

Samarbeid noen dør med: Om sosialarbeideres erfaringer med klienter som dør i overdose

Anna-Sabina Soggiu

Høgskolen i Sør-Øst Norge
annasabina1980@gmail.com

Stian Biong

Universitetet i Oslo
stianbio@medisin.uio.no

Sammendrag

Basert på tverrfaglige fokusgrupper og individuelle intervjuer med til sammen 11 sosialarbeidere beskriver denne artikkelen deres arbeidserfaringer med overdoser og overdosedødsfall. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering med henblikk på å utvikle en ny beskrivelse av erfaringene. Den nye beskrivelsen *samarbeid noen dør med* henspiller på det komplekse i at ansvaret for å forebygge overdosedødsfall dels ligger i sosialtjenesten som struktur, dels hos sosialarbeiderne som fagfolk og dels hos klientene selv. Særlig i akutte kriser så samarbeidet ut til å bli fragmentert og utydelig. Studiens funn drøftes i lys av noen av prinsippene i Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid.

Nøkkelord: overdosedødsfall, sosialarbeider, samarbeid, fokusgrupper, intervju, systematisk tekstkondensering

Abstract

Based on multidisciplinary focus groups and individual interviews with 11 social workers, this study describes their professional experiences with overdoses and overdose deaths. Data was analyzed with systematic text condensation. The new description *collaboration someone dies by* reflects the complexity when the responsibilities for preventing overdose deaths lays partly amongst the social services as a system, social workers as professionals and among the client her-/himself. In times of crises the collaboration was fragmented and blurred. The results are discussed in light of some of the principles for health promotion, as outlined in the Ottawa charter.

Keywords: overdose deaths, social worker, collaboration, focus groups, interview, systematic text condensation

Bakgrunn

I Norge mister årlig rundt 250 personer livet som følge av overdose etter inntak av narkotika (Helsedirektoratet, 2014). Overdosedødsfall defineres som et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere rusmidler og/eller medikamenter, og som er direkte relatert til dette inntaket (Helsedirektoratet, 2014, s. 14). Det høye antallet dødsfall var bakgrunnen for at Stortinget i 2012 sluttet seg til regjeringens forslag om en nasjonal strategi mot overdosedødsfall 2014–2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Strategien 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, 2014).

Denne artikkelen baserer seg på data fra en helhetlig gjennomgang av alle registrerte overdosedødsfall i Oslo mellom 2006 og 2008 (Gjersing et al., 2011). Til sammen 232 personer under 70 år døde av overdose i Oslo i perioden. Den kvalitative delen av gjennomgangen viste at de medvirkende faktorene til dødsfallene var flere og sammensatte. Personer som selv hadde erfart overdoser, pekte på at i tillegg til uhell så var overdoser ofte knyttet til vanskelige psykososiale forhold og generelt dårlige levekår.

Gjennomgangen viste at 186 av de døde hadde vært i kontakt med tre eller fire hjelpetiltak i løpet av det siste året før dødsfallet. Sosialtjenesten var den tjenesten de fleste som var bosatt i Oslo hadde hatt kontakt med sist. Med sosialtjenesten menes i denne sammenheng den kommunale delen av lokalkontorene i NAV. I tillegg er virk-

somheten til sosialarbeidere ansatt i lokalbaserte helse- og omsorgstjenester, rettet mot personer med rus- og psykisk helseproblemer. I et helhetlig arbeid for å forebygge overdosedødsfall er derfor sosialarbeideres erfaringskunnskap nyttig kunnskap. I den kvalitative delen av Oslo-studien undersøkte vi erfaringene til helse- og sosialarbeidere som i sitt arbeid hadde hatt erfaring med overdoser og overdosedødsfall hos sine klienter, og som hadde oppgaver knyttet til forebygging av overdoser. Denne artikkelen undersøker og presenterer sosialarbeidernes erfaringer.

Tidligere forskning

Litteratursøk i tre databaser med MeSH-termer om sosialarbeidere og erfaringer med overdoser og overdosedødsfall utgitt på engelsk siste ti år, ga 121 treff, men resulterte likevel ikke i relevante funn ved en nærmere gjennomlesing. Forskingen omkring overdosedødsfall har tradisjonelt vært fokusert på risikofaktorer. Vi antar at denne typen kunnskap er viktig for å belyse og forstå sosialarbeideres erfaringer på dette området. Ravndal og Amundsen (2009) og Ødegård, Amundsen, Kielland og Kristoffersen (2010) dokumenterer at overganger mellom tjenester og situasjoner som innebærer en lavere toleranse for rusmidler, har vist seg å være særlig risikofylte, for eksempel ved avbrutt rusbehandling eller ved løslatelse fra fengsel. Bostedsløshet og få nære relasjoner er andre faktorer som har vist seg å øke faren (Rossow & Lauritzen, 1999). Jo tidligere i livet man har hatt sin første overdose og jo flere overdoser man har hatt, jo større er sannsynligheten for å senere å dø av overdoser, også som selvmord (Powis et al., 1999; Brådvik, Frank, Hulenvik, Medvede & Berglund, 2007). Antall år med

rusproblemer er dessuten en indikator for forhøyet overdoserisiko (Ødegård, Amundsen & Kielland, 2007). Biong og Ravndal (2007) har studert yngre menn med rus- og psykisk helseproblemer og deres erfaringer med livstruende overdoser. Studien viste at overdoser ikke utelukkende kan forstås som uhell, men også som rop om hjelp i kriser med en svært vanskelig livssituasjon, og hvor helse- og sosialarbeidere kan hjelpe på mange måter. Skoglund og Biong (2011) har undersøkt erfaringene til helse- og sosialarbeidere i lavterskelbotiltak som har opplevd livstruende overdoser hos beboere i tiltakene, og fant at overdoser synes å være knyttet til kriser relatert både til materielle og eksistensielle levekår og livshistorie.

De teoretiske utgangspunktene for studien er forståelse av kriser og samarbeid. Kriser defineres her som situasjoner hvor tidligere erfaringer og lærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige for å forstå og mestre livsoppgavene (Cullberg, 1978). Samarbeid, slik vi forstår det, er forankret i og rettet mot menneskelige relasjoner, med utvikling av dialoger og å arbeide i fellesskap (Strong, Sutherland, & Ness, 2011).

Hensikten med studien er å undersøke og beskrive sosialarbeideres erfaringer med overdoser og overdosedødsfall. Studiens forskningsspørsmål ble derfor formulert slik: «Hvordan beskriver sosialarbeidere sine erfaringer med overdoser og overdosedødsfall hos klienter med opiatdominert injeksjonsmisbruk?»

Metode

Studien har et eksplorativt og deskriptivt design. Kvalitativ metode anvendes fordi den undersøker innholdet i subjektive erfaringer.

Studiens vitenskapsfilosofiske grunnlag er deskriptiv fenomenologi (Husserl, 1989). Fenomenologisk forskning søker å beskrive fenomener gjennom bruk av refleksjon.

Rekruttering og utvalg

Den kvalitative delstudien i Oslo-undersøkelsen bygde på et strategisk utvalg (Gjersing et al., 2011). Mulige helse- og sosialarbeidere ble derfor rekruttert via informasjonsbrev til relevante instanser. Utvalget besto til slutt av 30 helse- og sosialarbeidere, hvorav 11 var sosialarbeidere. Åtte av disse deltok i to fokusgrupper sammen med andre yrkesgrupper. I den ene fokusgruppen deltok fem sosialarbeidere (n=8) og i den andre tre (n=7). Fire sosialarbeidere ble dessuten rekruttert til individuelle forskningsintervjuer fordi de hadde hatt sosialfaglig ansvar for én eller flere av de avdøde. Én av disse fire deltok også i en av fokusgruppene, så det totale antallet sosialarbeidere som deltok var derfor 11.

Alle sosialarbeiderne hadde direkte kontakt med klienter med opiatdominert injeksjonsmisbruk eller de hadde mistet klienter i overdosedødsfall. Ni av de 11 arbeidet i kommunale sosiale tjenester. To arbeidet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at de som deltok, arbeidet under ulike lovverk med ulike føringer for overdoseforebyggende arbeid. Utvalget besto hovedsakelig av sosiologer. Noen hadde relevante videreutdanninger innen rus- og psykisk helsearbeid. Som en samlebetegnelse benevnes deltakerne som sosialarbeidere.

Datainnsamling

Datainnsamlingen med fokusgrupper og individuelle intervjuer ble gjort i perioden 2010–2011. Metodene ble valgt fordi de er

egnet til å gi mye datamateriale. I fokusgrupper deltar vanligvis fem til åtte personer (Malterud, 2011). Gruppedynamikken antas å bidra til å få frem nyanser og refleksjoner om tanker, holdninger og praksiser (Kitzinger, 1995). Fokusgruppene ble ledet av andreforfatteren og varte om lag to timer. De ble innledet med studiens forsknings spørsmål som åpnings spørsmål.

Individuelle forskningsintervjuer ga muligheter for å gå mer i dybden i erfaringene (Kvale & Brinkmann, 2012). Også her ble forskningsspørsmålet anvendt som åpnings spørsmål, med påfølgende eksplorerende spørsmål fra forskeren (andreforfatteren). Intervjuene ble gjennomført der det passet for deltakerne og varte omlag én time. All datainnsamling ble tatt opp på bånd og transkribert ord for ord.

Dataanalyse

Med utgangspunkt i studiens design og forskningsspørsmål er det i analysen av data anvendt systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Metoden er egnet for studier med et eksplorerende og deskriptiv design. Analysen foregår i fire trinn: 1) gjentatte gjennomlesninger for å danne seg et helhetsinntrykk av tekstens innhold relatert til forskningsspørsmålet, 2) å identifisere meningsbærende enheter i teksten (koder), 3) å abstrahere innholdet i kodene til kodegrupper, og 4) å sammenfatte betydningen av kodegruppene i en ny beskrivelse. I trinn tre gikk vi gjennom hver enkelt kode, sorterte dem og skrev om innholdet til mer abstrakte meninger i kodegrupper med ulikt innhold. I trinn 4 fortolket vi betydningen av det vi hadde funnet i en ny beskrivelse. Begge forskerne deltok i alle analyse trinn.

Etiske overveielser

Overdosedødsfall er et følsomt tema. Samtidig var deltakerne sosialarbeidere med kompetanse til å arbeide med målgruppa. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien på forhånd og ga samtykke til å delta. Deltakelsen var frivillig, og det ble informert om at man kunne trekke seg underveis uten konsekvenser. Behovet for konfidensialitet og å unngå gjenkjenning er søkt ivaretatt i hele prosessen.

Studiens validitet

Den valgte metoden har som andre forskningsmetoder sine begrensninger. Datainnsamlingen ble gjort i 2010–2011. Nyere empiri og empiri fra brukere og pårørende kunne gitt annen informasjon. Utvalget var lite og strategisk og vanskeliggjør sammenlikninger. Samtidig var deltakerne rekruttert både fra første- og andrelinjetjenester, slik at spesifikke forhold knyttet til ulikt lovverk og faglige perspektiver kunne komme frem. Fokusgrupper med kun sosialarbeidere kunne gitt andre funn. Samtidig kan sosialarbeidere i fokusgrupper med andre yrkesgrupper nettopp speile spesifikke sosialfaglige erfaringer. Det er begrensninger i overførbarheten. Det studien bidrar med, er å belyse kritiske forhold vedrørende overdoser og overdosedødsfall i en norsk storby slik sosialarbeidere erfarer det. Reliabiliteten er ivaretatt gjennom lydopptak, ordrett transkribering og relevant analysemetode, og beskrivelsene bekreftes i data. En begrensning er at datainnsamlingen er foretatt av én forsker.

Resultat

Ved gjentatte gjennomlesninger av de transkriberte tekstene fremkom det at sosialarbeidernes erfaringer med overdosedødsfall

var knyttet til komplekse sammenhenger mellom de aktuelle velferdssystemene, klientene og den enkelte sosialarbeider. Hovedtyngden av tekstmaterialet besto i sosialarbeidernes erfaringer med hjelpetilta-kenes evne til å virke forebyggende mot overdosedødsfall. En nærmere analyse identifiserte relevante meningsbærende enheter som fremkom i setninger eller uttrykk om deres erfaringer med overdosedødsfall. Dette utgjorde 14 meningsbærende enheter (koder). Kodene ble abstrahert til kodegrupper med ulikt innhold. Enkelte koder kunne passe inn i flere kodegrupper. Vi gikk da tilbake til teksten for å se etter hvilken sammenheng de opptrådte i. De 14 kodene dannet til slutt tre kodegrupper: *Om vanskeligheter med å planlegge arbeidet*, *Om hva klientene hadde behov for* og *Om at livet ikke leves i hjelpeapparatet*.

Sosialarbeiderne knyttet sine erfaringer med overdosedødsfall hovedsakelig til manglende rolleavklaring og ansvarsfordeling tjenestene imellom og mellom tjenestene og klientene. Et annet forhold var hjelpetilta-kenes ansvar for å forebygge overdosedødsfall hos klientene og deres eget ansvar for sitt liv. Det konfliktfylte mellom disse perspektivene knyttet til deltakernes erfaringer ble uttrykt i en ny beskrivelse som *samarbeid noen dør med*. I den følgende analysen forklares dette nærmere.

Helhetsinntrykk

Erfaringene med overdoser og overdosedødsfall var knyttet til samarbeidsutfordringer i tjenestene, mellom tjenestene, og mellom tjenestene og klientene. Overdosedødsfallene handlet om krisepregede situasjoner. Slike situasjoner gjorde samarbeidet

vanskelig. Krisene og manglende tilgang til informasjon i og mellom tjenestene var en særlig utfordring. Sosialarbeiderne erfarte å ha stort ansvar alene i arbeidet med overdoseforebygging, samt at det var emosjonelt utfordrende å ikke få hjelp til å bearbeide overdosedødsfall. Sosialarbeiderne beskrev hva klientene hadde hatt behov for og som kanskje kunne forhindre overdosedødsfall, og reflekterte om hvorvidt nok og riktig hjelp var gitt. Sosialarbeiderne var opptatt av det ansvaret klientene hadde for egen helse og eget liv.

Om vanskeligheter med å planlegge arbeidet

Denne kodegruppen handler om vanskeligheter med å planlegge arbeidet rettet mot forebygging av overdoser, og mangler i samhandling og informasjonsflyt mellom samarbeidspartnere, nivåer og tjenester.

Sosialarbeiderne beskrev å arbeide planmessig som utfordrende. Flere fortalte at det var laget ulike typer planer, men at sosialtjenesten ikke klarte å endre disse raskt nok fordi klientenes liv var preget av ulike kriser som krevde hurtige endringer. Kriseplaner ble i liten grad beskrevet. Akutte kriser som sosialarbeiderne måtte gripe fatt i, var utskriving og utkastelser fra institusjoner eller bosteder, løslatelse fra fengsel før planlagt tid, flytting mellom ulike bydeler eller behandling som ble avbrutt før tiden. En sosialarbeider beskrev konsekvensene av å ikke arbeide planmessig slik: «Så prøver man noe som ikke er planlagt, fordi man er fornøyd når man sitter på et ansvarsgruppemøte og sier: Ja, jeg vil søke. Da har alle noe å gjøre.» Flere sosialarbeidere beskrev dessuten vanskeligheter i planleggingsarbeidet på grunn av stadig utskiftning av fagfolk:

Jeg tenker at dette med turnover er en brikke i det. Det kommer ny saksbehandler og det kommer en ny LAR-konsulent. De er like gira på å få til noe med hver person. Og man prøver kanskje mye på nytt og på nytt istedenfor å systematisere hva som har skjedd i livene til folk.

Når planleggingsproblemene ble opplevd som vanskelige, kunne sosialarbeiderne komme til å foreslå tiltak som ikke var fundert i oppsummering av tidligere tiltak. Å ikke systematisere hva som hadde skjedd tidligere, kunne føre til hendelser som økte risikoen for overdosedødsfall. Et annet forhold var mangel på informasjon fra klientene eller tjenestene imellom. Manglende informasjon knyttet seg i noen tilfeller til brudd som beskrevet over. Det kunne dessuten gå lang tid før sosialarbeiderne fikk informasjon om hendelser.

Taushetsplikten mellom nivåer og mellom ulike typer fagfolk ble beskrevet som en særlig utfordring, og gjorde planleggingen vanskelig med hensyn til å tilpasse hjelpen til person og situasjon. Sosialarbeiderne fortalte at de aldri hadde fått noen systematisk informasjon om livstruende overdoser fra ambulanse eller andre helsetjenester som hadde vært i kontakt med klientene når overdoser hadde inntruffet. I situasjoner der sosialarbeiderne hadde fått informasjon, kunne det hende at denne ikke lenger stemte med de faktiske forholdene, noe som økte risikoen for overdosedødsfall: «Vi hadde fått løslatelsesdato fra fengselet og hadde stabla et opplegg for ham fra den datoen, men får beskjed for sent om at løslatelsen kom tidligere. Han ble funnet død

etter å ha vært på et rom to-tre dager.» Mangel på informasjon medførte at den planlagte oppfølgingen fra sosialtjenesten ikke fant sted, og i dette eksempelet med et tragisk utfall. Sosialarbeiderne beskrev videre at planleggingsproblemer handlet om at det var mange aktører rundt klientene, og om konflikter knyttet til faglige oppfatninger om hva problemene handlet om, for eksempel i ansvarsgruppene. Kriser, turnover og uenighet aktører imellom kom i tillegg til at sosialarbeiderne opplevde at de hadde mye ansvar alene i arbeidet med å forebygge overdoser.

Sosialarbeiderne beskrev også egne behov i etterkant av overdosedødsfall. De opplevde dødsfallene som vanskelige. Ingen hadde erfaring med systematisk evaluering av hendelsene, og de beskrev hvordan de tilfeldigvis hadde fått informasjon om dødsfallet. Erfaringene ble beskrevet som emosjonelt utfordrende for den enkelte: «Jeg synes det var heftig, jeg var egentlig ganske nyutdanna. Den følelsesmessige bearbeidingen ... det ble aldri noen evaluering.» Mangelen på bearbeiding av hendelsene og opplevelsene kunne ha betydning for hvordan sosialarbeiderne evnet å gi riktig og god nok overdoseforebyggende hjelp.

Om hva klientene hadde behov for

Denne kodegruppen handler om hva sosialarbeiderne erfarte at klientene hadde behov for med tanke på å forebygge overdosedødsfallet, og om deres erfaringer med om hjelpen som var gitt var riktig og god nok. Flere erfarte at de siste ukene før dødsfallet var preget av en forverring av klientens livssituasjon. En sosialarbeider beskrev dette slik:

Det siste ansvarsmøtet vi hadde var vel tre uker før hun døde. Hun var veldig rusa og snakket om mange ting som ikke var knytta til dagen i dag, men om ting som hadde vært og som var leit. At familien ikke ville ha så mye med henne å gjøre fordi hun var håpløs, fordi verden gikk henne imot. Det virka som hun ikke hadde det noe godt.

Sosialarbeiderne beskrev at forverringene kunne øke sannsynligheten for overdosedødsfall, mens ingen i ansvarsgruppene hadde eller tok et hovedansvar for å ivareta behovene klienten hadde i kriser. Noen stilte spørsmål ved om tvang burde vært satt inn og om det kanskje ville blitt gjort andre vurderinger om for eksempel et suicidologisk perspektiv hadde vært lagt til grunn for hjelpen:

Nå tenker jeg selvmordsproblematikken ... jeg kommer fra spesialisthelsetjenesten ... Suicidvurdering og sånt, det skal inn i hvert forbaska notat. Det er så viktig å ha det som tema ... at det snakkes om på en annen måte, og tas mer på alvor.

Sosialarbeiderne fortalte om at det var gitt mange tilbud og mye hjelp, samt at hjelpe tiltakene hadde vært varierte, tverrfaglige og forsøkt individuelt tilpasset:

Vedkommende hadde mange tilbud. Det siste tilbudet ... var en tilrettelagt bolig ... Det hadde vært tilbud fra DPS ... Det ble motivert til rusbehandling, men det var vedkommende ikke interessert i. Det var ansvarsgruppe, og

bestillerenheten i bydelen var inne. Og DPS, med ambulant rehabteam ... så de kom hjem til vedkommende.

Erfaringer med at hjelpen som var gitt som oftest ble beskrevet som omfattende og positiv kunne likevel inneholde en potensiell konflikt i samarbeidet knyttet til behov, etterspørsel og tilbud. Sosialarbeiderne beskrev at klientene ofte ble påvirket av hendelser og situasjoner som tjenestene hverken kunne eller skulle rå over, og som derfor kunne bety at tilbudene fra sosialtjenesten ikke svarte til klientenes behov med tanke på overdoseforebygging.

Om at livet ikke leves i hjelpeapparatet

Denne kodegruppen handler om hvilken rolle sosialtjenestene hadde i livet til de som døde. Refleksjonene dreide seg om at klientene generelt hadde ansvar for sitt eget liv, og at dette ansvaret kunne påvirke risikoen for overdosedødsfall ved at de eksempelvis ikke ville ta imot hjelpen som ble tilbudt: «Hvis folk selv ikke vil, så er det lite vi får gjort.» Klientene bestemte selv om de ønsket å ta imot tilbud fra tjenestene og tok i så måte også ansvar for hvor mye eller lite hjelp de fikk. Tiltakene ble beskrevet som basert på frivillighet og krevde dermed at de det gjaldt kunne ta selvstendige valg på bakgrunn av egne ønsker og motivasjon: «Vi må være veldig på tilbudssida i forhold til informasjon ... og i forhold til tiltak å sette i gang. Så må vi ha lov til å legge litt ansvar på den enkelte også.» Sosialarbeiderne beskrev at de hovedsakelig hadde tilbudt ulike former for frivillige tiltak.

Ruserfaringer generelt og overdoser spesielt ble i liten grad beskrevet som samtaletema

med klientene. Sosialarbeiderne hadde god kjennskap til behandlings- og tiltakshistorikk og levekår, men lite kunnskap om personlige og eksistensielle sider av klientens liv:

Jeg opplever at sosialtjenesten er veldig teknisk ... og forholder seg teknisk til ting. Vi skaffer mat ... og skaffer vi bolig, og så sier vi: Nå skal vi lage en individuell plan på aktivitet. Og så er det veldig lite av det åndelige, og det skal det kanskje ikke være, men samtidig ... i arbeid med den gruppa her, hvor egentlig den røde tråden i deres liv kanskje er sosialtjenesten?

Det fremkom at begrensinger i sosialarbeiderrollen og oppdraget i tjenesten kunne bety at det i liten grad ble arbeidet med overdoseforebygging, fordi problemet ble oppfattet som å høre til livsforhold som sosialarbeidere tradisjonelt ikke arbeider med.

Ny beskrivelse

Ved å analysere de tre kodegruppens innhold kunne sosialarbeidernes beskrivelser uttrykkes som *samarbeid noen dør med*. Formuleringen refererer til de komplekse

samarbeidsforholdene og det potensielt konfliktfylte og etisk utfordrende i et ansvar for å forebygge overdosedødsfall dels lå i sosialtjenestene som struktur, dels hos sosialarbeiderne som fagfolk og dels hos klientene selv.

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. Som gruppe opplevde sosialarbeiderne seg alene om ansvaret og oppgavene knyttet til å ivareta klientenes behov for å forebygge overdoser. Samtidig la sosialarbeiderne vekt på at det var klientenes eget valg å motta eller avslå hjelp. Klientenes livssituasjon forverret seg i forkant av dødsfallet. Utenforliggende hendelser påvirket klientenes livssituasjon og følgelig begge parter muligheter til å samarbeide. Særlig i situasjoner med akutte kriser så samarbeidet ut til å bli fragmentert og utydelig og skapte vanskeligheter for den enkelte sosialarbeider. Sosialarbeidernes erfaringer med at klienter døde i overdoser ble ikke evaluert eller bearbeidet.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen fra empiri til ny beskrivelse

«... så prøver man noe som ikke er planlagt, fordi man er fornøyd når man sitter på et møte og sier: Ja, jeg vil søke ...»	Prøver noe som ikke er planlagt	Om vanskeligheter med å planlegge arbeidet	Samarbeid noen dør med
«... turnover er en brikke i det ... man prøver mye på nytt uten å systematisere hva som har skjedd»	Nye behandlere prøver nye tiltak		
«Vi hadde fått løslatelsesdato ... og løslatelsen kom tidligere. Han ble funnet død etter å ha vært på et rom 2-3 dager.»	Planlagte overganger endres og sosialarbeider får ikke beskjed		
«... hun snakket om mange ting som...hadde vært og som var leit, at ... verden gikk henne imot.»	Forverring av livssituasjon i forkant av overdosedødsfall	Om hva klientene hadde behov for	
«Nå tenker jeg på selvmordsproblematikken ... det er viktig å ha som tema.»	Selvmord er ikke et tema		
«Vedkommende hadde mange tilbud ... rusbehandling ... var vedkommende ikke interessert i ...»	Mange tilbud og ulike vurderinger av behov for hjelp		
«... sosialtjenesten er veldig teknisk ... lage IP på aktivitet. Også er det veldig lite av det åndelige»	Mangel på helhetlig tilnærming	Om at livet ikke leves i hjelpeapparatet	
«Hvis folk selv ikke vil, så er det lite vi får gjort.»	Rett til å velge selv		

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke og beskrive sosialarbeideres erfaringer med overdoser og overdosedødsfall. Med hensyn til allmenne sider ved yrkesutførelsen i sosialtjenestene drøftes studiens empiri og hovedfunnet *samarbeid noen dør med* i lys av noen relevante prinsipper i Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid (World Health Organization, 1986).

Å skape støttende miljøer

Ser vi studiens hovedfunn *samarbeid noen dør med* på bakgrunn av den kunnskapen

om strukturelle og individuelle risikofaktorer for overdosedødsfall som er presentert innledningsvis, dokumenterer empirien lite systematisk arbeid på systemnivå. Den enkelte sosialarbeider synes dessuten å bli stående alene om oppgavene. Mye av det forebyggende arbeidet kan derfor bli personavhengig. Kunnskapen om at overganger mellom tiltak (Ravndal & Amundsen, 2009) og flere livstruende overdoser hos samme person medfører økt risiko for overdosedødsfall (Ødegård et al., 2007), synes ikke å ha medført at sosialtjenestens overdoseforebyggende arbeid er blitt forankret

på systemnivå. Pasientsikkerhetskampanjen i spesialisthelsetjenesten for forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning er et eksempel på en slik forankring (Skjellanger et al., 2014). I et juridisk og yrkesetisk perspektiv handler støttende miljøer om strukturelle forutsetninger for at kompetente sosialarbeidere sikres tilgang til nødvendig informasjon for utføringen av lovpålagte oppgaver. Empirien viser at sosialarbeiderne erfarte manglende ansvarsfordeling i og mellom tjenestene og at et systematisk overdoseforebyggende arbeid kunne lide under strukturelle forhold.

Vedvarende og akutte krisesituasjoner hos klientene handler om i hvilken grad sosialarbeidere evner å skape støttende miljøer og handle i etisk vanskelige situasjoner når det er fare på ferde nærmest hele tiden (Thommesen, 2012; Biong, 2013). *Samarbeid noen dør med* henspeiler på at det kan oppstå et etiske dilemma mellom sosialarbeidernes ansvar for å forebygge overdosedødsfall og klientens ansvar for eget liv. Sosialarbeiderne erfarte at ivaretagelse av prinsippet om klientens autonomi kunne påvirke risikoen for overdosedødsfall, for eksempel ved at klienten avsto fra hjelp som ble ansett som nødvendig. I en forståelse av sosialt arbeid som et virke som skal bidra til at klienter blir bedre i stand til å mestre og ta kontroll over eget liv, må et støttende miljø bygge på prinsippet om selvbestemmelse (Fellesorganisasjonen, 2015). Mangel på nødvendig oppfølging av dem som eventuelt motsetter seg hjelp kan komme til å skje i lys av prinsippet om selvbestemmelse. På grunn av forhold ved selve rusavhengigheten, som tvangspreget inntak og kontrollvansker med hensyn til mengde og toleranse, kan klientens situasjon medføre at

vedkommende i liten grad evner å ivareta sin autonomi og dermed kan ta ansvar for og nyttiggjøre seg tilbudene om hjelp. Fra et omsorgsperspektiv vil det i et støttende miljø måtte vurderes hvor mye ekstra hjelp klienten trenger i situasjonen for å *kunne* ha et større ansvar (Hummelvoll, 2012). Empirien dokumenterer ikke at dette har skjedd.

Rusreformen kan ha bidratt til at overdoser etter 2004 anses som et helseproblem og ikke som et uttrykk for levekår og livssituasjon (Skretting & Storvoll, 2011). Et støttende miljø i form av et utvidet fokus rettet mot klientenes erfaringer med tidligere overdoser kunne kanskje ha bidratt til samarbeid om temaer som kunne hatt betydning både for det planmessige arbeidet og i krisesituasjoner.

Å re-orientere tjenestene

Empirien synes å støtte tidligere forskning om at overdoser på individnivå kan være knyttet til ulike kriser (Rossow & Lauritzen, 1999). Å re-orientere tjenestene i retning av å ha som utgangspunkt de menings-systemene klienten selv har, synes derfor som viktig for å skape en felles og bredere forståelse, med tanke på å unngå *samarbeid noen dør med* (Hammerlin, 2010). Fra et omsorgsperspektiv hevder Martinsen (1990) at forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å handle omsorgsfullt, og i denne sammenhengen er det en forutsetning for at den relasjonelle praksisen kan virke overdoseforebyggende. En reorientering mot i større grad å ta utgangspunkt for samarbeidet i klientens erfaringskunnskap om overdoser vil etter vår vurdering kunne bidra til økt opplevelse av kontroll og delt ansvar både for sosialarbeideren og klienten, særlig fordi empirien

tydelig indikerer en sammenheng mellom overdoser og den helhetlige situasjonen klienten er i. Denne helheten har klienten spesifikk kunnskap om.

Sosialarbeidernes erfaringer kan synes å relatere seg til et kjent dilemma fra sosialfaglig arbeid der det å både skulle utføre kontrolloppgaver og omsorg kan stå i motstrid til hverandre (Levin, 2004). *Samarbeid noen dør med* kan derfor handle om samarbeid i spennet mellom kontroll og hjelp. Det at sosialarbeiderne erfarte at deres roller ga lite rom for overdoseforebyggende arbeid, kan tenkes å ha sammenheng med at tjenestene hadde et sterkt fokus på kontrollfunksjonen. En re-orientering av sosialarbeidernes tjenester bort fra oppgaver knyttet til styring og kontroll, i retning av mer selvstendighet og faglig skjønn, kan være nødvendig med tanke på forebygging av overdoser (Ekeland, 2014). Vår erfaring er at ansatte i sosialtjenesten har stor arbeidsmengde, og i en slik hverdag kan det være vanskelig å kombinere rollen som forvalter med rollen som en omsorgsfull og behandlende sosialarbeider. Empirien dokumenterer at sosialarbeiderne ikke fikk hjelp til å bearbeide egne tapsopplevelser. Dette kan ytterligere bidra til et *samarbeid noen dør med*, fordi belastningen ikke blir bearbeidet og integrert (Bang, 2003).

Empirien tyder på at sosialarbeiderne 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. Eksistensielle kriser øker faren for overdosedødsfall (Brådvik et al., 2007), og dette tema synes ikke å være et fokus for samtaler om behovet for hjelp, fordi det antas å ligge utenfor

sosialarbeiderens arbeidsoppgaver. Re-orientering av tjenesten handler slik vi ser det derfor om behovet for å dra inn klientens egen erfaringskunnskap om hva som er problematisk og hva som kan være til hjelp.

Forskningen om risikofaktorer for overdosedødsfall presentert innledningsvis tyder på at det er viktig at sosialarbeidere forstår at overdoser handler om konkrete, livsavgjørende situasjoner. Å re-orientere tjenestene handler derfor slik vi ser det om å bidra til relasjonelle prosesser mellom (mer) likeverdige partnere, enten vi snakker om relasjonene mellom sosialarbeider og klient, eller om relasjoner mellom ansatte i ulike systemer (Strong et al., 2011). For å unngå *samarbeid noen dør med* bør samarbeidet baseres på det Skjervheim (1996) omtaler som «deltaker-posisjonen» i relasjonsarbeidet. Skjervheim beskriver deltakerposisjonen som en treleddet relasjon; mellom den andre, meg og saken. Med utgangspunkt i Skjervheim kan sosialarbeidere velge mellom å innta to posisjoner. Enten, som en bevisst personlig ferdighet, å delta og la seg engasjere i den andres problem (deltakerposisjon), eller konstatere det som blir sagt som et faktum uten noe videre engasjement (tilskuerposisjon). Empirien tyder på at sosialarbeiderne erfarte tilskuerposisjonen på to måter, både fra samarbeidspartnere og i samarbeidet med klienten der sosialtjenesten fremsto som teknisk rettet. Om sosialarbeiderne på eget initiativ hadde valgt å fokusere på den mer behandlende delen av sosialarbeiderrollen i overdoseforebyggingen, på tross av at tjenestene ikke hadde dette fokuset, kan det tenkes at dette over tid hadde ført til endrede tjenester og annen hjelp.

Implikasjoner for praksis

Bedringsforskning viser at når personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser beskriver hva som har hjulpet dem, trekker de i liten grad frem spesifikke metoder, og i større grad relasjonen til hjelperne. Vi vil peke på hva det kan bidra med i forebyggende overdosearbeid dersom sosialarbeidere strukturelt, som gruppe og individuelt gis rom for et samarbeid om temaer de beskriver som utenfor tjenestene, men som er viktige for klienter med høy risiko for å dø i overdose.

Konklusjon

Studiens hovedfunn er at sosialarbeidernes erfaringer kan uttrykkes som *samarbeid noen dør med*. Hovedfunnet speiler det komplekse i at samarbeidet og ansvaret for å forebygge overdosedødsfall dels ligger i sosialtjenesten som struktur, dels hos sosialarbeiderne som fagfolk og dels hos klientene selv. Særlig i akutte kriser er samarbeidet for å unngå overdosedødsfall fragmentert og utydelig. Samarbeid noen dør med henspiller derfor også på det etiske dilemmaet som kan oppstå mellom sosialarbeidernes ansvar for å forebygge overdosedødsfall og klientens ansvar for eget liv.

Referanser

- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biong, S., & Ravndal, E. (2007). Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behavior: Between death as an escape from pain and the hope of life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 246–259. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17482620701547008>.
- Biong, S. (2013). Overdoser som selvmord: En fenomenologisk casestudie. *Suicidologi*, 18(3), 36–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2246>.
- Brådvik, L., Frank, A., Hulenvik, P., Medvedeo, A., & Berglund, M. (2007). Heroin Addicts Reporting Previous Heroin Overdoses Also Reports Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 475–481. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.475>.
- Cullberg J. (1978). *Mennesket i krise og utvikling*. Oslo: Aschehoug.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake. Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 211–220.
- Fellesorganisasjonen. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J., & Clausen, T. (2011). *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang* (SERAF-rapport nr. 2/2011). Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning.
- Hammerlin, T. (2010). Samfunnets og hverdagslivets lidelsesproduksjon og selvmordsproblematikken. Ansatter til en kritisk refleksjon. *Suicidologi*, 15(2), 30–36. DOI: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2028>.
- Helsedirektoratet. (2014). Nasjonal overdosestrategi 2014–2017. «*Javisst kan du bli rusfri- men først må du overleve*». Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Husserl, E. (1989). *Fenomenologiens idé*. Gøteborg: Daidalos.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I I. Jensen & G. Engelsrud (red.) *Moderne omsorgsbilder*, s. 61–97. Oslo: Gyldendal.
- Meld. St. 30 (2011–2012). (2012). *Se meg!* 2011–2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Powis, B., Strang, J., Griffiths, P., Taylor, C., Williamson, S., Fountain, J., & Gossop, B. (1999). Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction*, 94, 471–478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9444712.x>.
- Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2009). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2), 65–69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.

- Rossow, I., & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94(2), 209–219. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9422095.x>.
- Skjellanger, A. G., Deilkås, E. T., Sørensen, R., Advocaat-Vedvik, J., Brudvik M., Schreiner, M., Fredheim, N., Longva, K. W., Austdal, C., Lemser, M., & Nicolaisen, J. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» 2011–2013. – 2014*. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltaker og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug Forlag.
- Skoglund, A., & Biong, S. (2011). Når virkeligheten strammer grepet – Ansattes erfaringer med overdoser hos beboere i lavterskel botiltak. *Klinisk Sygepleje*, 25(3), 30–40.
- Skretting, A., & Storvoll, E. E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken (SIRUS-rapport nr. 3/2011)*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 25–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/21507686.2010.546865>.
- Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterede problemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ødegård, E., Amundsen, E. J., & Kielland, K. B. (2007). Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers—a competing risk approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 176–182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.016>.
- Ødegård, E., Amundsen, E. J., Kielland, K. B., & Kristoffersen, R. (2010). The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. *Addiction Research and Theory*, 18(1), 51–58. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/16066350902818851>.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Hentet fra www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.