finne bolig og praktisk bistand til å mestre boforhold. Det kan også inkludere økonomiske ytelser fra NAV, gjelds- og økonomirådgivning eller bistand til å komme i arbeid eller inn i kvalifiserings- eller utdanningsløp (NOU, 2019).

2.3 Brukermedvirkning og individuell plan

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, jamfør kapittel 3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsedirektoratet (2017) beskriver at brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Brukermedvirkning innebærer at brukeren føler seg sett, respektert og anerkjent ved å kunne påvirke

omgivelsene gjennom egne valg og ressurser. Det vil kunne påvirke selvbildet på en positiv måte, som igjen vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess. Det viktigste i møtet mellom bruker og hjelper er god kommunikasjon ved at begge er åpne og lydhøre for hverandre (Helsedirektoratet, 2017). Brukermedvirkning beskrives godt i selve ordet, nettopp at brukeren skal få medvirke i sin egen bedringsprosess. Som Huby et al. (2018) beskriver, skal bruker og tjenesteyter sees som likeverdige eksperter på en sykdom og dens følger, men kunnskapsgrunnlaget til henholdsvis brukeren og tjenesteyteren vil være ulikt. Brukeren vil bidra med sin subjektive erfaring mens tjenesteyteren vil i hovedsak bidra med sin erfaring fra teori og praksis, og hensikten er at disse ulike kunnskapsbidragene sammen vil bidra til optimale beslutninger.

Brukermedvirkning på individnivå kan beskrives som den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt individuelle hjelpe- eller behandlingstilbud (Jenssen og Tronvoll, 2012). De nye tilnærmingene i velferdstjenestene vektlegger menneskers evner og muligheter til aktivt å utforme sine livsløp med sine visjoner om at alle skal ha rett til å ha innflytelse på sin egen situasjon. Med retten til større innflytelse følger samtidig forventninger om at mottakerne skal være aktive brukere i stedet for passive mottakere av tjenester (Dahle og Thorsen, 2004). Medbestemmelse danner grunnlaget for meningsfullhet. Når andre bestemmer alt for oss, når de definerer oppgavene, bestemmer reglene og styrer utfallet og vi ikke har noe vi skulle ha sagt, reduseres vi til objekter. Hvis vi opplever at våre handlinger ikke har noen effekt i verden, blir verden etter hvert meningsløs. Når man har innflytelse i det man gjør, får man også lyst til å investere krefter i det (Antonovsky, 2012). Skal hjelpetiltak ha noen mening, er det nødvendig å konstruere en felles forståelse og fortelling som er akseptabel også for den andre. Det er den andre som er hovedforfatteren til sin egen fortelling (Hovland, 2011). I et presset helsevesen, som jeg vil utdype nærmere i pkt. 2.7, kan det by på organisatoriske utfordringer å innfri retten til å medvirke. Politiske føringer, institusjonens økonomi og ressurser, samt ventelister jfr. *Pasientrettighetsloven* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og *Pakkeforløpet* (Helsedirektoratet, 2018), kan naturlig nok ha innvirkning på utskrivelsesprosessen og eventuelt overføring til annet omsorgsnivå. Maktfordelingen mellom institusjonen og brukeren, som Huby et al. (2018) også nevner, kan være en trussel mot reell brukermedvirkning. Eksempler fra egen praksiserfaring, viser at personen får innvilget x antall uker for rusbehandling ved døgninstitusjon. I noen tilfeller opplever ikke personen selv seg klar for utskrivelse etter disse ukene, og i noen tilfeller er ikke egnet

bolig på plass innen først planlagt utskrivelsesdag. Personen søker da mulig om forlengelse av oppholdet. Avhengig av om denne søknaden om forlengelse blir innvilget eller avslått, vil kunne si noe om reell brukermedvirkning i denne situasjonen. Dersom personen derimot får innvilget en slik søknad, vil vedkommende kunne beskrive det som reell brukermedvirkning i egen bedringsprosess. Risiko for tilbakefall til bruk av rusmidler og fare for overdose, vil naturlig være forhøyet ved uteblivelse av reell brukermedvirkning i eksempelet over, som jeg vil utdype og diskutere nærmere i pkt. 2.7 og i kap. 5.

Viktige metoder for å ivareta brukermedvirkning er ifølge Helsedirektoratet (2017) en individuell plan og en fast kontaktperson i tjenesteapparatet. Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess (Helsedirektoratet, 2015). Den lovfestede retten til individuell plan, § 2-5 i *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), er et eksempel på et godt hjelpemiddel for tjenestene til å kunne yte helhetlige og samordnede tjenester etter anbefalingene i pkt. 2.1.3. Noe som kan by på utfordringer fra en tjenesteyter sitt perspektiv, er at brukeren sin rett til medvirkning betyr også brukeren sin rett til å uttrykke hvem man som tjenesteyter kan få snakke med av andre aktører i brukeren sitt nettverk og hvem brukeren ønsker å ha med i ansvarsgruppen. Erfaring fra egen praksisutøvelse viser at bruker ofte samtykker til at tjenesteyter kan snakke med andre i tjenestenettverket rundt brukeren, men noen av brukerne ønsker ikke at ruskonsulenten skal snakke med eksempelvis fastlegen eller saksbehandleren på NAV. Denne reelle brukermedvirkningen kan av den grunn på den annen side by på utfordringer for en helhetlig og samordnet tjenesteyting.

Fast kontaktperson i tjenesteapparatet vil jeg komme tilbake til i pkt. 2.5.

2.4 Recovery og salutogenese

Recover kan oversettes til «å komme seg» eller «å gjenvinne noe som er tapt» (Karlsson og Borg, 2017). Personlig recovery er en idé som har vokst fram blant mennesker som har opplevd psykiske helseutfordringer. En mye brukt definisjon lyder;

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene

som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.», (Slade, 2017, s.12).

Recovery har sine røtter knyttet til menneskerettigheter, og viktige bidrag i recoveryprosesser er arbeid, bolig, aktivitet, penger, utdanning, lokalmiljø, storsamfunnet, venner og familie (Karlsson og Borg, 2017), som også nevnt i pkt. 1.5. En grunnleggende holdning innen recoverytenkning, er at vi er alle en del av den samme menneskeheten. Vi har alle samme rettigheter, ressurser, kompetanse og vekstpotensialer (Karlsson og Borg, 2017), jamfør artikkel 1 i menneskerettighetserklæringen (FN-sambandet, 2018).

Recoveryprosesser forutsetter at personen opplever tilhørighet, har en meningsfull jobb og/eller deltar i aktiviteter personen trives med. Det forutsetter å ha et trygt hjem og trygg økonomi samt det å få hjelp til det personen selv mener hun eller han har bruk for (Borg, 2016). Personers erfaringer med viktigheten av å bli sett og tatt på alvor, er gjennomgående i flere studier omkring hvilke prosesser som kan skape bedring og mestring (Karlsson og Borg, 2017). Selv om bedringsprosesser ofte er som en lang og tøff reise med frykt, kaos, ensomhet, håpløshet og angst i perioder (ibid), viser forskning at de fleste vil oppleve bedring i en eller annen form, enten i form av ingen plager eller symptomer lenger, eller ved å ha funnet måter å leve med symptomene på (Veseth og Skjølberg, 2016). Selv om mange strever med psykisk helse- og rusvansker over år, er de fleste mer opptatt av å finne måter å skape seg et meningsfullt liv på i sitt lokalmiljø enn å bli kvitt alle symptomene, viser senere års forskning knyttet til brukeres erfaringer (Karlsson og Borg, 2017). Ved å fokusere på psykologisk velvære, håndtering og mestring av problemer og plager i det daglige og det å holde fast i livskreftene i bedringsprosessen, vil det ofte skape muligheter for et aktivt og sosialt liv med mening for den enkelte (Borg, 2012). Når tjenesteyteren har fokus på å arbeide ressursorientert, som å se muligheter i stedet for hindringer og se sunnhet i stedet for svakhet, vil man bedre kunne oppnå ønskede resultater i stedet for nederlag (Nordstrand og Tronvoll, 2012).

Personer med psykisk helse- og rusvansker får eller fortsetter å ha slike vansker mye grunnet samfunnsforhold knyttet til eksklusjon, stigmatisering og brudd på rettigheter og menneskerettigheter. Mange personer med psykisk helse- og rusvansker erfarer ikke at de er likeverdige borgere. Flere føler seg utenfor og krenket av samfunnet. Det krever samfunnsmessige endringer i betydningen av å kunne akseptere et stort menneskelig mangfold og forskjellighet, kunne inkludere og akseptere mennesker som er annerledes

enn oss selv og som ønsker å være det, samt å se på helse som noe fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt. Vår forståelse av hva et menneske er, hva og hvem som kan slå fast hva psykisk helse eller rus er, og hvem som skal behandles av hvem på hvilke premisser, har alltid vært avhengig av de kulturelle, historiske og sosiale kontekster dette skjer innenfor (Karlsson og Borg, 2017).

Recoverytenkningen har et salutogent perspektiv hvor personenes ressurser og mestringskompetanse vektlegges (Karlsson og Borg, 2017). Salutogen tilnærming har fokus på hva som skaper grobunn for helse hvor mestrings- og ressursperspektivet er sentralt. Det fokuseres på hvilke faktorer som bidrar til opprettholdelse eller bevegelse mot helseenden av helsekontinuumet (Antonovsky, 2012). Psykisk helse- og rusvansker har ofte sammenheng med livshendelser, og et salutogent perspektiv vil kunne se på psykiske helseutfordringer som normalreaksjoner på ulike livshendelser som ofte går over av seg selv, gjerne med hjelp av personens nettverk, som familie og gode venner (Karlsson og Borg, 2017).

Et recoveryperspektiv og en salutogen tilnærming vil, slik jeg oppfatter det, kunne bidra positivt inn i det overdoseforebyggende arbeidet. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) understreker nødvendigheten av gode tjenester i brukerens nærmiljø, og tydeliggjør behovet for å se nærmere på innsatsen *etter* behandling ved å skape muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter i hverdagen samt å disponere en egnet bolig. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) tydeliggjør at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet, og at det handler om hva som fremmer god helse og gode liv. De framholder at psykisk helse i folkehelsearbeid vektlegger positive aspekter ved psykisk helse, som mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening og positive relasjoner. Min erfaring fra praksis er at å starte tidlig i behandlingsoppholdet med å jobbe med å skaffe en egnet bolig, fokusere på personens ressurser og etablere et samarbeid med NAV angående jobb eller annet aktivitetstilbud, samt starte prosessen med å utvide det sosiale nettverket eksempelvis ved lokale aktivitets- og nettverkstilbud, vil det kunne bidra til å redusere tilbakefall til problematisk bruk av rusmidler og eventuelt overdose etter utskrivelse fra døgningstitusjon. Dette krever dog et godt samarbeid og god samhandling mellom personen selv og tjenestene og mellom tjenestene, jfr. hva som særlig vektlegges i veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014c). I opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2015) fremholdes også samarbeid og samhandling som et område det er behov for å styrke og som har et betydelig potensial for forbedring. Bedre samhandling mellom personen selv og behandlingsapparatet, mer fokus på egnet bolig samt sosial inkludering og meningsfylte aktiviteter i hverdagen, er fokusområder som også fremkom av materialet i dette prosjektet, noe som vil bli diskutert nærmere senere i teksten.

2.5 Sosiale relasjoner

Jeg har valgt å dele dette underkapittelet i to deler. Da dette prosjektet omhandler hvordan personer med egenerfaring opplever at behandlingsapparatet bidrar i en bedringsprosess, vil det her være naturlig å omtale den terapeutiske relasjonen. Samtidig sier forskningen mye om hvordan det sosiale nettverket har innvirkning på personens helse og bedringsprosess, og av den grunn har jeg valgt å utdype dette i et eget underpunkt.

2.5.1 Terapeutisk relasjon

Krevende livserfaringer håndteres bedre om vi finner noen vi kan snakke med om dem. Ordene kan bidra til å finne bedre måter å håndtere erfaringene på (Mellingen og Thuen, 2016). Personer med brukererfaring formidler at det er lettere å snakke om vanskelige saker og «bli pushet på» dersom man har en god relasjon til fagpersonen og kjenner at vedkommende vil dem vel. En relasjon som grunnleggende forstås som anerkjennende, har rom for misforståelse og konflikter nettopp fordi den forstås som anerkjennende (Karlsson og Borg, 2017). Den personlige relasjonen mellom terapeuten og den andre, som ble etablert i begynnelsen av en behandlingsprosess, var av avgjørende faktor for suksess, viste en studie publisert i 2008 av Miller og Hubble m.fl (Schafft, 2013). Å møte en empatisk person som viser interesse og respekt har i seg selv en behandlende effekt (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009). «*When the mind is locked, relationship is the key*», (D.B. Stern, 2009), er en god metafor på relasjonens betydning (Hovland, 2011, s.137). Det å få framstilt livshistorien fullt ut er av uvurderlig betydning både for fagpersonen og den andre. Det kan også gi et bilde av hvilke ressurser den andre kan hente fram i seg selv og i sine relasjoner til andre (Haugsgjerd, et al., 2009).

En beskrivelse fra «*En historie om mestring og nederlag på ulike livsarenaer*» sier noe om betydningen av relasjonen mellom terapeuten og den andre;

«Fokuset var flyttet fra fortid til nåtid og framtid. I tillegg gikk jeg fra terapeutens kontor med tro på at jeg hadde både ressurser og muligheter, i motsetning fra tidligere, da jeg bare hadde følt meg syk etter terapitimene. Samtidig hersket det hele tiden en unik likeverdighet mellom behandleren og meg selv. Behandleren var ingen gudeskikkelse som levde i en helt annen virkelighet enn alle oss andre. Hun delte sine egne erfaringer med meg, slik at hun ble like mye et medmenneske som en fagperson.» (Svardal, 2012, s. 239).

Gode relasjoner kjennetegnes ved at man viser respekt, tar personer på alvor, viser tillit og lytter empatisk (Ness, 2016). Personers utvikling og forandring kan dog ikke styres utenfra, men må finne sted innenfra. Dette kan dog videreutvikles i møter og samtaler med andre. Forandring kan altså settes i gang av idéer som oppstår i gode og respektfulle forhold (Karlsson og Borg, 2017).

I veilederen for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring», er det anbefalt at tjenestemottakerne har en fast kontaktperson å forholde seg til (Helsedirektoratet, 2014c). Det kan ofte ta tid å oppnå en god relasjon, som nevnt over, som gjør det mulig å benytte terapeutiske metoder, men en god relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2012). Mueser et al. (2006) beskriver det som umulig å hjelpe pasienten hvis det ikke finnes en terapeutisk relasjon og at det i starten av behandlingsforløpet nettopp bør fokuseres på å etablere en god relasjon. I den sistnevnte veilederen beskrives det også at tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning bør vektlegges i behandlingsalliansen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter (Helsedirektoratet, 2014c). Dette beskriver også en som selv har erfaring som tjenestemottaker, i en bok som omhandler brukerstyrt tilnærming, og han presiserer viktigheten av tjenesteyterne som personer som er tilgjengelige, stabile og som representerer en kontinuitet i livet inntil man ikke lenger er i behov av dem (Morten, 2011). Tjenesteyteren kan for noen personer være den ene sentrale personen som er vesentlig for at individets sosiale nettverk er funksjonelt (Seikkula, 2012). Som nevnt i pkt. 2.1.3, har personer med utfordringer knyttet til rus ofte samtidig utfordringer knyttet til nettverk, og nettopp av den grunn kan relasjonen til tjenesteyteren og betydningen av å ha en fast kontaktperson forstås som en vesentlig faktor i en bedringsprosess. Da dette prosjektet handler om å forebygge overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgninstitusjon, vil det slik jeg ser det, i denne sammenhengen kunne ha en positiv effekt på

tilbakefallsrisikoen etter utskrivelsen eller løslatelsen om eksempelvis ruskonsulenten som skal ha videre oppfølging av personen etter utskrivelsen, etablerer en relasjon ved å møte personen flere ganger under oppholdet slik at relasjonen for personen oppleves som relativt trygg etter utskrivelsen eller løslatelsen. Jeg vil diskutere betydningen av terapeutisk relasjon videre i kap. 5.

2.5.2 Sosialt nettverk

Ut fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv forstås mennesket som et grunnleggende sosialt vesen, som utvikles og formes i samspill med sitt sosiale og kulturelle miljø (Norvoll, 2013). Det sosiale nettverket vi omgir oss med, har stor innvirkning på vår opplevde livskvalitet. Et godt nettverk innebærer å være knyttet til andre, oppleve gjensidighet, trygghet og romslighet fra omgivelsene (Ådland og Alsaker, 2012). Sosial støtte, å bli tatt vare på og anerkjent av et større nettverk har en sentral betydning for den psykiske helsen (Karlsson og Borg, 2017). Sosial kapital innebærer at vi har ressurser i våre sosiale nettverk, som kommer oss til gode når vi trenger dem og sosiale nettverk vil være de arenaer hvor sosial kapital kan utvikles og brukes (Rønning og Starrin, 2009). Sosialt nettverk innebærer alle sosiale relasjoner vi omgås, som nær familie, slekt, venner, kollegaer, naboer samt profesjonelle hjelpere (Seikkula, 2012). Det psykososiale nettverket kan dog defineres som hvert individs subjektive erfaring av sitt nettverk (ibid). Det er stadig mer utbredt blant forskere å akseptere at nære og trygge relasjoner kan fungere som en buffer for at ikke motgang skal føre til alvorlige psykiske lidelser (Starrin, 2009). Starrin viser blant annet til Robert Putnam, som i «Bowling alone» (2000) hevder at sterkt samhold beskytter individer mot depresjon. Haugsgjerd, et al. (2009) henviser til Maslow, som allerede i 1970 skrev at det er i det dialektiske samspillet mellom individ og kollektiv at mennesket finner meningen med sitt liv (Haugsgjerd, et al., 2009). Noen ganger er de sosiale relasjonene i seg selv viktigere enn våre egne ressurser (Antonovsky, 2012).

Alle personer hører til en eller annen sammenheng, eksempelvis en familie, og det er i denne sammenhengen personens følelser og handlinger kan forstås (Antonovsky, 2012). Opplevelsen av en egen identitet hos et familiemedlem har to elementer, henholdsvis en følelse av å høre til eller en følelse av å være forskjellig fra (ibid). Sikre og trygge relasjoner bidrar til at man føler seg akseptert, som igjen gjerne fører til en følelse av stolthet. Usikre og utrygge relasjoner bidrar til at man føler seg avvist, som igjen kan føre

til en følelse av skam (Starrin, 2009). Som sosiale vesener, har vi behov for en kollektiv tilhørighet. Vi har behov for en utvidet omgangskrets av venner og familie, og vi trenger nære relasjoner (Henriksen, 2016).

«Vennskap er kjennetegnet av å være en frivillig relasjon, og venner knyttes sammen gjennom felles interesser, status og verdier. Derfor kan kontakt med fagfolk aldri erstatte venner» (Sørgaard, 2000) i (Ådland og Alsaker, 2012, s.75).

Kvaliteten på sosiale relasjoner er viktig (Ådland og Alsaker 2012). Hovedsaken er at individet selv opplever relasjonen(e) som viktige (Seikkula, 2012). Det hjelper lite med et relativt stort nettverk i kvantitet dersom personen selv ikke opplever relasjonene som nære, men samtidig er én sentral person vesentlig for at individets sosiale nettverk skal være funksjonelt (ibid). Ensomhet er i seg selv en krevende livserfaring, som er forbundet med redusert livskvalitet og psykisk smerte (Henriksen, 2016). En definisjon av ensomhet kan beskrives som følgende;

«en ubehagelig erfaring som oppstår når en persons nettverk av sosiale relasjoner er betydelig mangelfullt enten i kvalitet eller kvantitet» (Henriksen, 2016, s.139).

Forskning viser at det er klare sammenhenger mellom mental helse og forholdene i det sosiale nettverket, og sammenhengen er gjensidig (Seikkula, 2012). Noen studier bekrefter at sosial støtte ikke bare fungerer som en buffer, men har en direkte sykdomsforebyggende effekt (Antonovsky, 2012).

Som nevnt i pkt. 2.4 om recoveryperspektivet, peker forskningen på ulike faktorer som er av betydning i en bedringsprosess, hvor personens nettverk er en av disse. Min erfaring fra praksis er at når en person er i døgnbehandling for problematisk bruk av rusmidler, har vedkommende gjerne et ønske om et bedre liv uten avhengighet. Slik jeg ser det, og som også forskningen støtter, vil det kunne virke reduserende på tilbakefall etter utskrivelse om man har et nettverk rundt seg som ikke har tilknytning til det tidligere rusmiljøet man var en del av. Jeg vil diskutere dette nærmere i kap. 5.

2.6 Meningsfull aktivitet

I tillegg til nettverk, boforhold og økonomi, påvirker også fysisk aktivitet og arbeid den psykiske helsen (Gråwe, 2014). Recoveryorientert praksis har et optimistisk syn på bedring

og beskriver tilfriskning som en personlig og relasjonell prosess som oppstår når personen deltar i meningsfylte hverdagslige aktiviteter; man kan forlate sykerollen og gå inn i venne-, foreldre-, frivillig- eller arbeidstakerrollen (Kinn, 2016). Hensikten med å delta i slike aktiviteter er å få et bedre liv og ha en meningsfull hverdag i lokalsamfunnet. Det vil bidra til økt selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Borg, 2012). Det er dog ikke hvilke som helst aktiviteter som gir mening. De må bety noe i en sammenheng, for personen selv, eller for andre, og viktige arenaer for meningsfylte aktiviteter kan være ulike møteplasser, idretts- og kulturaktiviteter, arbeid og andre lokale aktiviteter (ibid).

I dag vet vi at man ikke trenger å være frisk FOR å få seg en jobb, men at man kan bli frisk(ere) AV å få seg en jobb (Schafft, 2013). Deltakelse i arbeidslivet ser ut til å ha en positiv virkning på arbeidstakeres mentale helse (Lau, Finne og Berthelsen, 2011). En arbeidsplass gir en tilhørighet. Du er en av de andre. Du står ikke utenfor. I lunsjpausen kan du snakke med andre om løst og fast, og du innarbeider en god døgnrytme (Borg, 2012)

«[...] For hvis du ikke jobber, blir du utestengt fra verden, så jeg er nødt til å ha en fornuftig grunn til å stå opp, og kunne jobbe litt og treffe andre mennesker, og dra hjem igjen og gjøre noe annet.» (Borg, 2012, s.53).

Det er dog en forutsetning at man som arbeidstaker utsettes for rimelige, realistiske krav og at man opplever å ha god kontroll på oppgavene sine. En amerikansk modell utviklet for fire tiår siden, viser at en kombinasjon av høye jobbkrav og lave beslutningsmuligheter øker sannsynligheten for lav jobbtilfredshet og dårlig helse, men dersom man opplever at det stilles høye krav samtidig som man opplever å ha god kontroll og innflytelse i forhold til hvordan man utfører jobben, vil kravene kunne oppleves som en buffer mot uheldige helseeffekter (Lau, et al., 2011). Det at man opplever anerkjennelse for den jobben man gjør, er også en viktig faktor for den positive helseeffekten. Ved å oppleve anerkjennelse gjennom å bli tatt på alvor, bli møtt med respekt og føle at man har en verdi for fellesskapet, vil det kunne gi en mestringsfølelse (Thommesen, 2012). I motsatt forstand kan arbeidssituasjonen hos noen heller føre til utvikling av depressive tilstander eller angstproblemer (Lau, et al., 2011). For å unngå at arbeidssituasjonen virker mot sin hensikt og heller bidrar til dårligere helse, er det viktig med tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen slik at arbeidstakeren opplever mestring og mening i arbeidet (Lau, Edvardsen og Victor, 2015). Arbeidstakere som får meningsfulle og krevende oppgaver på

et område der de har mye erfaring fra før, vil bevege seg oppover. Når utfordringene blir for små i forhold til ferdighetene, kan frustrasjon og kjedsomhet svekke arbeidsmotivasjonen (Orvik, 2015). Økonomiske forhold, status i samfunnet, sosiale nettverk og selvtillit er faktorer som nevnes som medvirkende årsaker til bedre mental helse blant sysselsatte. Bruk av egenkompetanse og ressurser viser seg å virke særlig beskyttende mot depresjon, og det å måtte møte barrierer og trusler på en konstruktiv måte, kan virke reduserende på angst (Lau, et al., 2011). Viktigheten av det å ha en jobb eller en annen meningsfull aktivitet i hverdagen vises også gjennom studier av arbeidstakere som har blitt ufrivillige arbeidsledige. Det vises at de som har mistet jobben grunnet ytre årsaker, som omorganiseringer og nedbemanninger, har en høyere risiko for å utvikle mentale lidelser enn de som holder på arbeidet sitt (ibid).

Som nevnt både i pkt. 2.4 og 2.5, viser tidligere forskning at det å ha en meningsfull aktivitet å fylle dagene med og å oppleve tilhørighet til andre, er faktorer som er av betydning i en bedringsprosess. For å se det i sammenheng med dette prosjektet som omhandler forebygging av overdosedødsfall etter opphold i institusjon, vil det å ha en meningsfull aktivitet å fylle dagene med etter institusjonsoppholdet kunne bidra til å redusere risikoen for tilbakefall til problematisk bruk av rusmidler, særlig dersom personen opplever mestring og tilhørighet i sammenheng med aktiviteten. Mer om betydningen av en meningsfull aktivitet i hverdagen vil bli diskutert i kap. 5.

2.7 Velferdsstaten og samhandling

Blant flere kan staten Norge definere seg som en velferdsstat. Velferdspolitikken kan beskrives som et sikkerhetsnett bygd på verdier som solidaritet, likhet, rettferdighet og trygghet for alle (Dahle og Thorsen, 2004). Vike og hans medforfattere (2002) beskriver velferdsstaten som å ha et relativt omfattende statlig engasjement i forsøket på å skape og sikre befolkningen en høy livsstandard. Nettverket av velferdstjenester er omfattende. Det er godt bygd ut, og de fleste tjenestene er i all hovedsak billige. Han trekker fram velferdsstatens desentralisering og eksplosjonen i behovene for statlig velferdsassistanse som hovedtrekk ved den norske velferdsstatens utvikling i etterkrigstiden (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien og Kroken, 2002). Kommunene blir stadig pålagt nye oppgaver og kommer i klemme mellom økt ansvar og knappe ressurser. Vårt langstrakte land med spredt bosetting, lokale kulturer og ulik næringsvirksomhet utfordrer prinsippet om likhet

og rettferdighet i tjenestetilbudet (Dahle og Thorsen, 2004). Politikerne har i flere år snakket om at velferdsstaten er i behov av endring i offentlig sektor for at den stadig skal være bærekraftig i framtiden. Det er samtidig en politisk erkjennelse at en vedvarende sterk vekst i befolkningens behov for sykehustjenester ikke bare kan bli møtt med tilførsel av økonomiske ressurser til sykehusene, men med en ny oppgavefordeling med følge av utvidet ansvar til kommunene (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2016). Utgiftene til trygd, sosialhjelp, spesialiserte helsetjenester og kommunale helse- og velferdstjenester har økt mer enn prisstigningen, og NPM (New Public Management) sies å være en fiasko i forhold til evnen til å redusere offentlige bevilgninger til velferd og helse (Hatling, 2016), som nok var hovedintensjonen til denne reformen (Christensen, 2003). New Public Management blir av Christensen (2003) beskrevet som en moderniseringsbølge i offentlig sektor med en sterk effektiviseringsinnretning. NPM har primært sitt opphav fra New Zealand og Australia på begynnelsen av 1980-tallet, og reformens basis, særlig i New Zealand, var en svært krisepreget økonomisk situasjon (ibid).

Hovedmålet for forvaltningspolitikken de siste tiårene, har vært og er stadig å løse flere problemer ved bruk av færre ressurser, imøtekomme nye brukerkrav og samtidig bli mer effektiv og produktiv. Offentlig sektor må innrette seg etter politiske signaler om at økte ressursbehov må møtes med effektiviseringstiltak framfor økte bevilgninger (Jessen, 2004). Innenfor helse- og velferdstjenestene har man gjerne målt effektivitet ved å se på antall konsultasjoner, pasientgjennomstrømning og reduksjon av ventelister. Noe som ikke er like lett å måle i tall, men som dog er minst like viktig, er om brukerne får et bedre liv som følge av de tjenestene som tilbys (Hatling, 2016). Velferdspolitikken er tosidig. Den skal ivareta økonomiske hensyn samtidig som den skal sikre individenes rettigheter (Andreassen, 2004). Det å ivareta samfunnsmessige og økonomiske hensyn er sjelden forenlig med selvbestemmelse, og det innebærer gjerne overprøving av den enkeltes vurderinger (ibid) jfr reell brukermedvirkning, som nevnt i pkt. 2.3.

Samhandlingsreformen er én av store reformer som Vabø (2014) skriver er vedtatt for at staten skal få en mindre regning ved at kommunene har fått utvidet ansvar. I tillegg til en forhåpentligvis mindre regning til staten, har samhandlingsreformen et kvalitets- og tjenesteutviklingsperspektiv med seg gjennom hensikten med å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre til det beste for befolkningen og tjenestemottakerne (Vabø, 2014).

I den nasjonale veilederen til Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak, står det at et viktig mål i samhandlingsreformen er å etablere gode pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), og et kritisk punkt i pasientforløpet er utskrivning fra spesialisthelsetjenesten når pasienten trenger videre oppfølging av det kommunale tjenesteapparatet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011 og Helsedirektoratet, 2012). En studie fra 2017 fikk beskrivelsen «Samarbeid noen dør med» (Soggiu og Biong, 2017). Den omtaler det komplekse i at ansvaret for å forebygge overdosedødsfall dels ligger i sosialtjenesten som struktur, dels hos sosialarbeiderne som fagfolk og dels hos klienten selv. Særlig i akutte kriser så samarbeidet ut til å bli fragmentert og utydelig. Akutte kriser ble omtalt som utskrivning og utkastelser fra institusjon eller bosteder, løslatelse fra fengsel før planlagt tid, flytting mellom ulike bydeler eller behandling som ble avbrutt før tiden. Vanskeligheter med å planlegge arbeidet handlet om de mer strukturelle sidene av samarbeidet, som mangel på sammenheng i og mellom tjenestene og mangel på informasjonsflyt mellom samarbeidspartnere og nivåer. Disse problemene vanskeliggjorde samarbeidet om å forebygge overdoser.

Den første overdosestrategien tydeliggjør at overdoser og forebygging av overdosedødsfall ikke kun skal forstås som et individuelt helseproblem, men må håndteres tverrfaglig og tverretattlig i samhandling mellom ulike tjenester og nivåer, og sammen med dem det gjelder og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2014b). Empirien av ovennevnte studie viser at sosialarbeideren mener behovet for å fokusere på det som er viktig for klienten er av betydning for forebygging av overdosedødsfall, men at dette av ulike grunner ikke gjøres, og at en re-orientering av tjenesten handler om behovet for å dra inn klientens egen erfaringskunnskap om hva som er problematisk og hva som kan være til hjelp (Soggiu og Biong, 2017).

Et viktig sosialpolitisk prinsipp og legitimerende argument bak de sosiale velferdstjenestene, er prinsippet om individuell behandling. Dette prinsippet hevder at likhet skapes ved at mennesker behandles forskjellig ut fra egne forutsetninger og ressurser. Dette prinsippet skiller seg fra det byråkratiske prinsippet om forutsigbarhet og likebehandling. Teorien om individuell behandling krever direkte samhandling mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker, og denne samhandlingen lar seg ikke styre fullstendig gjennom formelle regler (Vabø, 2004). Studien til Soggiu og Biong (2017) underbygger, slik jeg ser det, prinsippet om individuell behandling og retten til å medvirke, jfr. pkt. 2.3.

Skal man fokusere på det som er viktig for den andre, må man ha mulighet for å ta imot den andre sitt narrativ og identifisere hva som er problematisk og hva som kan være til hjelp for den andre jfr. pkt. 2.2, 2.3 og pkt. 2.5.1. Dersom man har fått innvilget 8 uker på *avdeling for utredning og behandling*, kan det for noen være akkurat det som skulle til for å få et bedre liv. Dessverre viser erfaring fra egen praksis, at dette ofte ikke var akkurat det som skulle til. Noen velger av ulike årsaker å avslutte oppholdet før tiden. Det kan være at personen ikke følte at vedkommende fikk den hjelpen som var forventet, eller det kan være at personen ikke følte seg tilstrekkelig klar for en endringsprosess. Er man dog innstilt på en endring og har startet en utrednings- og behandlingsprosess, kan det for noen ikke være tilstrekkelig med kun 8 uker. Kanskje personen hadde startet med timer hos psykolog, kanskje hadde verkebyllen fått hull på seg i den sjette uken (det er kjent kunnskap at det å skape en relasjon preget av tillit og anerkjennelse tar tid, jfr. pkt. 2.5.1). Da kan det være lite hensiktsmessig å skrive ut vedkommende, som kanskje nettopp, etter flere tiår, har begynt å åpne seg om overgrepene som skjedde som barn. Selv om det er ventelister og tjenesten blir målt på antall innleggelser, kan det være hensiktsmessig i noen tilfeller å ta mer hensyn til den reelle brukermedvirkningen for å øke sannsynligheten for et mer vellykket pasientforløp, enn for å få et høyere tall på antall innleggelser, og av den grunn innvilge søknad om forlengelse av opphold, jfr. eksempelet i pkt. 2.3. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), som nevnt i pkt. 2.3, og *Pakkeforløpet for rus og psykisk helse* (Helsedirektoratet, 2018), kan dog gi utfordringer for tjenestene vedrørende å bygge opp under reell brukermedvirkning, som nevnt i eksempelet over, med tanke på ventelistene og fristene som er satt for å motta nødvendig helsehjelp. Dersom en person som i eksempelet over, ble skrevet ut av institusjonsoppholdet mens vedkommende så vidt hadde startet samtalene med psykologen, om overgrepene, vil det slik jeg ser det, være en større risiko for tilbakefall til problematisk bruk av rusmidler og fare for overdose, enn om vedkommende hadde fått forlenget oppholdet til personen hadde fått bearbeidet bedre det som var startet (jfr. pkt. 2.2 om å benytte rusmidler for å dempe psykisk smerte). En annen mulighet for å bedre overholde pasientgjennomstrømningen (jfr. forløpstidene i pakkeforløpet), ville eventuelt være å få etablert en relasjon til en ny psykolog ved TSB poliklinikk før utskrivelsen, som kunne ha fortsatt samtaleterapien. Dette vil være i tråd med de nasjonale føringer om helhetlige og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2014c).

Samhandlingsreformens målsetting er å styrke samhandlingen mellom ulike ledd i helse- og omsorgstjenesten for å utvikle helhetlige pasientløp samt å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Orvik, 2015). Samhandling betyr å handle sammen. Det er konkret og forpliktende og bidrar til at fagfolk koordinerer sine handlinger. Hensikten med samhandling er å sikre flyt i arbeidsprosesser slik at både pasienter, pårørende og helsepersonell opplever en helhet i tjenester og tiltak. Fravær av samhandling kan gjøre pasienter til kasteballer i oppstykkede og fragmenterte pasientforløp med svekket kontinuitet. Det vil være både menneskelig uverdigg og faglig uforsvarlig (ibid).

Viktigheten av god samhandling, vil jeg komme tilbake til og diskutere i kap. 5, men et annet eksempel på at det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig for personen selv, og samfunnet som en velferdsstat, at personen får innvilget noen ytterligere uker på døgningstusjonen, kan være at eksempelvis en egnet bolig til personen ikke er helt på plass enda ute i kommunen og at alternativet da er at personen blir skrevet ut til en midlertidig bolig eller et annet alternativ overnattingssted, som hotell eller campinghytte.

Sannsynligheten for tilbakefall og et ikke-vellykket pasientforløp, vil naturlig nok være større dersom samhandlingen mellom døgningstusjonen og kommunen er preget av lite eller ingen samhandling og behovet for en ny innleggelse og trykket på ventelistene, vil derav igjen øke.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

I lys av ovennevnte problemstilling, hvor jeg ønsket å undersøke hvilke faktorer som var av betydning for å hindre overdose og overdosedødsfall hos mine informanter etter siste opphold i døgninstitusjon, så jeg det som mest hensiktsmessig å gjennomføre kvalitative intervjuer for å høre hva den andre selv ville fremheve som faktorer som var av betydning. Kvalitative dybdeintervjuer ville best kunne få fram informantens virkelighet og hva informanten selv ville være opptatt av (Repstad, 2007). Jeg ønsket, som nevnt i pkt. 1.1, å utforske hvilke faktorer informantene selv uttrykte å ha betydning for forebygging av overdosedødsfall etter opphold i døgninstitusjon. Grunnet kunnskapen om at det er størst fare for overdose den første tiden etter opphold i døgninstitusjon, som nevnt i pkt. 1.1, så jeg det som hensiktsmessig å utforske informantenes opplevelse av institusjonsoppholdet og den første tiden etter utskrivningen eller løslatelsen.

Kvalitativt intervju kunne åpne opp for andre faktorer enn det eksempelvis et spørreskjema ville ha gjort da det der ikke ville vært rom for å svare utenom forhåndsbestemte spørsmål. Ved å bruke semistrukturert intervju, som Repstad (2007) beskriver som fleksibelt intervju, ville det gi muligheter for å få fram perspektiver og faktorer som jeg som forsker ikke hadde tenkt på på forhånd, men som kunne være av stor betydning for å svare på problemstillingen. Med fleksibelt intervju forberedte jeg som forsker noen spørsmål og jeg kunne stille noen oppfølgingsspørsmål som kunne variere fra intervju til intervju basert på hva informanten uttrykte. Intervjuguiden ble utarbeidet med tanke på å kunne svare på oppgavens problemstilling, og av den grunn hadde jeg noen forhåndsbestemte spørsmål, som jeg ønsket svar på. Jeg valgte å starte intervjuet med et nokså åpent spørsmål om hva personen selv tenkte har betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon, for at informantene skulle få formidlet hva de selv ville være mest opptatt av. De neste spørsmålene var noe mer spisset mot samhandling og medvirkning for å best kunne sikre å få svar på problemstillingen (se vedlegg 3).

En mulig svakhet ved metoden man må ta med i betraktning, er fortolkningen jeg som forsker gjorde av det som ble sagt i intervjusituasjonen. Fortolkning kommer man ikke unna i en sosial samhandling mennesker imellom (Repstad, 2007). Alle mennesker møter verden med en forforståelse, med kunnskaper og oppfatninger av virkeligheten, som vi

svært ofte ubevisst bruker til å tolke det som skjer rundt oss (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Personlig og faglig bakgrunn vil påvirke hva jeg som forsker observerte og hvordan disse observasjonene videre ble vektlagt og tolket. Dataene som blir brukt i forskningen er ikke uavhengig av min forhåndsoppfatning av hva det vil være interessant å se etter, basert på egne erfaringer, oppfatninger og forskningsbasert kunnskap. Som nevnt i pkt. 2.1, vil mine tolkninger bære preg av min praksiserfaring fra fagfeltet rus og psykisk helse samt hva jeg har tilegnet meg av kunnskap fra den litteraturen jeg har lest innen dette fagfeltet. Forskerens tilstedeværelse kan også ha en forstyrrende effekt på informanten, og jeg som forsker ville etterstrebe å opptre refleksivt under intervjusituasjonen (Repstad, 2007). Som nevnt i pkt. 2.2, kan refleksivitet beskrives som en kontinuerlig bevisstgjøring av praksisutøverens egne holdninger, verdier, følelser og opplevelser i samværet med den andre, i dette tilfellet mellom informanten og meg som forsker.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Utvalg

Det foreligger bakgrunnskunnskap om at det er større risiko for overdose og overdosedødsfall dersom man injiserer rusmidler. Forskning viser samtidig at det er en større andel menn som dør av overdose enn kvinner, og utskrivning fra døgninstitusjon viser seg å være en særlig sårbar overgang hvor det er stor risiko for overdose og overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2019 og Bukten et al., 2017). Denne bakgrunnskunnskapen samt Repstad (2007) sin beskrivelse av betydningen av et strategisk utvalg om hvem som vil ha mest relevant informasjon, førte til følgende utvelgelse. Jeg valgte ut menn over 18 år, som injiserte rusmidler før soning i fengsel eller innleggelse i døgnbehandling. Slik kunne jeg innhente data fra individer som hadde erfaringer med det fenomenet som skulle studeres (Johannessen, et al., 2010). Jeg valgte å ikke snevre utvalget til eksempelvis kun personer under 30 år eller kun personer som hadde sonet i fengsel, slik at utvalget ville kunne gi et mest mulig bredt inntrykk av fenomenet som skulle utforskes innenfor en gitt ramme (Repstad, 2007). Jeg så for meg at jeg dermed hadde satt rammer for utvelgelse av informanter som ville bidra til å holde fokus på problemstillingen samtidig som utvalget ikke ble alt for begrenset eller avgrenset. I ettertid

ser jeg at det å definere utvalget på denne måten likevel har ført til en større begrensning i materialet enn det jeg forutså, som beskrevet nærmere på slutten av dette avsnittet.

Døgninstitusjon i denne sammenheng, er et fengsel eller en offentlig eller privat institusjon som har døgnplasser innen rusbehandling. Studier viser at over halvparten av innsatte har alvorlig rusmiddelmisbruk samt høy forekomst av alvorlige psykiske lidelser (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017). I TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er det høy forekomst av psykiske lidelser, og det er høy forekomst av ruslidelser innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2012). Jeg har i dette prosjektet valgt å fokusere på utskrivelse fra institusjon som har døgnplasser innen rusbehandling eller løslatelse fra fengsel. Det kunne også ha vært hensiktsmessig å ta med utskrivelse fra døgnbehandling innen psykisk helsevern da mange av de som er innlagt i psykisk helsevern også ofte har utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2012 og SIFER, 2020). Ifølge ROP-retningslinjen (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser) skal personer som har en alvorlig psykisk lidelse samtidig med problematisk rusmiddelbruk, tilbys behandling innen psykisk helsevern. Personer med problematisk rusmiddelbruk samtidig med en eller flere lettere psykiske lidelser, skal tilbys behandling innen TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Da jeg i dette prosjektet ikke fokuserte på diagnoser i den grad at jeg spurte noe om dette eller hadde det som inklusjonskriterier for informantene, ble det naturlig å ikke ha med utskrivelse fra psykisk helsevern i dette prosjektet.

Det viser seg, som nevnt tidligere, at den første tiden etter utskrivelse er mest sårbar for risiko for overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2019, Gjersing et al., 2011 og Bukten et al., 2017). Bukten et al. (2017) gjorde en kvantitativ studie av risiko for overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel. Studien omfattet tiden fra løslatelsesdagen til 6 mnd. etter løslatelse, henholdsvis første uke, andre uke, 3-4 uker og 2-6 måneder. De fant at risikoen for overdosedødsfall var høyest den første uken etter løslatelse og ble gradvis redusert.

Med ovennevnte bakgrunnskunnskap, valgte jeg i mitt prosjekt å snakke med informanter som hadde fått løslatelsen eller utskrivningen på en stor nok avstand, minimum 6 mnd., til at den mest sårbare tiden var passert og risikoen for overdose eller overdosedødsfall ifølge studien til Bukten et al. (2017), hadde blitt betydelig redusert. Utvalget som ble definert i dette prosjektet, tok utgangspunkt i det forskningen beskriver som hvem som er mest i fare

for en overdose med dødelig utfall. Det er dog mange andre som også står i fare for å ta en overdose, med eller uten hensikt. Som nevnt i pkt. 2.1, har det vært en sterk økning av personer som har fått foreskrevet sterke smertestillende legemidler, som opioider, morfinpreparater, som kan gi dødelig utfall ved overdosering. Et annet utvalg, som eksempelvis personer som ikke bruker illegale rusmidler, men opioider foreskrevet av egen lege, kunne gitt et annet utfall på prosjektet. Hadde man sammenlignet flere utvalg, eksempelvis utvalget i dette prosjektet, utvalget nevnt i dette avsnittet og eventuelt et tredje utvalg kun bestående av kvinner, kunne det mulig også gitt et annet utfall på prosjektet.

3.2.2 Rekruttering

For å rekruttere aktuelle informanter, kontaktet jeg den kommunale rustjenesten og poliklinikkene for Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) i 3 kommuner. Jeg søkte i hovedsak kontaktinformasjon ved hjelp av internett og tok kontakt i hovedsak med de som stod oppnevnt som avdelingsleder eller seksjonsleder per telefon. Til de som svarte, innledet jeg med å gi dem informasjon om forskningsprosjektet mitt for så å høre om de kunne ha oppfølging av eller kjennskap til personer som kunne være aktuelle kandidater til å delta i prosjektet. Det var delt engasjement ved telefonhenvendelsene, men samtlige samtykket til at jeg kunne sende dem skriftlig informasjon på e-post hvor jeg også la ved «Informasjonsskrivet» (Vedlegg 2). Dersom det skulle vise seg å være vanskelig å finne nok informanter, tenkte jeg å kontakte brukerorganisasjonen RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon).

Noen ruskonsulenter i kommunene og behandlere ved TSB-poliklinikkene informerte aktuelle informanter om forskningsprosjektet og formidlet informasjonsskrivet videre til dem. Der hvor den aktuelle informanten sa ja til at jeg kunne kontakte ham, videreformidlet ruskonsulenten/behandleren informantens kontaktinformasjon til meg. Jeg tok deretter kontakt med personen, gav mer informasjon dersom det var behov for det, og avtalte hvor han ønsket å gjennomføre intervjuet dersom han takket ja til å bli intervjuet. Intervjuet ble gjennomført på et avtalt sted, som informanten følte seg komfortabel med, henholdsvis på møterom ved den kommunale rustjenesten, ved poliklinikken og hjemme hos informanten. Et åpent og offentlig sted som en kafé, var ikke aktuelt grunnet hensyn til taushetsplikten og mange forstyrrende momenter. Informanten skrev under samtykkeerklæring i forbindelse med gjennomføringen av intervjuet. For å kunne gjengi og analysere svarene fra informantene best mulig, brukte jeg lydfil og tok notater, som er vanlig ved gjennomføring av på forhånd avtalte kvalitative intervjuer, og informanten var

informert om dette på forhånd gjennom informasjonsskrivet samt muntlig ved selve gjennomføringen av intervjuet slik Repstad (2007) og Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2016) beskriver viktigheten av.

Siden jeg ønsket å intervju personer som tidligere injiserte rusmidler, og som hadde et eller flere institusjonsopphold bak seg, og som ikke hadde falt tilbake til et injiserende rusmiddelbruk etter siste løslatelsen eller utskrivelsen, ville det bety at de måtte se noe tilbake på fortida si. Et intervju vil reflektere hva en person føler og mener på ett bestemt tidspunkt og i en bestemt kontekst (Repstad, 2007). Det betyr at jeg som forsker måtte være bevisst beskrivelsene ved retrospektive intervjuer og eventuelt stille kontrollspørsmål som, «*Er dette noe du har tenkt etterpå, eller mente du dette den gangen også?*» (Repstad, 2007, s.95). På den måten kunne informanten få muligheten til å reflektere over om det var noen forskjell på det han tenkte den gangen han var innsatt eller i døgnbehandling og da han ble løslatt eller utskrevet, sammenlignet med hva han tenkte ved intervjutidspunktet, som var flere måneder senere. Denne problemstillingen var aktuell for samtlige informanter da alle hadde flere innleggelser, samt soninger, bak seg, og samtlige uttrykte ulike opplevelser ved de ulike oppholdene i døgninstitusjon samt erfaringene etter utskrivningene og løslatelsene, som jeg vil beskrive nærmere i kapittel 4 og 5.

Prosjektet ble meldt til NSD. NSD hadde ingen spørsmål i forbindelse med vurderingen av prosjektet, og den 13.03.2020 forelå vurdering om at behandling av data ville være i samsvar med personvernlovgivningen (saksnr. 171461, se vedlegg 1). Jeg rakk da å ta kontakt med én kommunal rustjeneste før koronasituasjonen satte muligheten for datainnsamling på pause. Etter litt over en måned, ble det gjenåpnet for å gjennomføre datainnsamling. Vedrørende rekrutteringsprosessen ble jeg møtt med ulike responser ved de ulike tjenestestedene. Jeg kontaktet i hovedsak lederne ved de respektive stedene, og noen uttrykte å være veldig positive til prosjektet, mens andre var mindre positive. Utfordringer knyttet til Koronasituasjonen ble nevnt som en av grunnene til å være mindre positiv til et masterprosjekt. Jeg fikk kontakt med alle tre poliklinikkene, men etter flere forsøk på å nå avdelingsleder i den ene kommunen uten hell, fikk jeg kun kontakt med to av kommunene. Av de fem ulike tjenestestedene jeg hadde fått kontakt med, fikk jeg tilbakemelding fra én poliklinikk og én kommunal rustjeneste etter litt over en måned hvor tilbakemeldingen bestod av at de hadde henholdsvis en og to aktuelle kandidater til prosjektet, som hadde sagt seg villige til at jeg kunne kontakte dem ved telefonhenvendelse for å avtale gjennomføring av et intervju.

Det kan være mange ulike årsaker til den relativt lave responsen. Foruten utfordringer knyttet til Koronasituasjonen, ble det også nevnt at utvalgskriteriene gjorde det vanskelig å finne kandidater. Kriteriene *menn over 18 år med tidligere injiseringserfaring, innleggelse i døgnbehandling og/ eller tidligere soning i fengsel*, var det ut ifra tjenestestedene ikke vanskelig å finne aktuelle kandidater til, men kriteriet *utskrevet/ løslatt for minimum 6 mnd siden og ikke falt tilbake til et skadelig bruk av rusmidler siden utskrivelsen/ løslatelsen*, gjorde det vanskelig for tjenestestedene å finne aktuelle kandidater. Dette er i seg selv en interessant observasjon. Det blir kun en spekulasjon i dette tilfellet, men en kan jo lett tenke at en årsak til dette nettopp er den kjente risikoen for tilbakefall kort tid etter utskrivelse eller løslatelse.

Etter å ha gjennomført tre intervjuer, transkribert intervjuene, kommet i gang med analyseprosessen og startet på diskusjonen, prøvde jeg å kontakte daglig leder for RIO, først per telefon, deretter per e-post, for å se om jeg kanskje kunne få rekruttert 1-2 ytterligere informanter. Det ble ikke oppnådd kontakt, og det ble da i dette prosjektet intervjuet 3 personer. Siden informantene vil kunne kalles eksperter når det gjelder fenomenet det ble forsket på, vil man kunne forvente en gyldighet av forskningen (Lund, 2002) da man generelt kan si at 3-5 eksperter kan klare å avdekke 60-75 % av alle brukerproblemer (Johannessen, et al., 2010). Samtidig må man være bevisst den induktive risikoen ved å generalisere ut ifra et fåtall (Douglas, 2000), og som alltid er til stede i en studie. Det ville mest sannsynlig blitt tilført ytterligere ny informasjon ved gjennomføring av flere intervjuer, men erfaringene som ble delt er allikevel av betydning og en viktig informasjon som vil kunne danne et grunnlag for videre forskning.

3.2.3 Beskrivelse av informantene

Informantene var i alderen 35 – 47 år. De hadde alle flere opphold bak seg innen rusbehandling og to av dem oppgav at de også hadde flere kortere (inntil 3 mnd.) soningsopphold bak seg. De oppgav å ha mange ulike erfaringer fra flere kortere og lengre døgnbehandlingsopphold innen rusbehandling. Noen avgiftningsopphold på få uker og noen lengre opphold på flere måneder og til og med år. To av dem fortalte at de var i langtidsopphold allerede i 20 – årene. Samtlige hadde rusbehandling som siste opphold i døgninstitusjon, og tiden etter utskrivelsen hadde et spenn på 6 mnd. til 3 år. Det innebærer at de bringer inn egne erfaringer fra flere døgnopphold i intervjuet, enn erfaringen fra det siste døgnoppholdet. At to av dem hadde erfaring fra fengsel, innebærer at de også har erfaring av opphold i døgninstitusjon som ikke er basert på frivillighet. Alle informantene

fortalte sin egen historie og om sin egen erfaring med bruk av rusmidler, overdoser eller risiko for overdoser samt erfaringer innen behandling og soning, som en naturlig del av samtalen basert på intervjuguiden. Samtidig snakket samtlige også generelt om sin kjennskap til og refleksjoner rundt andres erfaringer når det gjelder overdose og overdoseforebygging, og gjeldende tjenester innen både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Dette er ikke informantenes egne erfaringer, men bidrar til beskrivelser av et bredere spekter av erfaringer.

3.2.4 Intervjusituasjonen

Jeg gikk inn i intervjusituasjonen med en åpenhet og en nysgjerrighet. Jeg hadde naturlig nok noen oppfatninger om hva informantene ville komme til å svare, basert på egen praksiserfaring og teoretisk kunnskap, som eksempelvis betydningen av samhandling, nettverk og aktivitet, men jeg hadde samtidig et håp om at noe nytt ville komme frem. Jeg hadde, som nevnt, noen spørsmål jeg ønsket svar på, men jeg var samtidig nysgjerrig på hva informantene selv ville vektlegge. Ville de synes de forhåndsbestemte spørsmålene gav mening? Ville de selv vektlegge helt andre faktorer, som mest betydningsfulle? Jeg gikk inn i intervjusituasjonene med en gitt kunnskap, og selv om jeg etterstrebet å være åpen for ny erfaringsbasert kunnskap gjennom fleksibelt intervju, ville jeg ikke kunne være helt nøytral i hvordan jeg tolket svarene. Med min kunnskap fra egen praksis og fra tidligere forskning, ville jeg, som nevnt, nødvendigvis gå inn i intervjusituasjonen med en viss forhåndsoppfatning av hva informantene ville svare samt hva jeg ville oppfatte som særlig interessant og dermed utforske videre. Andre forskere ville derimot mulig ha oppfattet andre faktorer som særlig interessante og utforsket dem videre.

Under intervjusituasjonen, prøvde jeg å la informanten få formidle det han ønsket, med visse rammer som tid (intervjuene tok fra 38-45 minutter) og intervjuguide som begrensning. Jeg lyttet til det de fortalte da jeg tenkte at dersom dette er noe de ønsker å formidle, er det nok fordi det er viktig for dem, selv om det i noen tilfeller kanskje var litt utenom selve temaet for intervjuet. Jeg prøvde bevisst å tåle stillheten som av og til oppstod, for å gi informanten tid og rom til å tenke og reflektere over spørsmålet slik at intervjuet ikke skulle bære preg av forhastede svar, men at også informanten forhåpentligvis ville sitte igjen med en følelse av å ha bidratt på en måte han selv var fortrolig med. På slutten av intervjuet, spurte jeg hver enkelt om det var noe de følte de ikke hadde fått delt, men som de mente burde vært med i intervjuet med bakgrunn i prosjektets tema. Det var det ingen av informantene som uttrykte at de følte.

Jeg etterstrebdde å opptre mest mulig åpen og engasjert i spørsmålsstillingen og da informantene gav sine svar, selv om jeg i noen situasjoner ble mer overrasket over svarene enn i andre situasjoner. Jeg etterstrebdde å ikke la mine forhåndsoppfatninger og forventninger bære preg av hva jeg utforsket videre. Eksempelvis hadde jeg ikke sett for meg at 2 av 3 informanter kom til å vektlegge medisinerings som en av de viktigste faktorene i sin bedringsprosess og at samtlige nevnte sin egen motivasjon og viljestyrke som en viktig faktor.

3.3 Tematisk analyse

Jeg har valgt å gjøre en tematisk analyse av datamaterialet i henhold til Braun og Clarke's beskrivelse av hvordan man kan anvende tematisk analyse innen kvalitativ forskning (Braun og Clarke, 2006). Braun og Clarke beskriver prosessen gjennom flere steg. De beskriver analyseprosessen fra å starte med transkriberingen av intervjuene, da det er dette materialet man skal jobbe videre med slik at det er viktig at intervjuene er korrekt transkribert i henhold til lydfilen. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en periode på ti dager, og hvert intervju ble transkribert i løpet av to uker etter gjennomføringen av intervjuet. På den måten var intervjusituasjonene ganske ferske i minnet slik at transkripsjonen skulle bli mest mulig korrekt.

Videre beskrives analyseprosessen gjennom koding og rekoding av temaer, det som informantene vektlegger og som i tillegg gir mening i henhold til forskningsspørsmålene. Som Braun og Clark (2006) beskriver, har man gjennom intervjuene fått et datamateriale. Dette materialet er det opp til forskeren å analysere, og analysen vil nødvendigvis bære preg av forskerens teoretiske ståsted. Braun og Clark beskriver tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer som gjentas) ut fra et gitt datamateriale ved å diskutere temaene som vokste frem, opp mot relevant litteratur (Braun og Clarke, 2019).

Jeg valgte å ta for meg hvert spørsmål i intervjuguiden og kode de respektive svarene ved å notere temaene hver og en av informantene fremhevet i sine tilbakemeldinger på spørsmålene. Deretter kodet jeg på nytt for å komprimere de ulike temaene inn i færre temaer dersom noen av dem kunne samles inn i ett felles tema. Deretter kodet jeg nok en gang for å komprimere temaene til hvilke temaer informantene vektla som nøkkelford ut ifra intervjuene. Denne prosessen var preget av mye «fram og tilbake-arbeid». Hva var det

den enkelte informant fremhevet? Hva var det informantene fremhevet under hvert spørsmål? Hva sitter jeg igjen med etter disse tre intervjuene? Dette vil beskrives nærmere i kap. 4.

3.4 Etiske refleksjoner

Forskningsprosjektet ble gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora med fokus på viktigheten av tilstrekkelig informasjon om hva det innebar å delta i forskningsprosjektet, slik at informanten hadde mulighet til å gi et informert samtykke til deltakelse, samt aidentifisering av personlige opplysninger (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016). Informasjonsskriv og muntlig informasjon om prosjektet ble gitt informanten. Intervjuet ble gjennomført etter at «Samtykke til deltakelse i prosjekt» var blitt signert av informanten etter å ha fått muntlig og skriftlig informasjon.

Det vil være viktig å gjøre en avveining mellom samfunnets behov for ny kunnskap og den mulige belastning forskningen påfører deltakerne. Risikoen for å påføre mindre alvorlige belastninger må veies mot forskningens samfunnsnytte og verdien for dem som deltar i forskningen (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016). Det er beskrevet et behov for mer forskning innenfor fagfeltet rus og psykisk helse og særlig innenfor temaet overdoser og overdoseforebygging som nevnt i pkt 1.1. Samtlige av informantene uttrykte en takknemlighet for å kunne bidra inn i forskningen med sin erfaringskunnskap, slik at belastningen for den enkelte deltaker i prosjektet, virket tilsynelatende å være minimal. Samtidig har jeg ikke hatt kontakt med informantene i etterkant, slik at jeg kan ikke uttale meg vedrørende eventuelle negative reaksjoner informantene har pådratt seg i etterkant som følge av å snakke om rus, overdoser og overdosedødsfall.

Jeg snakket med informanter som ikke hadde tatt overdose og ikke hadde falt tilbake til problematisk bruk av rusmidler etter siste utskrivelse, og jeg spurte om deres opplevelser av institusjonsoppholdet, tilbakeføringen til samfunnet og tiden etter utskrivelsen. Jeg ville ut ifra det prøve å få svar på forskningsspørsmålene nevnt i beskrivelsen av dette prosjektet. Disse omhandler hva som oppleves å fungere og hva som oppleves å kunne forbedres i tjenesteapparatet i det overdoseforebyggende arbeidet. Selv om jeg snakket med informanter som selv ikke hadde tatt overdose etter utskrivelsen, var det viktig å tenke

over at det å snakke om temaet overdose og overdosedødsfall kunne fremkalle russug og/ eller fremkalle vonde minner og følelser. Av den grunn, tenkte jeg at informantene burde ha fått noe avstand til det tidligere problematiske rusmiddelbruket, og at tidsperioden etter institusjonsoppholdet hadde en lengde på minst seks måneder slik at livet utenfor hadde begynt å stabilisere seg, som nevnt i pkt. 3.1.1 i henhold til studien til Bukten et al., (2017). Denne tidsperioden ville også mulig fungere som en beskyttelsesfaktor i sammenheng med den mulige belastningen det ville være for informantene å snakke om ovennevnte tema. Ut ifra forskningen, vet vi at det er størst risiko for overdosedødsfall den første tiden etter utskrivelse/ løslatelse, og etter 6 mnd. kunne det være stor sannsynlighet for at informantene hadde erfaring av å være i situasjoner hvor de valgte å ikke injisere rusmidler.

Vel vitende om at det kunne være en belastning for informantene å snakke om rus, overdoser og overdosedødsfall, ville likevel avveiningen mot forskningens samfunnsnytte være av en slik betydning at det etter min mening ville være viktig å prøve å gjennomføre prosjektet. Da det foreligger et behov for systematisk innhenting av ny kunnskap for å kunne sette inn målrettede tiltak i det overdoseforebyggende arbeidet, som nevnt i pkt 1.1, ville denne forskningen kunne ha en nytteverdi for praksis. Den kan samtidig ha en nytteverdi for informantene ved at de fikk snakke om noe de hadde lyktes med, og ut fra tilbakemeldingene fra informantene om at de var svært takknemlige for å kunne få lov til å bidra med sin historie og sine erfaringer, kan det virke som den kan ha hatt noe nytte for dem også.

Vedrørende personvern har jeg bevisst valgt å utelate informasjon om geografisk tilknytning samt nærmere beskrivelser av døgninstitusjonene og de nåværende tjenestene informantene hadde sine erfaringer fra. Transkripsjonene ble anonymisert og jeg tildelte hver informant og hvert transkriberte intervju et nummertall for å ivareta informantens personvern.

4.0 Analyse

Da datamaterialet skulle analyseres, valgte jeg å se nærmere på hvert intervju og koble transkripsjonen opp mot intervjuguiden for å få tydelig frem hva informanten fremhevet ved de ulike spørsmålene. Jeg så deretter nærmere på hvilke nøkkelord som fremkom ut av hvert intervju, for i best mulig grad videreformidle hva hver enkelt informant uttrykte som faktorer av betydning.

Deretter tok jeg for meg de ulike spørsmålene og koblet de opp mot hver enkelt informant for så å se om de ulike svarene til informantene samsvarte, samsvarte noe eller var helt ulike. Som beskrevet gjennom prosessen med tematisk analyse (pkt. 3.3), så jeg igjen enda nærmere på hvert enkelt spørsmål som framkom av første runde med koding av nøkkelord. Noen færre nøkkelord fra hvert av de tre spørsmålene fremhevet seg som et resultat av analyseprosessen. På den neste gjennomgangen av nøkkelordene fra de tre spørsmålene, så jeg at stadig noen nøkkelord gjentok seg eller omhandlet samme tema. Til slutt var det noen færre hovedtemaer som gjennom analyseprosessen fremhevet seg mest og derav utviklet seg til hovedtemaene for den videre diskusjonen.

4.1 Koding av hvert enkelt spørsmål

Spørsmål 1:

«Hva tenker du har betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon?»

Det som ble beskrevet som viktige faktorer for forebygging av tilbakefall til rus med fare for overdose og overdosedødsfall etter utskrivelse/ løslatelse, var særlig *samarbeid/samhandling, nettverk og medisiner*. Med samarbeid ble det lagt vekt på at det var lagt en plan under institusjonsoppholdet slik at du visste hva som ventet deg når du ble skrevet ut eller løslatt. I den planen burde det så innebære at du hadde en egnet bolig å komme til og at du hadde et nettverk rundt deg som innebar andre enn de du var sammen med da du brukte rusmidler på en skadelig måte. Nettverket burde helst bestå av både profesjonelle og andre, som eksempelvis familie, men det viktigste var at det var noen du visste ville kontakte deg, og at du hadde noen du kunne kontakte. Det ble lagt vekt på viktigheten av å ha flere kontaktpersoner å spille på samt treffpunkter med særlig hyppigere frekvens den første tiden etter utskrivelsen/ løslatelsen. En gang i uken ble

beskrevet som for sjelden den første tiden. Jeg ønsker å ta med et par sitater fra informantene som beskriver betydningen av nettverk samt den sårbare overgangen en utskrivelse eller løslatelse innebærer.

«Jeg tenker at hvis ikke man har noe nettverk, hvis man skal gå ut og leke med de gamle lekekameratene, er det fort gjort å gå ut og ruse seg... litt svart hvitt, man må ikke ta den dosen... så nettverksbygging tror jeg er veldig viktig for å forebygge.» Mann, 38 år.

«Man sitter i den trygge bobla og er drit lei av å være der (i institusjonen), og tror det kommer til å gå kjempefint, men er ikke helt realistisk. Så får man alt i fanget samtidig. Har man ikke hjelp da, er det veldig lett å ty til metoder for å fly både fra følelse og ansvar.» «For det er en trygg plass å være (i institusjonen), det er jo ikke sånn som ute i samfunnet når du plutselig har ansvar for alt selv.» Mann, 35 år om den første tiden etter utskrivelsen/ løslatelsen, som han beskriver som veldig sårbar.

Angående medisiner ble det nevnt både substitusjonsbehandling og angstdempende medikamenter. Det ble dog vektlagt viktigheten av en strengt kontrollert oppfølging angående både utlevering og plan for nedtrapping. Det ble nevnt viktigheten av å bruke medikamenter kun for en avgrenset periode og i tett samarbeid med fastlegen. Angående behandling med medikamenter, ble det uttrykt at *«Det er alt for lite hjelp å få i forhold til problemer.»*. Med dette ble det ment at det fokuseres for lite på behandling av psykiske lidelser i rusbehandlingen. Jeg vil ta med et sitat fra et av intervjuene som beskriver hvorfor det kan være av stor betydning å benytte legemidler som en del av behandlingen for en periode.

«Går man dårlig lenge nok uten det man trenger og får tak i masse, så hiver man innpå. Da er det gjort!» Mann, 35 år.

Med den siste setningen mente vedkommende at det ville være stor fare for overdose.

Spørsmål 2:

«På hvilken måte opplevde du å få hjelp under institusjonsoppholdet til å forberede deg på hverdagen etter løslatelsen/ utskrivningen?»

Det informantene uttrykte som viktige faktorer angående forberedelsen på hverdagen utenfor institusjon, var *samhandling* mellom institusjonen og det lokale tjenesteapparatet og *nettverksbygging*, slik at personene visste at de hadde noen personer og møtepunkter å forholde seg til når de ble skrevet ut av institusjonen.

Med samhandling ble det nevnt *kriseplan* og en eller annen form for *individuell plan*. Det ble vektlagt viktigheten av å ha lagt en plan for hverdagen etter utskrivelsen, før personen ble skrevet ut. Denne planen innebar samarbeidsmøter med parter i hjemkommunen mens personen fremdeles var innlagt i institusjon. Oppfølging av ruskonsulent, ansvarsgruppemøter, som også innebærer samarbeid med flere parter, som eksempelvis fastlege og saksbehandler fra NAV, ble vektlagt. Kontaktliste/ ringeliste med kontaktopplysninger på flere mulige kontaktpersoner i personens nettverk, som de nevnt over samt eventuelt støttekontakt og pårørende, som personen kan kontakte ved behov. Dette går litt over i det de nevnte som nettverksbygging, dog nettverksbygging ble uttrykt som noe man mulig også fortsetter med etter utskrivelsen. Eksempelvis å delta på AA-/NA-møter eller melde seg som frivillig i Røde kors, var noe som ble nevnt som muligheter for nettopp det å ha noe meningsfullt innhold i hverdagen.

«Hva tenker du fungerte under behandlingsoppholdet og/ eller hva kan eventuelt forbedres?»

Medisinering samt *egen viljestyrke* var de to hovedfaktorene som ble uttrykt om hva som fungerte under informantenes siste behandlingsopphold. Det ble også nevnt at det er mye bra innhold i de ulike rusbehandlingsinstitusjonene (12-trinnsbehandling ble pekt ut), og at det på flere av stedene også jobber erfaringskonsulenter, ble nevnt som svært positivt.

Angående medisinering, ble det uttrykt at det for noen kan ha stor betydning i en rehabiliteringsfase. Det ble dog uttrykt at det da er svært viktig med en behandlingsplan/ nedtrappingsplan da det kun bør gis for en periode og følges opp med kontrolltiltak, som eksempelvis urinprøver. Dette for at medisineringen skal ha den ønskelige effekten som nettopp medisinering, og ikke fungere som et eventuelt rusmiddel.

Samtlige av informantene uttrykte at egen motivasjon var en faktor av sterk betydning for hvorfor det hadde fungert under siste behandlingsopphold i døgninstitusjon. Samtlige

fortalte at de hadde flere opphold bak seg hvor de hadde takket ja til behandlingsopphold for andre enn sin egen skyld.

Når det gjelder hva som kan forbedres, nevnte informantene henholdsvis *medisinering, erfaringskonsulenter og ettervern*. Som nevnt, var det da snakk om medisinering for en periode under kontrollerte former. Angående erfaringskonsulenter, ble det uttrykt viktigheten av å ha kontakt med både såkalte profesjonelle helse- og sosialarbeidere samt erfaringskonsulenter. Det ble uttrykt at erfaringskonsulentene bidro i stor grad i å forsterke håpet om at det er mulig å komme seg ut av et problematisk bruk av rusmidler samtidig som avstandsforholdet mellom personen selv og hjelperen opplevdes mindre enn ved forholdet til hjelperen som kun har lest seg til kunnskap om *problematiske rusmiddelbruk*. Med ettervern menes oppfølging etter utskrivelsen, som jeg vil komme nærmere inn på under spørsmål 3.

«Jeg kan klare meg veldig godt på institusjonen, der er det trygt, så når jeg kommer ut da, så er det det ettervernet, det kan alltid bli bedre, det tror jeg.» Mann, 38 år.

Hvis du har flere soningsopphold/ behandlingsopphold bak deg, hvordan vil du beskrive eventuelle forskjeller?»

Informantene hadde soningsopphold bak seg, dog kun kortere opphold på inntil tre måneder. Når de snakket om institusjonsopphold, fremhevet de oppholdene i behandlingsøyemed. Det ble dog nevnt at det er stor forskjell på å være i rusbehandling og å sone i fengsel. I rusbehandlingsinstitusjonene er det hjelp å få dersom personen selv er motivert for det, mens i fengsel er det mindre fokus på rehabilitering og når du er ferdig sona, er det løslatelse og du står helt på egne bein, ifølge informantene. Det ble uttrykt at de ulike institusjonene har ulikt innhold og ulike fokusområder, men det ble i hovedsak uttrykt at det meste innholdet stort sett var bra, uavhengig om det var statlig eller privat med ulikt fokus. Det at informantene selv var klare for en endringsprosess, ble presisert som en faktor av svært stor betydning for hvordan de opplevde behandlingsoppholdet og hva de fikk ut av det.

«...så det tror jeg også er et aspekt, at man må ta ansvar for egen behandling, og det med at mange av oss ruser oss for å finne vår bunn, det er sånn som jeg hører og ser, at de som har nådd bunnen.. Nå er det nok!» Mann, 38 år.

«Hvordan opplevde du å ha medvirkning i forberedelsen/ utskrivningsprosessen?»

Frivillig innleggelse, individuell plan og det å *benytte seg* av nettverket rundt ble fremhevet som faktorer som var av betydning for at informantene følte at de medvirket i sin egen bedringsprosess. De hadde alle selv søkt hjelp og søkt om innleggelse. De opplevde også alle tre å bli hørt og bli lyttet til angående deres individuelle behov i sin bedringsprosess, og særlig en av dem uttrykte at han denne gangen klarte å benytte seg av den hjelpen og de mulighetene som finnes for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler. De to andre kom også med eksempler på hvordan de denne gangen gjorde andre valg og tiltak for å forebygge tilbakefall, som eksempelvis å stå på litt ekstra i dialogen med NAV (som jeg vil beskrive nærmere under spørsmål 3) istedenfor å gi seg med det samme og velge rus som første alternativ ved motgang, som de fortalte de hadde erfaring med fra tidligere.

Spørsmål 3:

«Hvordan opplevde du at kommunen (evt. poliklinikken) var forberedt på utskrivelsen/ løslatelsen?»

På dette spørsmålet svarte samtlige at de den siste gangen opplevde at kommunen var tilfredsstillende forberedt på utskrivelsen av personen. Samtlige uttrykte dessuten at det nok også handlet om hvor personen selv befant seg i sin bedringsprosess. Det de beskrev som faktorer vedrørende at kommunen var forberedt, handlet om at det hadde vært *samarbeidsmøter* mens personen ennå var innlagt i institusjonen. Disse samarbeidsmøtene medførte at de visste at de ville ha oppfølging av en *ruskonsulent* og/ eller en behandler ved poliklinikken etter utskrivelsen. Det å ha en *bolig* å flytte inn i, ble også nevnt som helt avgjørende for å kunne beskrive utskrivelsesprosessen som tilfredsstillende.

Samarbeidsmøter med NAV-veileder angående den økonomiske situasjonen samt en aktivitet i hverdagen, ble nevnt som en viktig faktor. Oppfølging av hjemmesykepleie eller henteordning vedrørende medisiner samt urinprøvetaking, ble også nevnt som en viktig faktor. Det å ha et nettverk rundt seg, noen å kunne kontakte, som pårørende, venner, støttekontakt og frivillige organisasjoner i tillegg til kontaktpersoner i helse- og sosialsektoren, ble nevnt som den viktigste faktoren for å fungere i hverdagen etter utskrivelsen i tillegg til egnet bolig og egen viljestyrke ifølge informantene.

«Hva tenker du fungerer ute i kommunen (evt. ved poliklinikkene) og/ eller hva kan eventuelt forbedres?»

Samtlige av informantene uttrykte at dersom man har viljestyrken og en sterk egen motivasjon, er det mye som fungerer og det finnes hjelp å få. Det de beskrev som svært viktig i tillegg til egen motivasjon, var *samarbeidsmøtene*. Samhandlingen mellom kommunen og institusjonen før utskrivelsen. Ansvarsgruppemøter med flere aktører som alle har felles mål med utgangspunkt i personen sin *individuelle* plan. Dette ble uttrykt som svært viktig, og det ble formidlet av informantene at dette stort sett fungerer bra.

Det ble også nevnt at LAR (legemiddelassistert rehabilitering) fungerer bra for noen.

Når det gjelder hva som kan forbedres, ble det særlig nevnt *ettervern*. Selv om informantene uttrykte at de i sin nåværende situasjon opplevde at det er mye som faktisk fungerer, ble det nevnt flere faktorer, som de av egen erfaring gjennom tidligere opphold i døgninstitusjoner, samt ved siste utskrivelsesprosess, som de opplever kan og bør forbedres.

Det å faktisk ha en *egnet bolig* å komme hjem til er ofte ikke realiteten for mange ifølge informantene. Med *egnet bolig*, menes en bolig personen selv opplever som tilfredsstillende vedrørende å fungere i hverdagen uten å bruke rusmidler. Dersom man blir skrevet ut til en nødbolig eller en kommunal bolig som ligger i samme boligkompleks eller område hvor det oppholder seg mange som bruker rusmidler på en skadelig måte, vil det å selv holde seg nykter være svært mye vanskeligere enn om naboene ikke bruker rusmidler på en skadelig måte.

Det å ha *noe konkret å komme hjem til*. En oppfølgingsplan, det å vite at man har en konkret avtale før man blir skrevet ut. Det å ha hilst på en person en gang og fått beskjed om at man vil bli kontaktet etter utskrivelse, det å ha fått en kontaktinformasjon og blir bedt om å selv ta kontakt når man har blitt skrevet ut, er ikke like konkret og forutsigbart som det å faktisk ha et konkret tidspunkt å forholde seg til. Det å vite at man har *noe konkret innhold* og noen *konkrete personer* rundt seg i hverdagen etter utskrivelsen, beskrives som særdeles viktig for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler. Særlig en av informantene uttrykte at det å ikke ha noe konkret å gjøre opplevdes negativt, og han beskrev det som et stort forbedringspotensial særlig angående NAV vedrørende *arbeids- og aktivitetstilbud*. Det at de to andre ikke beskrev dette som et stort

forbedringspotensial, kan være at en av dem skulle starte på studier (i samarbeid med NAV) og den andre hadde en del somatiske plager som oppholdt mye av hans tid i hverdagen i den situasjonen han befant seg i ved intervjuetidspunktet. Jfr. pkt. 2.7 om mer ansvar til kommunene, uttrykte en av informantene nettopp betydningen av utfordringer vedrørende ventelister, som eksempelvis ventetid på oppfølging av ruskonsulent, ventetid på tildeling av bolig og ventetid på arbeid- eller annet aktivitetstiltak:

«Jeg tror jo at hvis det hoper seg opp venteliste og sånn.., du kan dø i køen, så at man på en måte har at samfunnet legger opp til at man først kan gi hjelp, så må det være når man trenger det og ber om det, at man ikke står i sånne køer. Skal få behandling når man er motivert, og om 8 mnd. har man mistet den motivasjonen, mye kan ha skjedd på den tiden. Men det er noe med det, skal man få oppfølging, så må det være noen der, som har satt av tid til deg. Det tror jeg er viktig.» Mann, 38 år.

Fleksibilitet og mer individuell tilnærming ble også uttrykt å være noe informantene savnet og ønsket mer av i tjenestene. Et par konkrete eksempler på dette, var en av dem, som opplevde at bosituasjonen ikke var tilfredsstillende (som nevnt over). Han kontaktet NAV angående å få innvilget støtte til en noe høyere sats enn normen, nettopp for å oppleve boligen som egnet. Etter å ha kjempet litt mer enn vanlig, fikk han innvilget det han søkte om, og ifølge ham, har det hatt stor betydning for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler og der igjen forebygging av overdose og i verste fall overdosedødsfall.

«Men jeg synes de (NAV) må se an person og situasjon litt. Når de ser en som er nykter og som prøver, så må de gi litt ekstra.» Mann, 35 år.

En annen faktor som ble nevnt som noe som ikke fungerer optimalt og som har et stort forbedringspotensial, var LAR. Det ble uttrykt at den ordningen fungerer bra for noen (en av informantene fortalte at han ble søkt inn i LAR kort tid før siste opphold i døgninstitusjon). Det ble dog uttrykt at det er altfor mange som er søkt inn i LAR hvor ordningen ikke fungerer som den er tenkt. Med dette menes kort fortalt at man skal ha hatt et skadelig bruk av opiater over tid, legemiddelet skal brukes som en medisin med riktig justert dose og urinprøver for rusmiddelanalyse skal leveres jevnlig, som kontrolltiltak. Ifølge informantene, er det mer vanlig at de som er i LAR ikke følger de ovennevnte kriteriene.

«Når jeg hører at ungdommer i 18-20 års alderen, som har røykt litt hasj, kanskje prøvd litt amfetamin, så er dem i LAR, så blir jeg lynforbanna. Altså, det er så provoserende, for de vet ikke hvor sterke stoffer det er.» Mann, 35 år.

«På hvilken måte opplevde du at det var en samhandling mellom institusjonen og kommunen/ poliklinikken før løslatelsen/ utskrivningen? Evnt hva tenker du fungerte og/ eller hva kan forbedres ved denne samhandlingen?»

Samtlige av informantene uttrykte at det i en eller annen form var en samhandling mellom institusjonen og kommunen/ poliklinikken, og at det i deres tilfeller i større eller mindre grad fungerte, som nevnt under de to tidligere spørsmålene vedrørende om informantene opplevde at kommunen/ poliklinikken var forberedt på utskrivelsen og om hva de tenker fungerer ute i kommunene/ ved poliklinikkene. Det de igjen presiserte viktigheten av, var *samarbeidsmøtene* og det å ta kontakt med kommunen i god tid før utskrivelsen slik at man får lagt en god *oppfølgingsplan* etter utskrivelsen og at man blir skrevet ut til et *egnet sted å bo*.

«Ta kontakt i god tid før man skal ut, ikke sant, ikke komme en uke før.. -Her er ingen møbler..., ikke sant.» Mann, 38 år.

Det ble presisert viktigheten av en individuell plan slik at de ulike aktører i personens nettverk handler sammen om en felles agenda og hvor alle parter, inkludert personen selv, blir ansvarliggjort og forplikter seg og derav blir stilt krav til.

4.2 Oppsummering av koding av hvert enkelt spørsmål

Hovedtemaene som kom frem av beskrivelsene under det første spørsmålet angående hva personen selv tenkte har betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon, var *samarbeid og samhandling* med kommunen angående en plan for hva som venter personen etter utskrivelsen, som *egnet sted å bo* samt *nettverk*. Nettverk som hvem man selv kan kontakte dersom dagen blir vanskelig for å forebygge å eksempelvis ty til rusmidler for å dempe ubehaget, samt det å vite at man har avtaler med andre, som vil reagere og ta kontakt med vedkommende dersom uteblivelse fra avtale. Med nettverk ble det lagt vekt på det profesjonelle nettverket rundt personen som eksempelvis

ruskonsulenten, fastlegen og/ eller saksbehandleren på NAV. Det ble også lagt vekt på viktigheten av familie, venner og andre, som eksempelvis nettverk man tilegner seg gjennom annen meningsfull aktivitet i hverdagen, som eksempelvis AA- og NA-møter, frivillig arbeid eller lønnet arbeid.

Det tredje hovedtemaet var *medisiner*, både substitusjonsbehandling og angstdempende ble nevnt. Det ble dog også uttrykt viktigheten av en tydelig behandlingsplan i samarbeid med fastlege angående kontrolltiltak og nedtrapping.

Hovedtemaene som kom frem av beskrivelsene under det andre spørsmålet, som omhandlet på hvilken måte personen selv opplevde å få hjelp under institusjonsoppholdet til å forberede seg på hverdagen etter løslatelsen eller utskrivelsen, inneholdt mye av det samme som nevnt over. *Samhandling* som omhandlet ansvarsgruppemøter rundt personen sin individuelle plan, hvor det da ble lagt vekt på å lage en kriseplan og jobbe med *nettverksbygging*, samt inkludere *medisiner* dersom det skulle være behov for det for den enkelte.

Det som også ble nevnt under dette spørsmålet, var personen sin *egen viljestyrke og egen motivasjon*. Det ble lagt vekt på viktigheten av å ikke legge seg inn til behandling for andre sin del. Det ble uttrykt at dersom man selv ønsker en endring i livet sitt, er det i all hovedsak mulig å få hjelp underveis i bedringsprosessen. Det gjelder å benytte seg av de tilbudene som faktisk finnes, og dersom man er motivert selv, er det lettere å benyttes seg av dem, uttrykte samtlige informanter.

Et annet tema som ble nevnt under dette spørsmålet, var nyttheten av *erfaringskonsulenter* i tillegg til utdannet personal i rusbehandlingsinstitusjonene.

Erfaringskonsulentene bidro positivt til forsterket håp om endring i bedringsprosessen til personen samt til å minske avstandsforholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, noe som ble opplevd som positivt i relasjonsbyggingen mellom personen og den profesjonelle.

Ettervern ble understreket som svært viktig for å takle hverdagen etter institusjonsopphold uten å falle tilbake til problematisk rusmiddelbruk. Ettervern ble beskrevet av informantene å inneholde oppfølging utenfor institusjonen, som noe konkret å komme hjem til. En egnet bolig man har vært i før utskrivelsen, et nettverk rundt seg med personer man kjenner til før man blir skrevet ut og en meningsfull aktivitet å gå til for å ha et innhold i dagene, ble

beskrevet av informantene som viktig ettervern for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler med fare for overdose og overdosedødsfall.

Det ble understreket av informantene at det er stor forskjell på å sone i fengsel og å være innlagt i rusbehandlingsinstitusjon når det gjelder innhold og fokus på rusbehandling. Det ble beskrevet at det i rusbehandlingsinstitusjonene er mye hjelp å få, særlig dersom man har et sterkt ønske selv om en endring, mens dette opplevdes av informantene som fraværende under soningsoppholdene.

Hovedtemaene som kom frem av beskrivelsene under det tredje spørsmålet, som omhandlet hvordan personen opplevde at kommunen og/ eller poliklinikken var forberedt på løslatelsen/ utskrivelsen, ble det igjen lagt vekt på *samarbeidsmøter og individuell plan*, slik at personen før utskrivelsen visste hva som ventet ham den dagen han ble skrevet ut. Det å vite at du vil ha oppfølging utenfor institusjonen, og at du vet konkret hva denne oppfølgingen inneholder, som hvilke personer, både profesjonelle og andre, du har rundt deg, hvor du skal bo og hva du skal fylle dagene med, ble beskrevet som særdeles viktig med mål om å forebygge overdosedødsfall.

4.3 Framvekst av hovedtemaer

Etter flere gjennomlesninger av de transkriberte intervjuene, koding og rekoding av temaer, er det seks temaer som utpeker seg i første omgang. Det er henholdsvis *samhandling, nettverk, medisiner, egen motivasjon, erfaringskonsulenter og ettervern*.

Samhandling i hovedsak mellom institusjonen og kommunen for å gjøre den sårbare overgangen, som en utskrivelse og en løslatelse er, mindre sårbar, men også samarbeid mellom de involverte parter innad i ansvarsgruppen eller i nettverket rundt personen, slik at alle involverte parter jobber mot et felles mål som samsvarer med personens mål, samt mellom personen og nettverket rundt, særlig mellom personen og tjenesteapparatet, som eksempelvis ruskonsulent, fastlege, saksbehandler på NAV og eventuelt andre. *Nettverket* omhandler alle personer som personen har kontakt med, både profesjonelt gjennom eventuelt ruskonsulent, fastlege og saksbehandler på NAV, men også eventuelt familie, fadder og andre deltakere i NA, arbeidsgiver og kollegaer på arbeidsplassen, trener og andre spillere på fotballaget etc. *Medisiner* omhandler i dette datamaterialet substitusjonsbehandling og angstdempende medikamenter. Det ble vektlagt viktigheten av

individuell behandling ut ifra hver enkelt sitt ulikt behov av medikamenter samt en tydelig plan for bruken av medikamentet inkludert strenge kontrolltiltak.

Når det gjelder *ettervern* omhandler det i dette datamaterialet oppfølging etter institusjonsoppholdet, noe konkret å bli skrevet ut til og å komme hjem til, som egnet bolig, nettverk med kjente personer og en meningsfull aktivitet i hverdagen, samt videre medisinsoppfølging av fastlegen ved behov for dette. Gjennom en god samhandlingsprosess før utskrivelse hvor det foreligger en tilfredsstillende plan for oppfølging utenfor institusjon etter personenes individuelle behov, vil temaet ettervern kunne inkluderes i de tre ovennevnte temaene, samhandling, nettverk og medisiner slik jeg tolker det, og jeg vil av den grunn innlemme dette temaet inn i de tre ovennevnte temaene.

Angående temaet *erfaringskonsulenter*, ble det i dette datamaterialet i hovedsak nevnt som en del av personalet som jobber inne i institusjonen. Ut ifra analysen av datamaterialet, vektlegger informantene særlig viktigheten av ettervernet, altså oppfølgingen etter institusjonsoppholdet, som svært viktig for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler med fare for overdose og overdosedødsfall. Av den grunn, har jeg i dette prosjektet valgt å ikke sette dette temaet som et av hovedtemaene i diskusjonen. Dette betyr ikke at det ikke er et viktig tema. Det betyr kun at det ikke ble nevnt som ett av de viktigste faktorene for oppfølging utenfor institusjon i dette datamaterialet.

Når det gjelder egen viljestyrke og motivasjon, er dette ifølge informantene noe som må komme innenfra hos personen selv. Tjenesteapparatet kan bidra med motivasjonsarbeid, som eksempelvis motiverende intervju¹, men til syvende og sist er det personen selv som må ha et ønske om en endring. Dersom dette ønsket ikke er sterkt nok, hjelper det lite om de ytre faktorer som bolig, medisinsoppfølging og aktivitetstilbud er tilrettelagt, og av den grunn har jeg i dette prosjektet heller ikke valgt å utdype dette temaet som et hovedtema da problemstillingen for prosjektet omhandler hvordan personer med egenerfaring opplever at døgninstitusjoner, poliklinikker og kommunale rus- og psykisk helsetjenester bidrar til å forebygge overdosedødsfall.

¹ Teknisk definisjon: «Motiverende samtale er en samarbeidsbasert kommunikasjonsstil hvor man er spesielt opptatt av endringssnakk, utformet med tanke på å skape personlig motivasjon og forpliktelse overfor et bestemt mål ved å lokke frem og utforske personens egne grunner for endring i en atmosfære av aksept og medfølelse.» (Miller og Rollnick, 2016, s. 58).

Ut fra ovennevnte kodeprosess har det vokst frem tre hovedtemaer gjennom analysen av datamaterialet. Disse tre temaene er *samhandling*, *nettverk* og *medisiner*, og dette vil være hovedtemaene for den videre diskusjonen av datamaterialet.

5.0 Diskusjon

Det er ofte svært stor overgang å bli utskrevet fra døgninstitusjon eller løslatt fra fengsel. I mange tilfeller kommer man tilbake til den samme boligen, på godt og vondt. Der har man ofte hatt negative erfaringer knyttet til rus og kriminalitet. I mange tilfeller ser boligen helt lik ut som da personen ble innlagt eller satt inn, om man i det hele tatt har en bolig å komme ut til. Den uåpnede posten ligger kanskje og venter sammen med de møkkete klærne, som ikke ble vasket før man ble hentet og kjørt til soning eller døgnbehandling. I mange tilfeller tenker jeg det vil være svært utenkelig å klare å opprettholde rusfrihet om man kommer tilbake til akkurat det samme som før døgnbehandling eller soningsopphold. De fleste har dessuten kun det samme nettverket som før, med rus som fellesnevner.

Sviktende familierelasjoner er ofte en av faktorene til utfordringer knyttet til rus og psykisk helse (Biong og Ravndal, 2009), og av den grunn har kun et fåtall av de innsatte eller de som er innlagt i rusbehandling, en god støtte i familien når de skal tilbake til samfunnet.

Som beskrevet i analysen, var det faktorer som samarbeid/samhandling, nettverk og medisiner som ble beskrevet som de viktigste faktorene for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon. Jeg vil videre diskutere det aktuelle datamaterialet knyttet til tidligere forskning.

5.1 Samhandling, medvirkning og sosiale relasjoner

Det ble påpekt viktigheten av å ha lagt en god plan under institusjonsoppholdet for hvordan hverdagen etter institusjonsoppholdet ville se ut med tanke på hvor man skulle bo, hvem man hadde rundt seg som støtteapparat og helst også hva man skulle fylle dagene med. For å iverksette den gode planen i praksis, ble det uttrykt viktigheten av samhandling mellom flere aktører, som alle har felles mål med utgangspunkt i personen sin individuelle plan. Dette samsvarer godt med tidligere forskning, som nevnt i teorikapitlene. Utskrivning fra spesialisthelsetjenesten når pasienten trenger videre oppfølging av det kommunale tjenesteapparatet, blir nevnt som et kritisk punkt i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). Studien til Soggiu og Biong fra 2017 fikk beskrivelsen «Samarbeid noen dør med» da mangel på sammenheng i og mellom tjenestene og mangel på informasjonsflyt mellom samarbeidspartnere og nivåer, vanskeliggjorde samarbeidet om å forebygge overdoser. Det kom også frem i samme studie et behov for å fokusere mer på det som er viktig for

personen selv for å forebygge overdosedødsfall (Soggiu og Biong, 2017). NOU 2010:3 og NOU 2019:26 anbefaler at man må tenke helhetlig og ikke skille mellom eksempelvis psykisk helsearbeid, rusomsorg og sosialfaglig yrkespraksis, men yte tjenester ut ifra den andres behov. Dette er også beskrevet i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) i kapittelet som beskriver dagens situasjon, spesifisert i avsnittet som omhandler kompetanse. Der uttrykkes et stadig behov for mer kunnskap om rusproblematikk hos dem som arbeider innen rusfeltet, og at personer med rusproblemer ofte får dekket behovet knyttet til selve rusproblemet, men at andre behov ikke nødvendigvis blir dekket. Dette til tross for kjent kunnskap om at personer med utfordringer knyttet til rus svært ofte har sammensatte utfordringer og behov for tjenester og bistand fra en rekke ulike instanser i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Kunnskap om at mange av pasientene i tverrfaglig spesialisert behandling har en psykisk lidelse og en betydelig andel av pasientene i psykisk helsevern har et rusproblem er også kjent, og et mål i Opptrappingsplanen er derav at tilgjengeligheten til tjenestene skal øke og at man i større grad skal se psykiske lidelser og rusavhengighet i sammenheng (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette er dog ikke ny kunnskap, men stadig like aktuelt. I 2003 kom boken «*Integrated Treatment for Dual Disorders*» ut. Den ble oversatt til norsk i 2006 og presiserer viktigheten av å se utfordringer knyttet til rus og utfordringer knyttet til psykisk helse i sammenheng samtidig som man har fokus på andre psykososiale risikofaktorer, driver aktivt oppsøkende virksomhet, har et langsiktig, tidsubegrenset perspektiv på behandlingen og har fokus på personen sin medvirkning i behandlingsplanen (Mueser et al., 2006).

For at den andre skal betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem, er brukermedvirkning nedfelt som en lovfestet rettighet og den lovfestede retten til individuell plan er et godt hjelpemiddel for tjenestene til å kunne yte helhetlige og samordnede tjenester etter ovennevnte anbefalinger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En viktig del i en bedringsprosess er at den andre opplever å bli sett og tatt på alvor (Karlsson og Borg, 2017) og å få hjelp til det personen selv mener hun eller han har bruk for (Borg, 2016). Dette viser også en studie publisert i 2019 med tittelen «Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling?». Ett av hovedfunnene, viste seg å være følelsen av manglende medvirkning i egen behandling (Årseth, Torjussen og Johannessen, 2019). Viktigheten av medvirkning og individuell plan ble også beskrevet ved et par sitater fra en av informantene;

«...disse handlingsplanene, det er min plan, min individuelle plan, mitt liv ikke minst».
«Det at jeg har blitt hørt og fått lov å medvirke, synes jeg har vært veldig bra.» Mann, 38 år.

Det er dog viktig å ha med seg at det vi forteller om oss selv og våre opplevelser, er formet av samværet og relasjonen vi har til mottakeren (Del Busso, 2014), som nevnt i pkt. 2.2, og det er lettere å snakke om vanskelige saker og «bli pushet på» dersom man har en god relasjon til fagpersonen (Karlsson og Borg, 2017), som nevnt i pkt. 2.5.1. En av informantene uttrykte avslutningsvis under intervjuet, viktigheten av nettopp dette med betydningen av den gode relasjonen, og det tar nødvendigvis litt tid å opparbeide en relasjon preget av tillit og anerkjennelse. Som Karlsson og Borg beskriver det, har en relasjon som grunnleggende forstås som anerkjennende, rom for misforståelser og konflikter nettopp fordi den forstås som anerkjennende (Karlsson og Borg, 2017). For å fremme en god og anerkjennende relasjon, kreves det i tillegg til en psykososial tilnærming, som beskrevet i pkt. 2.2, også nok tid. Tid til å bli kjent, til å være åpen, til å uttrykke, til å lytte, til å forsøke å forstå og til å kommunisere (ibid). Viktigheten av tidsperspektivet beskrev også en av mine informanter;

«Du får sånne skylapper av å ruse deg, og til slutt ser du bare deg selv. Det kan være utfordrende for den som skal hjelpe. Det å nå inn. Man kan bli frustrert. Men det gjelder å ikke gi opp..., plutselig, ikke sant!» Mann, 38 år.

Helsevesenets krav til produksjon, pasientgjennomstrømning og tidseffektivitet truer og forvitrer betingelsene for samtalen og dens plass i terapeutisk arbeid (Karlsson og Borg, 2017). Det er svært krevende å både skulle ivareta alle krav om dokumentasjon, standardiserte utredninger og behandlinger og være individorientert, la brukeren lede prosessen og arbeide med inkludering i lokalmiljø (ibid). Da jeg spurte en av informantene om hva han tenkte har betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon, kom det spontant, «Veldig enkelt!».

Forts. *«Da må kommunen og institusjonen sammen legge en plan slik at du også har et nettverk rundt deg når du kommer hjem! Der er det manko... du kommer hjem og vet ikke hva du skal ta deg til... da er det enklest å besøke gamlegutta.»*
Mann, 47 år.

I veilederen for *psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*, (Helsedirektoratet, 2016) beskrives det at kriserammede må kontaktes/ oppsøkes aktivt av hjelpeapparatet. Det bør ikke kun formidles at personen bare kan ringe. Forskning har vist at den kriserammede ofte vegrer seg for og ikke klarer å ta kontakt selv (Try, 2014). Forskning viser at det å bli skrevet ut av døgninstitusjon og det å bli løslatt fra fengsel er en sårbar situasjon (Bukten et al., 2017 og Helsedirektoratet, 2015) preget av en stor endring etterfulgt av en del usikkerhet, som også informantene beskrev, jf. sitater i pkt. 4.2.1. Informantene uttrykte viktigheten av at tjenesteutøveren /-utøverne var litt mer «på», som at det ble avtalt møtetidspunkter, at personene ble kontaktet ved evt. uteblivelse fra avtalen og at ruskonsulenten ikke bare uten videre godtar at personen sier at alt er bra. Ifølge en av informantene, er det mange som viser en fasade og hevder at alt er bra, men at det ikke stemmer. Dersom tjenesteutøveren ikke utforsker dette nærmere, kan man risikere å ikke få tatt tak i reelle utfordringer.

Som nevnt over, er det lettere for både tjenestemottaker og tjenesteutøver å bli «pushet» på og snakke om vanskelige saker dersom relasjonen dem imellom oppleves som god. Samtlige av informantene nevnte sine respektive ruskonsulenter som en viktig person i bedringsprosessen. Viktigheten av å ha én fast kontaktperson hvor kvaliteten i relasjonen oppleves som god for den andre, blir beskrevet hyppig i tidligere forskning samt offentlige utredninger og anbefalinger (Helsedirektoratet, 2012, Helsedirektoratet, 2014c, Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 og NOU, 2010). Kvaliteten i relasjonen ser ut til å ha stor betydning for utfallet av behandlingen (Mueser et al. 2006) og det er pasientens opplevelse av den relasjonelle kvaliteten som har betydning (Lossius, 2008). Dahl (2019) beskriver at gode relasjoner er helt avgjørende i ettervernsarbeidet. Den andre må føle at tjenesteyteren er til å stole på, og tjenesteyteren må være den som tror på og bærer håpet når vanskeligheter oppstår. Personlig engasjement vil bekrefte troverdigheten (Dahl, 2019). Dette sier også Mueser et al. (2006) noe om. De uttrykker det så tydelig som at det er umulig å hjelpe pasienten hvis det ikke finnes en terapeutisk relasjon, slik at noe av det første man må fokusere på i en behandlingsrelasjon er å etablere et forhold preget av tillit og åpenhet. Dersom tjenesteyteren får noe grunnleggende positivt til å skje i den andres liv, eller forsøker å redusere eller fjerne noe vanskelig eller ubehagelig, vil den andre begynne å betrakte tjenesteyteren som potensielt nyttig og en som faktisk bryr seg, noe som er grunnleggende for den videre terapeutiske relasjonen og som muliggjør videre behandling (Mueser et al., 2006).

En av informantene i dette prosjektet fortalte at han stadig hadde noe kontakt med en av de ansatte fra døgninstitusjonen, og han uttrykte at det betød mye for ham at hun fortsatt tok kontakt for å høre hvordan det stod til med ham. Dette er ikke vanlig praksis, men heller en beskrivelse av personlig engasjement slik jeg ser det. I den nyeste rusreformen beskrives ruskonsulenten fra kommunen som en som bistår før, under og etter institusjonsopphold;

«Ruskonsulenten kan henvise deg og bistå med å hjelpe deg inn til behandling.

Ruskonsulenten vil sørge for at du får oppfølging mens du er i behandling og i god tid før du blir utskrevet, slik at du har noe å komme ut til.» (NOU, 2019, s.92).

Dette er nok den idéelle praksis, særlig dersom relasjonen mellom ruskonsulenten og den andre oppleves som god for den andre. Dessverre vet vi at ruskonsulenter også skifter arbeidssted av og til. Det er naturlig og helt normalt, men jeg velger å tro at de fleste kommuner og poliklinikker etterstreber å følge denne nevnte praksisen. To av informantene i dette prosjektet, nevnte særlig betydningen av deres relasjon til ruskonsulenten som hadde fulgt dem i prosessen før, under og etter oppholdet i døgninstitusjon.

Som nevnt tidlig i dette kapittelet, ble det presisert av informantene viktigheten av hvem man hadde rundt seg som støtteapparat ved utskrivningen fra institusjonen, det være seg både tjenesteytere samt familie, venner og andre, som eventuelt kollegaer. Sosial nettverksstøtte bidrar til å styrke selvbildet og til fremtidsoptimisme i tillegg til at den har en del andre positive virkninger (Dyregrov, 2016). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2015) skriver om selvfølelsesproblematikk som ofte resulterer i utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk. De beskriver rusmisbruk som en type ikke-direkte selvskading, en *villet egenskade* i den hensikt å skade seg selv, med eller uten selvmordsintensjon. I klinisk praksis benyttes dette ofte som et virkemiddel for å dempe indre uro, spenninger og mental smerte eller for å straffe seg selv (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). En av informantene uttrykte at

«I Norge er vi veldig heldige, det er hjelp å få om man ønsker. Som regel er man selv sin største fiende. Man setter selv begrensningene på grunn av mye sår og elendig selvtillit. Det er mye som må bygges opp. Man har gjerne ruset seg i 20 år. Det er mye som må på plass.» Mann 38 år.

Noen ganger er de sosiale relasjonene i seg selv viktigere enn våre egne ressurser eller de som den formelle strukturen stiller til rådighet for oss (Antonovsky, 2012). Samtidig vil en salutogen tilnærming med fokus på mestringsressurser bedre kunne oppnå ønskede resultater i stedet for nederlag (Nordstrand og Tronvoll, 2012), som igjen vil bidra til å øke selvfølelsen. En av informantene uttrykte at han hadde en drøm om å en vakker dag ha alt på stell. Med dette mente han at han hadde en å dele livet med, jobb, bedre økonomi og ha fått rusbruken mer på avstand. Dette var et mål og et håp han hadde for fremtiden. I intervjuguiden hadde jeg ingen spørsmål angående fremtidsmål, -drømmer og -håp. Jeg spurte åpent om hvilke forhold som kan ha betydning for overdoser og overdosedødsfall samt om informantenes opplevelser av egen innflytelse og samhandling i deres behandlings- og utskrivelsesprosess. Allikevel kom det fram gjennom en av informantenes beskrivelser at han hadde en framtidsdrøm. Dette skriver også Huby og Langsholt noe om i *En fortelling om historiens muligheter: Om recovery og brukervedvirkning i rus- og psykiatrifeltet*. Langsholt beskriver at

«I samtalene vi hadde, var det mye fokus på drømmer, mål og håp. Flere gav uttrykk for at dette var temaer som sjelden eller aldri ble tatt opp i møte med hjelpeapparatet.» (Huby og Langsholt, 2019, s.221).

Med samtalene menes nettverksmøter for brukere med ROP (samtidig ruslidelse og psykisk lidelse) hvor Langsholt hadde rollen som erfaringskonsulent. Forskning viser at mange ønsker seg et liv der man kan være til nytte for samfunnet, få brukt sine ressurser og få anerkjennelse for det man gjør. Man kan fremdeles ha symptomer og vansker, så lenge disse ikke er til hinder (Schafft, 2013), som nevnt i pkt. 2.4.

5.2 Sosiale nettverk, bolig og meningsfull aktivitet

I 1981 skrev det daværende Sosialdepartementet om utvidelse av perspektiver;

«I stor utstrekning har psykiske lidelser sammenheng med den enkeltes livssituasjon. Dårlige boforhold, vansker på arbeidsplassen (arbeidsledighet), fritidsproblemer m.v. kan i seg selv være en utløsende faktor. Det er derfor nødvendig med tiltak som går ut på å bedre de ytre livsvilkår, herunder sosiale nettverk.» (Karlsson, 2016, Forord).

I dag, nær 40 år senere, er dette stadig like aktuelt. De tre hovedmålene for den pågående strategien for boligsosialt arbeid (2014-2020), *Bolig for velferd*, er at;

«Alle skal ha et godt sted å bo, Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet og Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv.» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s.17-28).

Under bakgrunnsinformasjonen for den pågående strategien for boligsosialt arbeid, beskrives vanskeligstilte på boligmarkedet som de som er *uten egen bolig, står i fare for å miste boligen sin eller bor i uegnet bolig eller bomiljø*, og for de fleste vanskeligstilte er økonomi og finansieringsproblemer den største hindringen for å skaffe seg en bolig og bli boende (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Som nevnt i analysen, var det en av informantene som ikke opplevde boligen han ble skrevet ut til, som egnet. Han opplevde at det var svært utfordrende for ham å holde seg rusfri når de fleste naboene ruset seg. Han hadde, som nevnt over, utfordringer knyttet til økonomi, og han kontaktet NAV angående finansiering, noe som for ham i dette tilfellet fikk et positivt utfall. Ifølge strategien for boligsosialt arbeid, er det kommunene som har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet, noe som er hjemlet i *Lov om folkehelsearbeid* og *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Allerede i 2003 skrev Mueser et al. at det å ha en bolig i et rusbelastet nabolag er en risikofaktor for tilbakefall, som nevnt over av en av informantene i dette prosjektet. I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) henvises det til en Brukerplankartlegging fra 2014 hvor mange brukere trekker frem en stabil og trygg bolig som det viktigste første skrittet i en rehabiliteringsprosess (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I 2017 lanserte regjeringen en ny strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet, Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Kapittel fire handler om inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle. Det handler om å styrke inkludering og deltakelse i arbeidslivet, om at mennesker med psykiske lidelser skal sikres gode botilbud, om å styrke sosial støtte – redusere ensomhet samt å redusere stigma og fordommer med psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Samtlige av informantene i dette prosjektet uttrykte viktigheten av å ha noe å fylle dagene med etter utskrivelsen fra døgningstitusjonen. En av informantene fortalte om deltakelse som frivillig i en idéell organisasjon. Han beskrev viktigheten av det å føle en tilhørighet samt det å

kunne kjenne på at man gjør noe meningsfullt. Viktigheten av tilhørighet og opplevelsen av å ha noe å bidra med i samfunnet, beskrives også i tidligere forskning. Det å være sosialt integrert, å føle en aksept blant andre, som igjen fører til selvrespekt (Lindström og Eriksson, 2015). Det å føle tilhørighet, var også ett av hovedtemaene som framkom av en studie publisert i 2020 angående forventninger personer med problematisk rusmiddelbruk hadde til overgangen fra behandling i døgninstitusjon til perioden etter utskrivelsen. Viktige arenaer som ble nevnt hvor man kan oppleve tilhørighet, var arbeidsplassen, skolen, lokalmiljøet og miljøet rundt fritidsaktiviteter (Johannessen, Nordfjærn og Geirdal, 2020). I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) beskrives det at grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfylte aktiviteter er avgjørende for alle mennesker, og det ble beskrevet som et mål for regjeringen at en økt andel personer med rusproblemer oppnår bedre skår på sentrale levekårsvariabler som arbeid, aktivitet og bolig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). En av informantene i dette prosjektet, fortalte at han hadde søkt på skole og en annen fortalte at han opplevde det som negativt at han ikke hadde noen jobb eller annen aktivitet å gå til i hverdagen. Manglende fritidsaktiviteter og fravær av strukturerte og meningsfulle daglige aktiviteter er også beskrevet som noen av de psykososiale risikofaktorene av Mueser et al. (2006). En pasientundersøkelse ved døgninstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling viste at mange opplevde oppfølgingen og rehabiliteringen i kommunen etter endt opphold som mangelfull, og at tilbudene om tilrettelagt aktivitet og arbeid kan bli mye bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette samsvarer med en av informantene i dette prosjektet sin opplevelse, som nevnt over.

Som beskrevet i pkt. 1.5, viser studier at det ofte er en sammenheng mellom utfordringer knyttet til rus, psykisk helse og kriminalitet. Forskning viser at 85% av alt tilbakefall til kriminalitet kan forklares med at de straffedømte ikke har jobb og bolig når de kommer ut (Isdal, 2017). I den nye rusreformen presenteres ulike modeller med varig arbeid som mål nettopp av den grunn at arbeid er en viktig dimensjon i de fleste menneskers liv, som også nevnt i pkt. 2.6. Arbeid gir enkeltpersoner en sikker og stabil økonomi, bidrar til sosial integrering og kan fylle hverdagen med mening. Likevel viser kartleggingen gjennom Brukerplan i kommunene i 2018, at kun 13% av brukere med utfordringer knyttet til rus var i arbeid eller tiltak i regi av NAV. Kun 7% oppgav å være i ordinært arbeid (NOU, 2019). Tradisjonelt har det vært fokus på rusfrihet før man kan prøve seg i arbeid eller utdanning. Tidligere studier viser at et støttende sosialt nettverk og en meningsfull hverdag

bidrar til å redusere bruk av rusmidler, mens mangel på dette fører til økt tankekjør, som igjen ofte resulterer i bruk av rusmidler (Thommesen, 2012). Modellene presentert i den nye rusreformen viser at det kan være hensiktsmessig å tenke arbeid parallelt med behandling (NOU, 2019), noe også Schafft beskrev i 2013 (se pkt. 2.6). Mange studier viser som nevnt at arbeid har en positiv effekt på den psykiske helsen, men som nevnt i pkt. 2.6, må man være observant på kombinasjonen av høye jobbkraav og lave beslutningsmuligheter, som nettopp kan ha motsatt effekt (Lau et al., 2011). Det å tenke på arbeid og aktivitet parallelt i behandlingsforløpet, beskrev Mueser et al. allerede i sin bok om integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser på begynnelsen av 2000-tallet. Der sier de noe om at det er fullt mulig å forbedre sosiale ferdigheter, skaffe en jobb og utvikle det sosiale støttenettverket før pasienten selv har uttrykt noen motivasjon til å bli rusfri nettopp av den grunn at slike positive forandringer danner grobunn for motivasjon (Mueser et al., 2006). Norske og utenlandske evalueringer tyder på at individuell jobbstøtte, tiltak der brukerne blir fulgt opp på en ordinær arbeidsplass, ofte fungerer bedre enn tiltak i særskilte virksomheter. Samtidig gir evalueringene støtte til bruk av tverrfaglige team, som tett samarbeid mellom helse- og arbeidsmarkedstjenestene. I 2014 ble det innvilget tilskuddsordninger til åtte pilotprosjekter for Individuell jobbstøtte (IPS) i Norge. IPS-prosjektene er forankret i en forpliktende samarbeidsavtale i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV. IPS er basert på at personer med psykiske helseproblemer kommer seg raskest mulig ut i arbeid med bistand fra en jobbkonsulent og får psykisk behandling parallelt med bistanden knyttet til arbeid. Hittil har dette tiltaket kun vært prøvd ut for mennesker med omfattende psykiske helseproblemer, men oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016) åpnet for at mennesker med rusproblemer kan delta i tiltakene dersom de har en psykisk sykdom, og de positive erfaringene fra denne utprøvingen, tilsier at det kan være et betydelig potensial for å videreutvikle metoden til å omfatte også mennesker som primært har et rusproblem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Teorien til Mueser et al. (2006) om at det er fullt mulig å skaffe en jobb før pasienten har uttrykt noen motivasjon til å bli rusfri og at slike positive forandringer danner grobunn for motivasjon, støtter teorien om at ovennevnte metode også bør omfatte personer med utfordringer knyttet til rusmiddelbruk, men som ikke samtidig har fått diagnostisert en alvorlig psykisk lidelse.

5.3 Medisiner

Det var særlig to faktorer som framkom av beskrivelsene til informantene i prosjektet, som overrasket meg noe. Det som var noe overraskende var at de snakket en del om medisiner, og at de ikke snakket noe om livreddende førstehjelp og motgift, som har hatt et stort fokus gjennom den nasjonale overdosestrategien, som nevnt i pkt. 1.1. Grunnen til at jeg opplevde det som noe overraskende at informantene hadde fokus på medisiner, var nok at dette temaet har, slik jeg har oppfattet det, et lite fokus i litteraturen generelt, særlig når det gjelder rusbehandling. Min erfaring fra praksis innen den kommunale rustjenesten, var også at det var en restriktiv holdning blant de fleste legene når det gjaldt foreskrivning av særlig A- og B-preparater, som også Bramness og Vøyvik (2017) beskriver. Noen av fastlegene ønsket heller ikke å ha pasienter under LAR. På den annen side viste erfaringen fra praksisfeltet at det var mange av de som var innskrevet i LAR, som både injiserte og/ eller brukte andre rusmidler, som ikke var foreskrevet av lege, og noen var også åpne om at de solgte, byttet eller gav bort sine egne, foreskrevne medisiner, som også nevnes i pkt. 2.1.1, som en utfordring.

Den ene faktoren, som nevnt over, var nettopp betydningen av riktig medisiner i det overdoseforebyggende arbeidet. Med riktig menes at den som mottar medisinen opplever medisineren som hensiktsmessig. To av tre informanter beskrev denne faktoren som å være av stor betydning for dem, som også beskrevet i analysen. Jeg vil diskutere betydningen av riktig medisiner nærmere i pkt. 5.3.1. og i pkt. 5.3.2, og jeg vil komme tilbake til diskusjonen om motgift og livreddende førstehjelp i pkt. 5.3.3.

5.3.1 Legemiddelassistert rehabilitering

For en av informantene, var det avgjørende å bli søkt inn i LAR (legemiddelassistert rehabilitering), mens for den andre personen, var det avgjørende å få medisiner mot angstplager. I den pågående overdosestrategien er det å øke tilgangen til LAR et av de videreførte tiltakene fra den forrige overdosestrategien. I den pågående strategien legges det også vekt på utvikling av lavterskel substitusjonsbehandling samt revisjon av LAR-retningslinjen, som nevnt i pkt. 2.1.1. Lavterskel kan her forstås som å redusere unødige terskler som krav til henvisning, krav til avrusning før oppstart og krav til urinprøvetaking (Helsedirektoratet, 2019). For min informant var det å komme inn i LAR et vendepunkt. Samtidig uttrykte han viktigheten av de kontrollerte formene, som henteordning, urinprøvetaking og oppfølging av LAR-konsulent. Han hadde selv hentet medisinen daglig ved apoteket, jfr. LAR-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2010), men med tiden etter uker

og måneder med rene urinprøver samt jevnlige møter med LAR-konsulentene, hadde han opparbeidet seg tillit nok til å etter hvert kunne hente sjeldnere og sjeldnere. Denne praksisen samsvarer med hvordan LAR i utgangspunktet var tenkt til å fungere, men sett i lys av et overdoseforebyggende tiltak, kan det være hensiktsmessig å senke tersklene for å bli inkludert, som nevnt over. Samtidig uttrykte nevnte informant viktigheten av vurderingen av *hvem* som blir inkludert i LAR, som nevnt i analysen;

«Når jeg hører at ungdommer i 18-20 års alderen, som har røykt litt hasj, kanskje prøvd litt amfetamin, så er dem i LAR, så blir jeg lynforbanna.» Mann, 35 år.

Dette viser viktigheten av en grundig avveining mellom det overdoseforebyggende perspektivet, som mulig vil tale *for* inkludering i LAR, og rusbehandlingsperspektivet, som mulig vil tale *mot* inkludering i LAR, i hvert fall tidlig i behandlingsforløpet. Dette kan beskrive noe av diskusjonen og de eksisterende delte meningene angående substitusjonsbehandling, som nevnt i pkt. 2.1.1. Det er dog tydelig at informanten, som uttalte seg om nevnte tema i dette prosjektet, uttrykte viktigheten av kriteriene som ble satt i den opprinnelige LAR-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2010) angående tersklene for inkludering samt kontrolltiltak.

«En vakker dag når jeg er klar for det og har alt på stell og virkelig føler meg klar for det, så kommer jeg til sakte, men sikkert å trappe ned og slutte, men ikke nå, det er jeg ikke klar for.» Mann, 35 år, om substitusjonsbehandling.

Statusrapporten for LAR for året 2017, viste oppsummert gode resultater i LAR i Norge, med lav overdosedødelighet i behandling. Den viste dog at det er en lav andel i daglig meningsfull aktivitet blant LAR-pasientene, slik at rehabiliteringsarbeidet og kvaliteten i dette, bør styrkes fremover slik at målgruppen ikke «parkeres», men faktisk får ta del i samfunnet med en rolle ut over det å hente LAR-medisinen sin (Seraf, 2018). Dette samsvarer med det en av informantene uttrykte, som nevnt i pkt. 4.2.1. Han opplevde det som negativt å ikke ha en jobb eller en annen aktivitet å gå til i hverdagen, og han savnet en tettere dialog og oppfølging angående dette temaet, eksempelvis fra sin saksbehandler ved NAV. Et stadig behov for å styrke oppfølgingen av den enkelte LAR-pasient er også nevnt i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Det uttrykkes spesielt at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten må styrkes, blant annet ved å sørge for bedre oppfølgingstjenester, som bolig og arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

5.3.2 Benzodiazepiner

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fant i en rapport om bruk av benzodiazepiner til personer med rusmiddellidelser at kliniske benzodiazepinstudier ofte hadde rusmiddelbruk som eksklusjonskriterium. Kunnskapsgrunnlaget for bruk av benzodiazepiner til personer med samtidig rusmiddelproblemer er derfor svakt (Bramness og Vøyvik, 2017). En av årsakene til at det er få studier og en restriktiv holdning vedrørende foreskrivning av benzodiazepiner til personer med utfordringer knyttet til rus, kan dog være kunnskapen man har om økt fare for overdose ved blanding av ulike medikamenter og rusmidler (Helsedirektoratet, 2019). Mueser et al. (2006) beskriver at det generelt råder en enighet om betydningen av farmakologisk behandling av psykiske lidelser hos personer med samtidig psykisk lidelse og utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk. På tross av dette råder det flere motforestillinger som bekymring for interaksjonen rusmidler i kombinasjon av medikamenter, som nevnt over, påstander som at farmakologisk behandling kan fremme et fortsatt rusmisbruk eller diskusjoner vedrørende om den psykiske lidelsen er sekundær (Mueser et al., 2006). Det viser seg dog å være svært vanskelig, om ikke umulig, å behandle ruslidelsen hos personer som ikke er stabilisert medikamentelt og som har store psykiske plager (ibid).

En av deltakerne i dette prosjektet, som uttrykte at han ved siste opphold i døgninstitusjon endelig ble hørt i en alder av 47 år og fikk foreskrevet den medisinen han selv mente han var i behov av for en periode, vektla viktigheten av nettopp riktig medisinerings, som nevnt i pkt. 5.3. Han fortalte om mange tidligere opphold i døgninstitusjon hvor dette stadig hadde vært et uaktuelt tema, hvor resultatet hver gang førte til tilbakefall til selvmedisinering i form av problematisk rusmiddelbruk. Dette eksempelet kan mulig sammenlignes med hva Mueser et al. (2006) beskriver om at en betydelig andel av personer som ikke har noen framgang i behandlingen av ruslidelser bør vurderes og tilbys medisinerings som kan være nyttig.

TV2-nyhetene den 23.11.20, hadde et innslag angående illegale tabletter med særlig økt risiko for overdosedødsfall. De falske tablettene ved navn Ksalol, som inneholder det potente legemiddelet Fentanyl, som er 50-100 ganger sterkere enn morfin, har vist seg å være medvirkende årsak til flere overdosedødsfall i Norge denne høsten (2020). Innslaget omhandlet en bruker av disse tablettene, som han visste var potensielt dødelige. Brukeren omtalte seg selv som å ha vært nykter i fem år, og han oppgav å ha jobb. Han uttrykte imidlertid å være avhengig av å kjøpe beroligende tabletter illegalt for å fungere i

hverdagen da han opplevde det å avslutte substitusjonsbehandlingen, som vanskelig. Denne historien er ganske sikkert dessverre ikke unik. Min informant presiserte dog at denne medikamentelle behandlingen må gjennomføres under kontrollerte rammer for en avgrenset periode for å være hensiktsmessig. Dette samsvarer med en rådende holdning om at benzodiazepiner ikke bør brukes til personer som har en historie med skadelig bruk av rusmidler. Samtidig har de personene det gjelder også krav på god og effektiv behandling. Det er imidlertid anbefalt å ha en plan for nedtrapping (Bramness og Vøyvik, 2017).

For å få til en hensiktsmessig behandlingsplan, presiserte nevnte informant viktigheten av samarbeidet med både fastlegen og hjemmesykepleien etter utskrivelsen fra døgninstitusjonen. Fastlegen måtte overta ansvaret for å foreskrive medisinen og hjemmesykepleien fungerte som en ekstra buffer mot tilbakefall til problematisk rusmiddelbruk ved at han ikke fikk medisinen sin dersom de observerte at han var påvirket av rusmidler, noe som ikke hadde hendt i den perioden han hadde brukt medisinen, som han hadde sluttet med et halvt år før intervjuet. Denne historien endte med et positivt utfall, som også Bramness og Vøyvik (2017) skriver noe om i sin bok. Hvis den som igangsetter behandling alltid kommuniserer ansvar for og forslag til nedtrapping til den som skal ha ansvaret etter utskrivelse, så kan dette gå bedre (Bramness og Vøyvik, 2017).

5.3.3 Nalokson neseppray, livreddende førstehjelp og ettervern

Den andre faktoren som framkom gjennom beskrivelsene til informantene, som overrasket meg noe, var at ingen av informantene nevnte noe om det som har hatt hovedfokus gjennom overdosestrategien frem til nå, nemlig kunnskapsformidling angående selve overdosesituasjonen. Fokusområder som livreddende førstehjelp og motgiftsneseppray, som kameratredning, samt kunnskap om ulike risikofaktorer knyttet til rusinntaket, som at det er tryggere å injisere sammen med andre, at det er tryggere å røyke framfor å injisere heroin samt at blandingsmisbruk øker faren for overdose. Dette nevner også tidligere rusmisbruker, Trond Henriksen, som nå jobber i Kirkens Bymisjon, i sitt innlegg i lokalavisa i forbindelse med årets markering av verdens overdosedag;

«På en dag som denne skal det snakkes om forebygging. Dessverre så handler det meste om neseppray, at heroinistene ikke skal sette sprøyte alene, at de helst må røyke det, mens du burde lære å starte hjerte- og lungeredning hvis du kommer over en med overdose. Og at du ringer 113.» (Henriksen, 2020).

Han skriver videre at dessverre blir ikke viktigheten av å hjelpe folk ut av rusmisbruk nevnt, at det viktigste er hva som skjer *etter* behandlingstilbudet når mennesker skal tilbake til samfunnet. Når man skal lære seg å leve, med eller uten medisiner, så trenger man en hjemstedskommune som har et godt og helhetlig ettervern, skriver Henriksen. Dette samsvarer med fokuset til informantene i dette prosjektet. Samtlige av informantene presiserte viktigheten av en godt planlagt utskrivelsesprosess slik at man visste hva man hadde å forholde seg til når man ble skrevet ut. Som nevnt tidligere, var det egnet bolig, et nettverk rundt seg og noe å fylle dagene med, med eller uten medisiner, som ble presisert som faktorer av betydning for å forebygge overdose og overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgninstitusjon. Dahl (2019) anvender følgende definisjon av ettervern;

«Systematisk oppfølgingstiltak for en gruppe av personer som har gjennomgått en eller annen form for spesialisert behandling for et rusproblem. Siktemålet er å lette tilpasning til et normalt samfunnsliv.» (Dahl, 2019, s. 295).

Han beskriver at ettervernsarbeidet gjerne bør starte tidlig i institusjonsbehandlingen og vare inntil den rusavhengige mener at han eller hun mestrer det nye livet på en tilfredsstillende måte, som for mange kan ta flere år (Dahl, 2019). Han nevner bolig, skole og arbeid, fritid, økonomi, helse, familie og relasjoner samt nettverk som viktige faktorer i ettervernsarbeidet (ibid). For mine informanter hadde siste opphold i døgninstitusjon vært vellykket i den forstand at ingen av dem hadde hatt tilbakefall til et problematisk rusmiddelbruk ved intervjuetidspunktet, som var et av inklusjonskriteriene. De hadde dog samtlige erfaringer med opphold i døgninstitusjon, som hadde resultert i tilbakefall, slik at de hadde tanker om hva som kan og bør forbedres i dagens gjeldende rusbehandling. Ettervern ble presisert som å ha et stort forbedringspotensial, som nevnt i analysen. Dette viser også tidligere forskning.

Tilbakefall er et svært vanlig fenomen ved alle avhengighetsproblemer (Duckert, 2008).

«...så kommer tiden etterpå, hvor man skal ha ansvar for egen skjebne, lære det man ikke kan, og leve på en ny måte. Det er det som er den store jobben. Det er ikke vanskelig å bli rusfri. Det er å leve rusfritt som er vanskelig.» (Dahl, 2019, s. 293, sitat fra et intervju).

Dette beskrev også informantene i dette prosjektet (se pkt. 4.2.1) samt Henriksen (2020), som både har egenerfaring samt praksiserfaring som hjelper.

I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) beskrives det nettopp et behov for å se nærmere på innsatsen *etter* behandling med fokus på psykososiale faktorer som det å skape muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter og fritid og sørge for en stabil og god bolig. Brukere som har gjennomført behandlingsopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, viser ofte til psykososiale faktorer som fattigdom, isolasjon, ensomhet og mangel på nettverk og tilhørighet som årsaker til tilbakefall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Mueser et al. (2006) beskriver at det i rusbehandling ofte fokuseres snevert på selve rusmisbruket mens andre viktige psykososiale funksjonsområder, som bolig, sosiale relasjoner og livskvalitet forsømmes. Det kan da bli vanskelig eller umulig for personen å utvikle et liv som er verdt å leve uten å ty til rusmidler (Mueser et al., 2006).

5.4 Egen motivasjon og støtte

Som nevnt i analysen, oppleves det blant personer med egenerfaring at det er hjelp å få dersom man ønsker det.

«Ja, det er ofte sånn at tingene fungerer når brukerne fungerer. Det er jo opp til en selv veldig mye når alt kommer til alt.» Mann, 38 år.

«Har du viljen og holder deg nykter, er det utrolig mye hjelp å få.» Mann, 47 år.

Samtlige av informantene uttrykte at egen motivasjon er en nødvendighet i en recoveryprosess. Som Karlsson og Borg beskriver det; *«Ingen personer kan forandres utenfra.»* (Karlsson og Borg, 2017, s. 11). Samtlige hadde mange års erfaring med problematisk rusmiddelbruk samt flere opphold i døgninstitusjon bak seg. De var ikke blant de yngste med en alder fra 35 – 47 år på intervju tidspunktet. Samtlige uttrykte at de selv følte at de hadde nådd bunnen og at det hadde gitt dem en motivasjon til å ikke havne der igjen. Det at rusmisbrukere må «nå bunnen» før de kan motiveres til å jobbe med rusproblemet sitt, har blitt hevdet også i tidligere forskning (Mueser et al., 2006). Det gjelder nok for en del, det viser som nevnt tidligere forskning samt uttalelse fra samtlige informanter i dette prosjektet, men slik jeg ser det, vil det være lite hensiktsmessig å fokusere på dette som tjenesteyter dersom det da begrenser behandlingstilbudet ved at man tenker at *«Det er nok ikke noe vits i å prøve enda..., han har ikke nådd bunnen enda...»*.

Det som dog er en viktig faktor å ha med seg i rusbehandling, er den nevnte egne motivasjonen, som nevnt over. Motivasjonen til rusfrihet må finnes i personen selv og ikke kun hos behandleren eller de pårørende (Mueser et al., 2006). Dette tenker jeg er viktig å ha med seg i prosessen som tjenesteyter når man er med på prosessen til den andre gjennom et eller flere tilbakefall, men som en av informantene uttrykte det; «...*det gjelder å ikke gi opp..., plutselig, ikke sant!*», jfr. pkt. 5.1. Det å ikke gi opp og å stå i løpet sammen med den andre samsvarer også med teorien til Mueser et al. (2006) om at det er fullt mulig å jobbe med og forbedre de psykososiale faktorene *før* personen selv har uttrykt egen motivasjon til å bli rusfri og at positive endringer danner grobunn for motivasjon.

I utvelgelses- og rekrutteringsprosessen, ønsket jeg å komme i kontakt med og snakke med menn over 18 år, som hadde erfaring med injisering av rusmidler, samt gjennomført et institusjonsopphold enten frivillig eller på tvang i rusbehandling eller ved soning i fengsel. I tillegg var det et kriterium at de skulle ha fått institusjonsoppholdet på avstand og ha vært ute i samfunnet i minst 6 måneder uten å ha falt tilbake til problematisk rusmiddelbruk. Samtlige av de tre informantene hadde vært frivillig søkt inn til institusjonsoppholdet de sist hadde gjennomført. Med tanke på egen motivasjon og viljestyrke, kan det være mer enn en tilfeldighet at ingen av dem hadde vært innlagt på tvang under § 10.2 (Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke) i Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) ved siste opphold i døgninstitusjon eller gjennomført soning. I den nye rusreformen (NOU, 2019) er det dog uttrykt et behov for mer kunnskap om effekt av tilbakehold uten samtykke. Jeg diskuterer ikke dette nærmere her i dette prosjektet, men det blir spennende å se hva eventuell ny forskning sier angående dette.

En av informantene uttrykte imidlertid at hans opplevelse var at det er stor forskjell på behandling og soning. Han opplevde under soning at det var ingen hjelp å få når det gjelder utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, og når du er ferdig sona, kommer du ut til ingenting. Dette er én subjektiv opplevelse, som er verdt å ta til etterretning, og mye tyder på at det kan være flere som har den samme erfaringen med tanke på at ingen av de tre informantene oppgav soningsopphold som siste opphold i institusjon. Det kan av den grunn være hensiktsmessig med mer forskning rundt dette fenomenet, særlig med tanke på den nye rusreformen (NOU, 2019) samt den pågående strategien for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017). I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) nevnes «Cramer-rapporten» gjennomført av Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst i

2014. Den presenterte forekomsten av psykiske lidelser samt utfordringer knyttet til rusmidler blant domfelte i norske fengsler. Funnene viste at det var en betydelig høyere forekomst av ovennevnte i fengslene enn i normalbefolkningen, og disse funnene vil ligge til grunn for det videre arbeidet på feltet, herunder vurdering av nye tiltak innen psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i fengslene i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Datamaterialet i dette prosjektet kan tyde på at det er et reelt behov for nye tiltak innen psykisk helsevern og TSB i fengslene i Norge, noe også rusreformutvalget påpeker (NOU, 2019).

Utvalget som har utredet den nye rusreformen, legger til grunn at utfordringene knyttet til rusproblematikk og soning i fengsel, langt fra er løst, og de viser i den forbindelse til arbeidet med den nasjonale strategien for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff, tiltak 6: *«Vurdere det samlede straffereaksjons- og behandlingstilbudet under straffegjennomføring for personer med rusproblemer eller avhengighet, og om innretningen av dette bør endres.»*, som Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å utrede innen 2020 (NOU, 2019 og Justis- og beredskapsdepartementet, 2017).

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Gjennom semistrukturerte intervjuer med enkeltpersoner som selv har erfaring med fenomenet overdose, opphold i døgninstitusjoner og utskrivesprosesser, har det i dette masterprosjektet vært forsøkt å gi et innblikk i disse personenes opplevelser av egen innflytelse, samhandlingsprosesser samt hvilke faktorer de selv mener har betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgninstitusjon. Innblikket er tenkt som et bidrag til økt forståelse for hvordan dette oppleves samt hvilke faktorer personene selv vektlegger som betydningsfulle, samt hvordan man kan anvende psykososiale perspektiver i det overdoseforebyggende arbeidet.

Kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervjuer, kan gi gode beskrivelser av deltakernes opplevelser og hvilke sammenhenger disse konstrueres i. Deltakerne representerer et lite utvalg personer og det finnes flere potensielle feilkilder knyttet til analyse og drøfting av intervjuene, som beskrevet nærmere i metodekapittelet. Samtidig vil de fleksible intervjuene med åpne spørsmål, den tematiske analysen og koblingen opp mot eksisterende forskning på feltet, kunne gi ny kunnskap om faktorer av betydning i det overdoseforebyggende arbeidet.

Som nevnt i pkt. 3.1.3, beskrev informantene sine erfaringer fra både siste opphold i døgninstitusjon og fra tidligere opphold. De beskrev samtidig generelle tanker om- og refleksjoner rundt gjeldende tjenester innen fagfeltet rus og psykisk helse i forsøket på å svare på problemstillingen om hvordan de opplever at samhandling med og mellom institusjonene, poliklinikkene og den kommunale helsetjenesten bidrar til å forebygge overdosedødsfall etter utskrivelse eller løslatelse.

Med disse erfaringene og refleksjonene fra personer med egenerfaring, vil jeg forsøke å svare på problemstillingen presentert i pkt. 1.2. Siden siste opphold i døgninstitusjon opplevdes av informantene som i hovedsak å fungere, vil det, som de selv også nevner, si at det er mye som fungerer i de ulike tjenestene. Dog med tanke på at samtlige av informantene hadde flere erfaringer fra tidligere som hadde ført til tilbakefall til problematisk bruk av rusmidler, overdoser og risiko for overdoser, var de tydelige på hvilke faktorer de opplevde som betydningsfulle for å forebygge overdose etter utskrivelse fra døgninstitusjon eller løslatelse fra fengsel.

Samhandling, nettverk og medisinerer var de tre hovedtemaene som ble identifisert i analysen. Det å legge en god plan under institusjonsoppholdet for hverdagen som kommer etter, ble identifisert som svært betydningsfullt, og for å få gjennomført dette, vil man være i behov av et samarbeid mellom institusjonen, kommunen og personen selv.

Brukermedvirkning og individuell plan for å identifisere hva personen selv vektlegger som betydningsfulle faktorer i sin bedringsprosess og hvilke personer og tjenesteytere som er viktige støttespillere i denne prosessen, ble identifisert som betydningsfullt. En fast kontaktperson som personen opplever å ha en god relasjon til preget av tillit og anerkjennelse og som viser et personlig engasjement, ble identifisert av betydning i tillegg til tjenesteytere som er preget av en grunnleggende salutogen tilnærming med fokus på mestresressurser og som er med på å identifisere personens drømmer, mål og håp for fremtiden. En egnet bolig og en meningsfull hverdag hvor man opplever inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet ved å gjøre noe man opplever som meningsfullt samtidig som man har noe å fylle dagene med. Et sted man kan få brukt sine ressurser og få anerkjennelse for det man gjør, ble trukket fram som betydningsfullt. I tillegg ble det lagt vekt på hensiktsmessig medisinerer for en avgrenset periode, og det ble også trukket fram at personens egen motivasjon for endring må være til stede for å kunne dra nytte av ovennevnte betydningsfulle faktorer.

6.2 Implikasjoner for praksis

Den forrige og den nåværende overdosestrategien har hatt et tydelig medisinsk fokus med store satsinger på kameratredning i form av utdeling av Nalokson neseppray, opplæring i førstehjelp samt kunnskapsformidling om risikofaktorer for overdose. Dette har vært og er stadig nyttig og viktig kunnskapsformidling, men som den nåværende strategien påpeker og som kommer frem gjennom beskrivelsene til deltakerne i dette prosjektet, kan det tyde på et behov for systematisk innhenting av ny kunnskap for å kunne sette inn målrettede tiltak i det forebyggende arbeidet *før* den eventuelle overdosen inntreffer. Samtlige nevnte psykososiale faktorer som egnet bolig, et nettverk rundt seg som er med på å styrke selvbildet, relasjoner preget av tillit og anerkjennelse, en meningsfull aktivitet i hverdagen, en individuell plan preget av brukermedvirkning og god samhandling mellom aktørene inkludert hensiktsmessig medisinerer der det er et behov, er faktorer som nevnes av deltakerne i dette prosjektet, som viktige faktorer i det overdoseforebyggende arbeidet. Dette støttes også, som vist gjennom kapittel 2 og 5, av tidligere forskning. Det som bør

fremheves noe mer som et resultat av dette prosjektet, er det informantene uttrykker angående hensiktsmessig medisinerings. Gjeldene restriktive holdninger til foreskrivning av medikamenter til personer som har eller har hatt utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk, kan det mulig være hensiktsmessig å forske mer på.

Dette prosjektet er ikke mettet nok til å kunne konkludere, men ut fra informantenes bakgrunn og beskrivelser, kan det tyde på at den nye rusreformen, med tittel *Fra straff til hjelp*, kan være et steg i hensiktsmessig retning med tanke på materialet i dette prosjektet, som viste at deltakerne i prosjektet opplevde at det var lite hjelp å få under soning.

Samtidig uttrykte samtlige informanter i dette prosjektet at det finnes absolutt mye hjelp å få i rusomsorgen dersom man selv er motivert for å ta imot hjelpen. Med fokus på de ovennevnte faktorene, vil det på den annen side muligens være enda mer motiverende for personen å ta imot hjelp. Med en opplevelse av fravær av medvirkning, anerkjennelse, å bli skrevet ut til ingen eller en uegnet bolig uten en meningsfull aktivitet å fylle hverdagen med og uten et nettverk utenom «gamlegutta» med en «time i hånden» uten noen konsekvens ved uteblivelse fra avtalen, kan den egne motivasjonen naturlig nok bli påvirket negativt av disse psykososiale faktorene.

Et institusjonsopphold og en utskrivelsesprosess preget av god samhandling, brukermedvirkning og fokus på hverdagen etter utskrivelsen, vil ut fra materialet i dette prosjektet kunne bidra til å forebygge overdosedødsfall etter opphold i døgninstitusjon. Dette samsvarer godt med tidligere forskning, som nevnt i teorikapitlene og i diskusjonen. Man kan jo undres med den allerede kjente kunnskapen om eksempelvis betydningen av samhandling, sosiale relasjoner en meningsfull hverdag og et egnet sted å bo, hvorfor suksesshistoriene gjerne er færre enn tilbakefallshistoriene. Som nevnt i innledningen, har personer med utfordringer knyttet til problematisk rusmiddelbruk, ofte behov for sammensatte tjenester. Dette medfører økt behov for mer kompetanse hos de som skal utøve tjenestene (Svalastog, Kristoffersen og Lile, 2019). Mangel på kunnskap kan være en av faktorene for at det i noen tilfeller kan svikte, jfr. *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*, som nevnt i pkt. 5.1. En annen faktor kan være utfordringene til tjenesteapparatet knyttet til økonomi og ressurser, som nevnt i pkt. 2.7. En av informantene i dette prosjektet søkte om forlengelse mer enn en gang under siste opphold i døgninstitusjon. Dette på bakgrunn i at stabil boligsituasjon ikke var på plass ved første planlagte utskrivelsesdato, samt at han ikke opplevde seg klar for hverdagen utenfor

institusjon på det tidspunktet og fryktet raskt tilbakefall til problematisk rusmiddelbruk. Det at han fikk innvilget forlengelse av oppholdet ved institusjonen til bolig og et nettverk utenfor institusjonen var etablert, samt at han fikk startet på medisiner han opplevde som hensiktsmessig, var han tydelig på var av stor betydning for hans bedringsprosess uten tilbakefall til problematisk rusmiddelbruk med risiko for overdose og overdosedødsfall. Sist bør også nevnes personen sin egen motivasjon for endring, som nevnt i kap. 4 og i pkt. 5.4. Tjenesteapparatet kan bidra med mye i prosessen, men uten personen sin egen motivasjon, blir endring vanskelig å oppnå.

Dette prosjektet kan slik jeg ser det, være et bidrag inn i videre forskning innenfor fagfeltet rus og psykisk helse og det overdoseforebyggende arbeidet fremover. Prosjektet har bidratt til å bekrefte tidligere forskning samt identifisert noen områder som det kan være hensiktsmessig å forske videre på, som hensiktsmessig medisiner og vurdering av nye tiltak innen psykisk helsevern og TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling) i fengslene, noe også rusreformutvalget påpeker (NOU, 2019) jfr. pkt. 5.4.

Litteraturliste

Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning i praksis. Faglig fortolkning av politiske mål*. I Dahle, R. og Thorsen, K. (red.). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. (s. 53-73). Bergen: Fagbokforlaget.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – den salutogene modell*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Biong, S. og Ravndal, E. (2009). *Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behaviour: Between death as an escape from pain and the hope of life*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/17482620701547008>

Borg, M. (2012). *Arbeid, aktivitet og mening*. I Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.53-71). Bergen: Fagbokforlaget.

Borg, M. (2016). *Recovery og medisiner: Hvem skal ha kontrollen?* I Karlsson, B. (red.). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. (s. 27-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bramness, J.G. og Madah-Amiri, D., (2017). *Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf).

Bramness, J. G. og Vøyvik, T. (2017). *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Braun, V. og Clarke, V. (2008). *Using thematic analysis in psychology*. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V. og Clarke, V. (2019). *Reflecting on reflexive thematic analysis*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, Aa., Strang, J. og Clausen, T. (2017). *High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period*. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2506874>

Christensen, T. (2003). *Regionale og distriktspolitiske effekter av New Public Management*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/underlagsrapporter/id105879/>

- Dahl, U. P. (2019). *Ettervern og reintegrering av rusavhengige*. I Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. og Lile, H. S. (red.). *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. (s. 293-311). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahle, R. og Thorsen, K. (2004). *Nye vilkår for velferdstjenestene*. I Dahle, R. og Thorsen, K. (red.). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. (s. 11-27). Bergen: Fagbokforlaget.
- Del Busso, L. (2014). «Pappa hev tallerkener, så forsvant mamma». *Psykososialt arbeid med barn som lever med vanskelige livsopplevelser*. I Skærbæk, E. og Nissen, M. (red.). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. (s.45-62). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Deloitte (2017). *Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet. Devaluering 2*. Hentet fra: 502645401-evaluering-av-pasientsikkerhetsprogrammet-delrapport-2-14.06.2017.pdf
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Douglas, H. (2000). Inductive risk and values i science. *Philosophy of science*, 67(4), 559-579. <https://www.jstor.org/stable/188707>
- Duckert, F. (2008). *Fra livsstil til problembruk*. I Duckert, F, Lossius, K, Ravndal, E. og Sandvik, B. *Kvinner og alkohol*. (s. 67-81). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dyregrov, K. (2016). *Når verden snus på hodet – etterlatte ved unaturlig død*. I Underlid, K., Dyregrov, K. og Thuen, F. (red.). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. (s. 101-117). Oslo: Cappelen Damm.
- Falck, S. (2015). *Tilbakeføringsgarantien som smuldret bort. Mellom kriminalomsorg og kommunale tjenester. Tiltaksbro, systematikk eller tilfeldighet?* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- FN-sambandet (2018). *FN's verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet fra, <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

- Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J. og Clausen, T. (2011). *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf).
- Gråwe, R.W. (2014). *Forståelse og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. I Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Å sette farge på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s.197-216). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hatling, T. (2016). *Psykisk helsearbeid må videre – om teoretisering, standardisering, akademisering og ressurser*. I Karlsson, B. (red.). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. (s. 213-227). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedepartementet (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014a). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014b). *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014c). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra, <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2019). *Forsterket innsats mot overdosedødsfall*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra, <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/forsterket-innsats-mot-overdosedodsfall>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). St.meld. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Høringsnotat. Forslag til forskrift om endring av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: horingnotat-om-innforing-av-betalingsplikt-for-utskrivningsklare-pasienter-i-psykisk-h1045058.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk_helse_250817.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025). Ingen å miste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30*. URL: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Henriksen, R.E. (2016). *Å være ensom i en sosial verden*. I Underlid, K., Dyregrov, K. og Thuen, F. (red.). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. (s. 138-153). Oslo: Cappelen Damm.

Henriksen, T. (2020). *En fryktelig trist dag*. I Halden Arbeiderblad, 02.09.20. (s. 7).

Hovland, B. I. (2011). *Narrativ etikk og profesjonelt hjelpearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Huby, G. Ø. og Langsholt, T. Ø. (2019). *En fortelling om historiens muligheter: Om recovery og brukervedvirkning i rus- og psykiatrifeltet*. I Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. og Lile, H. S. (red.). *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. (s. 203-229). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. og Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukervedvirkning uten brukeren? Organisatoriske utfordringer for brukervedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatri-feltet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(4). s. 296-312.

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/04/hvordan_praktisere_bruker_medvirkning_uten_brukeren

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jenssen, A.G. og Tronvoll, I.M. (2012). *Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse*. I Jenssen, A.G. og Tronvoll, I.M. (red.). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. (s.15-25). Oslo: Universitetsforlaget.)

Jessen, J. T. (2004). *Regionalisering og spesialisering i trygdeetaten*. I Dahle, R. og Thorsen, K. (red.). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. (s. 28-52). Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T. og Geirdal, A. Ø. (2020). *Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period*. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1455072520910551>

Justis- og beredskapsdepartementet, (2017). *Redusert tilbakefall til ny kriminalitet. Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2021*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Karlsson, B. (2016). *Forord*. I Karlsson, B. (red.). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. og Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kinn, L.G. (2016). *Arbeid – veien til det gode liv? Perspektiver på arbeidsinkludering for personer med alvorlige psykiske lidelser*. I Underlid, K., Dyregrov, K. og Thuen, F. (red.). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. (s.198-212). Oslo: Cappelen Damm.

Kirkengen, A.L. og Næss, A.B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid 2014-2019*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Kristoffersen, N.J. (2015). *Helse og sykdom*. I Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (s. 31-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapssenteret (2013). *Pilotprosjekt – Forebygging av overdosedødsfall 12.02.-31.05.13*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
v/Pasientsikkerhetskampanjen

Lau, B., Edvardsen, T.H. og Victor, M. (2015). Vanlige psykiske helseproblemer og sykenærver i arbeidslivet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 52, nr.11 (s.972-981). Hentet fra, http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=453425&a=2

Lau, B., Finne, L.B. og Berthelsen, M. (2011). Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 48, nr.8 (s.745-750). Hentet fra, http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=148871&a=2

Lindstrøm, B. og Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese – helsefremmende arbeid i et salutogen perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lossius, K. (2008). *Kvinner, alkohol og behandling*. I Duckert, F, Lossius, K, Ravndal, E. og Sandvik, B. *Kvinner og alkohol*. (s. 107-143). Oslo: Universitetsforlaget.

Lund, T. (2002). *Metodologiske prinsipper og referanserammer*. I Lund, T., Kleven, T.A., Kvernbekk, T. og Christophersen, K-A. *Innføring i forskningsmetodologi*. (s.79-123). Oslo: Fagbokforlaget.

Løvaas, E.K. og Dahl, T. (2013). *Rusmiddelbruk og ADHD. Hvordan forstå og hjelpe?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mellingen, S. og Thuen, F. (2016). *Alkohol som trøst og plage*. I Underlid, K., Dyregrov, K. og Thuen, F. (red.). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. (s.118-137). Oslo: Cappelen_Damm.

Miller, W.R og Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale. Støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Morten (2011). *Med utsikt fra kapteinstolen*. I Dahl, (red.). *Brukeren som veileder. Ambulant brukerstyrt tilnærming*. (s. 35-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. og Fox, L. (2003). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oversatt av Andersen, T. M og faglig tilrettelagt av Linderoth, L. (2006). Originalens tittel: *Integrated Treatment for Dual Disorders. A guide to effective practice*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, O. (2016). *De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid*. I Karlsson, B. (red.). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. (s. 58-73). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nissen, M. og Skærbæk, E. (2014). *Hva er psykososialt arbeid?* I Skærbæk, E. og Nissen, M. (red.). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. (s. 11-28). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Nordstrand, M. og Tronvoll, I. M. (2012). *Maria – erfaring med sosialtjenesten fra barndom til voksen alder*. I Jenssen, A. G. og Tronvoll, I. M. (red.). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. (s. 201-211). Oslo: Universitetsforlaget.

- Norvoll, R. (2013). *Samfunnsfagernes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester*. I Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s.13-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2010:3. *Drap i Norge i perioden 2004-2009*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2019:26. *Rusreform – fra straff til hjelp*. Oslo: Rusreformutvalget.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63*. URL: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasientsikkerhetsprogrammet (2013). *Tiltakspakke for Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon*. Hentet fra: tiltakspakke-forebygging-av-overdosedødsfall.pdf
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønning, R. og Starrin, B. (2009). *Sosial kapital – et nytt begrep*. I Rønning, R. og Starrin, B. (red.). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv. Om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring*. (s.17-30). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schafft, A. (2013). *Om å komme seg i arbeid*. I Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s.188-212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seraf, senter for rus- og avhengighetsforskning (2018). *Statusrapporten for LAR for året 2017*. Oslo: Seraf. Hentet fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.html>
- SIFER, nasjonalt nettverk for de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. En kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. Trondheim: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S og Stänikke, E. (2015). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell*. 2.utg. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Soggiu, A.-S. og Biong, S., (2017). *Samarbeid noen dør med: Om sosialarbeideres erfaringer med klienter som dør av overdose*. I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 14, nr.4. (s.302-314). Oslo: Universitetsforlaget.
- Starrin, B. (2009). *Sosial kapital og helse*. I Rønning, R. og Starrin, B. (red.). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv. Om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring*. (s.31-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. og Lile, H. S. (2019). *Introduksjon til psykososialt arbeid*. I Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. og Lile, H. S. (red.). *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. (s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svardal, A.K. (2012). *En historie om mestring og nederlag på ulike livsarenaer*. I Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.233-239). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Try, E. (2014). *Psykososial oppfølging på kommunalt nivå ved akutte kriser. Kunnskap om ulike aldersgrupper*. I Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s.143-166). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2004). *Effektivitet og kvalitet i omsorgstjenesten – en dragkamp mellom nye og gamle styringsidealer*. I Dahle, R. og Thorsen, K. (red.). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. (s. 194-222). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2014). *Dilemmaer i velferdens organisering*. I Vabø, M. (red.) og Vabo, I. (red.). *Velferdens organisering*. (s.11-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Veseth, M. og Skjølberg, Å. (2016). *Lidelse kan lettes og gode liv leves. Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. I Underlid, K., Dyregrov, K. og Thuen, F. (red.). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. (s.213-230). Oslo: Cappelen Damm.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. og Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wangensteen, T. og Aamodt, H. L. (2019). *Pasient- og pårørendeopplæring om rusmiddelavhengighet*. I Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. og Lile, H. S. (red.). *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. (s. 230-250). Oslo: Gyldendal Akademisk.

WHO, World Health Organization (2021). Hentet fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Willumsen, E., Sirnes, T. og Ødegård, A. (2016). *Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag*. I Willumsen, E. og Ødegård, A. (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. (s.17-32). Oslo: Universitetsforlaget.

Ådland, A. og Alsaker, K. (2012). *Bofellesskap som terapeutisk arena*. I Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (s.72-83). Bergen: Fagbokforlaget.

Årseth, A. L., Torjussen, E. og Johannessen, B. (2019). Hva hindrer unge til å møte til rusbehandling? *Sykepleien. Fag og forskning. #Migrasjonshelse, psykisk helse og rus*. (s.58-63).

Vedlegg 1: NSD-godkjenning

4/4/2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgningstusjon

Referansennummer

171461

Registrert

15.02.2020 av Tove Karine Seim De Presno - tove.k.seim@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Eva Marie Toreld, marie.toreld@hiof.no, tlf: 69608726

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tove de Presno, tkpresno@hotmail.com, tlf: 48193238

Prosjektperiode

15.03.2020 - 01.07.2021

Status

13.03.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

13.03.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 13.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5e218cf1-9f57-4a03-8f0c-5f512b41fc24>

1/3

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser frem til 01.07.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For straffeopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 10, jf. personopplysningsloven § 11(2) a), jf. § 9 (2).

For alminnelige og særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være de registrertes samtykke, jf. henholdsvis, personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), og personvernforordningen art. 6 nr. 1 a) jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

TSD (Tjenester for sensitive data) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

4/4/2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5e218cf1-9f57-4a03-8f0c-5f512b41fc24>

3/3

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra døgningstitusjon»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente erfaringsbasert kunnskap som kan bidra til forskning om forebygging av overdosedødsfall. I dette skrevet blir du gitt informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det overordnede formålet med prosjektet er å innhente nyttig erfaringsbasert kunnskap som et bidrag inn i samfunnets behov av mer forskning innenfor temaet overdoser og overdosedødsfall. Norge har et høyt tall på overdosedødsfall sammenlignet med andre land, med gjennomsnittlig 260 dødsfall årlig siden 2003, og vi ligger blant topp tre for statistikken i Europa.

Det kan være mange årsaker og faktorer som har betydning for disse tallene. Det er av den grunn ønskelig å gjennomføre intervjuer med personer med egenerfaring for å få fokus på brukerperspektivet.

Formålet med forskningen er å utforske følgende:

- *Hvilke forhold, som kan ha betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall, fremkommer i beskrivelsene fra personer med egenerfaring?*
- *Hvordan beskriver personer med egenerfaring sin opplevelse av egen innflytelse på forberedelsene til hverdagen etter utskrivning/ løslatelse?*
- *Hvordan beskriver personer med egenerfaring sin opplevelse av samhandling mellom institusjon, poliklinikk og den kommunale rus- og psykisk helsetjenesten med mål om å forebygge overdose og overdosedødsfall?*

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i regi av «Masterstudium i psykososialt arbeid – helse-og sosialfaglig yrkespraksis». Forskningsresultatene vil eventuelt også bli publisert i form av vitenskapelig artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har fått denne forespørselen da du er valgt ut som en aktuell kandidat for dette prosjektet. Kandidatene er valgt ut med bakgrunn i:

- har tidligere erfaring med injisering av rusmidler samt erfaring med enten døgnbehandling i institusjon og/ eller erfaring med soningsopphold.
- har eller har nylig hatt kontakt med kommunal rustjeneste og/ eller tilknytning til lokal poliklinikk.
- er menn over 18 år (da statistikkene viser at det er overvekt av menn blant de som dør av overdose).
- har avsluttet døgnbehandling eller ble løslatt fra fengsel for minimum 6 mnd siden.

Du har fått informasjon om prosjektet gjennom din ruskonsulent eller behandler ved TSB og gjennom dette informasjonsskrivet. Dersom du ønsker det, kan undertegnede forsker/ masterstudent gi deg mer informasjon om prosjektet og svare på eventuelle spørsmål før du tar stilling til om du vil samtykke til å delta eller ikke.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta i prosjektet, vil det bli gjennomført et intervju med fokus på prosjektets tittel og de spørsmål som er presentert over. Tiden på intervjuet er beregnet til ca 45 min. Det vil i tillegg til notater bli tatt opp lydopptak for å sikre at opplysninger som samles blir mest mulig korrekt registrert. Dersom du ønsker det, vil du bli gitt mulighet til å lese gjennom eventuelle sitater som blir gjengitt i tekst.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dine kontaktopplysninger vil da bli slettet og dersom ditt intervju ikke allerede er anonymisert, vil også informasjon gitt av deg slettes.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg som forsker/ masterstudent, har ansvar for gjennomføring av prosjektet og et ansvar for at forskningsetikk blir ivarettatt gjennom hele prosessen. Veileder har et overordnet ansvar for at prosjektet følger gjeldende forskningsetiske retningslinjer inkludert personvern. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være aktuell student og prosjektansvarlig som vil ha tilgang på opplysningene om deg.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Opplysninger gitt av deg vil bli anonymisert og fremstilt på en slik måte at det ikke kommer frem personopplysninger som gjør det mulig for andre å gjenkjenne og knytte dine svar til deg. Datamaterialet vil bli lagret på en forskningsserver ved bruk av TSD (Tjenester for sensitive data) som er en forskningsplattform som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2021.

Lydopptak vil slettes og personopplysninger vil makuleres ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Undertegnede forsker/ masterstudent: Tove de Presno, tovekse@hiof.no

- Høgskolen i Østfold ved Eva Marie Toreld, marie.toreld@hiof.no, tlf. (kontor) +47 69 60 87 26
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen, martin.g.jakobsen@hiof.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

På forhånd takk for din deltakelse!

Tove de Presno
(Forsker/ masterstudent)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide:

Jeg vil innlede med å spørre om alder og opphold i døgninstitusjon (hvor mange og varighet).

Deretter vil jeg stille noen åpne spørsmål som følger:

1. Hva tenker du har betydning for forebygging av overdose og overdosedødsfall etter opphold i institusjon?

2. På hvilken måte opplevde du å få hjelp under institusjonsoppholdet til å forberede deg på hverdagen etter løslatelsen/ utskrivningen?

-Hva tenker du fungerte under behandlingsoppholdet/ soningsoppholdet og/ eller hva kan eventuelt forbedres?

- Hvis du har flere soningsopphold/ behandlingsopphold bak deg, hvordan vil du beskrive eventuelle forskjeller?

-Hvordan opplevde du å ha medvirkning i forberedelsen/ utskrivningsprosessen?

3. Hvordan opplevde du at kommunen (evt poliklinikken) var forberedt på løslatelsen/ utskrivelsen?

-Hva tenker du fungerer ute i kommunen (evnt ved poliklinikkene) og/ eller hva kan eventuelt forbedres?

-På hvilken måte opplevde du at det var en samhandling mellom institusjonen og kommunen/ poliklinikken før løslatelsen/ utskrivningen? Evnt hva tenker du fungerte og/ eller hva kan forbedres ved denne samhandlingen?