

”Terskelen mellom den ultimate rusen og død er så liten. Den er jævla liten”

En studie av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon og mestringsstrategier tilknyttet risiko for overdose og overdosedødsfall



Universitetet
i Stavanger

Masteroppgave i Samfunnssikkerhet
Av: Therese Myrtveit Salte
Våren 2016

Institutt for medier, kultur og samfunnsvitenskap
Universitetet i Stavanger

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Våren 2016

FORFATTER:

Therese Myrtveit Salte

VEILEDER:

Veileder ved UiS: Ole Andreas Engen

Ekstern veileder ved regionalt senter for rusmiddelforskning: Sverre Martin Nesvåg

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

”Terskelen mellom den ultimate rusen og død er så liten. Den er jævla liten”

En studie av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon og mestringsstrategier tilknyttet risiko for overdose og overdosedødsfall.

EMNEORD/STIKKORD:

Risikopersepsjon, opplevd risiko, objektiv risiko, overdose, overdosedødsfall, rusmiddelavhengighet.

SIDETALL: 103 (inkludert vedlegg)

**STAVANGER,
13.06.2016**

Sammendrag

Rusmiddelavhengige utsettes for et stort antall risiki som følge av sin rusmiddelbruk og livsførsel. Blant disse er risiko for overdose, og dermed også risiko for dødsfall som følge av overdose. I en norsk kontekst fremstår dette som særskilt relevant, ettersom Norge anses for å ha et høyt antall overdoserelaterte dødsfall i året blant rusmiddelbrukere, fortrinnsvis blant injiserende opiatbrukere.

Rusmiddelavhengige kan deles inn i flere grupper med varierende risikobilde basert på deres rusmiddelbruk og livsførsel. I denne sammenheng virker særlig den gruppen rusmiddelavhengige med tungt og omfattende rusbruk å være utsatt for høy grad av psykososial marginalitet, og tilhørende høy overdoserisiko. Det fremgår av oppgaven at høye overdoserisiko her har sammenheng med at denne gruppen rusmiddelbrukere er utsatt for et større antall risikofaktorer for overdose. Av oppgaven fremgår det også at overdoserisiko hos rusmiddelavhengige ikke kan forklares ved hjelp av isolerte risikofaktorer, men at en må ta hensyn til den enkeltes helhetlige omstendigheter ettersom risikofaktorer viser seg å ha innvirkning på hverandre. Det helhetlige risikobildet som omgir rusmiddelbrukere gir derfor et bedre grunnlag for utforming av risikoreduserende tiltak ovenfor denne gruppen.

Den enkeltes risikopersepsjon er i tilknytning til overdoserisiko særlig relevant, som følge av at risikopersepsjon i lys av oppgaven kan bidra til både økt og redusert overdoserisiko. Risikopersepsjon viser seg å være utformet på bakgrunn av et komplekst samspill av faktorer som er i stadig endring. Blant disse påvirkende faktorene finnes blant annet den enkeltes omstendigheter, erfaringer, personlige forutsetninger og objektiv risiko. Den enkeltes risikopersepsjon kan på bakgrunn av dette også forventes å være i endring etter hvert som de påvirkende faktorene endres, noe som indikerer at risikopersepsjonens innvirkning på overdoserisiko også vil endre seg i takt med dette. Risikopersepsjon og overdoserisiko henger som følge av dette tett sammen, og generering av kunnskap omkring nettopp denne sammenhengen og hvordan disse aspektene innvirker på hverandre er relevant for alt arbeid rettet mot risikoreduserende arbeid for målgruppen.

Opgaven viser at mestringsstrategier benyttes av rusmiddelavhengige, både bevisst og ubevisst, for å håndtere overdoserisiko. Risikofornektelse, ignorering av risiko samt forskjellige grader av likegyldighet fremstår i denne sammenheng som subjektive funksjonelle responser som trer i kraft for å håndtere overdoserisiko i sammenheng med den enkeltes risikomiljø og omstendigheter. Disse strategiene viser seg samtidig å innvirke på overdoserisiko, og kan medføre økt risiko for den enkelte, samtidig som de kan gjøre det mulig for den enkelte å "holde ut" livsførsel under særdeles vanskelige omstendigheter.

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på 2 års masterstudier i Samfunnssikkerhet ved universitetet i Stavanger, og sannsynligvis også slutten på min tid som student. Selve utformingen og gjennomføringen av oppgaven har til tider vært en utfordrende prosess, samtidig som det har vært både lærerikt og spennende. I tillegg har dette halvåret også vært preget av total frihet til å styre hverdagen selv, med tid til reise og avbrekk fra studier.

Opgaven hadde ikke blitt slik den er i dag uten veiledning og oppmuntring fra flere hold. Blant annet har tilknytningen til regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning, ved forskningsleder Sverre Martin Nesvåg, vært uvurderlig. Takk for gode samtaler og innsikt i rusmiddelfeltet, som jeg ikke hadde mye kunnskap om når jeg først begynte arbeidet med denne oppgaven. Ikke minst en stor takk for hjelp med tilrettelegging av fokusgruppeintervju og honorering av deltakere. Deltakerne som stilte på fokusgruppeintervju må i den forbindelse også takkes, ettersom deres bidrag utgjør en stor del av masteroppgaven.

Det rettes også en takk til veileder ved Universitetet i Stavanger, Ole Andreas Engen, for god veiledning og oppfølging spesielt når det gjelder risikoteori og utforming av oppgaven.

Til sist vil jeg rette en stor takk til medstudenter for samtaler om løst og fast, oppmuntring og trivelig arbeid på kontoret.

Therese Salte

Stavanger, 12.06.2016



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
Forord	II
Tabelloversikt	V
Figurliste	V
1. Innledning.....	1
1.1 Tilknytning til KORFOR	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.3 Begrepsavklaringer	3
1.4 Oppgavens struktur.....	4
2. Kontekst: Om rusmiddelavhengighet og overdose	6
2.1 Rusmiddelavhengighet i en norsk kontekst	6
2.2 Overdosedødsfall i Norge	7
2.3 Hva innebærer en overdose?	8
2.4 Risikofaktorer for overdose.....	9
2.5 Rusmiddelbruk og kognitiv svekkelse	11
2.6 Det teoretiske rammeverkets relevans for risikogruppen	12
3. Teoretisk rammeverk: Risiko og risikopersepsjon.....	14
3.1 Risiko	14
3.2 Opplevd risiko og risikopersepsjon	14
3.3 Tilnærminger til risiko.....	16
3.3.1 <i>Objektiv Risiko</i>	17
3.3.2 <i>Vurdering av risiko</i>	18
3.4. Egenskaper ved risikokilden.....	18
3.5. Egenskaper ved personen	22
3.5.1 <i>Mistilpasning av opplevd risiko</i>	23
3.5.2 <i>Subjektiv immunitet</i>	24
3.6 Affekt heuristikk	25
3.6.1 <i>Risiko som følelser</i>	27
3.6.2 <i>Bekymring og risiko</i>	29
3.7 Det teoretiske rammeverkets anvendelighet.....	31
4. Datainnsamling: Systematisk litteraturstudie og fokusgruppeintervju.....	32
4.1 Systematisk litteraturstudie	33
4.1.1 Metode og formål med systematisk litteraturstudie.....	33
4.1.2 Datainnsamling og litteratursøk.....	33
4.1.2.1 <i>Søkestrategi og søketermer</i>	33
4.1.2.2 <i>Oppbygning av søk</i>	34
4.1.2.3 <i>Databasevalg og fremgangsmåte</i>	34
4.1.2.4 <i>Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	35
4.1.2.5 <i>Sortering og litteraturutvalg</i>	35
4.1.2.6 <i>Andre kilder og kvalitetsvurdering av søkestrategi</i>	38
4.1.3 Presentasjon av utvalgte publikasjoner og dataekstraksjon.....	40
4.1.3.1 <i>Dataekstraksjon</i>	40
4.1.4 Presentasjon av empiri	43
4.1.4.1 <i>Risikofaktorer for overdose</i>	43
4.1.4.2 <i>Risikopersepsjon</i>	46
4.1.4.3 <i>Opplevd livssituasjon</i>	47

4.1.5 Hovedfunn	49
4.2 Fokusgruppeintervju	51
4.2.1 Metode og formål med datainnsamling	51
4.2.1.1 Informantutvalg.....	52
4.2.1.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju	53
4.2.1.3 Intervjuroller: Moderator og sekretær	54
4.2.1.4 Oppmøte, oppstart og gjennomføring	55
4.2.1.5 Styrker og svakheter ved metoden.....	56
4.2.1.6 Ethiske betraktninger	57
4.2.1.7 Forskerens for forståelse og begrensninger ved metoden.....	58
4.2.2 Presentasjon av empiri	59
4.2.2.1 Erfaring med overdose.....	59
4.2.2.2 Risikofaktorer og mestringsstrategier for overdose.....	60
4.2.2.3 Brukshistorikk, opplevd dødelighet og grunn for fortsatt bruk.....	61
4.2.2.4 Rus som førsteprioritet, utmattelse og livskrise	62
4.2.2.5 Likegyldighet og håpløshet	64
4.2.3 Hovedfunn	65
4.3. Sammenligning av hovedfunn i datainnsamling.....	67
5. Diskusjon	69
5.1 Erfaring med overdose og overdosedødelighet.....	69
5.1.1 Relativt lav overdoserisiko.....	70
5.1.2. Overdødelighet blant rusmiddelbrukere	71
5.1.3. Fraværende personalisering av risiko	72
5.2 Mestringsstrategier, omstendigheter og likegyldighet.....	73
5.2.1 Likegyldighet som mestringsrespons	74
5.3 Ignorering og nedvurdering av overdoserisiko	75
5.3.1 Skjevhet ved faktisk og opplevd risiko	75
5.3.2 Risiko som en "kjent og hverdagslig" fare.....	76
5.3.3 Svekket kognisjon.....	77
5.3.4 Skift i prioriteringer.....	78
5.3.5 Omstendigheter og livsførsel.....	79
5.3.6 Affekt og risikopersepsjon	80
5.3.7 Bekymring og risikopersepsjon.....	81
5.3.8 Fravær av eksplisitte risikovurderinger	81
5.4 Helhetlig livssituasjon og påvirkende enkeltfaktorer	82
6. Avsluttende betraktninger	84
6.1 Risikopersepsjon, overdoserisiko og mestringsstrategier.....	84
6.2 implikasjoner for videre forskning.....	87
Litteraturliste.....	88
Vedlegg	94
Vedlegg A: Søkestrategi (Tabell).....	94
Vedlegg B: Intervjuguide fokusgruppeintervju.....	95
Vedlegg C: Informasjonsskriv, Fokusgruppeintervju.....	96

Tabelloversikt

Tabell 1: Estimert antall injiseringer per år i Norge	7
Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier	35
Tabell 3: Nøkkelkarakteristikker for inkluderte publikasjoner	40
Tabell 4: Gjennomgang av innhold, tematikk og hovedkonklusjoner i de utvalgte publikasjonene	41
Tabell 5: Hovedfunn i kunnskapsoppsummering	50
Tabell 6: Oversikt over deltakere og utvalgte karakteristikk	52
Tabell 7: Hovedfunn i fokusgruppeintervju	65
Tabell 8: Sammenligning av hovedfunn i datainnsamling	67

Figurliste

Figur 1: Faktorer som påvirker opplevd risiko, holdninger og risikoatferd (fritt tilpasset etter Hovden, 1981, s.4).	15
Figur 2: Konsekvensialistisk perspektiv (Loewenstein et al. 2001, s 268)	27
Figur 3: Risiko som følelser perspektivet (basert på Loewenstein et al. 2001, s. 270).	28
Figur 4: Oversikt over litteratursøk og sorteringsprosess.	37
Figur 5: Informasjonsflyt i litteraturstudie (fritt tilpasset etter Moher et al. 2009)	39
Figur 6: Illustrasjon av risikofaktorer med påvirkning på overdoserisiko, alene og i kombinasjon	46

1. Innledning

Denne oppgaven er skrevet som del av en mastergrad i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Oppgaven tar sikte på å generere kunnskap om rusmiddelavhengiges risikovurderinger og risikopersepsjon tilknyttet rusmiddelrelatert overdose, og hvilke strategier som benyttes av denne gruppen for å redusere eller mestre risiko for overdose og overdosedødsfall.

Rusmiddelavhengighet medfører at den avhengige utsettes for flere former for risiko avhengig av omstendigheter og livsførsel. I en norsk kontekst fremstår risikoen for overdose som spesielt signifikant, ettersom det forekommer et høyt antall overdosedødsfall årlig i Norge, sammenlignet med andre land. Ikke-dødelig overdose representerer også mulighet for betydelig helseskade, i tillegg til økt sannsynlighet for ytterligere fremtidige overdoser, og dermed økt sannsynlighet for dødsfall som følge av overdose (Helsedirektoratet, 2014). Tilknyttet overdoserisiko etterspør enkelte forfattere mer forskning på rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose, ettersom denne typen kunnskap kan være avgjørende for arbeid rettet mot endring i og reduksjon av risiko og risikoatferd knyttet til rusmiddelbruk og overdose (Zador, Zunijic & MacLennan, 2001). Det er også slik at flere av de risikoforholdene som gjør seg gjeldende ovenfor rusmiddelavhengige også vil påvirke den enkeltes mulighet, evner og ønsker om å mestre eller redusere risiko for overdose.

I lys av dette fremstår det som viktig å generere mer kunnskap om hvilke forhold som påvirker den rusmiddelavhengiges risikovurderinger og risikopersepsjon tilknyttet overdoserisiko, samt hvordan disse aspektene påvirker evnen og viljen til å mestre og redusere risiko. Denne typen kunnskap kan være viktig med tanke risikoreducerende arbeid rettet mot den risikoutsatte gruppen. Studien og dens resultater kan dermed være relevant for alle med tilknytning til denne typen arbeid, og kan blant annet være relevant for individer som befinner seg på politisk hold, rusmiddelforskere og personell som jobber direkte i kontakt med den rusmiddelbrukere. Oppgaven vil som følge av dette kunne ansees for å være et bidrag inn i en debatt tilknyttet videreutvikling av rusmiddelpolitikk og tiltak rettet mot reduksjon av overdoserisiko.

1.1 Tilknytning til KORFOR

Masteroppgaven har blitt skrevet med tilknytning til regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) i Stavanger, ved forskningsleder Sverre Martin Nesvåg, og er del av et større arbeid tilknyttet helsedirektoratet på området. Som følge av fokus på reduksjon i antall rusmiddelrelaterte overdoser og overdosedødsfall ble forfatteren av denne studien forespurt om å utforme en kunnskapsoppsummering på området over internasjonal og nasjonal forskning. Det ble i den forbindelse laget en systematisk litteraturstudie over internasjonal og nasjonal forskning, som er inkludert som del av masteroppgaven (delkapittel 4.1 Systematisk litteraturstudie).

Tilknytningen til KORFOR har utover dette gått ut på oppfølging og veiledning i forbindelse med utforming av masteroppgaven, samt hjelp til tilrettelegging av fokusgruppeintervju og honorering av intervjudeltakere ved gavekort.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen som legges til grunn for oppgaven er som følger:

”Hvilke faktorer påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose, hvordan påvirker opplevd risiko overdoserisiko og hvilke responser benyttes for å håndtere denne risikoen?”

Det er i tillegg til problemstillingen utformet følgende forskningsspørsmål

- Hva påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon?
- Hvordan påvirker risikopersepsjon rusmiddelavhengiges risiko for overdose?
- Hva er strategiene som benyttes av rusmiddelavhengige for å håndtere risiko for overdose?

Med henblikk på å besvare problemstillingen er det gjennomført en todelt datainnsamling ved et systematisk litteraturstudie og fokusgruppeintervju. Oppgavens datainnsamling er dermed basert på metodetriangulering (Grønmo, 2004), for på denne måten å kunne belyse flere aspekter ved problemstillingen med hjelp av forskjellig datamateriale. I tillegg er det tatt utgangspunkt i utvalgt relevant risikoteori som benyttes som analytisk rammeverk. Denne teoretiske innfallsvinkelen er valgt som følge av at risikoteori gir et teoretisk begrepsapparat som kan bidra til utvikling av en forståelse for hvordan risiko for overdose oppleves og håndteres av rusmiddelavhengige, og på hvilken måte risiko påvirker holdning og tanker knyttet til risiko hos denne gruppen. Den utvalgte teorien gir på denne måten et teoretisk

rammeverk for analyse av det innsamlede empiriske datamaterialet, og kan bidra til å utvikling av kunnskap omkring rusmiddelavhengiges risikopersepsjon, risikotenkning og risikovurderinger.

1.3 Begrepsavklaringer

Flere begrep har uklart eller flertydig meningsinnhold. På grunn av dette avklares de mest sentrale begrepene for oppgaven i det følgende.. Enkelte begrep som brukes i mindre grad avklares gjennomgående i oppgaveteksten.

Rusmiddelavhengighet innebærer i denne konteksten individer med en fysisk og psykisk avhengighet av rusmidler. Fortrinnsvis siktes det her til avhengighet av opiatet ved injisering, og flersubstansbruk som medfører overdoserisiko. Der noe annet tillegges begrepet er dette presisert direkte i oppgaveteksten.

(Rusmiddel) misbruk/misbruker. Opiater er sterkt avhengighetsskapende, og brukes i flere tilfeller ulovlig. Som følge av at opiatene brukes ulovlig og det i den sammenheng er snakk om bruk som ikke er foreskrevet, benyttes ofte ordene misbruk/misbruker i følge SIRUS (Jensen & Amundsen, 2009). I denne oppgaven brukes disse ordene når det er snakk om ulovlig bruk av opiatet eller i sammenhenger hvor informanter har brukt ordet. For denne oppgaven er det dog ikke et hovedpoeng hvorvidt bruken er ulovlig eller ikke og det er dermed ikke nødvendig å understreke dette aspektet i alle sammenhenger.

Rusmiddelavhengig/ Rusmiddelbruker/ Rusbruker/ Rusavhengig henviser i denne oppgaven fortrinnsvis til injiserende opiatbrukere. Denne spesifiseringen er gjort på tross av at brukere av andre rusmidler (f.eks. GHB-brukere) også kunne vært aktuelle ettersom denne brukergruppen også står ovenfor overdoserisiko. Det er dog slik at majoriteten av rusmiddelrelaterte overdoser i Norge, med dødsfall som følge, tilskrives opiatbruk ved injisering (Helsedirektoratet, 2014), og denne gruppen er derfor hovedfokus. I sammenhenger der det er snakk om opiatbrukere som inntar opiatet ved røyking, eller andre brukergrupper er det presisert direkte i teksten.

Risikopersepsjon og opplevd risiko brukes i stor grad om hverandre i denne studien og anses for å være overlappende til den grad at det ikke er hensiktsmessig å skille

mellom begrepene for oppgavens formål. Ved bruk av disse begrepene menes risiko slik den sanses og vurderes av det enkelte individ (Hovden, 1981). Begrepene omfatter individers subjektive risikoopplevelse og omhandler hvordan mennesker forstår, opplever og håndterer risiko og fare (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve, 2011).

Risikovurdering innebærer i denne oppgaven de vurderinger som gjøres tilknyttet risiko, og som legger grunnlag for handlinger og beslutninger. Risikovurderinger inkluderer all kunnskap og erfaring som er tilgjengelig. Hvordan denne kunnskapen tolkes og forstås er avhengig av individet som foretar vurderingen (Aven et al. 2011), og det er dermed slik at risikovurderinger varierer avhengig av individet som foretar vurderingen og den bakgrunn og det fortolkningsgrunnlag den enkelte har.

Risikoatferd henviser i denne oppgaven til atferd som kan medføre eller øke risiko for at et individ rammes av negative konsekvenser (både subjektive og objektive) som følge av sin atferd.

Overdose defineres her som ”et tilfelle hvor konsumpsjon av rusmidler, alene eller i kombinasjon, fører til tap av bevissthet og respirasjonsstopp” (fritt tilpasset etter Wright et al. 2005, s. 246). Overdosebegrepet og dets innhold utdypes videre i delkapittel 2.3.

Dødsfall som følge av overdose / Overdosedødsfall defineres i denne studien som ”et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av et eller flere rusmidler eller medikamenter og som er direkte relatert til dette inntaket” (Biong, 2015 s. 125).

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven er strukturert rundt følgende hoveddeler; kontekst, teori, datainnsamling, diskusjon og avsluttende betraktninger. Innledningsvis presenteres kontekst for oppgaven, med vekt på rusmiddelavhengighet i Norge og hva rusmiddelavhengighet og eventuell overdose medfører for den enkelte. Deretter redegjøres det for oppgavens teoretiske rammeverk, med hovedvekt på hva risikopersepsjon innebærer og hvordan opplevd risiko utformes og påvirkes. Her diskuteres også det teoretiske rammeverkets anvendelighet ovenfor den aktuelle risikoutsatte gruppen. Datainnsamlingen er todelt

og består av et systematisk litteraturstudie og et fokusgruppeintervju. Datainnsamlingene presenteres separat, hvor delene redegjør for metodiske valg og sentrale aspekter ved gjennomføring av datainnsamlingen, før empiriske resultater presenteres og oppsummeres. Datainnsamlingskapittelet konkluderes med en sammenligning av hovedfunn fra litteraturstudien og fokusgruppeintervjuet, med den hensikt å illustrere hvor funnene samsvarer og hvor de skiller seg fra hverandre. I diskusjonskapittelet settes datainnsamlingenes funn opp mot det teoretiske rammeverket med den hensikt å belyse funnene ved hjelp av risikoteori. Til sist presenteres avsluttende betraktninger og svar på problemstillingen, før implikasjoner for videre forskning presenteres kort.

2. Kontekst: Om rusmiddelavhengighet og overdose

I de følgende avsnittene presenteres relevante aspekter ved rusmiddelavhengighet og overdose, både generelt og i en norsk kontekst. Først vises det til dagens situasjon i Norge med vekt på omfang av rusmiddelbruk og overdoserelaterte dødsfall. Deretter spesifiseres overdose-begrepet og hva dette begrepet innebærer i denne studien.

Videre gjennomgås kjente risikofaktorer for overdose i korthet, før det presenteres hvordan rusmiddelbruk kan påvirke den enkeltes kognitive funksjon og hva dette kan medføre. Til sist legges det frem noen refleksjoner omkring bruk av risikoteori som analysegrunnlag for den aktuelle risikoutsatte gruppen.

2.1 Rusmiddelavhengighet i en norsk kontekst

Når det gjelder antallet rusmiddelavhengige som står ovenfor overdoserisiko i Norge er det behov for å skille mellom flere brukergrupper. Blant rusmiddelbrukere finnes både kroniske og sporadiske brukere, og det er variasjoner i hvor ofte og i hvilket omfang rusmidler benyttes. Det finnes med andre ord et stort spenn mellom brukere med et tungt og omfattende, kronisk rusmiddelbruk og sporadiske brukere som preges i mindre grad av sin bruk. Når det gjelder injiserende opiatbrukere er det derimot slik at alle brukere utsettes for overdoserisiko, om enn i varierende grad og omfang, avhengig av rusmiddelbruken og omstendigheter for bruken.

Det totale antallet injiserende opiatbrukere i Norge estimeres til å befinne seg mellom 8000 og 12000 (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009; Oland, 2014). Tallet bærer preg av usikkerhet, og det er store variasjoner i bruken til de forskjellige brukergruppene og individene som inkluderes i dette estimatet. Når det gjelder antallet injiseringer som forekommer i løpet av ett år innad i denne brukergruppen foreligger det usikkerhet knyttet til omfang og det finnes ikke publisert dokumentasjon på hvor stort dette tallet er. Amundsen og Bretteville-Jensen, forskere ved statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), har gjort et estimat på antall injiseringer per år (e-post, 28.08.2015), og dette estimatet brukes her for å gi leseren et inntrykk av omfanget. Estimater illustreres i tabell 1: Estimert antall injiseringer per år i Norge.

Tabell 1: Estimert antall injiseringer per år i Norge

	Estimat 10% lavere, med utgangspunkt i Nedre grense for antall sprøytebrukere	Estimat basert på beregnet antall sprøytebrukere (tall fra 2013)	Estimat 10% høyere, med utgangspunkt i øvre grense for antall sprøytebrukere
Estimert antall sprøytebrukere	6950	8145	9850
Gjennomsnittlig antall dager rusmidler brukes per år	180 dager per år	200 dager per år (8 mnd)	220 dager per år
Gjennomsnittlig antall injiseringer per dag	2,25 injiseringer per dag	2,5 injiseringer per dag	2,75 injiseringer per dag
Estimert antall injiseringer per år	2 814 750	4 072 500	5 959 250

Estimatet baseres på tall som det knyttes usikkerhet til, og det må derfor tas hensyn til at dette ikke er sikre tall på noen måte. I tillegg er tallet basert på antall heroin og amfetaminbrukere, og det er favner dermed ikke nødvendigvis det fulle antallet injiserende opiatbrukere. Dog anslås det av 85% av injiserende opiatbrukere er heroinbrukere (Odland, 2014), og tallet vil derfor gi en indikasjon på omfanget injeksjoner. Basert på estimert antall sprøytebrukere i 2013 (8145), gjennomsnittlig antall måneder i året heroin og amfetaminbrukere bruker rusmidler (8 mnd i året), antall dager per måned de injiserer i injiseringsperioden (25 daget) og gjennomsnittlig antall injiseringer per dag (2,5) estimeres et antall på 4 072 500 injiseringer per år. Ved bruk av nedre grense for alle tall blir estimatet 2 814 750 injiseringer per år, og ved bruk av øvre grense for alle tall estimeres det 5 959 259 injiseringer. Det anslås som følge av dette at det foretas mellom 3 og 6 millioner injeksjoner per år, med 4 millioner som det best begrunnede tallet (Amundsen & Bretteville- Jensen, epost, 2015). Hver av disse injeksjonene representerer et potensiale for overdose og dermed også overdoserelatert dødsfall.

2.2 Overdosedødsfall i Norge

I Norge er det forholdsvis få rusmiddelavhengige med omfattende og tungt rusmiddelbruk sammenlignet med andre land. På tross av dette er antallet dødsfall som følge av rusmiddelbruk høyere i Norge enn i tilsvarende land i følge statistiske målinger, og Norge fremstår dermed som en ”versting” i statistikken. I denne sammenhengen er det nødvendig å presisere at det er enighet om at dødstallet relatert

til rusmiddelbruk er høyt i Norge, men det er uenighet knyttet til hvilken grad ulike registreringsrutiner medfører skjevheter når det kommer til kryss-nasjonale sammenligninger (Waal & Gossop, 2013). Waal og Gossop (2013) argumenterer for at avhengighets-atferd kun kan forstås innen den konteksten atferden oppstår. Ettersom risikofaktorer for overdose varierer mellom nasjoner er det dermed ikke sikkert at statistikken gir et illustrerende bilde på den faktiske situasjonen.

Uavhengig av sammenligning mellom land er det som nevnt enighet om at antallet dødsfall i Norge som følge av rusmiddelbruk er høyt. Dette innebærer at rundt 260 mennesker mister livet hvert år som følge av rusmiddelrelatert overdose. Majoriteten av disse dødsfallene skyldes inntak av opiater ved injisering, ofte tilknyttet flersubstansbruk (Helsedirektoratet, 2014). Dog forekommer ikke-dødelig overdose oftere enn dødelig overdose, noe som innebærer at antallet faktiske overdoser er høyere enn antall dødsfall i løpet av ett år. Ikke-dødelig overdose kan i tillegg medføre alvorlig helseskade, og individer som tidligere har opplevd overdose virker i større grad enn andre å være utsatt for dødelig overdose på et senere tidspunkt (Helsedirektoratet, 2014). I lys av dette er fokus på reduksjon av både dødelige og ikke-dødelige overdoser viktig med tanke på skadereduserende arbeid for denne risikoutsatte gruppen.

Død som følge av heroinoverdose inntreffer sjelden umiddelbart, men kan forekomme så lenge som en time etter heroininntak i følge Richert (2014). For denne oppgaven legges det til grunn at Richert (2014) sitt utsagn også gjelder bruk av andre opiater med tilhørende overdoserisiko. Dette betyr at det finnes rom for intervensjon og livredning før og ved inntrufne overdoser og at det er mulig å avverge både helseskader og dødsfall som følge av overdose.

2.3 Hva innebærer en overdose?

I litteraturen defineres overdoser ofte ved hjelp av kliniske symptomer, som bevisstløshet, cyanose og pustestopp i følge Fitzgerald, Hamilton og Dietze (2000). Darke og Ross (1997) mener heroinoverdose foreligger når symptomer som kollaps, cyanose, pustebesvær og tap av bevissthet opptrer i sammenheng med heroinbruk. I likhet med Darke og Ross (1997) definerer Wright, Oldham og Jones (2005, s 246, min oversettelse) heroinoverdose som ”et tilfelle hvor konsumpsjon av heroin fører til

tap av bevissthet og respirasjonsstopp”. Som følge av dette legges bevissthet og respirasjonsstopp her til grunn som sentrale kjennetegn på overdose, ettersom disse trekkes frem i flere kliniske overdose-definisjoner.

Utover overdosedefinisjoner med kliniske symptom som fokus, fremstår overdose-situasjoner som komplekse og derfor også vanskelige å definere. Dette fremgår av at det ikke finnes noen universal definisjon av overdose, som det er enighet om verken blant forskere eller rusmiddelbrukere. Samtidig virker det å være enighet omkring hvilke kliniske symptomer som er typiske ved overdose. For denne oppgaven velger jeg å benytte Wright et al. (2005) sin definisjon i en bredere forstand, der overdose som følge av rusmiddelbruk ansees å foreligge når et individ opplever bevisstløshet i kombinasjon med respirasjonsstopp etter inntak av rusmidler (alene eller i kombinasjon). Definisjonen utvides dermed til å gjelde utover heroinbruk, og omfatter all bruk av rusmidler, inkludert flersubstansbruk, med tilhørende risiko for bevisstløshet og respirasjonsstopp. For denne oppgaven defineres dermed overdose som ”et tilfelle hvor konsumpsjon av rusmidler, alene eller i kombinasjon, fører til tap av bevissthet og respirasjonsstopp” (fritt tilpasset etter Wright et al. 2005).

En rusmiddelrelatert overdose som medfører tap av bevissthet og respirasjonsstopp kan også medføre dødsfall. I følge Biong (2015) utgjør injisering av rusmidler og flersubstansbruk majoriteten av disse dødsfallene. I denne oppgaven legges Biong (2015) sin definisjon av overdosedødsfall til grunn; ”et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av et eller flere rusmidler eller medikamenter og som er direkte relatert til dette inntaket” (Biong, 2015, s. 125).

2.4 Risikofaktorer for overdose

I tilknytning til rusmiddelavhengighet har forskningslitteraturen dokumentert et antall risikofaktorer som kan føre til økt risiko for overdose. I følge helsedirektoratet (2014) viser internasjonal og nasjonal forskning forholdsvis entydig hvilke risikofaktorer og risikosituasjoner som er de mest sentrale tilknyttet overdose.

Blant disse risikofaktorene er inntaksmåte og inntakssetting sentrale. Hvilken inntaksmåte som benyttes og hvorvidt den rusmiddelavhengige befinner seg alene eller med andre, i privat bopel eller på offentlig plass, er av relevans for både

risikoatferd og overdoserisiko (Helsedirektoratet, 2014; Wright et al. 2005). Flersubstansbruk der det benyttes flere substanser samtidig eller sekvensielt, sporadisk eller konsekvent medfører også en forhøyet risiko for overdose (Horan, Conor, Kieran & Van Hout, 2015; Biong, 2015). Andre risikofaktorer som kan nevnes er feilvurderinger av rusmiddelstyrke før bruk, lav toleranse hos sporadiske brukere, deling og gjenbruk av brukerutstyr som nåler og annet bruks-parafinalia (Ødegård, Amundsen, Kielland & Kristoffersen, 2010), Hiv-status, samt mangel på permanent bosted eller hjemløshet (Wright et al. 2005). Videre trekker flere (Biong, 2015; Ødegård, Amundsen & Kielland, 2006) frem at antallet år med rus-problemer og økt alder også er en indikator på forhøyet overdoserisiko. Samtidig kan også ung alder indikere en økt overdoserisiko (Ødegård et al. 2006).

Hvor tidlig i livet den enkelte opplever overdose og antallet overdoser den enkelte opplever påvirker den overdoserisikoen som foreligger og dermed også risikoen for å dø som følge av en overdose senere i livet (Biong, 2015). Videre representerer bruk av opiater etter et opphold fra opiatbruk, en forhøyet risiko for overdose (Wright et al. 2005; Helsedirektoratet, 2014; Biong, 2015; Ødegård et al. 2010; Ravndal, 2009). Risikosituasjoner kan dermed være nylig avrusning, nylig avsluttet behandling eller soning (Helsedirektoratet, 2014). Biong (2015) nevner at overgang mellom ulike situasjoner medfører økt overdoserisiko på grunn av lavere toleranse for rusmidler. Tilknyttet dette fant Ødegård et al. (2010) at risikoen for overdose etter løslatelse fra soning er opptil ti ganger så stor de første to ukene. Ravndal og Amundsen (2009) fant i likhet med Ødegård et al. (2010) en opptil seksten ganger høyere overdoserisiko de første fire ukene etter avbrutt rusmiddelbehandling.

I tråd med det ovenstående, vil endring av hvordan rusmiddelavhengige forholder seg til kjente risikofaktorer for overdose potensielt bidra til å redusere antallet årlige overdoser og dermed overdosedødsfall i Norge. Blant risikoforholdene er som nevnt inntaksetting, inntaksmåte og hvilke rusmidler som benyttes, alene eller i kombinasjon. Ved inntrufne overdoser medfører tilkallelse av ambulanse eller igangsetting av livreddende tiltak en lavere dødsrisiko (Biong, 2015). En andel av overdosedødsfallene som forekommer skjer nettopp som følge av at overdosen inntreffer når den enkelte befinner seg alene og det ikke finnes noen til å utføre livredning eller tilkalle ambulanse.

Den inntaksmåten som benyttes er i følge Waal og Gossop (2014) kulturelt betinget og det finnes dermed variasjoner i hvilken inntaksmåte som benyttes i størst grad både nasjonalt og internasjonalt. Injisering av rusmidler representerer som nevnt en større risiko for overdose enn andre inntaksmåter, slik som røyking (Biong, 2015; Helsedirektoratet, 2014). I Norge er dog injisering den vanligste inntaksmåten for opiater, i tillegg til å være den mest risikofylte (Helsedirektoratet, 2014; Odland, 2014). Bytte av inntaksmåte vil dermed kunne bidra til å redusere overdoserisikoen for en andel rusmiddelavhengige i Norge. Ettersom flertallet av de rusmiddelrelaterte dødsfallene i Norge knyttes til injisering av opioider og flersubstansbruk, er det nærliggende å konkludere med at også informasjon om risikoen forbundet med flersubstansbruk vil kunne medføre en nedgang i dødelige overdoser. Tiltak med dette som fokus har allerede blitt igangsatt i andre land, blant annet Nederland, med gode resultater (Odland, 2014). Også i Norge har kampanjer som ”Switch” blitt igangsatt. Kampanjen går ut på å informere og oppmuntre rusmiddelavhengige til å bytte fra inntaksmåter med høy risiko til inntaksmåter med lavere risiko. Dette gjelder blant annet oppmuntring til overgang fra injisering av opiater til røyking av opiater (Odland, 2014).

2.5 Rusmiddelbruk og kognitiv svekkelse

Rusmiddelbruk er assosiert med mulighet for kognitiv svekkelse hos den enkelte rusmiddelbruker i følge forskningslitteraturen. Kognitiv svekkelse relatert til alkoholavhengighet har i større grad vært fokus for forskning, men det finnes bevis som peker på at dette også er en følge av flersubstansbruk (Hagen et al. 2016). Mer spesifikt viser det seg at misbruk av alkohol, opiater og andre stimuli fører til svekkelse i forbindelse med kontroll av forskjellige kognitive prosesser. Blant disse kognitive prosessene er beslutningstaking og emosjonskontroll. Sentrale symptomer på denne typen svekkelse inkluderer redusert sensitivitet i forhold til fremtidige konsekvenser, vansker med å ta beslutninger i beslutningssituasjoner, tillegg til vanskeligheter med å undertrykke responser og evaluering av fremtidig konsekvenser. I tillegg vil symptomer innebære preferanse for mindre, umiddelbare belønninger fremfor større, fremtidige belønninger. Disse symptomene er tilstede hos flersubstansbrukere selv etter 6 måneders avholdenhet i følge Hagen et al. (2016).

Utover den faktiske kognitive svekkelsen og de umiddelbare konsekvenser dette har for individet, vil også denne typen kognitiv svekkelse ha en innvirkning på den enkeltes livskvalitet og funksjon, som igjen påvirker muligheter for rehabilitering og grad av deltakelse i sosialt liv. Hagen et al. (2016) mener det er en sammenheng mellom kognitiv svekkelse og hvordan rusmiddelbehandling forløper seg. I en klinisk kontekst kan pasienter med flersubstansbruk demonstrere intelligens, læring, hukommelse, språk og oppmerksomhet som faller innenfor normalen. Samtidig kan de også demonstrere svekkelse når det gjelder følelsesmessig funksjon, beslutningstaking og sosial atferd. Hagen et al. (2016) finner en sammenheng mellom kognitiv svekkelse og liten etterfølgelse av behandlingstilbud, mangel på ønske og vilje til endring, redusert selvinnsikt, fornektelse av rusmiddelbruk, økt impulsivitet og mindre avholdenhet fra rusbruk etter avsluttet behandling. Dette kan medføre at kognitiv svekkelse som følge av rusmiddelbruk også fører til økte vanskeligheter med å forbli rusfri etter avsluttet behandling, i tillegg til økt tilbøyelighet for tilbakefall blant annet som følge av økt preferanse for kortsiktig belønning og økt impulsivitet.

2.6 Det teoretiske rammeverkets relevans for risikogruppen

Det kan argumenteres for at teori om risikopersepsjon er utformet med tanke på ”folk flest”. Med andre ord virker teorien å være rettet mot individer som ikke er påvirket noen form for ekstern stimuli i form av rusmidler, eller som opplever kognitiv svekkelse som følge av rusmiddelavhengighet. Hvorvidt en kan anvende et slikt teoretisk rammeverk for å si noe om en populasjon som nettopp preges av avhengighet og potensiell kognitiv svekkelse, er dermed sentralt for oppgaven. Det er i lys av dette gjort en vurdering av at man kan forstå risikopersepsjon, risikovurderinger og mestringsstrategier hos rusmiddelavhengige og ikke-brukere på samme måte. En kan dermed analysere disse aspektene ut i fra samme teoretiske rammeverk med tilhørende begrepsapparat, på tross av at gruppene sannsynligvis er differensiert når det gjelder hvordan rusmiddelavhengige og ikke-brukere vektlegger og benytter opplevd risiko og mestringsstrategier i relasjon til risikoreduksjon. Refleksjoner og analyse omkring hvordan rusmiddelavhengighet påvirker vurderinger, beslutninger og atferd vil dermed være essensielt for det teoretiske rammeverkets anvendelighet.

I tråd med det ovenstående er det også sentralt at kognitiv svekkelse som følge av rusmiddelbruk, særskilt flersubstansbruk, vil være relevant for den enkeltes vilje, evne

og ønske om å mestre eller redusere overdoserisiko. Kognitiv svekkelse knyttet til flersubstansbruk vil kunne påvirke den enkeltes risikovurdering og risikopersepsjon, samt hvordan individet forholder seg til risikofaktorer og risikosituasjoner. I denne oppgaven tas det dermed høyde for at rusmiddelavhengighet kan medføre kognitiv svekkelse som potensielt påvirker hvordan den enkelte oppfatter og vurderer risiko og dermed den risikoatferd som utøves. I tillegg vil rusmiddelavhengige som følge av sin avhengighet potensielt strukturere livet rundt sin avhengighet, noe som også kan medføre at risiko vurderes og håndteres annerledes enn hos ikke-brukere.

Rusmiddelavhengige virker å ha andre målsetninger enn ikke-brukere, der målet med daglig aktivitet for mange er å skaffe nok penger til neste ”skudd”. Det er tenkelig at rusen, eller det å ”bli frisk” fra abstinenser dermed er førsteprioritet i dagliglivet, og at dette kan medføre en annen risikotenkning enn hos ikke-brukere.

3. Teoretisk rammeverk: Risiko og risikopersepsjon

I denne delen av oppgaven presenteres det teoretiske rammeverket. Innledningsvis redegjøres det for hva risiko som konsept innebærer, med spesielt fokus på risikopersepsjon og opplevd risiko. Videre redegjøres det for objektiv risiko samt hvordan opplevd risiko og risikopersepsjon utformes hos den enkelte. Til sist presenteres affekt tilknyttet risiko, og hvordan bekymring er knyttet til risikopersepsjon.

3.1 Risiko

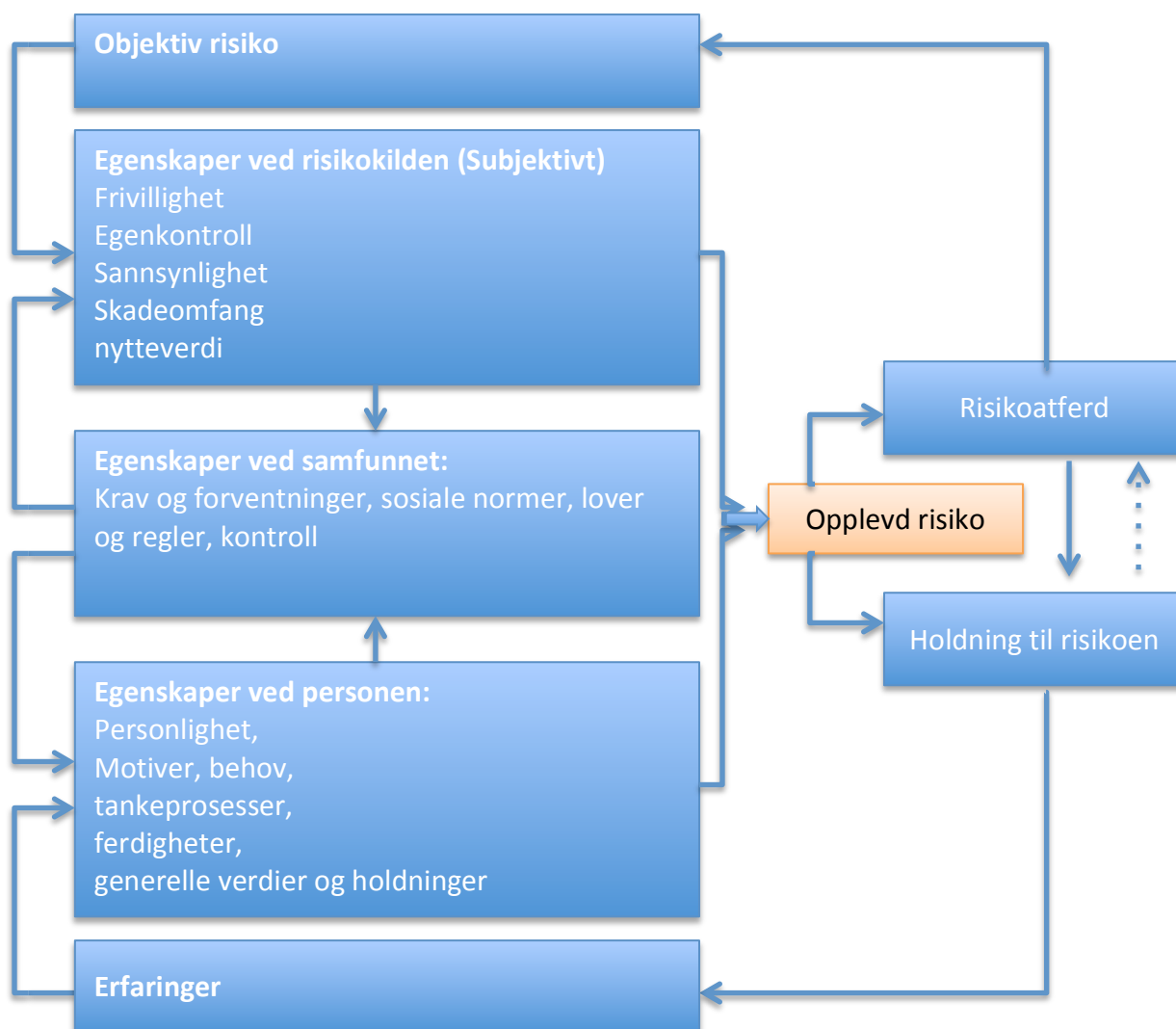
Det finnes verken risikofri atferd eller absolutt sikkerhet. Dette innebærer at risiko omfatter alle valg, vurderinger og handlinger som mennesket foretar seg, og at vurdering av risiko er noe den enkelte forholder seg til bevisst og ubevisst i dagliglivet. Risiko må dermed anses for å være permanent tilstedeværende i menneskers dagligliv (Aven & Renn 2010). I følge Aven og Renn (2010) vil mennesker stå ovenfor risiko så lenge de verdsetter ting eller tilstander og tar avgjørelser mens de står ovenfor usikkerhet.

Hvordan risiko oppleves av den enkelte og hvilken risiko som objektivt sett finnes ved en aktivitet eller hendelse, trenger ikke nødvendigvis å være i overenstemmelse. Når det gjelder overdoserisiko, er det blant annet mulig at den objektivt foreliggende overdoserisikoen ikke er i overenstemmelse med den subjektivt opplevde overdoserisikoen hos den enkelte rusmiddelbruker, og at dette har innvirkning på den risikoatferd som utøves og de vurderinger som gjøres.

3.2 Opplevd risiko og risikopersepsjon

Opplevd risiko, eller risikopersepsjon, er risiko slik den sanses og vurderes av det enkelte individ (Hovden, 1981, s. 4), og omhandler hvordan mennesker forstår, opplever, og håndterer risiko og fare (Aven et al. 2011). Aven et al. (2011) mener at opplevd risiko er formet fra sunn fornuft, personlige opplevelser, kommunikasjon og kulturelle tradisjoner. Dette er i tråd med Boyesen (2003) som mener at hva som oppleves som risiko, samt hvor risikofylt ulike forhold oppleves å være, er styrt av individuelle forhold og den kulturen en er en del av. Risikopersepsjon og opplevd risiko er med andre ord bundet til individet samt den kontekst og kultur individet befinner seg innenfor, og vil dermed variere.

Den enkeltes risikoopplevelse kan ansees for å være resultat av et samspill mellom egenskaper ved individet, risikokilden og samfunnet i følge Hovden (1981). Figur 1 illustrerer den gjensidige påvirkningen og samspillet som forekommer mellom flere faktorer som innvirker på utforming av opplevd risiko. Av denne figuren ser en at objektiv risiko, subjektive egenskaper ved risikokilden, egenskaper ved samfunnet, egenskaper ved personen og erfaringer, har gjensidig påvirkning på hverandre og i samspill påvirker risikopersepsjon. Den enkeltes risikoopplevelse har videre innvirkning på den enkeltes risikoatferd og holdninger til risiko. I tillegg har risikoatferd og holdninger gjensidig påvirkning på hverandre, og disse igjen har påvirkning på hvordan objektiv risiko og erfaringer fortolkes og oppleves hos det enkelte individ.



Figur 1: Faktorer som påvirker opplevd risiko, holdninger og risikoatferd (Fritt tilpasset etter Hovden, 1981, s.4).

Som illustrert i figur 1 har opplevd risiko innvirkning på de holdninger den enkelte har til risiko, samt hva slags risikoatferd en utøver og engasjerer seg i. Den risikoatferd og holdninger individer (og grupper) har til og om forskjellige risikoforhold vil igjen påvirke den opplevde risiko som formes hos individet. I lys av figur 1 fremstår dermed opplevd risiko som et komplekst begrep bestående av flere komponenter og at den enkeltes risikoopplevelse utgjøres av mange forskjellige faktorer, både personlige, samfunnsmessige, kulturelle og erfaringsmessige.

Det er tydelig at det er gjensidig påvirkning mellom holdning, atferd og opplevelse, og at mange faktorer i kombinasjon dermed vil ha innvirkning på den enkeltes risikopersepsjon. Tilknyttet overdoserisiko og rusmiddelavhengighet medfører dette at flere faktorer påvirker hvor risikabelt rusmiddelbruk fremstår å være for den enkelte, og i hvilken grad den enkelte rusmiddelbruker opplever at det foreligger høy eller lav risiko forbundet med mulighet for overdose. Dette innebærer også at opplevd risiko ikke er et statisk konsept, men heller at den enkeltes risikopersepsjon er i kontinuerlig endring som følge av at flere faktorer påvirker hverandre gjensidig over tid. Det er dermed nærliggende å tro at den enkelte rusmiddelbruker vil oppleve at det foreligger varierende grad av risiko tilknyttet rusmiddelbruk, og at denne risikoopplevelsen har sammenheng med den enkeltes livsførsel og omstendigheter, samt fysisk, psykisk og emosjonell tilstand.

3.3 Tilnærminger til risiko

Som resultat av at ulike disipliner og fagområder har tilnærmet seg risiko på forskjellige måter finnes det et mangfold av perspektiver på og forståelser av risiko. Felles for disse tilnærmingene er at risiko benyttes for å uttrykke den faren uønskede hendelser representerer (Aven, 1991). Denne forståelsen likestiller fare med usikkerhet, og fokuserer på de mulige konsekvensene for mennesker, miljø, økonomi eller andre verdier. I følge Boyesen (2003) har alle tilnærmingene også til felles at de sier noe om hvordan usikkerhet kan spesifiseres eller måles, hva som oppfattes å være uønskede konsekvenser og hva som er den underliggende forståelsen av virkeligheten. Risikokonseptet kan videre forstås som et perspektiv som kan brukes for å analysere usikre konsekvenser av fremtidige utviklinger og endringer i samfunnet (Aven & Renn, 2010, s. 2).

Ordet risiko brukes på forskjellige måter i forskjellige sammenhenger. Dette betyr at begrepet også tillegges varierende innhold, og at det kan få uklar betydning (Aven et al. 2011). Hvordan risiko defineres avhenger av om risiko betraktes som en objektiv målbar størrelse, eller som en subjektiv størrelse påvirket av individets persepsjon eller opplevelser (Boyesen, 2003). Hovden (1981) henviser til en mye brukt definisjon av risiko, der risiko oppfattes å være; *"Potensialet for uønskede, negative konsekvenser av en eller flere hendelser"* (Hovden, 1981, s. 3).

3.3.1 Objektiv Risiko

Hovden (1981) mener risikoforskning forsøker å tallfeste den virkelige risiko som omgir oss ved å beregne sannsynlighet og konsekvens. Den mest brukte risiko-definisjonen er nettopp den kvantitative og objektive, der risiko oppfattes å være noe reelt og faktisk. Dette er den tilnærmingen til risiko som benyttes i størst grad av ingeniører og i naturvitenskap. Risiko kan uttrykkes kvantitativt på flere måter, men vanligvis benyttes frekvens av (sannsynlighet for) og konsekvens av de uønskede hendelsene (Aven, 1991). Boyesen (1997) uttrykker at denne måten å definere risiko på hører til en statistisk tilnærming til risiko, der risiko oppfattes å være en objektivt målbar enhet som ut i fra bestemte metoder kan beregnes matematisk. Denne typen definisjoner vil som regel angi estimering av risiko som et produkt av sannsynlighet for en uønsket hendelse multiplisert med konsekvensene av hendelsen, og kan uttrykkes som følger; $Risiko = Sannsynlighet \times konsekvens (tap)$ (Boyesen, 1997). Denne typen tilnærming til risiko gjør fenomenet til noe kalkulerbart, en kjent størrelse å forholde seg til, og betegnes som objektiv risiko.

Hovden (1981) trekker frem at folk generelt har vansker med å forstå risiko uttrykt som tallfestet sannsynlighet, som ofte er tilfellet for objektiv risiko. Disse vanskene var bidragsytende til at begrepet risikopersepsjon ble tatt i bruk på 1970-tallet, i følge Boyesen (2003), som resultat av at lekfolk og eksperter har forskjellige referanserammer for å forstå objektiv risiko. Dette gjelder også rusmiddelavhengige som har en annen referanseramme for å forstå objektiv risiko knyttet til overdose enn eksperter på feltet. Dette innebærer at objektiv risiko for overdose ikke nødvendigvis oppfattes, oppleves og forstås slik at den er i overensstemmelse med den subjektivt opplevde risikoen for overdose. Forholdet mellom objektiv og subjektiv risiko har

innvirkning på risikopersepsjon, og vil også kunne påvirke risikoatferd og holdninger til risiko.

3.3.2 Vurdering av risiko

Risiko handler om fremtiden, og kan forstås som usikkerhet om hva som blir konsekvensene eller utfallene av en gitt fremtidig aktivitet. Hvordan en forstår og oppfatter risiko har igjen betydning for hvordan en vurderer og handler for å styre sikkerhet og risiko. På tross av at risiko i et kvantitativt, statistisk perspektiv fremstår å være objektivt i stor grad, vil enhver risikovurdering inneholde en andel subjektivitet. Individuelle vurderinger vil variere, og det er dermed sannsynlig at to personers risikovurderinger ikke vil være identiske. Hva som oppfattes som risiko og hvordan risiko vurderes er dermed til en viss grad avhengig av hvem som vurderer og hva som vurderes, og såkalt objektiv risiko kan dermed sies å inneha en subjektiv komponent (Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1981). Når det gjelder rusmiddelbruk og overdose kan dette innebære at risiko tilknyttet rusmiddelbruk vurderes forskjellig avhengig av hvem som vurderer risikoen samt de forutsetninger og omstendigheter som påvirker individet som gjør vurderingen. Dette betyr at rusmiddelavhengige og individer som ikke bruker rusmidler (ikke-brukere), sannsynligvis vil vurdere risiko for overdose forskjellig og at de ikke vil oppleve risikoen tilknyttet rusmiddelbruk på samme måte.

3.4. Egenskaper ved risikokilden

I tråd med figur 1, er ulike karakteristikker ved risikokilden med på å påvirke den enkeltes opplevde risiko. Blant disse subjektivt oppfattede egenskapene er hvorvidt individet opplever å utsettes for risikoen frivillig, hvorvidt og i hvilken grad individet opplever å hå kontroll over risikokilden, hvor sannsynlig det er at risikoen slår negativt ut og rammer individet selv, samt hvilket skadeomfang som medfølger risikokilden og hvilken nytteverdi risikokilden representerer for individet (Hovden, 1981). Det er med andre ord mange subjektivt opplevde egenskaper ved en aktuell risikokilde som bidrar til utforming av den enkeltes opplevde risiko. Dette innebærer også at variasjoner i tilknytning til disse egenskapene ved risikokilden kan bidra til variasjoner i individenes opplevde risiko.

Kunnskapsnivå, erfaring med risikokilden og potensielle konsekvenser av risikokilden har innvirkning på hvordan den enkelte opplever risikoen. Ukjente og nye

konsekvenser ved ny teknologi kan for eksempel gjøre at risikokilden oppleves mer risikabel sammenlignet med kjente konsekvenser av velkjent teknologi. Tilknyttet rusmiddelavhengighet vil langvarig rusmiddelbruk gi erfaring og kunnskap som kan medføre opplevelse av lavere risiko og evne til å håndtere den risikoen som foreligger. Lite kunnskap om og erfaring med rusmiddelbruk vil på den annen side kunne medføre opplevd høy risiko forbundet med rusmiddelbruket.

Videre er konsekvensomfanget ved risikokilden og hvorvidt risikokilden representerer katastrofepotensial eller ikke sentralt. Katastrofepotensial og tap av mange liv kan medføre at risikoen oppleves større og mer alvorlig enn om risikokilden kun representerer trussel ovenfor ett liv om gangen over lang tid. Dette kan eksemplifiseres ved flytransport og bilkjøring, der flere opplever en flyreise som mer risikabel enn en bilreise, på tross av at flyulykker statistisk sett inntreffer med lav frekvens og er usannsynlig. Bilulykker derimot skjer jevnlig og tar statistisk sett rundt 200-250 liv i året (Folkehelseinstituttet, 2004). Dette kan også sees i sammenheng med hvorvidt konsekvensene av en risikokilde alltid er dødelige eller ikke. Om konsekvensene alltid innebærer dødsfall, vil risikoen ved aktiviteten oppleves som større enn der konsekvensene ikke alltid er dødelige. I den sammenheng kan en trekke paralleller til overdoserisiko, der inntrufne overdoser ikke alltid medfører dødsfall eller omfattende helseskade. Overdoserisiko innebærer dermed verken katastrofepotensial i stor skala eller sikkert dødsfall.

Flere forfattere nevner at grad av frivillighet og egenkontroll i forhold til risiko er avgjørende for hvordan den enkelte opplever risikoen og hvor stor risiko folk er villige til å ta (Hovden, 1981; Boyesen, 2003). Den risikoen individet opplever å utsette seg for valgfritt, fremgår at er lettere å akseptere enn risiko en opplever å bli påført uten valgmuligheter og kontroll. Frivillig risiko vil i denne sammenheng være risiko som medfølger risikosport som fjellklatring og fallskjermhopping. Ufrivillig risiko er på den annen side farer som er til stede uavhengig av våre egne handlinger og som vi enten ikke kan unnsnippe, eller som ikke kan unnsnippe uten drastiske tiltak som for eksempel flytting (Hovden, 1981, s. 6). I følge Hovden (1981) godtar vi et frivillig risikonivå som er rundt tusen ganger høyere enn det vi godtar av ufrivillig risiko. De aller fleste risiki mennesker står ovenfor i dagliglivet befinner seg på en skala mellom de to, og er ufrivillig og frivillig i varierende grad. Tilknyttet

rusmiddelavhengighet fremstår egenkontroll og frivillighet som relevante aspekter. Erfaring og kunnskap med rusmidler medfører potensielt opplevelse av større egenkontroll og påvirkningskraft på risikokilden, og dermed opplevd lavere risiko for overdose. Som følge av at rusmiddelavhengighet innebærer en psykisk og fysiologisk avhengighet av rusmidler, kan det diskuteres i hvilken grad rusmiddelbruk faktisk er frivillig. Det å utsette seg frivillig for en form for risikosport og å benytte rusmidler med tilhørende overdoserisiko kan dermed ikke sidestilles. Dette innebærer en viss usikkerhet tilknyttet i hvilken grad frivillighet i tråd med Hovden (1981) gjør seg gjeldende for rusmiddelbrukere og den enkeltes opplevde risiko.

Egenkontroll over en gitt risikokilde vil som nevnt ha påvirkningskraft på hvordan den enkelte opplever risiko. Dette innebærer at egne evner og ferdigheter, samt hvorvidt en opplever at disse gir kontroll over risikokilden, vil påvirke den opplevde risikoen. Hvis den enkelte opplever at personlig dyktighet, ferdighet og evner bidrar til å minske risikoen, vil opplevd risiko minske og troen på egenkontroll og påvirkning av risikokilden øke (Boyesen, 2003). Det er for eksempel mange som opplever risikoen forbundet med bilkjøring som mindre når de selv er fører av bilen, enn når de er passasjer (Hovden, 1981). Hvordan en selv vurderer sine evner som sjåfør vil i denne sammenheng spille en rolle. Et individ som vurderer seg selv som en dyktig bilfører vil kunne oppleve lavere risiko ved bilkjøring enn et individ som vurderer seg selv til å være å være mindre dyktig. I denne sammenheng er det dog vanlig å overvurdere egen evne og kontroll, og å vurdere seg selv som dyktigere enn andre. Dette gjelder også tilknyttet rusmiddelavhengighet og overdose, der evne og ferdigheter kan omfatte bruksmetode, brukssetting, toleransegrense og lignende, som kan påvirke den risiko som foreligger. Rusmiddelavhengige vil også i denne sammenheng ha potensialet for å overvurdere egne ferdigheter, og dermed overvurdere den påvirkningskraften de har tilknyttet risiko for overdose.

Videre oppleves risikoen som større basert på om de potensielle konsekvensene av risikokilden opptrer umiddelbart eller ikke. Vi reagerer sterkere på umiddelbar skade enn langsiktig skade, og dette kan blant annet føre til dårlig prioritering av risikoreducerende tiltak i følge Hovden (1981). Et eksempel på dette er at dramatiske ulykker kan få stor oppmerksomhet sammenlignet med miljøskader med langtidsvirkninger. Dette er interessant tilknyttet rusmiddelavhengighet, som følge av

at overdoser og overdosedødsfall kan inntreffe forholdsvis umiddelbart etter rusmiddelinntak. Dog oppleves overdose potensielt som lite sannsynlig for den enkelte, og det er dermed tenkelig at de langsiktige skadene som følge av rusmiddelbruk oppleves å være konsekvens av rusmiddelbruk. På denne måten er det mulig at skadene som oppstår over tid ikke fremstår som dramatiske nok til å medføre endring i den enkeltes risikopersepsjon. Videre kan det også poengteres at inntrufne overdoser ikke nødvendigvis oppleves som dramatiske for rusmiddelbrukeren. Det er tenkelig at rusmiddelavhengige med flere overdose-opplevelser bak seg potensielt også vil oppleve overdoserisikoen som mindre signifikant, som følge av at de har overlevd.

Nytteverdien forbundet med risikokilden nevnes også som en faktor med påvirkning på den enkeltes opplevde risiko. Tilknyttet tematikken kan det her reflekteres rundt rusmidlenes opplevde nytteverdi for rusmiddelbrukere, og hvorvidt denne nytteverdien bidrar til en opplevelse av at den tilhørende risikoen er neglisjerbar. Det er blant annet relevant at rusmiddelavhengige sies å oppleve en sterk dragning mot å gjenoppleve "den ultimate rusen". Dette innebærer for mange å gjenoppleve den første rusopplevelsen de hadde. Et annet sentralt aspekt er at avhold fra rusmidler innebærer at rusmiddelavhengige opplever abstinenser. Dette gir et ønske om å "bli frisk" fra disse og å holde seg abstinensfri. Det er sannsynlig at oppnåelse av en eller begge disse tilstandene vil oppleves som en sterk gevinst eller nytte ved bruk av rusmidler, og at dette kan være bidragsytende til å redusere graden av risiko den enkelte vurderer at finnes tilknyttet rusmiddelbruk.

Hvem og hvilke grupper som er utsatt for en viss risikokilde er også av betydning for hvordan den enkelte opplever risikoen. Det er slik at folk er mer opptatt av farer som truer spesielle personer og grupper, spesielt om en selv eller ens nærmeste er berørt, enn statistisk risiki og risiko ovenfor grupper som ikke befinner seg nært sosialt, kulturelt eller geografisk. Hovden (1981) mener dette gjenspeiles tydelig i den måten mediene presenterer og dekker ulykker og farer. Hvorvidt dette er en faktor som gjør seg gjeldene ovenfor den aktuelle risikoutsatte gruppen er dog usikkert.

3.5. Egenskaper ved personen

Når det gjelder egenskaper ved personen, bidrar både personlige og verdimeslige aspekter til utforming av den enkeltes risikopersepsjon. Som illustrert i figur 1, vil blant annet et menneskes generelle verdier og holdninger, personlighet og ferdigheter påvirke opplevd risiko. I tillegg vil også motiver, behov og tankeprosesser ha innvirkning.

Hovden (1981) mener ulike holdninger til risikoforhold er et uttrykk for at folk har ulike verdier med hensyn til hva slags kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens de godtar. Hovden (1981) skiller her mellom ”de fryktsomme”, ”de likegyldige” og ”de vågale”, der individene innen de forskjellige kategoriene vil vektlegge konsekvenser og sannsynlighet forskjellig. Om personer innen Hovden (1981) sine forskjellige kategorier ble presentert for samme alternativer tenker man seg at ”de fryktsomme” vil legge vekt på konsekvensene og velge det alternativet med minst skadevirkning, uten å vektlegge sannsynligheten for at en hendelse inntreffer. ”De vågale” på den annen side ville ignorere konsekvensenes størrelse så lenge sannsynligheten for at hendelsen skulle inntreffe oppfattes som lav. Eksempelet til Hovden (1981) viser hvordan individer vektlegger forskjellige aspekter ved risiko basert på personlige egenskaper og tilbøyeligheter.

Tilknyttet oppgavens tematikk er egenskaper ved den enkelte person et spesielt interessant aspekt. Rusmiddelavhengige vil potensielt å ha andre behov, motiver og tankeprosesser enn ikke-brukere som følge av sin avhengighet. I tillegg finnes det som nevnt potensial for at rusmiddelbruk medfører kognitiv svekkelse som kan påvirke blant annet emosjonskontroll og beslutningstaking (Hagen et al. 2016). I tråd med Hovden (1981) sin argumentasjon er det dermed tenkelig at rusmiddelavhengige godtar en annen kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens relatert til overdoserisiko, enn hva ikke-brukere opplever som akseptabelt sett utenfra. Rusmiddelavhengige kan dermed potensielt klassifiseres innen Hovdens (1981) kategori; ”de vågale”, med tanke på at sannsynligheten for at en overdose inntreffer kan oppleves som lav. I tillegg er det mulig at rusmiddelavhengige vektlegger å oppnå opplevelsen av rus eller oppnådd fravær av abstinenser i en slik grad at potensielle konsekvenser ved rusmiddelbruken ikke oppleves som signifikant. Videre kan den enkeltes opplevelse av å ha høy toleransegrense for rusmidler, erfaring med mengde,

inntaksmåte og lignende, medføre en opplevelse av å ha ferdigheter, kontroll eller påvirkningskraft på situasjonen. Dette er aspekter som potensielt kan medføre at overdoserisikoen fremstår som liten, håndterlig og usannsynlig. Rusmiddelavhengige som sådan er ikke en homogen gruppe, og det må forutsettes at det forekommer individuelle variasjoner også innad i denne populasjonen blant annet basert på kjønn, miljøtilhørighet og alder.

3.5.1 Mistilpasning av opplevd risiko

Risikopersepsjon og opplevd risiko har innvirkning på både hvilken holdning individet har til risiko, samt den risikoatferd som utøves, i tråd med figur 1. Boyesen (2003) mener i forlengelsen av dette at påvirkningen på atferd også innebærer at risikopersepsjon påvirker sannsynligheten for menneskelig svikt eller menneskelig feilhandling. Menneskelige svikt eller feilhandling er i denne sammenhengen knyttet til hva Boyesen (2003) kaller en "mistilpasning". Boyesen (2003) mener mennesker knytter individuelle risikovurderinger formet av blant annet forventinger, ideer, håp, frykt og følelser til aktiviteter eller hendelser som har usikre konsekvenser. Dette kan medføre en mistilpasning, som i denne sammenhengen kan angå forholdet mellom risikoopplevelse og atferd, mellom atferd og situasjon, eller mellom situasjon og risikoopplevelse (Boyesen, 2003, s. 10). En mistilpasning innebærer altså at det finnes en skjevhet, der for eksempel opplevd risiko ikke står i forhold til den faktiske (objektive) risikoen ved situasjonen eller atferden som utøves. Mistilpasning innebærer her at faktisk (objektiv) risiko ved en aktivitet eller hendelse og den subjektivt opplevde risikoen den enkelte vurderer til å foreligge ikke er i overensstemmelse. Altså, kan individets subjektive risikoopplevelse ved en situasjon eller hendelse være skjev i forhold til den faktiske (objektive) risikoen som foreligger.

Tilknyttet rusmiddelavhengighet er teorien om mistilpasning interessant ettersom det er tenkelig at denne typen skjevhet foreligger hos enkelte rusmiddelavhengige. Den opplevde gevinsten og målsetningen med risikoatferden, som her er bruk av rusmidler, kan blant annet være å "bli frisk" fra abstinenser, oppleve rus eller virkelighetsflukt (Zador et al. 2001). Om denne gevinsten eller målsetningen overskygger den faktiske risikoen som følger med rusmiddelbruk, kan man anta at det her foreligger en skjevhet og at den objektive risikoen ved rusmiddelbruk ikke tas høyde for. Teorien om mistilpasning er også relevant tilknyttet overdose og

overdosedødsfall som følge av at en skjevhet i den opplevde risikoen kan påvirke hva slags risikoatferd som utøves av den enkelte. Hva slags og i hvilken grad risikoatferd utøves av rusmiddelavhengige vil være relevant for i hvilken grad den enkelte utsettes for overdoserisiko. På denne måten kan det tenkes at foreliggende mistilpasning av opplevd risiko vil føre til at den enkelte rusmiddelbruker utøver risikoatferd en ellers ikke ville gjort, som igjen medfører økt overdoserisiko.

3.5.2 Subjektiv immunitet

I følge Douglas (1985) har farer som oppleves som vanlige eller hverdagslige en tendens til å bli ignorert hos folk flest. Risikoforskning viser i følge Douglas (1985) at individer har en sterk men uberettiget opplevelse av subjektiv immunitet, der en underestimerer sannsynligheten for negative konsekvenser når det gjelder kjente aktiviteter. Dette innebærer at risiko som den enkelte opplever å ha kontroll over underestimeres som følge av at en har tro på at en selv kan håndtere velkjente situasjoner. Risiko som forekommer med lav frekvens underestimeres på samme måte (Douglas, 1985).

I følge Douglas (1985) viser flere studier at vaner og velkjente hendelser aksepteres lettere av de som er nær risikokilden, på tross av at de er forbundet med risiko. De fleste dagligdagse farer mennesker står overfor i hjem, på jobb eller i nærmiljø ignoreres, på samme måte som farer med lav sannsynlighet har tendens til å bli nedtonet. Når en ser disse tendensene i sammenheng virker det som om individet avkorter sin risikopersepsjon på en slik måte at den umiddelbare verden fremstår som tryggere enn det den i realiteten er. Ved at individet også nedtoner interessen for hendelser som inntreffer med lav frekvens blekner også farer lengre unna (Douglas, 1985). Subjektiv immunitet kan på denne måten medføre at individer opplever verden som langt tryggere enn det den egentlig er, og at en dermed ikke handler i forhold til den faktiske risiko som foreligger. På den annen side kan også subjektiv immunitet være en ressurs om individet står ovenfor en trussel og er nødt til å forholde seg rolig, eksperimentere og å ikke miste fatningen selv om noe går galt.

I relasjon til oppgavens tematikk er subjektiv immunitet spesielt interessant med tanke på at faren for overdose er en ”kjent og hverdagslig” fare for mange rusmiddelavhengige. Særsilt hos den gruppen rusmiddelavhengige med høy overdoserisiko og med tungt rusmiddelbruk, er mulig at faren for overdose oppleves

som nettopp en ”vanlig og hverdagslig fare” og at denne faren ignoreres i tråd med teorien om subjektiv immunitet. Når en i tillegg ser på statistikk som gjelder injiserende opiatbrukere, hvor overdoserisikoen fremstår å ha tilhørende lav frekvens er det sannsynlig at rusmiddelavhengige neglisjerer eller ignorerer denne faren. Det fremgår at frekvensen for overdoser hos injiserende opiatbrukere er omtrent 2 overdoser på en 10 års periode (Darke & Ross, 1997; Zador et al, 2001; Horan et al, 2015). Om en ser denne overdose-frekvensen i sammenheng med hvor mange ganger injiserende opiatbrukere injiserer rusmidler i løpet av denne perioden kan en underbygge en antakelse om at overdoserisikoen fremstår som lav for faste brukere, og at risikoen dermed kan ignoreres som i tråd med teorien om subjektiv immunitet.

Det er i lys av det ovenstående mulig at subjektiv immunitet og tilhørende underestimering av personlig risiko for overdose trer i kraft hos enkelte rusmiddelavhengige. Hos den risikoutsatte gruppen med høyest overdoserisiko (rusmiddelavhengige med tungt og omfattende opiat og flersubstansbruk), vil det i tråd med Douglas (1985) sin argumentasjon potensielt foreligge flere faktorer som kan antyde at dette er tilfellet; rusmiddelbruk er å regne som en kjent aktivitet, en opplever at en kan håndtere risikoen, samt at overdose oppleves å forekomme med lav frekvens og dermed kan ignoreres.

3.6 Affekt heuristikk

Folk reagerer på de farene de oppfatter. Om de farene som oppfattes er feilaktige, kan dette få implikasjoner for hvilke tiltak som igangsettes og hvilke valg en tar (Slovic et al. 1981). Dette er i tråd med avsnittene om subjektiv immunitet (3.5.2) og mistilpasning av opplevd risiko (3.5.1), der forskjellige årsaker til ”feilaktig” eller skjev risikopersepsjon kan medføre holdninger, vurderinger og atferd som potensielt medfører at en utsettes for økt risiko. Hvordan en reagerer på og vurderer risiko er dermed relevant for hvorvidt en håndterer risikoen på en måte som øker eller senker risikoen en står ovenfor.

I følge Slovic og Peters (2010) reagerer og agerer mennesker på to fundamentale måter i møte med risiko. ”Risiko som følelser” referer i denne sammenhengen til individers instinktive og intuitive reaksjoner på fare, mens ”risiko som analyse” referer til logikk, resonnering og vitenskapelige avveininger som grunnlag for risikohåndtering. Det å basere risikohåndtering på ”risiko som følelser” kan her

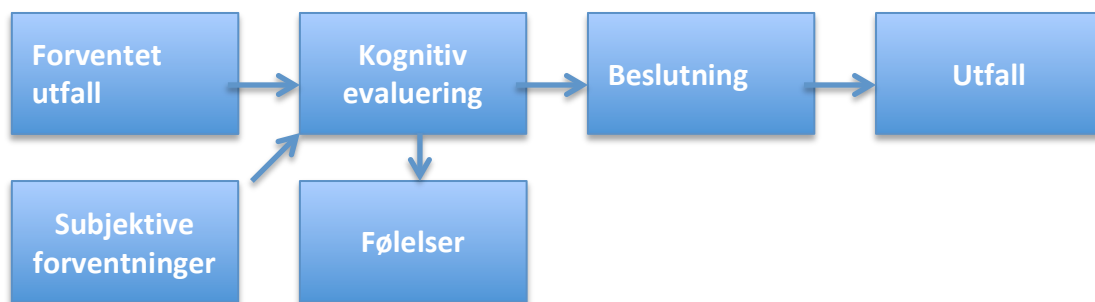
beskrives som affekt heuristikk (Slovic & Peters, 2010). Affekt er en essensiell komponent i mange former for vurdering og beslutningstaking og Finucane, Alhakami, Slovic & Johnson (2000) argumenterer for at folk bruker affekt heuristikk for å gjøre vurderinger relatert til risiko og gevinst. Individuer har i denne sammenheng mentale koblinger mellom hendelser eller objekter og positive eller negative følelser. De koblingene som finnes hos den enkelte kan bevisst og ubevisst benyttes i vurdering- eller beslutningstakingsprosesser. Bruk av affekt kan på denne måten anses for å være en form for ”mental snarvei” til en avgjørelse eller beslutning (Finucane et al. 2000).

Slovic og Peters (2010) mener forholdet mellom oppfattet risiko og oppfattede fordeler ved en aktivitet er knyttet til graden av positiv eller negativ affekt. Aktiviteter med tilhørende høy risiko vurderes ofte til å ha større fordeler enn lav-risiko aktiviteter. På tross av dette er disse aktivitetene negativt forbundet i folks tanker og vurderinger. Dette vil si at høy risiko ofte assosieres med små fordeler, og omvendt. Det innebærer at folk ikke kun vurderer risiko ut i fra den kunnskapen de tror de har om risikoen, men også hva de føler om den. Dersom deres følelser tilknyttet en aktivitet er positiv, har de en tendens til å vurdere risikoen som lav og fordelene som store. Er derimot følelsene knyttet til aktiviteten negative, har de en tendens å trekke motsatt slutning; at aktiviteten er forbundet med høy risiko og få fordeler (Slovic & Peters, 2010).

Affekt heuristikk er interessant i relasjon til rusmiddelavhengighet og overdoserisiko. I tråd med den presenterte teorien er det tenkelig at rusmiddelavhengige opplever en sterk affektiv kobling preget av positive følelser til bruk av rusmidler som følge av selve rusopplevelsen samt den fysiske og psykiske avhengigheten. Det er dermed tenkelig at rusmiddelbruk forbindes med en gevinst, og at det i den sammenheng foretas affektive beslutninger. Forutsatt at det knyttes positive følelser til rusmiddelbruket er det nærliggende å anta at den tilhørende overdoserisikoen (og potensielt andre risiki) vurderes som lav og fordelene ved bruken som høy. De følelsene den enkelte har tilknyttet bruk av rusmidler vil dermed være bidragsytende til hvordan overdoserisikoen oppfattes å være.

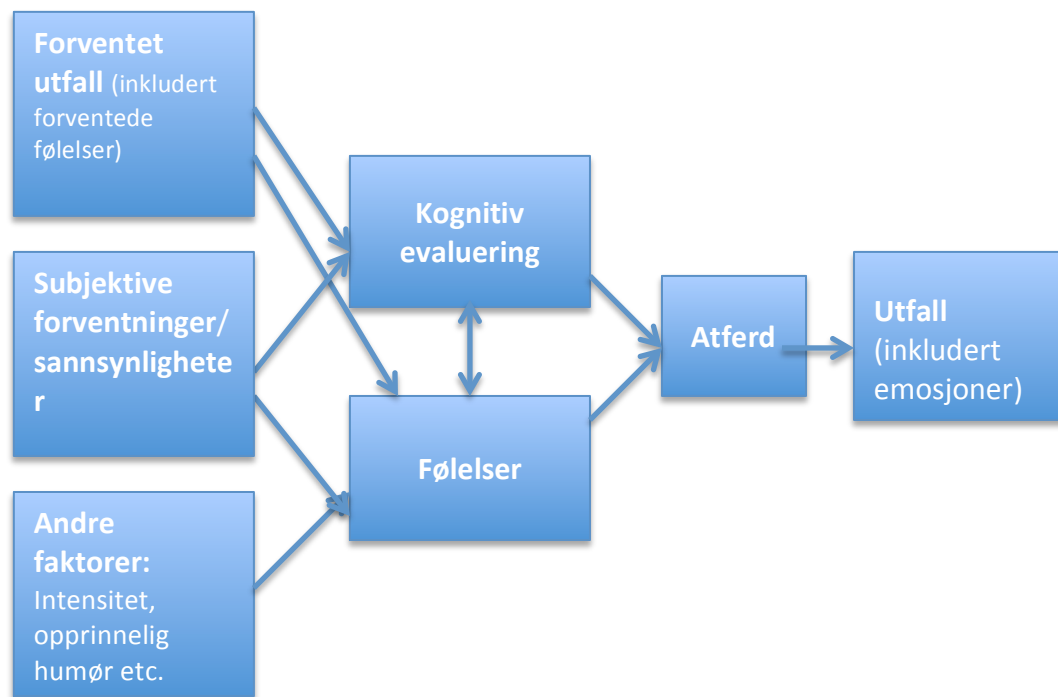
3.6.1 Risiko som følelser

De fleste teoriene om risikable valg og usikkerhet er konsekvensialistiske og kognitive. Innen dette perspektivet anses beslutningstaking ovenfor risiko for å være en kognitiv prosess hvor affektive følelser ikke har stor medvirkning (Loewenstein et al. 2001). I de konsekvensialistiske teoriene antas affekt ofte å være postkognitivt (Zajonc, 1980; Rundmo, 2002), altså noe som etterfølger kognitive prosesser, som illustrert i figur 2.



Figur 2: Konsekvensialistisk perspektiv (Loewenstein et al. 2001, s 268)

I følge Johnson og Tversky (1983) forekommer risikovurderinger og beslutninger sjelden i emosjonelt nøytrale kontekster, noe som skiller denne typen vurdering fra andre vurderingsformer. Affektens plass i risikovurderinger og beslutninger har fått økt oppmerksomhet (Rundmo, 2002; Loewenstein, Hsee, Weber & Welch, 2001), og Zajonc (1980) fant i sin studie indikasjoner på at affekt ikke nødvendigvis er postkognitivt. Det kan argumenteres for at beslutninger tatt i affekt er forholdsvis uavhengige av kognitive prosesser, og at de også kan forekomme forut for de kognitive prosessene (Zajonc, 1980). Affektive vurderinger og beslutninger kan i motsetning til det som ofte antas tas uten omfattende kognitive gjennomganger, og i følge Zajonc (1980) kan de også tas med større grad av sikkerhet enn kognitive beslutninger, noe som medfører at de kan tas raskere. I tillegg argumenterer Loewenstein et al. (2001) som nevnt for at følelser i beslutningsøyeblikket vil påvirke beslutningstaking og vurderinger. ”Risiko som følelser” perspektivet tar høyde for nettopp dette (se figur 3).



Figur 3: Risiko som følelser perspektivet (Basert på Loewenstein et al. 2001, s. 270).

Når det gjelder overdoserisiko er det er i tråd med ”risiko som følelser” perspektivet at risikovurderinger og beslutninger tilknyttet rusmiddelbruk kan tas med stor grad av sikkerhet på bakgrunn av affekt, og at det ikke nødvendigvis gjøres noen bevisste og eksplisitte risikovurderinger. De risikovurderingene som gjøres kan derimot være basert i stor grad på følelser, i tråd med Johnson og Tversky (1983). I tillegg er det sannsynlig at følelser som den enkelte rusmiddelavhengige opplever i beslutningsøyeblikket vil påvirke de beslutningene som tas. Om det i den forbindelse legges til grunn at rusmiddelbruk er forbundet med positive følelser, som følge av psykisk og fysisk avhengighet, er det sannsynlig at kognitive vurderinger av risiko ikke nødvendigvis tas med i beslutningstakingen.

Poenget i denne sammenhengen er at emosjonelle reaksjoner på risikable situasjoner kan avvike fra de kognitive vurderingene av den aktuelle risikoen. Når denne typen avvik forekommer, vil emosjonelle reaksjoner drive atferd med det resultat at beslutninger og vurderinger som gjøres ikke nødvendigvis stemmer overens med de kognitive vurderingene. Loewenstein et al. (2001) påpeker at kognitive evalueringer og følelser inngår i en gjensidig påvirkende relasjon der følelser en forventer å få i fremtiden, samt følelser en har knyttet til en mulig fremtidig konsekvens, påvirker

risikovurdering. Følelser kan tråd med dette perspektivet gi atferd, beslutninger og vurderinger, som avviker fra det vi mener er korrekt kognitivt sett (Loewenstein et al. 2001). Dette indikerer videre at mennesker på bakgrunn av affekt kan foreta risikovurderinger og beslutninger som avviker fra de beslutninger og vurderinger en ville tatt ved en ren kognitiv prosess uten følelsesmessig innvirkning. Tilknyttet tematikken kan dette (satt på spissen) innebære at rusmiddelavhengige kan gjøre kognitive vurderinger som tilsier at risikoen ved rusmiddelbruk er høy og forbindes med overdoserisiko. Denne vurderingen vil dermed tilsi en beslutning om å ikke benytte rusmidler som følge av høy risiko. Samtidig kan det gjøres en emosjonell vurdering som avviker fra den kognitive, der en kommer til en beslutning om å benytte rusmidler, som følge av de emosjonelle positive koblingene individet har til den gitte aktiviteten.

3.6.2 Bekymring og risiko

Rundmo (2002) mener potensielle farer medfører en grad av bekymring og engstelse hos den enkelte, noe som indikerer at en affektiv komponent er involvert i risikopersepsjon. Bekymring defineres i denne sammenheng som en kognitiv tilstand som er knyttet til hvordan vi tenker om usikkerhet i fremtiden og kan både omfatte evaluering av en aktuell situasjon eller vurderinger av mulige fremtidige hendelser (Macgregor, 1991).

I studier av risikopersepsjon skilles det sjelden mellom emosjonelle og kognitive reaksjoner på trusler og farer, og risikopersepsjon måles i noen tilfeller ved grad av bekymring. Dette er også tilfellet for flere studier som tar for seg rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose (Darke & Ross, 1997; McGregor, Darke, Ali & Christie, 1998; Zador et al. 2001; Horan et al. 2015). Sjöberg (1998) argumenterer for at måling av risikopersepsjon ved hjelp av bekymring ikke nødvendigvis er hensiktsmessig fordi det ikke finnes noen direkte sammenheng mellom risikopersepsjon og bekymring. Oppfattet risiko krever i følge Sjöberg (1998) større grad av kognitiv vurdering, mens bekymring refererer til emosjonelle reaksjoner. Oppfattet risiko og bekymring er dermed ikke synonyme og det foreligger ikke nødvendigvis en sterk sammenheng mellom den oppfattede risikoen og den grad av bekymring en opplever.

I følge Sjöberg (1998) kan det spores en viss sammenheng mellom oppfattet risiko og bekymringsnivå, men sammenhengen avhenger av hva slags risiko en står ovenfor. Opplevd risiko kan øke graden av bekymring når risikoen er konkret og oppleves sensorisk, slik som når en står ovenfor torden og lyn. I slike tilfeller snakker en om emosjonell risiko, og det kan antas at det foreligger en synergisk effekt mellom bekymring og risikopersepsjon tilknyttet denne typen risiko. I tilfeller hvor risikoen ikke er konkret og sensorisk truende, slik som ved risiko forbundet med trafikk, kan det virke som forholdet mellom bekymring og risiko er svakere. En snakker da om kognitiv risiko. Forskjellen mellom emosjonell og kognitiv risiko og innvirkningen på bekymringsnivå, kan potensielt tillegges det faktum at torden og lyn skaper en sterk sensorisk opplevelse, mens trafikk for de fleste fremstår som dagligdags og ikke fremprovoserer sensoriske reaksjoner på at det foreligger en potensiell trussel. Vi informeres dog jevnlig om den trusselen som trafikk medfører, selv om vi ikke opplever trusselen sensorisk (Sjöberg, 1998).

Årsakene for den svake sammenhengen mellom bekymring og risikopersepsjon som Sjöberg (1998) mener foreligger, kan være assosiert med eksistensen av risikofornektelse. En kan være bekymret for en gitt risiko, uten å oppfatte at den er stor, i likhet med at en kan oppfatte at en risiko er stor, men ikke være bekymret i særlig grad. Samtidig viser Sjöberg (1998) sine analyser også at forholdet mellom risiko og bekymring kan variere med forskjellige former for risiko, i sammenheng med hvorvidt det foreligger en sensorisk trussel eller ikke.

Tilknyttet bruk av rusmidler kan en dermed gjøre vurderinger omkring hvilken type risiko overdose og bruk av rusmidler faller under. Lagt til grunn at rusmiddelbruk gir en sterk sensorisk effekt og kan relateres til emosjonell risiko, vil det være sannsynlig at også overdose kan klassifiseres under emosjonell risiko. Derimot, hvis den enkelte aldri har opplevd overdose på denne måten, som noe sensorisk konkret og truende, vil det være mulig å klassifisere denne risikoen som kognitiv risiko. Videre er det relevant å vurdere Sjöberg (1998) sitt poeng om risikofornektelse, der den enkelte kan oppfatte at overdoserisikoen er til stede, men at denne fornektes for at individet skal kunne fortsette å benytte rusmidler.

3.7 Det teoretiske rammeverkets anvendelighet

Teori om risiko og risikopersepsjon fremstår som utformet med tanke på ”folk flest”. Med andre ord kan det antas at den presenterte teorien er rettet mot individer som ikke er påvirket av ekstern stimuli i form av rusmidler eller som opplever kognitiv svekkelse som følge av rusmiddelavhengighet. På tross av dette har jeg i denne oppgaven valgt å benytte nettopp teori om risiko som analysegrunnlag. På tross av at teorien ikke tar hensyn til alle aspekter ved den gitte populasjonen gir den dog innsikt i hvordan subjektivt opplevd risiko utformes og hvordan individer foretar risikovurderinger og beslutninger. Teorien kan potensielt overføres til grupper som faller utenfor det jeg her har kalt ”folk flest”, og en vil dermed kunne generere informasjon om den gitte gruppen. Teorien bør dog tilpasses og tolkes i lys av de omstendighetene som gjelder for den aktuelle gruppen.

Ved å analysere tematikken gjennom det presenterte rammeverket vil en kunne få verdifull innsikt i hvordan risikotenkning og opplevd risiko utformes hos rusmiddelavhengige, og dermed også hvordan en kan gripe an tematikken med tanke på arbeid rettet mot risikohåndtering og risikoreduksjon knyttet til denne risikoutsatte gruppen. I tillegg vil det kunne avdekkes områder hvor risikoteori som sådan kommer til kort i sin forklaringskraft og hvor det er behov for videreutvikling på feltet eller hvor andre perspektiver må benyttes som supplement.

4. Datainnsamling: Systematisk litteraturstudie og fokusgruppeintervju

Datainnsamlingen er todelt og består av en systematisk litteraturstudie og et fokusgruppeintervju. Oppgavens datainnsamling dermed basert på metodetriangulering (Grønmo, 2004), for å kunne belyse flere aspekter ved problemstillingen ved hjelp av forskjellig datamateriale. Bruk av systematisk litteraturstudie i tillegg til fokusgruppeintervju har blitt gjort med tanke på å kunne belyse både hva forskning til nå har avdekket og fokusert på tilknyttet problemstillingen, samt å kunne si noe om hva den risikoutsatte gruppen selv erfarer, opplever og mener.

Gjennom den systematiske litteraturstudien redegjøres det for hva internasjonal og nasjonal forskning til nå har funnet på feltet. Fokuset for denne delen av oppgaven er dermed hva som til nå har blitt gjennomført av forskning tilknyttet rusmiddelavhengighet og overdoserisiko. Her har spesielt publikasjoner som omhandler rusmiddelavhengiges risikopersepsjon tilknyttet overdose vært av interesse. Fokusgruppeintervjuet fokuserer på hva individer i den risikoutsatte gruppen selv opplever tilknyttet tematikken, og hva deres erfaringer og opplevelser består i tilknyttet overdoserisiko. Datainnsamlingen er på denne måten ikke begrenset til ett enkelt perspektiv, men favner flere perspektiver med relevans for tematikken. Fremgangsmåten gir i tillegg muligheter for å vurdere hvorvidt forskningen på feltet omfatter og favner det risikogruppen selv opplever som relevant og viktig, og det finnes dermed et potensial for å avdekke forskningshull som kan etterfølges av videre forskning.

Delkapittel 4.1 redegjør for den systematiske litteraturstudien, og gjennomgår metodiske valg, gjennomføring, resultater, diskusjon av resultatene og oppsummering av hovedfunn. Delkapittel 4.2 redegjør for fokusgruppeintervjuet, også her ved metodikk, gjennomføring, resultater, diskusjon av resultatene og oppsummering av hovedfunn. Avslutningsvis i delkapittel 4.3 sammenlignes hovedfunnene fra den systematiske litteraturstudien og fokusgruppeintervjuet, med den hensikt å belyse hvor funnene samsvarer og hvor de skiller seg fra hverandre.

4.1 Systematisk litteraturstudie

I de følgende avsnittene gjennomgås datainnsamlingen som er gjort ved hjelp av systematisk litteraturstudie. Innledningsvis redegjøres for metodiske valg og fremgangsmåte. Blant annet presenteres utvalg av søkeord, databaser, sorteringsprosessen og hvordan litteraturutvalg har blitt gjort. I tillegg diskuteres begrensninger ved fremgangsmåten. Deretter gjennomgås de utvalgte studiene og de empiriske funnene i korthet, før empirien diskuteres. Avslutningsvis presenteres en oppsummering av hovedfunn i tabell 5: Hovedfunn.

4.1.1 Metode og formål med systematisk litteraturstudie

Formålet med å gi en systematisk litteraturstudie er å lage en kunnskapsoppsummering av den forskningslitteraturen som finnes nasjonalt og internasjonalt tilknyttet rusmiddelbrukeres subjektive persepsjon og mestring av overdoserisiko. Det er lagt vekt på å gjennomføre systematiske søk for på den måten å fange opp flest mulig relevante publikasjoner. Metoden vil kunne gi grunnlag for å si noe om hvorvidt det finnes forskningshull på feltet, og hva som vil være relevant å se nærmere på for videre forskning. Litteraturstudien er utformet i henhold til PRISMA retningslinjene (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009), med unntak av retningslinjene som omhandler meta-regresjon.

4.1.2 Datainnsamling og litteratursøk

Innledende i datainnsamlingen ble det gjennomgått et utvalg artikler tilknyttet tematikken. Disse la grunnlag for utvalg av nøkkelbegrep som ble benyttet til å utforme en søkestrategi. Det har også blitt gjennomført usystematiske søk i Academic search premier og Google scholar, der aktuelle nøkkelord og emneord ble notert. Biblioteket ved universitetet i Stavanger ble kontaktet for veiledning i forbindelse med utformingen av søkestrategi og valg av relevante databaser. Dette ble gjort for å kvalitetssikre søkestrategien og for å minske muligheten for at relevant litteratur ble utelatt fra søkene.

4.1.2.1 Søkestrategi og søketermer

Som følge av tematikken og problemstillingen ble ”overdose” og ”drug addiction” valgt som sentrale søketermer, og disse ordene har dannet grunnlaget for søkestrategien. Synonymer, nærliggende formuleringer og uttrykksmåter for disse termene ble også inkludert. Videre ble ”coping strategies” og ”perception” også utvalgt som søketermer, ettersom disse ordene favner sentrale aspekter ved

problemstillingen. Også her ble synonymer og nærliggende formuleringer inkludert. Vedlegg A: Søkestrategi viser utvalgte søketermer for de endelige søkene.

4.1.2.2 Oppbygning av søk

De systematiske søkene er bygd opp som søketråder, der nøkkelordene settes sammen sekvensielt og kombineres ved hjelp av bindeordene OR og AND. I databasen ScienceDirect ble i tillegg AND NOT benyttet. Bindeordene brukes for å henholdsvis utvide eller innskrenke søket, samt for å ekskludere søketermer og dermed publikasjoner som ikke er relevante for studien. Fremgangsmåten for oppbygningen av søketråder i de forskjellige databasene varierer, og det har derfor blitt gjort tilpasninger til de forskjellige databasenes design og funksjon.

Innledningsvis i søkeprosessen var det ønskelig å kombinere alle søketermer i en sekvensiell søketråd, i alle databaser. Da dette viste seg å ekskludere relevante artikler ble det isteden gjennomført to separate søk i alle databaser. Dette innebærer at en grunnleggende søketråd for ”overdose” og ”drug addiction”, ble kombinert ved AND med søketråden for ”coping strategies” i ett søk, før den ble kombinert med OR i søketråden for ”perception” i et nytt søk. Dette viste seg å gi best søkeresultat i alle databasene.

4.1.2.3 Databasevalg og fremgangsmåte

Valg av databaser har blitt gjort på bakgrunn av usystematiske testsøk og veiledning fra biblioteket ved UiS. Databasene ble vurdert og valgt med tanke på hvilken type litteratur de gir tilgang på, og både samfunnsvitenskapelige og medisinske publikasjoner ble vurdert som relevant å inkludere i søkene. Følgende databaser har blitt benyttet: Sciencedirect, Psychinfo, Academic search premier, WebOfScience og Scopus. I databasen Academic search premier finnes muligheten for å gjøre søk i flere databaser samtidig, og følgende databaser har dermed blitt dekket gjennom søk i denne databasen; Academic search premier, Medline, CINAHL og SocINDEX.

Databasene gir ulike muligheter når det gjelder filtrering av søk. Derfor har det vært nødvendig å gjøre tilpasninger til de forskjellige databasene. Så langt det har vært mulig er det benyttet filtrering ved publikasjonstype der ”peer reviewed articles” og ”journal” har blitt benyttet. Videre ble søkene, i de databasene det var mulig, begrenset til å inkludere publikasjoner skrevet på engelsk, norsk, svensk og dansk.

I databasen Sciencedirect ble det som nevnt nødvendig å introdusere bruk av AND NOT i søkestråden for å utelukke spesifikke søketermer og publikasjoner uten relevans. Ordene surgery, pharmacy, pharmacist, nicotin og Hiv ble derfor ekskludert i denne databasen.

4.1.2.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tilknyttet utvalg og ekskludering av publikasjoner har det blitt utformet et antall kriterier som er lagt til grunn for litteraturutvalget, som vist i tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier. Eksklusjonskriteriene gjorde seg gjeldende tidlig i sorteringsprosessen, ettersom studier uten relevans tidlig ble sortert bort på bakgrunn av søkestrategien i seg selv og overskrift i første sortering. Inklusjonskriteriene har blitt benyttet i større grad etter andre sortering, ettersom oppfylging av disse avhenger av at en har gjennomgått studiene i nærmere detalj.

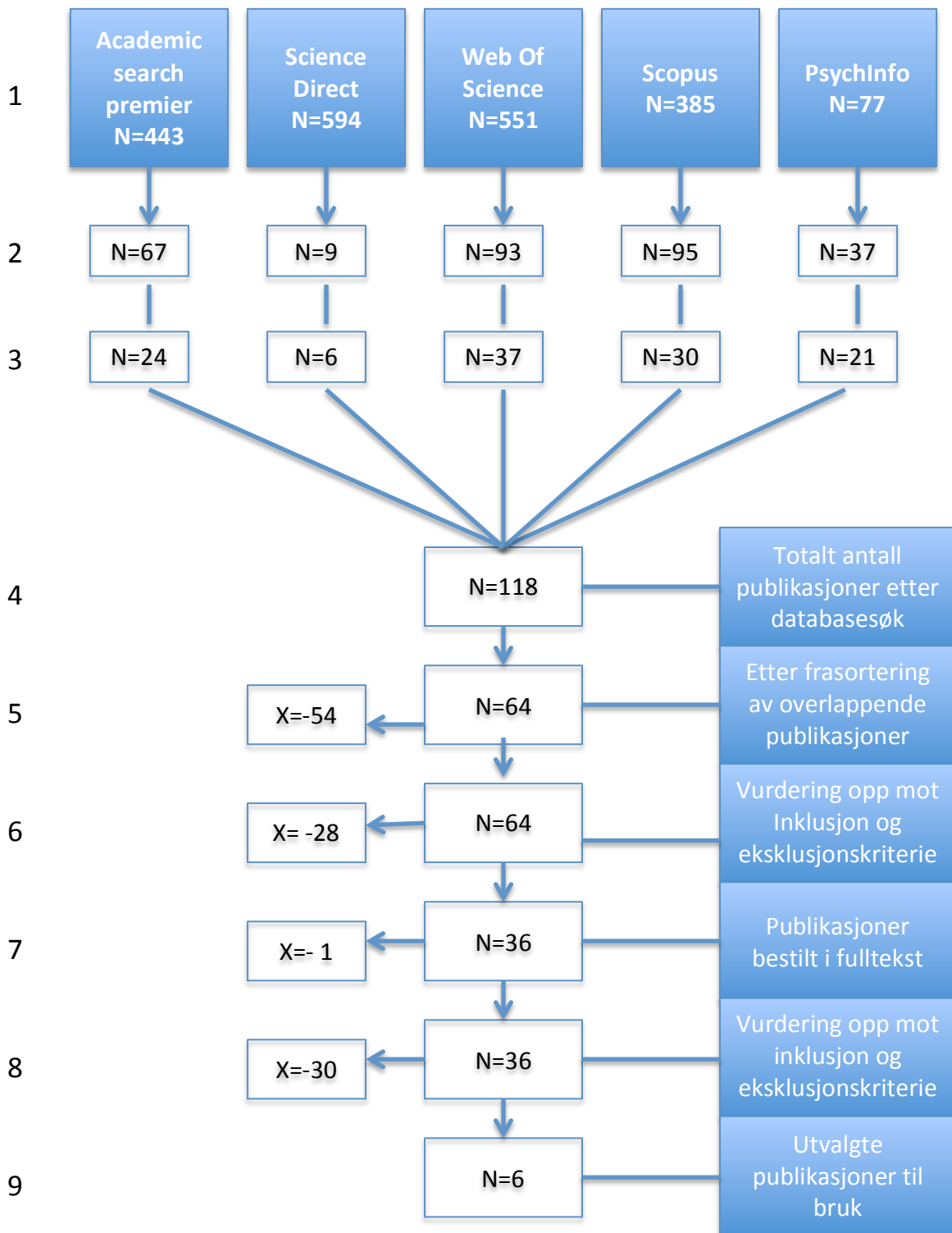
Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Studien omhandler rusmiddelbruk/ rusmiddelavhengighet som medfører mulighet for overdose/ overdosedødsfall ved respirasjonsstopp og bevisstløshet. - Studien omhandler Overdose/ overdosedødsfall i sammenheng med flersubstansbruk. - Studien omhandler rusmiddelavhengiges subjektive (risiko)persepsjon tilknyttet overdoser. - Studien kan omhandle: Begge kjønn, alle aldre, alle nasjonaliteter - Studien kan være fra alle årstall 	<ul style="list-style-type: none"> - Studien har ikke noen av søketermene benyttet i søkestrategien i tittel, sammendrag, eller nøkkelord. - Studien omhandler ikke overdose, overdosedødsfall eller rusmiddelavhengighet i noen grad. - Studien omhandler kun Alkoholforgiftning eller rusmidler som ikke medfører risiko for overdose/ overdosedødsfall. - Studien omhandler: Evaluering, testing, behandling, forebyggende arbeid, utdanning eller informasjonsvirksomhet. - Studien er skrevet på andre språk enn Dansk, Svensk, norsk eller engelsk.

4.1.2.5 Sortering og litteraturutvalg

De systematiske litteratursøkene fant 118 publikasjoner med relevans etter første og andre sortering. Etter frasortering av overlappende publikasjoner gjenstod 64 studier,

som deretter ble vurdert opp mot inklusjons og eksklusjonskriteriene. I denne vurderingsrunden viste det seg at 28 publikasjoner ikke oppfylte inklusjonskriteriene eller falt inn under eksklusjonskriteriene. Disse ble dermed ekskludert. 36 publikasjoner ble deretter bestilt og lest i fulltekst, og nok en vurdering ble gjort opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. I siste sorteringsrunde ble 6 publikasjoner vurdert som relevante til bruk i kunnskapsoppsummeringen på bakgrunn av systematiske litteratursøk. Flytdiagrammet i figur 4 viser en oversikt over litteratursøkene i de forskjellige databasene, samt sorterings- og utvalgsprosessen i det systematiske litteraturstudiet.



Figur 4: Oversikt over litteratursøk og sorteringsprosess.

Figur 4 viser: 1) N=antall treff etter systematisk litteratursøk i hver database. 2) N=Antall publikasjoner etter første sortering på bakgrunn av overskrift. 3) N=Antall publikasjoner etter andre sortering på bakgrunn av sammendrag. 4) N= Totalt antall publikasjoner etter første og andre sortering. 5) N= Antall publikasjoner etter frasortering av overlapp. 6) N= Antall publikasjoner etter første vurdering opp mot

inklusions og eksklusjonskriterier. 7) N= Antall publikasjoner bestilt i fulltekst. 8) N= Antall publikasjoner etter første vurdering opp mot inklusions og eksklusjonskriterier. 9) N= Antall publikasjoner til bruk i kunnskapsoppsummering. X= Antall ekskluderte artikler etter sortering.

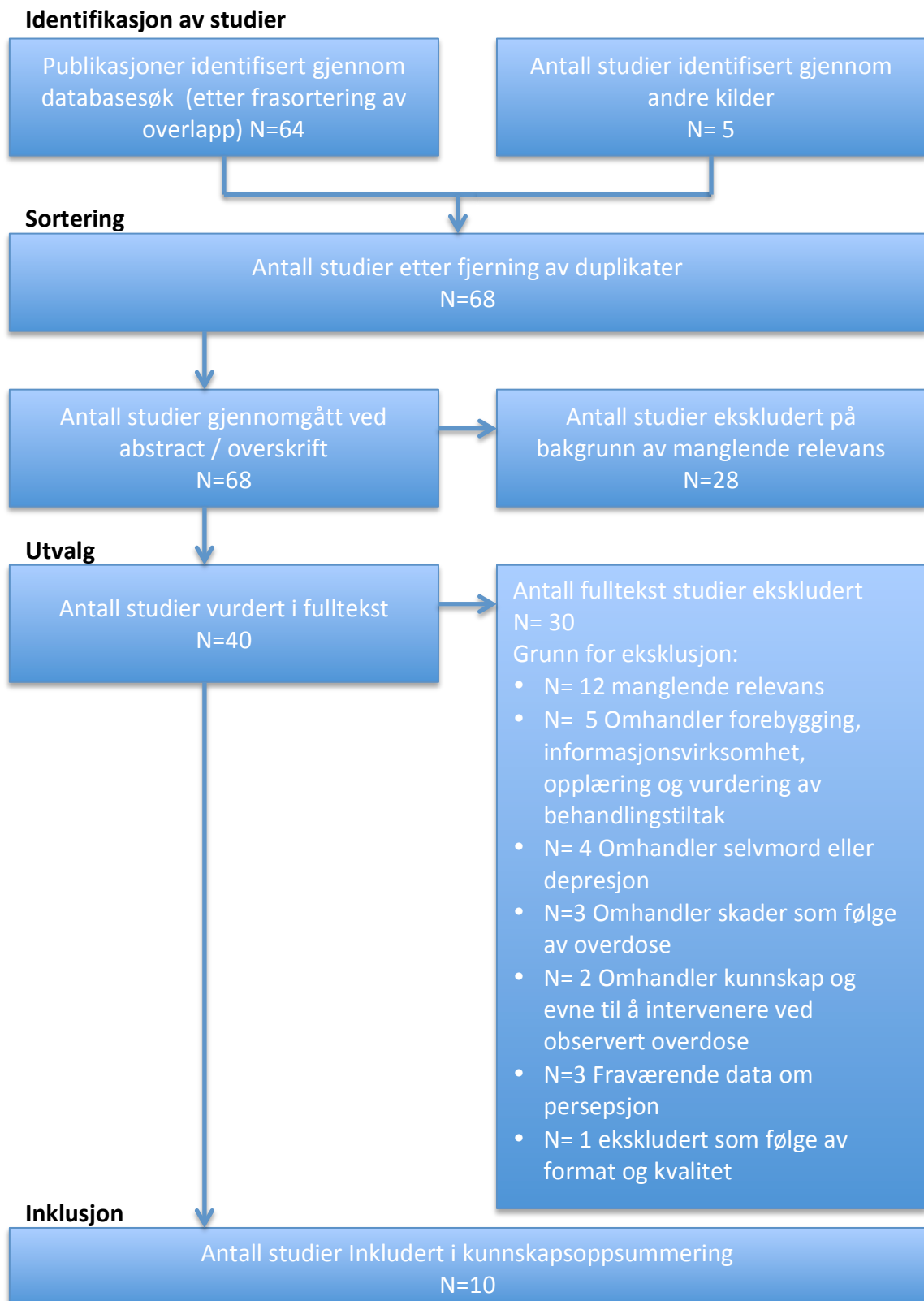
4.1.2.6 Andre kilder og kvalitetsvurdering av søkestrategi

De ti artiklene som la grunnlag for utvalg av søketermer, ble også brukt til å kvalitetssikre søkestrategien. Dette ble gjort ved at det gjennomgående i søkeprosessen ble registrert hvorvidt noen av disse artiklene var inkludert i resultatene til de systematiske søkene. Etersom flere av artiklene var blant treffene, kan en anta at en har truffet når det gjelder valg av søketermer og søkestrategi, og at dette innebærer at den relevante litteraturen som er tilgjengelig i databasene har blitt inkludert i de utvalgte søkene. Det er dog slik at de valgte databasene har begrensninger ved at de ikke har tilgang på relevant litteratur utover UiS sin tilgang. Det er derfor i tillegg til systematiske litteratursøk også gjennomført usystematiske søk etter relevant litteratur i andre informasjonskilder. De usystematiske søkene i Google Scholar og andre kilder avdekket ikke ytterligere relevante publikasjoner. Dette indikerer at de systematiske søkene i stor grad har avdekket de publikasjonene som er relevante for kunnskapsoppsummeringen. I tillegg til usystematiske søk har det også blitt sjekket referanselister i relevante studier. I referansene var det i stor grad brukt publikasjoner som allerede var avdekket av de systematiske søkene og det ble dermed ikke avdekket ytterligere relevante publikasjoner.

Fem av publikasjonene som la grunnlag søkestrategien, ble inkludert i kunnskapsoppsummeringen. Kun en av disse publikasjonene ble avdekket i de systematiske litteratursøkene, mens de fire resterende relevante publikasjonene ble inkludert som en del av kunnskapsoppsummeringen. Dette viser at det finnes forskningslitteratur tilknyttet tematikken som ikke har blitt avdekket i søkeprosessen. Som følge av at disse artiklene ved to tilfeller ikke var å oppdrive gjennom databaser, er det tenkelig at det finnes flere relevante publikasjoner, men at disse ligger utenfor den databasetilgangen UiS har. Ved to tilfeller ble dermed forfatterne av publikasjoner kontaktet direkte på mail med forespørsel om tilgang på fulltekstpublikasjoner. På denne måten har en også fått tilgang på litteratur utover databasenes tilgang. Figur 6: Flytdiagram, viser informasjonsflyt gjennom de forskjellige fasene i

den systematiske litteraturstudien, hvor de inkluderte publikasjonene er hentet fra samt utvalgsprosessen.

Figur 5: Informasjonsflyt i litteraturstudie (fritt tilpasset etter Moher et al. 2009)



4.1.3 Presentasjon av utvalgte publikasjoner og dataekstraksjon

Det aktuelle utvalget i denne kunnskapsoppsummeringen består av ti publikasjoner.

Tabell 3 viser nøkkelkarakteristikker ved publikasjonene som er inkludert.

Tabell 3: Nøkkelkarakteristikker for inkluderte publikasjoner

Nr	Forfatter(e)	Utvalg	År publisert	Land
1	Darke & Ross	312	1997	Australia
2	McGregor, Darke, Ali & Christie	218	1998	Australia
3	Rossow & Lauritzen	2051	1999	Norge
4	Vingoe, Welch, Farrell & Strang	48	1999	England
5	Zador, Sunjic & McLennan	141	2001	Australia
6	Miller	60	2006	Australia
7	Richert & Svensson	52	2008	Sverige
8	Horan, Deasy, Henry, O'brien & Van Hout	139	2015	Irland
9	Frank, Matau-Gelabert, Guarino, Bennett, Wendel, Jessell, & Teper	46	2015	USA
10	Rowe, Santos, Behar & Coffin	172	2016	USA

4.1.3.1 Dataekstraksjon

Tabell 4: gjennomgang av innhold, tematikk og hovedkonklusjoner, viser en kortfattet oversikt over publikasjonene som har blitt inkludert i den systematiske litteraturstudien. De ti inkluderte publikasjonene presenteres her ved forfatter, hvilke tema publikasjonen berører samt konklusjoner med relevans for diskusjon.

Av tabellen er det tydelig at publikasjonene berører mange av de samme temaene, og dermed at mange av de samme temaene har vært tema for forskning siden 90-tallet. Publikasjonene berører blant annet tematikk som erfaring med overdose, risikopersepsjon, grad av bekymring for fremtidig overdose og risikofaktorer for overdose. I tillegg omtales emner som mestringsstrategier, mental helse og selvmord og risikofatferd relatert til overdose.

Tabell 4: Gjennomgang av innhold, tematikk og hovedkonklusjoner i de utvalgte publikasjonene

Forfatter og år publisert	Utvalg	Berørte tema	Hovedkonklusjoner
Darke & Ross, 1997.	312	<ul style="list-style-type: none"> - Overdoseerfaring - Risikopersepsjon - Bekymring - risikoatferd - Flersubstansbruk - Mestringsstrategier 	Det fremgår av studien at risiko for å selv oppleve overdose ikke personaliseres, på tross av at overdose er anerkjent som en vanlig hendelse blant heroin-avhengige. Det at overdose er en relativt sjelden hendelse for heroinbrukere, kan bidra til lav risikopersepsjon. Nylig erfaring med overdose virket ikke å øke bekymringen for ny overdose. 73 % av deltakerne hevdet å benytte strategier for å unngå overdose. Bruken av disse strategiene var dog sporadisk praktisert. De som hadde opplevd overdose de siste 6 mnd, hadde benyttet heroin flere dager i denne tidsperioden, hadde høyere nivå av heroinavhengighet, benyttet alkohol og benzodiazepiner i kombinasjon med heroin, og var mindre sannsynlig at var innskrevet i metadonprogram i denne perioden. På tross av fortsatt heroinbruk virker deltakelse i Metadonprogram å være en faktor som beskytter mot overdose.
McGregor, Darke, Ali & Christie, 1998.	218	<ul style="list-style-type: none"> - Risikofaktorer - Risikopersepsjon - Bekymring - Årsak til overdose - Mestringsstrategier 	48% av utvalget hadde opplevd minst en ikke-dødelig overdose i sitt liv. Urealistisk optimisme relatert til risikoen for overdose var evident gjennomgående i utvalget. På tross av at nesten halvparten av utvalget rapporterte å ha hatt en overdose, og en uttrykt oppfattelse av at rundt 50% av heroinbrukere ville oppleve overdose i løpet av sitt liv hadde 73% i løpet av de siste 6 mnd sjelden eller aldri bekymret seg for muligheten for å oppleve overdose.
Rossow & Lauritzen, 1999.	2051	<ul style="list-style-type: none"> - Overdoseerfaring - Risikofaktorer - Selvmordsforsøk - Flersubstansbruk - Mentale helseproblemer 	Rusmiddelavhengige som hadde utvist livstruende atferd var karakterisert av lengre rusmiddelkarrierer, alvorlig/høyt rusmiddelbruk, svakt sosialt nettverk og liten eller ingen evne til å fungere sosialt på en arbeidsplass eller utdannings situasjon. Studien støtter at dødelighet blant rusmiddelavhengige er innviklet i negative sirkler av risikotaking og risikoatferd, som bunner både i alvorlig sosial inkompetanse og i dyptliggende mentale problemer. En alternativ tilnærming, vil være å anse deltakelse i former for livstruende atferd som et resultat av en tilstand av likegyldighet, og at livstruende atferd dermed et uttrykk for likegyldighet med hensyn til om en lever eller dør. Denne formen for likegyldighet er kompatibel med håpløshet og dårlig selvtillit, og kan sees i lys av den livsstil og de levevilkår som preger de mest marginaliserte rusmiddelavhengige.
Vingoe, Welch, Farrell & Strang, 1999.	48	<ul style="list-style-type: none"> - Erfaring med heroinoverdose - Selvmordstanker og Suicidal atferd 	Forholdet mellom ikke-intensjonell overdose og selvmordsforsøk er uklar, og av de deltakerne som hadde opplevd overdose som følge av heroin hadde få suicidal intensjon. Likevel indikerte deltakernes responser at individer med høy risiko for ikke-intensjonell heroinoverdose også er de med risiko for intensjonell selvskaade ved andre midler. Ikke-intensjonell overdose og selvmords-historikk bør anses for å være risikomarkører for hverandre.
Zador, Sunjic & McLennan, 2001.	141	<ul style="list-style-type: none"> - Oppfattet årsak for overdose - Risikopersepsjon - bekymring for overdose. - Rusrelatert atferd - Grunner for flersubstansbruk 	Flersubstansbruk var vanlig i utvalget på tross av at majoriteten var klar over sammenhengen mellom flersubstansbruk og overdose. Deltakere konsumerte andre rusmidler i kombinasjon med heroin for å øke de behagelige effektene av rusmiddelbruk, heller enn å medisinerer symptomer ved abstinens og depresjon. Overdosene virket ikke å endre deltakernes nivå av bekymring for fremtidig overdose, ettersom kun en minoritet (11%) rapporterte at de ville søke behandling som følge av overdose. Erfaring med overdose virker derfor ikke å være en motiverende faktor for å påbegynne behandling. Majoriteten av deltakerne (92%) viste ingen aggresjon mot ambulanspersonell etterfulgt behandling for overdose. Dette et en motsetning til en vanlig oppfattelse av heroinbrukere som "utaknemlige" og "aggressive". Erfaring fra denne studien indikerer derfor at tiden umiddelbart etter en overdose kan være en mulighet for intervensjon.

Miller, 2006.	60	<ul style="list-style-type: none"> - Selvmordsforsøk - Selvmords-relatert atferd - Risikotaking og risikoatferd - Likegyldighet 	<p>Heroinbrukere engasjerer seg i flere typer oppførsel som inngår i en gråsone tilknyttet selvmords-relatert atferd. Bruk av en nomenklatur som adresserer elementer av dødelighet og intensjon forbedrer forskningens muligheter for å korrekt definere og kategorisere selvmords-relatert atferd i rus-brukende populasjoner. Kategoriene bør derimot ikke være overdrevent inklusive ettersom denne studien viser at likegyldige holdninger til døden og risikotaking noen ganger kan være en (subjektiv) funksjonell respons til det risikomiljøet som omgir heroinbrukere</p>
Richert & Svensson, 2008.	52	<ul style="list-style-type: none"> - Overdoseerfaring - Kunnskap om risikofaktorer - Risikoatferd og risikotaking - Risikomiljø - Hva leder til økt risikotaking - Flersubstansbruk 	<p>Heroinoverdoser kan ikke fullt forstås via isolerte risikofaktorer. Det finnes et behov for å utforske bevisstheten omkring disse risikofaktorene hos heroinbrukere, hvordan brukere forstår og verdsetter disse risikoene og hvilke omstendigheter, følelser og motiver som påvirker risikotaking og kan føre til overdose. Studien viser at flertallet av informantenes overdoser ikke faller innenfor rene ulykkeshendelser eller selvmordsforsøk. Vanligere er det at overdoser skjer som følge av bevisst risikotaking, i blant kombinert med likegyldighet ovenfor eventuelle konsekvenser, men uten et uttalt ønske om å ta eget liv. Overdose oppleves som et unntak og sjansen for å oppleve overdose ansees for å være liten. Man har kunnskap og erfaring som gjør at man vanligvis klarer å balansere på grensen mellom liv og død. Dog har mange en overtro når det gjelder egen evne, og undervurderer risikoen for overdose. En del av forklaringen for overdoser må derfor søkes i det risikofylte miljø og livsstil som langvarig injeksjonsmissbruk kan medføre.</p>
Horan, Deasy, Henry, O'Brien & Van Hout, 2015.	139	<ul style="list-style-type: none"> - Erfaring med overdose - Intensjonelle og ikke-intensjonelle overdoser - Bekymring - Risikopersepsjon - Omstendigheter for overdose 	<p>Forståelse for injiserende rusbrukeres persepsjoner av risiko assosiert med overdose, deres holdninger og responser til overdose, samt deres forhindring av overdoser, risikohåndtering og mestringsstrategier er vesentlig for å utvikle effektive tiltak for å forhindre overdose og overdose-død. Deltakernes risikopersepsjon er i denne studien i overenstemmelse med liknende studier. Studiens funn belyser behov for vurdering av nalokson-distribusjon til rusbrukere, og vurdering av injiserings fasiliteter. Det er behov for kontinuerlig innsats i Irland for å integrere kulturelt spesifikk forhindring av overdose i behandlingstilbud, løslatelse fra fengsel, helsetilbud for hjemløse, og nål/sprøyte utvekslingstilbud må garanteres.</p>
Frank, Matau-Gelabert, Guarino, Bennett, Wendel, Jessell & Teper, 2015.	46	<ul style="list-style-type: none"> - Overdoseerfaring -Kunnskap/ bevissthet om overdoserisiko og risikofaktorer - Flersubstansbruk 	<p>Studien antyder at mange unge ikke-medisinske opiatbrukere er utsatt for høy risiko for både dødelig og ikke-dødelig overdose. Det er et presserende behov for å utvikle innovative strategier og programmer for å forhindre overdose, for å bedre nå og hjelpe unge opiat-brukere. Forhindringsinnsats som adresserer risiko for ikke-intensjonell overdose, inkludert opiat sikkerhet og overdose reversering og nalokson distribusjon, bør bli skreddersydd og rettet mot denne gruppen.</p>
Rowe, Santos, Behar & Coffin, 2016.	172	<ul style="list-style-type: none"> - Egenopplevd overdose - Risikopersepsjon for overdose - Flersubstansbruk 	<p>Studien fant at opiatbrukere som injiserer med høy frekvens, samt eldre brukere, var mindre tilbøyelige til å oppfatte seg selv som risikoutsatt for overdose. Dette til tross for at de som injiserer mer har høyere risiko for overdose, og eldre brukere har høyere risiko for død som følge av overdose. På tross av å være etablerte risikofaktorer fantes heller ingen sammenheng mellom flersubstansbruk og HIV-status, og risikopersepsjon for overdose. Disse funnene belyser gap mellom faktiske risikofaktorer for overdose og risikopersepsjon for overdose. Studiens funn indikerer at opiat-brukere er mer klar over risikoen assosiert med bruk av opiater og alkohol, men mindre klar over risikoen forbundet med benzodiazepiner og kokain.</p>

4.1.4 Presentasjon av empiri

Studiene er differensierte blant annet når det gjelder utvalgsstørrelse, nasjonalitet, metode og setting. Samtidig er det i lys av disse studiene tydelig at en stor andel rusmiddelavhengige opplever overdose både personlig og hos andre som bruker opiater i løpet av sin rusmiddelkarriere, på tvers av nasjonalitet og setting og metodikk.

Det går frem at studiene at mellom 40 - 60 % i de forskjellige utvalgene har egenopplevd erfaring med overdose, der overdoseforekomsten også virker å øke i takt med lengden på rusmiddelkarrieren. Majoriteten av deltakerne i de forskjellige utvalgene, opptil 88 % (Rowe, Santos, Behar & Coffin, 2016), har også vært vitne til overdoser hos andre opiatbrukere, både dødelig og ikke-dødelig. Flere rapporterer også å ha tatt grep for å forhindre dødelig overdose hos andre opiatbrukere, ved blant annet administrering av nalokson og tilkalling av ambulanse (Darke & Ross, 1997). Som følge av dette fremstår risikoen for overdose som en del av rusmiddelavhengiges hverdag, der overdoserisikoen som foreligger er kjent for de rusmiddelavhengige og håndteres daglig.

4.1.4.1 Risikofaktorer for overdose

Flere risikofaktorer, både alene og i kombinasjon, representerer økt risiko for overdose blant rusmiddelavhengige. Studiene trekker frem mange forskjellige risikofaktorer der enkelte går igjen i datamaterialet.

Alder fremstår som en sentral risikofaktor, ettersom antallet overdosetilfeller virker å øke i takt med den enkeltes alder (Rossow & Lauritzen 1999; McGregor et al. 1998). Antallet år rusmidler har blitt benyttet er også forbundet med overdoserisiko, der økt lengde på rusmiddelkarriere er forbundet med økt overdoseforekomst (Mcgregor et al. 1998). Videre trekkes flersubstansbruk frem som en sentral risikofaktor i flere studier (Horan, et al. 2015; Miller, 2006; Rossow & Lauritzen, 1999; McGregor et al.1998), som vil si at rusmiddelavhengige benytter flere substanser samtidig eller sekvensielt, sporadisk eller konsekvent (Horan et al, 2015). Flersubstansbruk fremstår som utbredt blant rusmiddelavhengige som bruker opiater og forekommer som følge av flere forskjellige årsaker. Rusmidler brukes i kombinasjon blant annet for å øke intensitet og lengde på rus, men også med henblikk på virkelighetsflukt og selvmord (Zador et

al. 2001; Richert & Svensson, 2008). Det indikeres videre at det er varierende grad av kunnskap og bevissthet hos de rusmiddelavhengige knyttet til hvilke substanser som i kombinasjon utgjør en særskilt overdoserisiko (Miller, 2006; Horan et al. 2015). Det fremgår av flere av studiene at høy grad av rusmiddelavhengighet og hyppig bruk av rusmidler er forbundet med økt overdoserisiko (Rowe et al. 2016; Zador et al. 2001; Darke & Ross, 1997; Rossow & Lauritzen, 1999). Langvarig rusmiddelbruk og høy grad av avhengighet vil sannsynligvis kunne føre til mer omfattende rusmiddelbruk, eventuelt flersubstansbruk og påfølgende svekket fysisk og psykisk helse, samt svekket eller dårlig sosial fungering. Det er dermed mulig å trekke paralleller dithen at flere risikofaktorer er tilknyttet hverandre og at flere risikofaktorer i kombinasjon øker overdoserisikoen substansielt for individet.

Den rusmiddelavhengiges omstendigheter er preget av risikofaktorer, der den livssituasjon den rusmiddelavhengige befinner seg i har påvirkning på hvilken overdoserisiko som foreligger. I følge Rossow og Lauritzen (1998) var overdoser i denne studien oftere rapportert blant rusmiddelavhengige med få venner, eller venner kun tilknyttet rusmiljøet de befant seg i. Dette er i tråd med flere studier der det fremgår at rusmiddelavhengige står overfor en økt overdoserisiko blant annet som følge av manglende kontaktflate og nettverk utenom rusmiljø (Brådvik et al. 2007; Wright et al. 2005). Tilknytning til hjelpeapparat, familie og venner utenom rusmiljø kan dermed sannsynligvis bidra til å forhindre sosial marginalisering som kan medføre økt overdoserisiko. Den rusmiddelavhengiges bosituasjon er også en kjent risikofaktor for overdose (Wright et al. 2005; Helsedirektoratet, 2014). Dette støttes av flere av de aktuelle publikasjonene, der overdoser i flere tilfeller er rapportert oftere blant rusmiddelavhengige med usikker bosituasjon eller hjemløse (Rossow og Lauritzen, 1999; Miller, 2006).

Inntaksetting og inntaksmåte er også sentrale variabler tilknyttet overdoserisiko, ettersom overdoseforekomst blant annet varierer med hvorvidt den rusmiddelavhengige befinner seg i kjente omgivelser eller i omgivelser tilknyttet større grad av usikkerhet og risiko (Zador et al. 2001). Richert og Svensson (2008) fant i tråd med dette at usikkert og stressende miljø er faktorer som kan føre til at rusmiddelavhengige undervurderer risiko, og/eller en økning i risikotaking.

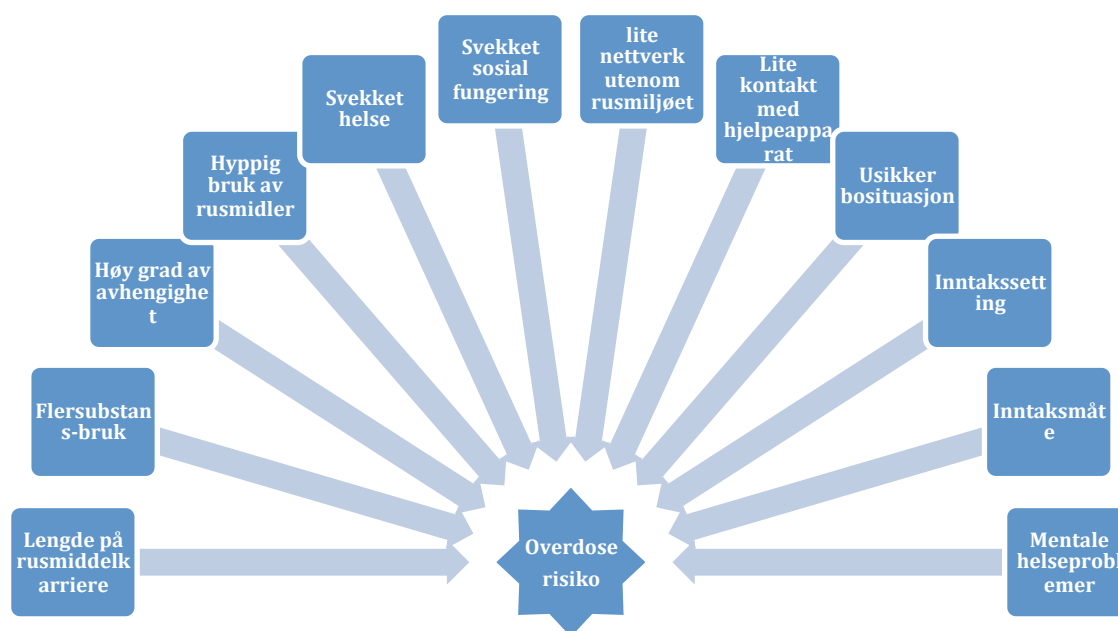
Hvorvidt den rusmiddelavhengige ved rusmiddelinntak befinner seg alene eller i andres nærvær, i privat bolig eller på offentlig plass, i tillegg til hvordan rusmidlene inntas vil dermed ha innvirkning på den enkeltes overdoserisiko, tilknyttet eventuell økt risikotaking eller nedvurdering av risiko (Zador et al. 2001; Richert & Svensson, 2008).

I tråd med Richert og Svensson (2008) konkluderer Rossow og Lauritzen (1998) med at dødelighet blant rusmiddelavhengige er innviklet i negative sirkler av risikotaking og risikoatferd, som har rot i manglende sosial funksjon og mentale problemer. Risikoatferd og risikotaking er knyttet til hvilke risikofaktorer som gjør seg gjeldende ovenfor den enkelte, og kombinasjon av flere risikofaktorer kan potensielt føre til at den enkelte tar større risiko gjennom sitt rusmiddelbruk. Det trekkes videre frem at rusmiddelavhengige med overdoseerfaring i denne studien var karakterisert av lengre rusmiddelkarrierer, alvorlig eller høyt rusmiddelbruk, og svakt sosialt nettverk, samt at disse rusmiddelbrukerene preges av liten eller ingen evne til å fungere sosialt på en arbeidsplass eller i en utdanningssituasjon. Det virker dermed som at psykososial marginalitet følger den gruppen rusmiddelavhengige som befinner seg i disse omstendighetene og at dette er en bidragsytende faktor til økt overdoserisiko (Rossow & Lauritzen, 1998; Richert & Svensson, 2008; Miller, 2006; Horan et al. 2015).

Som følge av de ovenstående avsnittene kan en legge til grunn at det risikomiljøet som preger den enkelte rusmiddelavhengiges liv og livsførsel også i stor grad påvirker den overdoserisikoen som foreligger for individet. Kombinasjonen av flere risikofaktorer medfører økt overdoserisiko, og denne økte overdoserisikoen virker å gjøre seg gjeldende i størst grad ovenfor de mest marginaliserte rusmiddelavhengige. Dette har også sammenheng med at kombinasjon av forskjellige risikofaktorer medfører varierende grad av psykososial marginalitet, og høy grad av psykososial marginalitet kan være forbundet med økt overdoserisiko. Dette er i tråd med Richert og Svensson (2008) som mener heroinoverdoser ikke kan forstås fullt ut basert på forskjellige isolerte risikofaktorer. I tillegg til å forstå de isolerte risikofaktorene finnes også et behov for å utforske rusmiddelavhengiges bevissthet omkring disse risikoene. En må med andre ord utforske hvordan rusmiddelavhengige forstår og verdsetter disse risikoene, og hvilke omstendigheter, følelser og motiver som påvirker risikotaking med tilknyttet overdoserisiko.

Figur 6 illustrerer de risikofaktorene som er nevnt i dette kapittelet, og gir et bilde på hvordan et stort antall risikofaktorer har påvirkning på den overdoserisikoen som gjør seg gjeldende ovenfor den enkelte rusmiddelbruker.

Figur 6: Illustrasjon av risikofaktorer med påvirkning på overdoserisiko, alene og i kombinasjon



4.1.4.2 Risikopersepsjon

Flere av studiene tar for seg rusmiddelavhengiges subjektive persepsjon for overdoserisiko. Funn i flere av disse indikerer at det finnes gap mellom den faktiske risikoen som finnes og den subjektivt opplevde risikoen hos rusmiddelavhengige (Darke & Ross, 1997; Rowe et al. 2016; Zador et al. 1997; Richert & Svensson 2008; McGregor et al. 1998). Dette er i tråd med at det også ble funnet en tydelig urealistisk optimisme knyttet til risikoen for overdose i flere av utvalgene (Darke & Ross, 1997; McGregor et al. 1998; Richert & Svensson, 2008).

Studiene viser at rusmiddelavhengige nedvurderer sin egen overdoserisiko, samtidig som det estimeres høy overdoserisiko for den "gjennomsnittlige" rusmiddelbruker. Darke og Ross (1997) fant i sin studie at 80% av heroinbrukere opplevde at de hadde en lav risiko for overdose og sjelden eller aldri bekymret seg for å oppleve dødelig

eller ikke-dødelig overdose i fremtiden. Dette på tross av høye overdoseforekomster i utvalget, hvor kun en mindre andel av utvalget opplevde at det var sannsynlig at de ville oppleve en fremtidig overdose. Funnene til Darke og Ross (1997) er i tråd med funnene til Mcgregor et al. (1998), der majoriteten av utvalget, på tross av høye overdoseforekomster tidligere i livet, sjelden eller aldri bekymret seg for å oppleve fremtidig overdose. Det samme utvalget estimerte at omkring 50% av heroinbrukere ville oppleve overdose i løpet av sitt liv. I denne studien var dog optimismen noe redusert blant de som nylig hadde opplevd egen overdose, noe som indikerer en viss sammenheng mellom bekymring og opplevd risiko for overdose.

I følge Darke og Ross (1997) fremgår det at risikoen for egenopplevd overdose ikke personaliseres av rusmiddelavhengige, på tross av at overdose som sådan er anerkjent som en vanlig hendelse. Flere studier fant gjennomsnittlig to overdosetilfeller per rusmiddelavhengig i utvalget (Darke & Ross, 1997; Zador et al. 2001; Horan et al. 2015). Det faktum at overdose er en relativt sjelden hendelse for heroinbrukere, kan dermed være bidragsytende til lav risikopersepsjon. Avhengig av hvor ofte en heroinbruker benytter rusmidler i løpet av en gitt periode, kan dermed to overdosetilfeller fremstå som lite, og risikoen som lav. Det er interessant i denne sammenheng at nylig erfaring med overdose heller ikke virker å øke bekymringen eller endre persepsjonen for fremtidig overdose. Den eneste indirekte indikasjonen på økt bekymring gitt av de som nylig hadde opplevd egen overdose, var høyere estimer for overdoserisiko gjeldende den ”gjennomsnittlige” rusmiddelbruker (Zador et al. 2001). Dog vist ingen direkte økning i oppfattet personlig risiko eller bekymring.

4.1.4.3 Opplevd livssituasjon

Som nevnt indikerer studiene at mellom 40-60 % i de forskjellige utvalgene har egen erfaring med overdose. Majoriteten av disse overdosene rapporteres å være ikke-intensjonelle (Rossow & Lauritzen, 1999; Zador et al. 2001; Horan et al. 2015).

I følge Richert og Svensson (2008) er ikke flertallet av overdoser rene ulykkeshendelser eller selvmordsforsøk. I følge denne studien er det vanligere at overdoser forekommer som følge av bevisst risikotaking, i blant kombinert med likegyldighet ovenfor eventuelle konsekvenser av denne risikotakingen, men uten et

uttalt ønske om å ta eget liv. Tilknyttet argumentasjonen til Richert og Svensson (2008) kan det stilles spørsmålsteget ved om det faktisk er en *bevisst risikotaking* som forekommer hos rusmiddelavhengige, eller om det heller kan beskrives som *bevisst atferd for å oppnå ønsket gevinst, med tilknyttet risiko*. Denne nyanseforskjellen er relevant når det gjelder risikoatferd tilknyttet overdose. Som nevnt utøver rusmiddelbrukere risikofylt atferd med henblikk på å oppnå visse ønskede gevinster av den gitte atferden. Risikoen som medfølger denne atferden er med andre ord ikke nødvendigvis ønsket, men den er tilknyttet den bevisste handlingen som gir ønsket gevinst. Risikoen som følger den aktuelle handlingen vurderes dermed som mindre enn de positive effektene ved den ønskede gevinsten. Dette kan sees i lys av det risikomiljø og den livsførsel som omgir de rusmiddelavhengige, der risikotaking og risiko-atferd inngår som en del av livet, og de eventuelle konsekvensene ved denne risikoen vurderes opp mot den opplevde gevinsten ved risikotakingen. Som nevnt vil omstendighetene den enkelte rusmiddelavhengige lever under påvirke risikotaking og risikoatferd, noe som igjen påvirker den overdoserisikoen som foreligger.

Flere av de analyserte studiene trekker også frem likegyldighet som et relevant begrep knyttet til overdose. Likegyldighet kan medføre at den enkelte utøver livstruende atferd som følge av at en er likegyldig til om en lever eller dør. Rossow og Lauritzen (1999) konkluderer i sin studie med at rusmiddelavhengiges deltakelse i livstruende atferd kan være et uttrykk for en tilstand av likegyldighet, og at denne formen for likegyldighet er kompatibel med håpløshet og dårlig selvtillit, og kan sees i lys av den livsstil og de levevilkår som preger de mest marginaliserte rusmiddelavhengige. Dette er i tråd med Miller (2006) sitt resonnement, der likegyldighet ovenfor døden og risikoatferd i noen tilfeller kan være en subjektiv funksjonell respons til det risikomiljø som omgir heroinbrukere.

Likegyldighet er også et begrep som trekkes frem tilknyttet intensjonell og ikke-intensjonell overdose. Brådvik et al. (2007) indikerer at intensjonelle overdoser hvor det foreligger en faktisk intensjon om å ta eget liv, er uvanlige blant rusmiddelavhengige. Dette er i samsvar med funn i flere av de presenterte studiene, der majoriteten av overdosetilfeller viser seg å være ikke-intensjonelle (Rossow & Lauritzen, 1999; Zador et al. 2001; Horan et al. 2015). Det fremstår heller som om det eksisterer en gråsoner mellom intensjon og ikke-intensjon, i tråd med Miller (2006).

Miller (2006) henviser til at heroinbrukere engasjerer seg i flere typer atferd tilknyttet selvmords-relatert atferd som inngår i denne gråsonen, og at det dermed ikke er gunstig å benytte en svart-hvitt kategorisering av hva som defineres som ikke-intensjonell overdose og intensjonell overdose. Det kan i lys av flere av de presenterte studiene virke som begrepene likegyldighet og håpløshet befinner seg innenfor denne gråsonen, og at grensene mellom hva som er intensjon og ikke-intensjon ikke nødvendigvis er presise og klare (Richert & Svensson, 2008; Miller, 2006; Rossow & Lauritzen, 1999).

Den opplevde livssituasjonen hos rusmiddelavhengige kan medføre økt risikotaking og/eller en nedvurdering av den faktiske risikoen som foreligger. Som nevnt er det tydelig i lys av flere av studier at rusmiddelavhengige undervurderer risiko og at det hos mange eksisterer en urealistisk optimisme for egen overdoserisiko (Darke & Ross, 1997; McGregor et al. 1998; Richert & Svensson, 2008). I følge Richert og Svensson (2008) vil flere faktorer kunne medføre økt risikotaking, og blant disse er en følelse av usårbarhet og likegyldighet ovenfor døden. Det fremgår dermed at de mest marginaliserte rusmiddelavhengige som befinner seg i en risikoutsatt livssituasjon og som lever under risikofylte levevilkår, i større grad er tilbøyelige til å oppleve en tilstand av likegyldighet som en subjektiv funksjonell respons til sine omstendigheter. Som følge av denne argumentasjonen vil likegyldighet kunne ansees for å være en mestringsstrategi for å håndtere de omstendigheter en befinner seg i, og kan dermed fremstå som en form for overlevelsesrespons med potensielt tilhørende høy risiko for overdose. Tilknyttet overdose vil en tilstand av likegyldighet kunne medføre at rusmiddelavhengige er tilbøyelige til å utøve atferd som øker overdoserisiko, men som på den annen side også gjør den rusmiddelavhengige i stand til å håndtere den livssituasjon individet befinner seg i.

4.1.5 Hovedfunn

Gjennom kunnskapsoppsummeringen har det kommet frem enkelte funn som fremstår som spesielt relevante tilknyttet oppgavens problemstilling og videre drøfting. Disse presenteres i tabell 5: Hovedfunn i kunnskapsoppsummeringen.

Tabell 5: Hovedfunn i kunnskapsoppsummering

Hovedfunn	
Erfaring med overdose	<ul style="list-style-type: none"> • 60-80 % av utvalgene i de inkluderte publikasjonene har erfaring med egen overdose, eller hos andre rusmiddelbrukere. • Studier fant gjennomsnittlig 2 overdosetilfeller per rusmiddelavhengig, på en 10 års periode. • Majoriteten av overdoser rapporteres å være ikke-intensjonelle
risikopersepsjon	<ul style="list-style-type: none"> • Det indikeres at det finnes gap mellom objektiv og subjektiv risikoopplevelse hos rusmiddelbrukere • Rusmiddelbrukere opplever at overdoser inntreffer med lav frekvens • Rusmiddelavhengige nedvurderer egen overdoserisiko, samtidig som de estimerer høy risiko for andre rusmiddelbrukere
Risikofaktorer for overdose	<ul style="list-style-type: none"> • Rusmiddelavhengige er i varierende grad bevisst på og har kunnskap om hvilke risikofaktorer som medfører økt overdoserisiko. • Det risikomiljø som preget den enkelte rusmiddelavhengiges liv og livsførsel vil i stor grad påvirke den overdoserisikoen som finnes • Flere kjente risikofaktorer ble nevnt i materialet, der enkelte gikk igjen; Alder, lengde på rusmiddelkarriere, inntaksmåte, inntakssetting m.fl. • Høy grad av psykososial marginalitet er forbundet med overdoserisiko • Isolerte risikofaktorer er ikke tilstrekkelig for å forstå overdoser. En må også utforske rusmiddelavhengiges bevissthet omkring disse risiki • Deltakelse i metadonprogram (LAR) virker å være en faktor som beskytter mot overdose
Mestringsstrategier	<ul style="list-style-type: none"> • Majoriteten av rusmiddelavhengige hevder å benytte strategier for å unngå overdose – bruken av disse fremstår som sporadisk praktisert. • Likegyldighet fremstår som en mestringsrespons relatert til den livsførsel og de omstendigheter som de mest marginaliserte rusmiddelavhengige fører. • Likegyldighet kan være en funksjonell respons til det risikomiljøet den enkelte befinner seg i, og kan medføre at rusmiddelavhengige "holder ut" liv preget av negativitet og håpløshet.
Bekymring	<ul style="list-style-type: none"> • Det fremgår at rusmiddelbrukere bekymrer seg i liten grad for fremtidig overdose, på tross av nylig erfaring med overdose.
Overdoserisiko	<ul style="list-style-type: none"> • Overdoserisiko personaliseres ikke, på tross av at overdose oppleves som en "vanlig" hendelse.
Likegyldighet	<ul style="list-style-type: none"> • Likegyldighet omtales som en tilstand. Det tas ikke hensyn til hvorvidt likegyldighet er dynamisk eller statisk, og hva som fører den enkelte inn og ut av "grader av likegyldighet".

4.2 Fokusgruppeintervju

I de følgende avsnittene presenteres ett fokusgruppeintervju gjort med deltakere i den risikoutsatte gruppen, herunder rusmiddelavhengige med overdoseerfaring.

Innledningsvis redegjøres det for metodiske valg og refleksjoner for datainnsamlingen. Deretter beskrives formål og bakgrunn, informantutvalg og gjennomføring av intervjuet. Videre redegjøres det for styrker og svakheter ved datainnsamlingen, etiske betraktninger samt refleksjon rund forskerens forforståelse. Etter de metodiske betraktningene gjennomgås de empiriske funnene før disse diskuteres. Til sist oppsummeres fokusgruppeintervjuets hovedfunn i tabell 7: Hovedfunn.

4.2.1 Metode og formål med datainnsamling

Formålet med å gjennomføre en egen datainnsamling er å knytte oppgavens tematikk til en lokal kontekst, og til deltakere med førstehåndskunnskap om tematikken. I den systematiske litteraturstudien (kap 4.1) er en del av litteraturen basert på datamateriale hentet fra andre land, og kontekstspesifikk empiri vil dermed bidra til å knytte studien i større grad til en norsk kontekst.

I følge Kitzinger (1995) er et fokusgruppeintervju en form for gruppeintervju som drar nytte av kommunikasjon mellom gruppedeltakere for å generere datamateriale. Gjennom gruppediskusjon er målet at deltakerne beskriver og reflekterer rundt et gitt tema, fenomen eller situasjon som er bestemt av forskeren. Metoden beskrives å være effektiv fordi den samler datamateriale fra flere intervjuobjekter samtidig, og den er spesielt gunstig med tanke på å utforske folks erfaringer og kunnskap (Kitzinger, 1995).

For denne oppgaven er formålet med fokusgruppeintervjuet nettopp å fremskaffe datamateriale om den enkelte rusmiddelavhengiges opplevelser, erfaringer og holdninger tilknyttet overdose og overdosedødsfall. Ettersom fokusgruppeintervjuet kan brukes når en ønsker å undersøke hva, hvordan og hvorfor folk tenker som de gjør, fremstår metoden derfor som en gunstig metode for å fremskaffe datamateriale som omhandler subjektive aspekter.

4.2.1.1 Informantutvalg

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført med fire deltakere, der totalt åtte individer ble forespurt om å delta. Deltakerne ble rekruttert gjennom et lokalt lavterskel hjelpetilbud, dog ingen av deltakerne er å regne som pasienter ved dette hjelpetilbudet. Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av en ansatt som forespurte aktuelle kandidater om de var interessert i å delta i fokusgruppeintervjuet på gitt dato og sted, og som informerte om at det ville foreligge kompensasjon i form av gavekort. Det eneste inklusjonskriteriet som ble satt for utvalget var at deltakerne måtte ha tilknytning til og erfaring med opiatbruk ved injeksjon, som medfører overdoserisiko.

Som følge av rekrutteringsprosessen var første kontakt mellom intervjuere og informanter den aktuelle intervjudagen. Alle deltakerne er som nevnt tilknyttet det samme hjelpetilbudet, og hadde derfor kjennskap til hverandre. Det fremgikk av intervjuet at tre av deltakerne kjente hverandre godt, og at de har tilhørt samme miljø over tid. Den siste deltakeren virket å ha mindre kjennskap til de andre, og det er mulig at dette har innvirket på hva deltakerne delte av informasjon.

Det endelige informantutvalget består av fire menn med varierende alder og bakgrunn. Alle deltakerne er rusmiddelavhengige med erfaring tilknyttet rusmiddelbruk med tilhørende overdosefare. Tabell: 6 viser en oversikt over deltakerne og utvalgte karakteristikk.

Tabell 6: Oversikt over deltakere og utvalgte karakteristikk

Navn (pseudonym)	Ole	Kjartan	Truls	Per
Kjønn	Mann	Mann	Mann	Mann
Tilknyttet LAR	X	X	X	Usikkert
Rusmiddelinntak Hovedsakelig ved <u>injisering</u> av opiater	X	X	X	
Rusmiddelinntak Hovedsakelig ved <u>røyking</u> av opiater				X
Har tidligere opplevd egen overdose	X	X	X	Usikkert
Har opplevd overdose hos andre	X	X	X	
Har ikke erfaring med overdose hos andre				X

Det gikk frem av intervjuet at minst tre av deltakerne per dags dato er tilknyttet LAR-program, men at de fremdeles benytter rusmidler i tillegg. Under intervjuet kom det

ikke frem hvilket LAR- legemiddel deltakerne inntar og en vet dermed ikke hvorvidt deltakerne benytter metadon eller buprenorfin (subutex/subuxone). Det var dog åpenbart som følge av intervjuet og hvordan deltakerne fremstod at de har erfaring med tilleggsbruk. Avhengig av hva slags legemiddel deltakerne får gjennom LAR, er det varierende hvilken overdosefare de står ovenfor.

Det er av relevans for intervjuets resultater at deltakerne fremstod som rusmiddelpåvirket i varierende grad. Som nevnt ble dette tilskrevet tilleggsbruk av rusmidler utover LAR-legemiddel. Dette bidro til å gi intervjuet en spesiell karakter, og det virket som om timingen for intervjuet kan ha vært årsak til denne utviklingen. Det fremgikk av samtaler med en ansatt ved hjelpetilbudet at deltakerne hadde fått utbetalt penger dagen før intervjuet, noe som medfører at de mye mulig hadde større tilgang på rusmidler på intervjudagen. Dette kan ha vært avgjørende for intervjuets resultater, og intervju foretatt ved en annen anledning kunne medført både økt deltakerantall og andre svar. Likevel kan det også argumenteres for at en i dette fokusgruppeintervjuet har fått tilgang på deltakere som ikke er tatt ut av konteksten en ønsker informasjon om. Disse deltakerne befinner seg i nettopp den konteksten hvor overdosefenomenet forekommer, og sitter dermed på førstehåndskunnskap om tematikken. Deltakernes rusmiddelpåvirkede tilstand kan dermed også ansees for å være en styrke ved fokusgruppeintervjuet.

4.2.1.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju karakteriseres av at deltakere seg i mellom diskuterer en tematikk som styres av en moderator (Malterud, 2012). Moderatorens rolle er å lede deltakerne inn på relevant tematikk og å oppmuntre deltakerne til å dele av sine erfaringer og opplevelser. Dialogen er ikke nødvendigvis strengt styrt, og fører til at gruppedeltakerne har forholdsvis mye frihet til å uttrykke seg. Denne formen for samtale kan bidra til at deltakerne opplever å ha en friere uttrykksform enn om samtalen styres strengt av moderatoren. Fokusgruppeintervjuet kan på denne måten tillate elementer som humor, digresjoner og historier som kan gi forskeren nyttig informasjon tilknyttet tematikken, og som i andre intervjuformer ikke ville kommet frem. Dette forekom i det aktuelle fokusgruppeintervjuet, der stemningen fremstod som lett og humor og digresjoner fremkom. Dette fremstod som en styrke ved intervjuet, ettersom denne samtaleformen kan åpne opp for innsikt i relevant tematikk

og informasjon som forskeren på forhånd ikke så relevans i eller var klar over. Samtidig kan en slik fri uttrykksform også medføre avsporing fra tematikken og lite fokus på relevant tematikk.

Et fokusgruppeintervju er avhengig av gruppedeltakere som engasjerer seg i samtalen og at alle deltakerne får mulighet til å delta. Gruppedynamikken kan bidra til utfordringer ved at en ikke får god flyt i samtalen mellom deltakerne, for eksempel på grunn av at enkelte deltakere dominerer samtalen, at moderator er tilbakeholden eller at moderator styrer intervjuet i for stor grad. Moderators rolle i denne formen for intervju er derfor særskilt viktig.

4.2.1.3 Intervjuroller: Moderator og sekretær

Fokusgruppeintervjuets karakter preges av at det er nødvendig med en moderator som både har erfaring med både metoden, gruppedynamikk og i dette tilfellet også med tematikken og brukergruppen (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervjuet ble derfor gjennomført med forskningsleder ved regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning som moderator. Vedkommende er også veileder for denne oppgaven. Med tanke på oppgavens tematikk og vedkommende sin erfaring både med fokusgruppeintervju og rusmiddelforskning ble det dermed regnet for å være en ressurs og styrke ved intervjuet at vedkommende ønsket å stille som moderator. Moderator hadde hovedstyring på fremdriften i intervjuet og var dermed den som stilte spørsmål og var ordstyrer. Forfatteren av denne studien tok rollen som sekretær, og hadde ansvar for observasjon av blant annet kroppsspråk, klima og stemning, samt å ta notater av eventuelle utsagn som potensielt ikke ville fanges på lydopptak. Sekretæren hadde også ansvar for oppfølgingsspørsmål dersom relevante tråder ikke ble fulgt opp av moderator.

Flere kilder (Thagaard, 2009; Malterud, 2012) anbefaler at det er to intervjuere til stede ved fokusgruppeintervju på grunn av antall deltakere og at det kan være vanskelig for én person å få med seg alt som foregår. For forfatteren av denne oppgaven, som skriver alene, var det dermed en ressurs at veileder bidro til å gjennomføre fokusgruppeintervjuet. Dette viste seg å være en styrke når intervjuet skulle gjennomføres, ettersom det viste seg å være en spesiell intervjusituasjon som til

tider krevde tydelig ordstyring fra moderator sin side, og at tematikken fremstod som sensitiv.

4.2.1.4 Oppmøte, oppstart og gjennomføring

Ved oppmøte på avtalt møtested var ikke alle deltakerne tilstede, og kun en av åtte interesserte deltakere var på avtalt møtested ved oppstartstidspunktet. Intervjuet ble derfor utsatt med en halvtime for å se om flere deltakere dukket opp. Da kun én ytterligere deltaker møtte opp, ble det bestemt at intervjuet likevel skulle gjennomføres med to deltakere. Etter fokusgruppeintervjuet var begynt dukket ytterligere en deltaker opp etter omkring 10 minutter. Deretter dukker ytterligere en deltaker opp 5 minutter senere. Dette resulterte i at informasjon om prosjektet og presentasjoner måtte gjøres ved tre anledninger. Alle deltakere fikk utdelt et informasjonsskriv (se vedlegg C: Informasjonsskriv) med nødvendig informasjon om hva deltakelse innebar, hvor det stod oppgitt kontaktinformasjon til både masterstudenten og veileder ved eventuelle spørsmål i etterkant av intervjuet. I tillegg ble det utdelt en kompensasjon i form av et gavekort.

Deltakerne bar preg av å være påvirket av rusmidler, noe som gjorde situasjonen uforutsigbar og krevde at moderator var tydelig med tanke på hvordan spørsmål ble formulert og til tider hvem de var rettet til. Som nevnt fremstod også tematikken som et sensitiv, noe som medførte behov for at moderator var varsom med hvordan spørsmål ble formulert i tråd med Malterud (2012). Når det gjelder ordstyring var det også nødvendig med forholdsvis tydelig ordstyring fra moderator sin side, som følge av at enkelte deltakere var mer dominerende enn andre i samtalen. Deltakerne fremstod i varierende grad som trøtte/ ”fjerne” på grunn av rusmiddelpåvirkning, og dette krevde til tider at moderator stilte spørsmål direkte til de forskjellige deltakerne og gjenopptok tråden flere ganger på samme tematikk. Deltakerne diskuterte seg i mellom til tider, men deler av intervjuet fremstod mer som et gruppeintervju der moderator styrte samtalen med tydelige spørsmål og henvendte seg med navn til den personen han ønsket svar av. Enkelte av deltakerne ”døset av” i løpet av intervjuet, men hentet seg inn igjen når de fikk spørsmål rettet direkte til seg ved navn. En av deltakerne ble i løpet av intervjuet spurt hvorvidt han orket å fullføre intervjuet eller ikke, som følge av at han fremstod som rusmiddelpåvirket og trøtt i økt grad.

4.2.1.5 Styrker og svakheter ved metoden

Lerdal og Karlsson (2008) vektlegger at fokusgruppeintervjuets styrke blant annet ligger i gruppedynamikken og at det skapes datamateriale i gruppeinteraksjon. I denne gruppeinteraksjonen finnes et potensial for at informasjon som ellers ville vært utelatt for forskeren kommer frem. For at denne formen for intervju skal fungere godt kreves både at gruppemiljøet oppleves trygt, og at det er åpenhet mellom deltakerne (Lerdal & Karlsson, 2008). I det aktuelle fokusgruppeintervjuet fremstod intervjuet til tider i større grad som et gruppeintervju, med ordstyring og direkte samtale mellom moderator og de forskjellige deltakerne. Det kan argumenteres for at dette er en svakhet ved intervjuet, ettersom en dermed kan miste noe av fokusgruppedynamikken som oppstår ved samtale og diskusjon mellom deltakere. I dette tilfellet fremstod derimot denne fremgangsmåten som gunstig, på grunn av deltakernes rusmiddelpåvirkede tilstand og at tematikken er vurdert som sensitiv og deltakerne som del av en sårbar gruppe (Malterud, 2012). Overdose og rusmiddelavhengighet kan oppleves å være sensitive tema, og deltakerne i fokusgruppeintervjuet kan antas å være i en sårbar situasjon som følge av sin livssituasjon og rusmiddelproblematikk. Det faktum at tematikken fremstår som sensitiv kan dermed ha bidratt til at deltakerne ikke ønsket eller klarte å formidle informasjon i den settingen de befant seg i under intervjuet, og det er tenkelig at enkeltintervjuer eller andre former for datainnsamling ville gitt andre resultater.

I løpet av intervjuets gang ble det tydelig at en av deltakerne var mer dominerende i samtalen enn de øvrige. Deltakeren fremstod som kunnskapsrik, og hadde mye på hjertet, noe som førte til at de øvrige deltakerne ikke kom til i samtalen i like stor grad. Dette ble moderert til en viss grad ved hjelp av direkte spørsmål fra moderator til de andre deltakerne. Det var dog tydelig at denne deltakeren ønsket å snakke om enkelte samtaleemner som ikke var direkte relevant for oppgavens tematikk. Moderator måtte dermed å bryte av og snu tematikken ved flere anledninger. Denne gruppedynamikken kan dog ha medført at gruppemiljøet ikke opplevdes som åpent og trygt, slik som det forutsettes i litteraturen (Lerdal & Karlsson, 2008). Gruppedynamikken kan på bakgrunn av dette ha vært et hinder for hvor mye informasjon de forskjellige deltakerne valgte å dele. På den annen side fremstod stemningen under intervjuet som god og samtalen var preget av humor. Det er dermed ikke sikkert at dette hadde noen særskilt påvirkning på datamaterialet.

Det at en deltaker dominerte samtalen kan potensielt også tilskrives det faktum at deltakerne var påvirket av rusmidler. Som følge av rusmiddelpåvirkning er det mye mulig at enkelte filtre og regler for samhandling og atferd faller bort, og deltakernes rusmiddelpåvirkede tilstand kan anses å være en svakhet ved fokusgruppeintervjuet. I tillegg ble intervjusettingen avbrutt ved to anledninger når nye deltakere kom til, noe som også kan ha hatt en innvirkning på datamaterialet. Det ble dog gjort en vurdering av at ytterligere deltakere ville styrke intervjuet i større grad enn deres avbrudd ville forstyrre intervjusettingen. I tillegg er det relevant at deltakerne fikk kompensasjon for sitt tidsbruk ved et gavekort, og at denne formen for kompensasjon kan ha innvirket på hva deltakerne delte av informasjon.

4.2.1.6 Ethiske betraktninger

Ved forskning som innebærer datainnsamling tilknyttet mennesker i en sårbar situasjon kreves økt sensitivitet fra forskerens side (Thagaard, 2009; Malterud, 2012). Det kreves blant annet at forskeren har et bevisst forhold til etiske problemer som omhandler forskning som involverer sårbare grupper, både med henhold til anonymisering og beskyttelse av informantene, men også når det gjelder måten informasjon behandles, tolkes og publiseres (Thagaard, 2009). Det er viktig at informantene får tydelig og forståelig informasjon om informert samtykke og eventuelle konsekvenser som kan følge deltakelse i prosjektet. Informert samtykke samt deltakernes mulighet for å trekke seg fra deltakelse i intervju og prosjekt, er viktige forskningsetiske prinsipper i følge Thagaard (2009). For å ivareta deltakernes informerte samtykke, muligheten for å trekke seg, samt og sørge for at de fikk tilstrekkelig informasjon om prosjektet ble det derfor utdelt et informasjonsskriv som kunne tas med hjem i tillegg til at det ble informert muntlig om prosjektet ved flere anledninger. Det ble krevd underskrift på et identisk informasjonsskriv (se vedlegg C) der deltakerne samtykket til deltakelse på bakgrunn av den informasjonen som hadde blitt gitt skriftlig og muntlig.

I dette studiet ble det gjort en vurdering av at deltakelse ikke innebærer risiko for at deltakerne blir skadelidende i etterkant. Dog kan spørsmål knyttet til personlige erfaringer og opplevelser i selve intervjusettingen oppleves som belastende for informanten. I et fokusgruppeintervju diskuteres også personlige opplevelser i

plenum, noe som potensielt kan forsterke vanskelige følelser knyttet til tematikken. Det at leder av fokusgruppeintervjuet hadde erfaring med metoden, rusmiddelforskning og målgruppen fra tidligere arbeid, fremstår dermed som en styrke ved intervjuet.

Et ytterligere vurderingsområde er det faktum at informantene i dette tilfellet var påvirket av rusmidler. En individ i rusmiddelpåvirket tilstand kan potensielt oppleve at grensene for informasjonsdeling forskyves, og det oppstår dermed et potensial for at det deles informasjon som en ikke ville delt i en upåvirket tilstand. Som følge av dette er anonymisering og beskyttelse av informantene essensielt. I denne sammenheng er det gjort vurderinger av at informasjon som er gitt, som kan tenkes å gjøre deltakeren skadelidende i etterkant av intervjuet ikke skal være gjenkjennbar på noen måte. Det har dog ikke vært nødvendig med særskilte hensyn i henhold til dette ettersom alle deltakerne er anonymisert og det av resultatene ikke fremgår at særskilt sensitiv informasjon er gitt i intervjuet.

4.2.1.7 Forskerens forforståelse og begrensninger ved metoden

Forskerens rolle i datainnsamling er en sentral komponent for påvirkning og utarbeiding av alt forskningsmateriale (Thagaard, 2009), og forskerens forforståelse, tilstedeværelse og tolkningsgrunnlag vil være styrende for alle avveininger og valg som gjøres gjennomgående i et forskningsprosjekt. Dette gjelder også for denne oppgaven. Uansett hvor langt en går i å søke nøytral tolkning og bearbeiding av datamateriale vil dette uansett gjøres gjennom visse ”briller”, der de erfaringer, kunnskap og bakgrunn en har vil være grunnlaget for hvordan en tolker informasjonen en sitter med i tråd med Thagaard (2009). I dette prosjektet er det dermed viktig å være klar over konteksten oppgavens skrives i, at dette er en masteroppgave i samfunnsikkerhet, samt at den skrives tilknyttet regionalt forskningscenter for rusmiddelforskning. Det er også nødvendig å være klar over at en annen forfatter av oppgaven følgelig ville kunnet tolke og bearbeide datamaterialet på en annen måte, med annet resultat. En studie vil alltid være et produkt av den forforståelse og det tolkningsgrunnlag som forfatteren har, og i en masteroppgave vil også veilederne for oppgaven bidra til å legge enkelte føringer for hvordan oppgaven utformes basert på deres forforståelse og bakgrunn.

Når det gjelder begrensninger ved datainnsamlingen for denne oppgaven er utvalgsstørrelsen, de spesielle omstendighetene ved intervjuet i seg selv og antallet intervju sentralt. Utvalget er meget lite og består kun av fire menn med tilknytning til samme område og miljø. Det er heller ingen kjønnsfordeling å snakke om, da det kun er menn som har deltatt. Dette kan ha medført at en ikke har fått dekket eventuelle kjønnsforskjeller og varierende perspektiver, samt at miljøtilhørigheten kan ha medført intern sensur i intervjusettingen. Et større og mer variert utvalg oppnådd ved gjennomføring av flere fokusgruppeintervju kunne gitt andre resultater. I tillegg fikk deltakerne honorering for sin tidsbruk og deltakelse, ved et gavekort, noe som kan ha påvirket deres motivasjon for deltakelse og den informasjonen de valgte å dele.

På bakgrunn av dette finnes det ikke mulighet for å bruke resultatene fra fokusgruppeintervjuet som grunnlag for generalisering på tvers av individer, grupper, områder eller nasjoner. Intervjuresultatene fremstår som utsagn basert på enkeltindividers erfaringer tilknyttet et sensitivt tema, og er ikke generaliserbare. Resultatene kan dog benyttes som indikasjoner på tendenser som potensielt finnes i den omtalte gruppen, og dermed som indikasjon på hva som kan være interessant å følge opp for fremtidig forskning.

4.2.2 Presentasjon av empiri

Resultatene fra fokusgruppeintervjuet presenteres i de følgende avsnittene og tar for seg følgende hovedtema; Erfaring med overdose, risikofaktorer og mestringsstrategier, brukshistorikk og opplevd dødelighet, Rus som førsteprioritet, utmattelse og livskrise, i tillegg til likegyldighet og håpløshet. Den tematiske intervjuguiden som har blitt benyttet for å innsamle følgende empiri finnes i vedlegg B.

4.2.2.1 Erfaring med overdose

Utvalget hadde variert erfaring med både egenopplevde overdoser og overdose hos andre rusmiddelavhengige. Kjartan uttrykte følgende; ”Jeg har vært på knivseggen, men det har vi alle. Som jeg sa, jeg våkna etter tre netter på baderomsgulvet. Det er bare tilfeldighetene som har sørget for at jeg har våkna”. Ole uttrykte at han hadde opplevd mange overdoser, både intensjonelle og ikke-intensjonelle, egenopplevde og hos andre rusmiddelavhengige. Han uttalte at han hadde vært nødt for å igangsette livreddende tiltak både ved hjerte lungeredning og mer ”folkelige”

gjenopplivningsmetoder flere ganger; ”Jeg har blåst liv i sikkert 25 mann. Etter hvert lærer du deg det der med å respondere, å legge merke til hva han (personen med overdose) responderer på. Av og til er det en bang på trynet som en ser er det som skal til”. Per karakteriserte seg selv som ”En av de heldige”, som verken hadde opplevd å få en egen overdose, eller å ha vært tilstede når andre hadde fått overdose. Det fremkom derimot utover i løpet av intervjuet at det kunne tenkes at han hadde hatt overdose ved ett tilfelle hvor en kamerat hadde observert at han hadde respirasjonsstans, og at kameraten da ”[...]fikk meg i gang igjen”. Denne usikkerheten om hvorvidt en har opplevd overdose eller ikke kan vitne om at det ikke nødvendigvis er så lett å skille mellom overdose og veldig tung rus.

To av deltakerne gav uttrykk for å definere overdose på tilsvarende måte som forfatteren av denne studien. Ole definerte overdose ved respirasjonsstopp; ”Det å slutte å puste er min definisjon på overdose”, noe Per gav uttrykk for at han var enig i. Dette kan vise til at deltakerne forstår overdose på samme måte som forfatteren av denne studien, som er positivt i den forstand at en har en felles forståelse av overdosetematikken.

4.2.2.2 Risikofaktorer og mestringsstrategier for overdose

Videre fremstod også deltakerne i utvalget som bevisste på flere kjente risikofaktorer for overdose. Spesielt ble farene forbundet med flersubstansbruk nevnt gjentatte ganger. Deltakerne fremstod også som bevisste på enkelte mestringsstrategier for å unngå dødelig overdose som er kjent i forskningslitteratur. Spesielt ble inntakssetting og hvorvidt en injiserer alene eller med andre tilstede nevnt, der det å ikke sette store ”skudd” alene var en vanlig strategi. Flere av deltakerne gav uttrykk for at det var vanlig å dele brukerdosen i to mindre skudd heller enn å sette ett stort, på tross av at ett større skudd for flere oppleves å gi en bedre rus. Uttalelsene om risikofaktorer og mestringsstrategier kom frem som resultat av tilsynelatende frustrasjon hos Ole, over at enkelte rusmiddelbrukere i miljøet ikke virket å få overdoser når de brukte rusmidler alene, men derimot at de fikk gjentatte overdoser ved bruk der det var andre til stede. Ole uttrykte at dette måtte være mennesker som spilte på det faktum at det var andre tilstede som kunne redde dem hvis de skulle få en overdose, og at de derfor tok større sjanser i jakten på kicket. ”[...] tydeligvis har de jo evne til å ta seg i sammen når de er på egenhånd”. Dette kan i følge Ole også ha sammenheng med en

søken etter den ultimate heroinrusen og hvor mye penger den enkelte har tilgang på.

Ole uttalte følgende;

For den ultimate heroinrusen hvis du har råd, da skal du ikke bare holde deg frisk. Hvis du har råd så skal du ikke bare ha pannen i bordet, du skal ha pannen i gulvet ikke sant. De drar den ekstra ut fordi det er andre til stede fordi de vet at de spiller på det at de kan bli redda. (Ole)

Det ovenstående kan tolkes dithen at enkelte, gitt at de har nok penger til å kjøpe tilstrekkelig mengde rusmidler i forsøket på å oppnå den ”ultimate heroinrusen” tar større risiko ved å sette større skudd når det er andre til stede, enn når en befinner seg alene. Dette indikerer at enkelte rusmiddelavhengige kalkulerer inn i sin beslutningstakingsprosess det faktum at det er andre til stede som vil kunne utføre livredning hvis en overdose skulle være resultatet.

Dette kan bety at selv hvis en egentlig er likegyldig i en viss grad, så kalkulerer man likevel med at en kan ta større risiko hvis det er andre til stede som kan utføre livredning om en overdose inntreffer. Det kan tolkes dithen at selv når en er som mest likegyldig så vil en ta mindre risiko, og sette mindre doser hvis en er alene. Tilknyttet dette uttalte Ole; ”Det begynner å bli så mange variabler. For en heroinist sin tankegang så er det alt for intrikat [...] I forhold til hvordan en heroinist sitt tankesett fungerer”. Flere av deltakerne uttalte at ”det å være frisk” var det viktigste, og at utover akkurat dette, så er det ikke så mye som oppleves å være interessant, utenom andre stoffer som eventuelt forsterker rusen. I Tråd med dette er det tenkelig at det ikke alltid forekommer noen bevisst risikovurdering tilknyttet overdose, og det er mulig at overdoserisiko ikke tas høyde for i alle sammenhenger.

4.2.2.3 Brukshistorikk, opplevd dødelighet og grunn for fortsatt bruk

Tre av deltakerne hadde i løpet av sin rusmiddelkarriere for det meste benyttet injeksjon som inntaksmåte, mens den fjerde deltakeren, Per, som regel hadde røyket heroin og injisert i mindre grad. Det fremgikk av intervjuet at deltakeren som for det meste har røyket heroin, Per, hentet ut andre gevinster av denne formen for rus enn det de øvrige deltakerne virket å gjøre. Dog hadde Per også på et tidspunkt begynt med injisering av opiater i tillegg til å røyke. Ole uttrykte følgende; ”I Norge kommer du til et punkt hvor du går over til sprøyte”. I lys av deltakernes uttalelser fremstår

injisering som en vanlig og foretrukket inntaksmåte, og røyking av heroin virket ikke å være vanlig i like stor grad. Deltakerne mente dette skyldtes at majoriteten av rusmiddelavhengige begynner med injisering av rusmidler på et tidlig stadium, og at røyking gir en annen form for rus enn injisering gjør.

Ole uttrykte at "En normal rusmiddelavhengig" ikke står i fare for å dø som følge av rent rusmiddelbruk. Han utdypet at daglige brukere av heroin har en toleranse som ikke gjør at de er like utsatt som sporadiske brukere. Det fremgår at han baserer dette på at han selv ved flere anledninger har forsøkt å sette intensjonelle dødelige overdoser, men likevel har overlevd. Han mener derfor han har en høy toleransegrense. Av intervjuet fremgår det at flere av deltakerne mener faren for å dø oppstår ved flersubstansbruk, eller når brukeren har generelt nedsatt helsetilstand, fysisk og psykisk. Ole og Kjartan diskuterte dette kort, og eksemplifiserer dette ved at faren for overdose og dødsfall øker når brukeren er utsatt for blant annet influensa og nedsatt immunforsvar.

En av deltakerne, Kjartan, uttrykte at det er to grunner for å leve et liv som går ut på å skaffe nok penger til dop; "Det ene er gammel vane, og det andre er at du er avhengig". Flere av deltakerne snakket også om jaget etter å oppnå det første kicket igjen. Kjartan uttrykte det slik; "Så er det å oppnå den der [...] det optimale skuddet igjen [...] som du satte første gangen [...] å få den der fornemmelsen igjen". Det uttrykkes av flere at jaget etter den "ultimate heroinrusen" overskygger risikoen for overdose. Det at enkelte brukere velger å ta store opiat-doser, eventuelt tilknyttet flersubstansbruk, virker å være forbundet med nettopp dette. Et aspekt som er interessant i denne forbindelse er at det som oppleves å være den ultimate heroinrusen, eller "kicket" befinner seg tett på overdosen. Ole gav uttrykk for nettopp dette; "Det er det at terskelen mellom den ultimate heroinrusen og død er så liten. Den er jævla liten". Det er i lys av dette veldig sannsynlig at enkelte setter store doser vel vitende om overdoserisikoen, men der det å potensielt oppleve en ultimat rus overskygger denne.

4.2.2.4 Rus som førsteprioritet, utmattelse og livskrise

I følge deltakernes utsagn blir heroinen (og andre rusmidler) førsteprioritet i livet, og det å få tak i nok penger til rusmidler er viktigere enn alt annet. Kjartan uttrykte at en

”Skyver alt ansvar fra seg, og heroinen er i førstesete”. Han begrunner dette med at fokuset for en rusmiddelavhengig vil være å ”bli frisk”, altså å unngå abstinenser eller bli frisk av abstinenser, eller jaget etter å få ”Den ultimate heroinrus”. Kjartan uttrykte videre at heroinen i tillegg til å gi kick og å gjøre en frisk, også legger lokk på følelser, hendelser og erfaringer; ”Det som ligger bak i sekken vår. Alt fra familie og venner, følelser og fortid [...] og det legger heroinen lokk på, så du slipper å tenke på det”. På denne måten kan en også anse bruk av opiater som en form for virkelighetsflukt.

Tider med livskriser virker å medføre økt risiko for overdose, noe alle deltakerne sa seg enige i. Det fremgikk at både fysisk og psykisk utkjørthet hos deltakerne oppleves å være bidragsytende til at overdoserisikoen øker. ”Jeg tror det har mye å si med hvordan du er fysisk, ja psyken for den saks skyld. Ernæringsmessig, hvis du er sliten, så får du fortere overdose” (Kjartan). Dette kan settes i sammenheng med at dette er en brukergruppe som fører et liv hvor fokuset hele tiden er å skaffe nok penger til rusmidler, og alle andre behov havner i bakgrunnen. I følge deltakerne er det snakk om et krevende og ofte negativt liv preget av stress.

Hvis du har negativt liv hvor du stresser 16 timer dagen for å få to halvkvartinger og ikke har råd til mat [...] du må passe på å gå her og nr 13 for å få i deg noe som helst [...]for alle dopmisbrukere vet at hvis du får 500 kr så er det en kvarting, det er ikke 450 kr og 50 i banan og brus liksom. (Ole)

I lys av utsagnet ovenfor er det tydelig at redusert immunforsvar vil være en følge av omfattende rusmiddelavhengighet. Et annet utsagn viser tydelig hvor påkjennende en rusmiddelavhengigs livsførsel kan oppleves psykisk for den enkelte;

Det er en 16 timers jobb [...] og du må gjøre ting som strider såpass mot alt du står for psykisk og moralsk. Og det syntes jeg var vanvittig hardt for psyken å måtte utføre handlinger som byr meg så midt i mot etisk og moralsk sett [...] de må jeg gjøre mange ganger hver dag for å komme frem til målet og det er de pengene til en kvarting liksom. Og, hva det gjør med [...]det gjorde hvertfall mye med min personlighet. (Ole)

Av de ovenstående avsnittene kan man lese at både psykisk og fysisk utmattelse hos rusmiddelavhengige oppleves å medføre økt overdoserisiko. Dette kan knyttes til

kjente risikofaktorer, der lengden på rusmiddelkarriere og økt alder virker å være assosiert med økt overdoserisiko. Langtids-rusmiddelbrukere er utsatt for omfattende risiko. De periodene hvor den enkelte rusmiddelavhengige opplever å ha størst overdoserisiko som følge av utmattelse og dårlig helsetilstand, kan også tenkes å være de periodene som er preget av likegyldighet eller håpløshet, som igjen kan medføre økt overdoserisiko. Om en forutsetter at rusmiddelavhengighet kan medføre eskalerende rusbruk over tid, kan en også forutsette at den enkelte ved eskalert rusmiddelbruk vil være utmattet i økt grad. Den enkelte vil ha mindre energi å ”stå i mot” med både fysisk og psykisk og potensielt havne i en negativ sirkel av rusmiddelbruk og utmattelse. Om en da ikke får noen responser i motsatt retning, noe eller noen som bidrar til å trekke en i motsatt retning, positive holdepunkter i livet, er det sannsynlig at håpløsheten og likegyldigheten vil utvikle seg, og igjen føre med seg økt overdoserisiko.

4.2.2.5 Likegyldighet og håpløshet

En av deltakerne, Per, gav uttrykk for å ha begynt med injisering i en fase av livet som var preget av negativitet. Han oppgir at han aldri hadde intensjon om å prøve heroin eller sprøyte da han først begynte med rusmidler som ung, men at det faktisk var det eneste han hadde en tanke om at han ikke ville prøve. Derimot opplevde han at dette endret seg når han hadde ”Utprøvd alt” og han uventet fikk tilgang på en sprøyte og opiater. For denne deltakeren fremstår det som om terskelen for å prøve heroin og injisering av rusmidler var lavere enn det den ellers hadde vært på tidspunktet hvor han prøvde for første gang. Han nevner at han nettopp hadde gjennomgått et brudd med en kjæreste som ikke ruset seg, og at han prøvde injisering av opiater i etterkant av dette. Per gav også uttrykk for at overgangen fra å røyke opiater til injisering skjedde uten vurderinger omkring risikoen for overdose, og han mener det kun var fokus på rus.

Slik Per forklarer situasjonen var det ingen vurdering av hvorvidt injisering av opiater representerte økt risiko for overdose eller overdosedødsfall i det øyeblikket han bestemte seg for å prøve. Han nevner at tankegangen hans snudde seg på få sekunder når han uventet fikk tilgang på en sprøyte og opiater; ”På de få sekunda fra jeg hadde lukka døra til jeg hadde kommet meg inn på rommet igjen, så [...] tankegangen hadde snudd seg”. Av denne uttalelsen er det mulig å trekke ut flere sammenfallende

risikofaktorer. Slik Per forklarer var han i en livskrise der han nettopp hadde kommet ut av et langvarig forhold med en kjæreste som ikke benyttet rusmidler. Han opplevde dermed å være ”langt nede” i tillegg til at han hadde mistet en nær kontakt som ikke var en del av rusmiljøet. Om bruddet opplevdes som en livskrise, som medførte negativitet, ønske om virkelighetsflukt eller lignende, er det tenkelig at dette kan ha vært bidragsytende til eskalert rusmiddelbruk.

Flere deltakere sa seg enige i å ta større risiko i perioder som er preget av negativitet og hvor man opplever å være utmattet. Truls sa seg enig i at han tok større risiko, han ”Gav mer faen” i perioder hvor livet opplevdes som vanskelig og han ikke opplevde å være så glad i livet. Motsatt var han mer forsiktig i perioder som opplevdes å være lettere. Deltakerne virker likevel å være enige i at en slik negativ tilstand ikke er statisk, i den forstand at den enkelte vil drive inn og ut av perioder i livet som oppleves som negative eller positive i varierende grad. Per uttrykte det slik; ”Uansett så svinger jo livet opp og ned”. Dette kan sees i sammenheng med et annet utsagn fra Ole om hva som gjør at en kommer seg ut av likegyldige og negative perioder;

At du kjører deg selv så jævlig ned at det går ikke an å komme lengre ned. Du er nødt til å nå bunn før du kan [...]gidde å mobilisere for å snu å legge deg inn [...] og gjør forskjellige grep. Du må ha brukt opp alle livliner. Du får ikke penger av familien [...]får ikke låne lenger. Pusheren er lei maset ditt. Alt sammen. (Ole)

4.2.3 Hovedfunn

Fokusgruppeintervjuet har gitt noen hovedfunn som fremstår som spesielt relevante tilknyttet oppgavens problemstilling og videre drøfting. Disse presenteres i tabell 7: Hovedfunn i fokusgruppeintervju.

Tabell 7: Hovedfunn i fokusgruppeintervju

Hovedfunn	
Erfaring med overdose	<ul style="list-style-type: none"> • Tre av fire deltakere har tidligere opplevd en eller flere overdoser selv
	<ul style="list-style-type: none"> • Minst tre av fire har opplevd en eller flere overdoser hos andre rusmiddelbrukere
Risikofaktorer for overdose	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne virker bevisste på flere kjente risikofaktorer for overdose • Det forelå en oppfatning i utvalget om at opiatbrukere ikke har høy risiko for å dø som følge av opiatbruk, på grunn av høy toleransegrense og erfaring med rusmiddelbruk.

Mestringsstrategier	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne virker bevisste på flere former for mestringsstrategier tilknyttet overdose, og benytter disse sporadisk
Bekymring	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne fremstod som lite bekymret for fremtidig overdose, eller dødsfall som følge av overdose.
Rus som førsteprioritet i hverdagen	<ul style="list-style-type: none"> • Alle fire deltakere opplever rus som førsteprioritet i dagliglivet, spesielt i perioder som oppleves som vanskelige
Årsaker til at rus oppleves som førsteprioritet	<ul style="list-style-type: none"> • Å "blir frisk" fra abstinenser • Jaget etter den "ultimate" heroinrusen • Gi kick • Legge lokk på følelser og bekymringer • Virkelighetsflukt
Utmattelse og livskrise	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne opplever at perioder preget av livskrise medfører økt overdoserisiko • De opplever også at fysisk/psykisk utmattelse medfører økt overdoserisiko • Deltakerne opplever at perioder preget av livskrise i kombinasjon med utmattelse kan medføre økt grad av likegyldighet • Graden av likegyldighet kan derfor anses å ha sammenheng med utmattelse og omstendigheter, ved livskrise og håpløshet.
Risikotaking	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne opplevde å ta større risiko i perioder preget av negativitet og utmattelse, enn i perioder som ikke var preget av dette. • Deltakerne opplevde at slike negative perioder ikke er statiske, men "livet går opp og ned", og at risikotakingen derfor også varierer.
Overdoserisiko kan ha sammenheng med	<ul style="list-style-type: none"> • Varierende grad av likegyldighet • Varierende omstendigheter og livsførsel • Livskrise • Fraværende eksplisitte risikovurderinger • Eskalerende rusmiddelbruk i omfang/hypighet

4.3. Sammenligning av hovedfunn i datainnsamling

Som nevnt har den todelte datainnsamlingen gitt innblikk i varierte perspektiver, erfaringer og synspunkter tilknyttet problemstillingen. I tabell 8 presenteres en sammenligning av hovedfunnene i de to datainnsamlingene, med den hensikt å illustrere hvor funnene samsvarer og hvor de skiller seg fra hverandre.

Tabell 8: Sammenligning av hovedfunn i datainnsamling

Hovedfunn i kunnskapsoppsummering		Hovedfunn i fokusgruppeintervju	
Erfaring med overdose	<ul style="list-style-type: none"> - 60-80 % av utvalgene i de inkluderte publikasjonene har erfaring med egen overdose, eller hos andre rusmiddelbrukere. 	Erfaring med overdose	<ul style="list-style-type: none"> - Minst tre av fire har opplevd en eller flere overdoser hos andre rusmiddelbrukere- - Tre av fire deltakere har tidligere opplevd en eller flere overdoser selv
Risikopersepsjon	<ul style="list-style-type: none"> - Det indikeres gap mellom objektiv og subjektiv risikoopplevelse hos rusmiddelbrukere - Rusmiddelbrukere opplever at overdose inntreffer med lav frekvens - Rusmiddelavhengige nedvurderer egen overdoserisiko, samtidig som de estimerer høy risiko for andre rusmiddelbrukere - Overdoserisiko personaliseres ikke, på tross av at overdose oppleves som en "vanlig" hendelse 	Risikopersepsjon	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne virker både å ignorere og nedvurdere egen overdoserisiko - Deltakerne opplever at overdoser inntreffer med lav frekvens - dødsfall som følge av overdose oppleves å inntreffe enda sjeldnere - Deltakerne virker å ha en subjektiv risikoopplevelse som ikke samsvarer med faktisk overdoserisiko
Risikofaktorer for overdose	<ul style="list-style-type: none"> - Rusmiddelavhengige er i varierende grad bevisst på og har kunnskap om risikofaktorer - Den enkeltes omgivelser og risikomiljø påvirker den overdoserisikoen som finnes - Isolerte risikofaktorer er ikke tilstrekkelig for å forstå overdoser. En må også utforske rusmiddelavhengiges bevissthet omkring disse 	Risikofaktorer for overdose	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne virker bevisste på flere kjente risikofaktorer for overdose - Det forelå en oppfatning i utvalget om at opiatbrukere ikke har høy risiko for å dø som følge av opiatbruk, på grunn av høy toleransegrense og erfaring med rusmiddelbruk.

	risiki		
Mestringsstrategier	<ul style="list-style-type: none"> - Majoriteten av rusmiddelavhengige hevder å benytte strategier for å unngå overdose – bruken av disse fremstår som sporadisk praktisert. - Likegyldighet fremstår som en mestringsrespons relatert til den livsførsel og de omstendigheter som de mest marginaliserte rusmiddelavhengige fører. 	Mestringsstrategier	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne virker bevisste på flere former for mestringsstrategier tilknyttet overdose, og benytter disse sporadisk - Blant disse var oppdeling av brukerdoser, unngå å sette store "skudd" alene, bruke rent inntaks-utstyr.
Bekymring	<ul style="list-style-type: none"> - Det fremgår at rusmiddelbrukere bekymrer seg i liten grad for fremtidig overdose, på tross av nylig erfaring med overdose. 	Bekymring	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne fremstod som lite bekymret for fremtidig overdose, eller dødsfall som følge av overdose.
Omstendigheter, Utmattelse og livskrise	<ul style="list-style-type: none"> - Høy grad av psykososial marginalitet og vanskelige omstendigheter er forbundet med forhøyet overdoserisiko - Der mange risikofaktorer gjør seg gjeldende samtidig ser en også økt overdoserisiko som følge av høy grad av psykososial marginalitet. 	Omstendigheter, Utmattelse og livskrise	<ul style="list-style-type: none"> - Alle deltakere opplever rus som førsteprioritet i dagliglivet, spesielt i perioder som oppleves som vanskelige - Deltakerne opplevde at perioder preget av livskrise medfører økt risikotaking, og dermed økt overdoserisiko - De opplevde også at fysisk/psykisk utmattelse medfører økt overdoserisiko
Likegyldighet	<ul style="list-style-type: none"> - Likegyldighet omtales som en tilstand. Publikasjonene tar ikke hensyn til hvorvidt likegyldighet er dynamisk, og hva som fører den enkelte inn og ut av denne. - Likegyldighet kan være en funksjonell respons til det risikomiljøet den enkelte befinner seg i 	Likegyldighet	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne opplevde også at perioder preget av livskrise i kombinasjon med utmattelse kan medføre økt grad av likegyldighet - Graden av likegyldighet kan derfor anses å ha sammenheng med utmattelse og omstendigheter, livskrise og håpløshet.

5. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil det innsamlede datamaterialet diskuteres ved hjelp av det teoretiske rammeverket som er presentert. Formålet er å belyse funnene gjort i det empiriske materialet ved hjelp av teori, for dermed å kunne besvare problemstillingen. Som nevnt er studiens resultater rettet mot alle med tilknytning til risikoreduserende arbeid relatert til den risikoutsatte gruppen. Dette innebærer at resultatene blant annet kan være relevant for individer som befinner seg på politisk hold, rusmiddelforskere og personell som jobber direkte i kontakt med den risikoutsatte gruppen. Oppgaven vil som følge av dette kunne ansees for å være et bidrag inn i en debatt tilknyttet videreutvikling av rusmiddelpolitikk og tiltak rettet mot reduksjon av overdoserisiko.

Oppgavens problemstilling er følgende:

”Hvilke faktorer påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose, hvordan påvirker opplevd risiko overdoserisiko og hvilke responser benyttes for å håndtere denne risikoen?”

I tillegg er det utformet følgende forskningsspørsmål

- Hva påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon?
- Hvordan påvirker risikopersepsjon rusmiddelavhengiges risiko for overdose?
- Hva er mestringsstrategiene som benyttes av rusmiddelavhengige for å håndtere risiko for overdose?

5.1 Erfaring med overdose og overdosedødelighet

Datainnsamlingen viser tydelig at majoriteten av rusmiddelavhengige har erfaring med overdoser, enten personlig eller hos andre i rusmiljøet, intensjonell eller ikke-intensjonell. Det går også frem av datamaterialet at overdose og overdoserelatert dødsfall er en kjent risiko blant rusmiddelavhengige, og at forekomst av overdose oppleves å være relativt vanlig. På tross av dette funnet viser datainnsamlingen i tillegg at rusmiddelavhengige opplever at dødsfall som følge av overdose inntreffer med lav frekvens og er usannsynlig, samtidig som kroniske opiatbrukere ikke opplever å være utsatt for høy risiko for å dø som følge av overdose. Dette kan ha sammenheng med at datamaterialet også viser at det foreligger en oppfatning blant rusmiddelavhengige av at høy toleransegrense og erfaring med rusmiddelbruk hos

kroniske brukere, og mangel på dette hos sporadiske brukere, gjør at det er sporadiske brukere som har høy risiko for å dø som følge av overdose. Kunnskap om og erfaring med risikokilden er i lys av Hovden (1981) sin teori faktorer som påvirker utforming av opplevd risiko. Funnene i datainnsamlingen virker å indikere at dette er tilfellet når det gjelder rusmiddelbruk og overdoserisiko.

Datainnsamlingen viser at rusmiddelavhengige på tross av utstrakt erfaring med overdose ikke personaliserer den overdoserisikoen som finnes. Datamaterialet kan i denne sammenhengen tolkes dithen at rusmiddelavhengige nedvurderer risiko for seg selv og dermed ikke tar inn over seg den overdoserisikoen som foreligger. Det fremgår at enkelte rusmiddelbrukere estimerer høy risiko for overdose og potensielt dødsfall som følge av overdose når det gjelder rusmiddelavhengige generelt. Dette høye estimatet av overdoserisiko oppleves derimot ikke å gjelde for en selv fordi en har en utformet risikopersepsjon som vektlegger at risikoen inntreffer først og fremst hos sporadiske brukere, at overdose inntreffer med lav frekvens og at dødsfall som følge av overdose inntreffer med enda lavere frekvens. Om dette er tilfellet vil enkelte rusmiddelbrukere oppleve å ha en risikoopplevelse som tilsier at en ikke er utsatt for høy overdoserisiko, og at den risikoen som finnes er verdt å ta sammenlignet med den gevinsten en opplever som følge av rusmiddelbruken.

5.1.1 Relativt lav overdoserisiko

Hvor stor risiko for overdose injiserende opiatbrukere fremstår å ha, vil variere med henhold til hvem som vurderer risikoen og hvilken erfaring og tilknytning den som vurderer har til risikokilden. I denne sammenhengen kan det for eksempel antas at ikke-brukere vil vurdere risikoen ved rusmiddelbruk som høyere og mer omfattende enn en kronisk rusmiddelbruker. Dette som følge av at en ikke har noen direkte tilknytning til rusmiddelbruk, i tillegg til potensiell kunnskap og viten om at rusmiddelbruk medfører mulighet for dødsfall og helseskade. For rusmiddelavhengige som har benyttet opiater over tid, kan dog risikoen fremstå som mindre av flere årsaker. Blant disse årsakene er direkte erfaring med rusmiddelbruk og derfor en direkte tilknytning til og erfaring med risikokilden, opplevd nytteverdi, samt en opplevelse av at risikoen for overdose ikke er gjeldende for en selv, og at frekvensen for overdose fremstår som relativt lav og usannsynlig. I lys av disse årsakene kan det anses som sannsynlig at enkelte rusmiddelbrukere opplever at risikoen for å få

overdose ikke er særskilt høy, og at sannsynligheten for å dø som følge av en overdose er enda mindre. Det er dog også grunn for å anta at ikke-brukere, eller individer uten noen form for tilknytning til eller erfaring med rusmiddelbruk, kan oppleve at den faktiske overdosefaren er høyere enn det den faktisk er, som følge av nettopp manglende kunnskap og erfaring med risikokilden.

Som nevnt estimeres det at det foretas mellom 3 og 6 millioner injeksjoner av opiater i løpet av et år i Norge, med 4 millioner som det mest begrunnede tallet. Det kan argumenteres for at antallet årlige overdosedødsfall, omtrent 260 i året, sammenlignet med antallet injeksjoner, fremstår som relativt lavt. Det estimerte antallet injeksjoner forekommer i en brukerpopulasjon på 8000-12000 individer (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009, Odland, 2014) og på tross av at hver av disse injeksjonene representerer potensialet for overdose og dødsfall som følge av overdose, er det relativt få ganger injeksjonen fører til overdoserelatert dødsfall. Når en ser antall individer i brukergruppen opp mot omfanget av eksponeringen for overdose fremstår dermed risikoen for å få overdose som relativt lav. Den enkelte rusmiddelbruker benytter opiater gjennomsnittlig 200 dager per år, med gjennomsnittlig antall injeksjoner på 2,5 ganger per dag, som følge av estimater gjort av Amundsen og Bretteville-Jensen (e-post, 08.2015). Dette innebærer at hver enkelt bruker injiserer rundt 500 ganger per år. I sammenheng med at det ble avdekket i kunnskapsoppsummeringen at gjennomsnittlig antall overdoser for rusmiddelavhengige er omtrent to overdoser på en 10 års periode, innebærer dette at gjennomsnittlig to av 5000 injeksjoner fører til overdose. I lys av disse tallene kan det konkluderes med at overdoserisikoen faktisk fremstår som relativt lav, og at den risikoen som finnes dermed kan nedvurderes og føre til lav opplevd risiko som følge av dette.

5.1.2. Overdødelighet blant rusmiddelbrukere

Den relativt lave overdoserisikoen kan også sees i sammenheng med at rusmiddelavhengige har høy overdødelighet sammenlignet med resten av befolkningen. Overdødelighet i denne sammenhengen innebærer at brukergruppen som sådan er utsatt for et antall risiko som har et potensial for å medføre svekket helse og økt risiko for tidlig død. Dette er i tråd med teori om risikofaktorer som

presentert tidligere, der det er tydelig at rusmiddelbrukere er utsatt for et stort antall risiki.

Det faktum at rusmiddelbrukere utsettes for flere former for risiko kan medføre at overdoserisikoen ikke fremstår som spesielt høy og faretruende sammenlignet med de andre risiki som også gjør seg gjeldende ovenfor rusmiddelbrukere. Brukergruppen er utsatt for et risikobilde som varierer i takt med de omstendigheter og den livsførsel den enkelte rusavhengig står ovenfor. Disse risikofaktorene kan medføre dødsfall eller svekket helse, og innbefatter blant annet smitterisiko knyttet til Hiv og hepatitt. Dette kan tolkes dihen at rusmiddelbrukere opplever å være utsatt for flere risiki med potensielt store konsekvenser, og at overdoserisiko dermed ikke skiller seg ut som en sentral risiko som må tas høyde for i de risikovurderinger som forekommer, blant annet som følge av at risikoen oppleves å inntreffe med relativt lav frekvens, i tillegg til at risikokilden forbindes med gevinst.

Det at overdoserisiko i lys av datamaterialet fremstår å være en risiko blant mange, kan bidra til å forklare den nedvurderingen og ignoreringen av overdoserisiko som finnes i brukergruppen på tross av at majoriteten har erfaring med overdose.

Datamaterialet kan dermed tolkes på en slik måte at overdoserisiko ikke nødvendigvis oppleves som en særskilt faretruende risiko som dermed må responderes på, ettersom rusmiddelbrukere står ovenfor flere andre risikoforhold med potensial for helseskade og tidlig død.

5.1.3. Fraværende personalisering av risiko

Den fraværende personaliseringen av risiko for overdose som fremgår av datamaterialet, kan settes i sammenheng med håndtering av utfordrende omstendigheter og livsførsel i tillegg til avhengighet.

Rusmiddelavhengiges avhengighet og bruk av opiater som følge av avhengighet, kan innebære at personalisering av overdoserisiko medfører vanskeliggjøring av fortsatt rusmiddelbruk. I lys av dette vil personalisering av risiko inneha potensialet til å øke graden av negativitet forbundet med rusmiddelbruk. Det å ikke ta inn over seg de eventuelle konsekvensene rusmiddelbruk medfører kan i lys av dette tolkes på en slik måte at manglende personalisering av risiko er en mestringsstrategi for å håndtere de

omstendigheter en befinner seg i. Ignorering av risiko for overdose kan dermed være en mestringsstrategi som muliggjør videre rusmiddelbruk uten å oppleve økt grad av negative forbindelser med bruken. På denne måten kan ignorering av risiko for overdose være en mestringsstrategi som benyttes for å håndtere livsførsel under utfordrende omstendigheter og avhengighet av risikokilden.

5.2 Mestringsstrategier, omstendigheter og likegyldighet

Datainnsamlingen viser at rusmiddelavhengige har varierende kunnskap og bevissthet om kjente risikofaktorer for overdose og mestringsstrategier for å senke overdosefaren. Det ble også funnet at mestringsstrategier praktiseres sporadisk i brukergruppen. En strategi som trekkes frem både i fokusgruppeintervjuet og kunnskapsoppsummeringen er oppdeling av brukerdoser. Det fremgår av datainnsamlingen at oppdeling av brukerdoser gjøres på tross av at ett ”ordentlig” skudd oppleves å være bedre enn to mindre. Datamaterialet kan i denne sammenhengen tolkes dithen at det i den forbindelse legges risikovurderinger til grunn for beslutningstakingen om å dele brukerdosen. Det fremstår som om denne risikovurderingen vektlegges ettersom rusmiddelbrukere i dette eksempelet bevisst velger bruks-alternativet med lavest risiko, med den hensikt å senke overdoserisikoen, på tross av at bruks-alternativet med lavest risiko også oppleves å være det ”dårligste” alternativet.

Det fremgikk også av datainnsamlingen at den sporadiske bruken av mestringsstrategier kan ha sammenheng med håpløshet og likegyldighet ettersom rusmiddelbrukere opplever å ta større risiko i håpløse og likegyldige perioder. I perioder hvor livet oppleves som ”verdt å leve”, og det finnes positive holdepunkter av forskjellige slag for den enkelte, tilsier datamaterialet at den enkelte tar lavere risiko, og søker å forhindre dødsfall og skade som følge av rusmiddelbruk. I perioder som preges i større grad av håpløshet, beskriver deltakerne i fokusgruppeintervjuet at de gir ”mer faen”, og det fremstår som om overdoserisikoen øker signifikant i nettopp disse periodene. Funn i datainnsamlingen kan dermed tolkes på en slik måte at det fremstår som om denne typen mestringsstrategier kan antas å bli brukt i større grad i perioder som bærer mindre preget av likegyldighet og håpløshet.

5.2.1 Likegyldighet som mestringsrespons

Datainnsamlingen avdekket at livsførselen til rusmiddelavhengige generelt ble beskrevet som utfordrende og preget av mye stress, negativitet og avmakt. Enkelte deltakere i fokusgruppeintervjuet uttalte at livet til tider kan oppleves som håpløst og at en ikke tas på alvor i møte med hjelpeapparat og kommune. Det beskrives også at en til tider kan oppleve at livet er håpløst i den grad at en blir likegyldig til egne omgivelser, hvilken tilstand en er i psykisk og fysisk samt hvorvidt en lever eller dør. I disse periodene beskrives rus å være det eneste som oppleves å være interessant. På bakgrunn av dette kan likegyldighet fortolkes som en form for mestringsrespons relatert til de omstendigheter og den livsførsel som preger de mest marginaliserte rusmiddelavhengige. Likegyldighet til omgivelser, atferd og hvorvidt en lever eller dør, kan dermed fremstå som en subjektiv funksjonell respons til det risikomiljø den enkelte rusmiddelbruker står ovenfor i dagliglivet, i tråd med funn i kunnskapsoppsummeringen. Dette indikerer at forskjellige grader av likegyldighet kan fungere som en mestringsrespons for individer som befinner seg i omstendigheter og har en livsførsel som medfører håpløshet og høy grad av psykososial marginalisering. Datamaterialet kan i lys av dette tolkes slik at grader av likegyldighet bidrar til at enkelte rusmiddelavhengige ”holder ut” i en ellers uholdbar livssituasjon. På den annen side viser også datamaterialet at overdoserisikoen øker i perioder der den enkelte er likegyldig til omgivelsene og hvorvidt en lever eller dør, fordi denne typen likegyldighet kan medføre økt risikotaking, blant annet ved at man ikke benytter mestringsstrategier som nevnt ovenfor. Det er dermed mulig å tolke datamaterialet dithen at likegyldighet også innebærer fravær av risikovurderinger eller vektlegging av disse, som følge av at man er likegyldig til hvilken risiko en står ovenfor og hvilke konsekvenser denne risikoen kan medføre for en selv.

I lys av datamaterialet virker likegyldighet å inntre i perioder der livet oppleves som håpløst og er preget av livskrise. Datamaterialet viser også at disse periodene preges av økt risikotaking og dermed også økt overdoserisiko. Som nevnt kan datamaterialet tolkes dithen at varierende grader av likegyldighet bidrar til at de mest marginaliserte rusmiddelavhengige håndterer og ”holder ut” livsførsel under utfordrende omstendigheter. Dette innebærer at likegyldighet kan anses for å være en mestringsstrategi, samtidig som likegyldighet også virker å bidra til økt overdoserisiko ved potensiell økt risikotaking.

Et aspekt som ingen av de aktuelle publikasjonene i kunnskapsoppsummeringen rører ved er rusmiddelavhengiges rus- og livsforløp. Flere av studiene omtaler ”en tilstand av likegyldighet”, noe som medfører at likegyldigheten fremstår som en statisk tilstand. Det kan derimot argumenteres for at likegyldighet ikke er evigvarende og statisk, men dynamisk og kontinuerlig i endring, og at det her heller er snakk om forskjellige grader av likegyldighet. I tråd med dette kan en anta at noe fører til at enkelte rusmiddelavhengige opplever å bli likegyldige i noen grad, og at noe igjen også kan medføre at rusmiddelavhengige ikke lenger opplever å være likegyldige. Hva som faktisk medfører, påvirker og endrer graden av likegyldighet vil være interessant å se nærmere på for videre rusmiddelforskning, som følge av at likegyldighet i lys av datainnsamlingen for denne oppgaven virker å være tett knyttet til overdoserisiko for de mest marginaliserte rusmiddelavhengige.

5.3 Ignorering og nedvurdering av overdoserisiko

Datamaterialet belyser at overdoserisiko undervurderes og ikke anerkjennes som en signifikant risiko for en selv, på tross av at man vurderer risikoen som signifikant for andre rusmiddelbrukere. Dette kan ha sammenheng med flere aspekter i lys av hovden (1981), der blant annet overvurdering av egne evner for å håndtere overdoserisiko, opplevd nytteverdi ved risikokilden i tillegg til foreliggende gap mellom faktisk (objektiv) overdoserisiko og opplevd (subjektiv) overdoserisiko fremstår som signifikant. I tråd med datamaterialet foreligger også en ubegrunnet optimisme knyttet til overdoserisiko, og risikoen virker å nedvurderes, neglisjeres og ignoreres i tråd med teorien om subjektiv immunitet og mistilpasning.

Årsakene til at overdoserisiko nedvurderes og ignoreres fremstår som et komplekst samspill av flere årsaker. Av disse trekkes i det følgende frem; Skjevhet ved objektiv og opplevd risiko, overdoserisiko som en ”kjent og hverdagslig” fare, svekket kognisjon, utfordrende omstendigheter og livsførsel samt skift i prioriteringer som følge av avhengighet.

5.3.1 Skjevhet ved faktisk og opplevd risiko

Datamaterialet indikerer at det oppstår en skjevhet tilknyttet faktisk risiko og opplevd risiko hos enkelte rusmiddelavhengige. Det fremstår blant annet som om gevinsten ved rusmiddelbruk ”overskygger” den risikoen som medfølger rusmiddelbruk, og at

risikoen som følge av dette tilsesettes for den opplevde gevinsten/nytteverdien som oppleves å være knyttet til rusmiddelbruk. Dette kan indikere at det foreligger en skjevhet mellom opplevd risiko og objektiv risiko, og at den faktiske objektive risikoen ikke legges til grunn for de risikovurderingene som gjøres som følge av at den ikke tas høyde for ved utforming av opplevd risiko. Opplevd risiko påvirker i tråd med Hovden (1981) den risikoatferd som utøves av den enkelte rusmiddelbruker, og hva slags og i hvilken grad risikoatferd utøves av rusmiddelavhengige vil være relevant for i hvilken overdoserisiko som gjør seg gjeldende for den enkelte. Datamaterialet kan i denne sammenheng tolkes dithen at foreliggende skjevhet mellom opplevd risiko og objektiv risiko kan føre til at den enkelte rusmiddelbruker utøver risikoatferd på bakgrunn av en ”feilaktig” eller skjev risikopersepsjon.

5.3.2 Risiko som en ”kjent og hverdagslig” fare

Risiko for overdose og overdosedødsfall fremstår i lys av datamaterialet som en ”kjent og hverdagslig” fare for mange rusmiddelavhengige. Dette gjelder særskilt for den gruppen rusmiddelavhengige med høy overdoserisiko og med tungt rusmiddelbruk. I tråd med teorien om subjektiv immunitet er det slik at fare som vi utsettes for ofte i dagliglivet ignoreres av flere grunner. Som nevnt estimeres det at den enkelte rusmiddelbruker injiserer omkring 500 ganger per år. Dette innebærer at dermed at en utsettes for overdoserisiko hver gang en injiserer, og overdoserisiko kan dermed antas at oppleves som en kjent fare.

Det fremgår av litteratur at frekvensen for overdoser hos injiserende opiatbrukere er omtrent 2 overdoser over en 10 års periode (Darke & Ross, 1997; Zador et al. 2001; Horan et al. 2015). Ved å se denne overdose-frekvensen i sammenheng estimatet på hvor mange ganger den enkelte rusmiddelavhengige vil injisere rusmidler i løpet av en 10-års periode, omtrent 5000, kan en underbygge en antakelse om at rusmiddelavhengige opplever at overdose og overdosedødsfall inntreffer med lav frekvens og at overdoserisikoen dermed fremstår som lav for kroniske brukere. Om en legger de nevnte tallene til grunn, inntreffer overdose omtrent 2 ganger per 5000 injiseringer. Hvorvidt dette oppleves å være en høy eller lav risiko, avhenger av individet som vurderer risikoen. I tråd med datamaterialet indikeres det dog at risikoen oppleves å være lav, og at den ignoreres og nedvurderes som følge av at den er en ”vanlig og hverdagslig fare” med tilhørende lav frekvens, i tråd med teorien om

subjektiv immunitet.

Videre vil den enkeltes kunnskap og evner til å påvirke eller håndtere risikoen være en faktor med innvirkning på hvilken risiko en opplever at foreligger. Om en opplever å ha evne til å håndtere risikoen som følge av for eksempel kunnskap og erfaring, vil en også ofte oppleve nedvurdering av risiko. Rusmiddelbrukere med lang rusmiddelkarriere kan i denne sammenheng tenkes å vurdere seg selv som kapable i større grad enn uerfarne brukere, til å håndtere den risikoen som medfølger rusmiddelbruket. Funn i datamaterialet indikerer dermed at enkelte rusmiddelavhengige på bakgrunn av erfaring og kunnskap, og dermed en opplevelse av høy påvirkning og evne til å håndtere overdoserisiko også vil nedvurdere eller ignorere den eksisterende overdoserisikoen.

På bakgrunn av teoriene om mistilpasning og subjektiv immunitet kan datamaterialet tolkes dithen at underestimering og neglisjering av personlig risiko for overdose trer i kraft hos enkelte rusmiddelavhengige. I tråd med Douglas (1985) sin argumentasjon gjelder dette særskilt for den gruppen rusmiddelbrukere med høyest overdoserisiko (rusmiddelavhengige med tungt og omfattende opiat og flersubstansbruk). For den risikoutsatte gruppen er rusmiddelbruk å regne som en kjent aktivitet, den enkelte rusmiddelbruker opplever å kunne håndtere risikoen, i tillegg til at overdose oppleves å forekomme med lav frekvens. Alle disse faktorene er medvirkende til at overdoserisiko potensielt ignoreres og undervurderes av den enkelte i brukergruppen. Subjektiv immunitet kan på denne måten bidra til å forklare hvorfor risiko for overdose ignoreres. Samtidig kan datamaterialet også tolkes dithen at subjektiv immunitet kan være bidragsytende til forhøyet overdoserisiko for enkelte rusmiddelbrukere, som følge av at subjektiv immunitet medfører fravær av implementering av mestringsstrategier og responser for å redusere risiko.

5.3.3 Svekket kognisjon

Som nevnt er det mulig at den påvirkning rusmiddelbruk kan ha på kognitiv funksjon for enkelte rusmiddelavhengige vil ha innvirkning på utforming og vektlegging av risikopersepsjon. Kognitive svekkelser kan påvirke blant annet beslutningstaking og emosjonell kontroll. Sentrale symptomer på denne typen svekkelse er også redusert sensitivitet i forhold til fremtidige konsekvenser, vansker med å ta beslutninger, tillegg til vanskeligheter med å undertrykke responser og evaluering av fremtidig

konsekvenser. Det indikeres i tillegg at individer med svekket kognitiv funksjon kan oppleve preferanse for mindre, kortsiktige belønninger fremfor større fremtidige belønninger (Hagen et al. 2016). I lys av de symptomene kognitive svekkelser kan medføre for den enkeltes kognitive funksjon virker det dermed sannsynlig at denne typen svekkelser påvirker utforming av risikopersepsjon, gjennomføring av risikovurderinger, samt hvordan disse aspektene vektlegges ved beslutninger knyttet til overdoserisiko.

En kan tolke dette dithen at denne typen endringer ved kognitiv funksjon er avgjørende for hvordan den enkelte rusmiddelbruker tenker, opplever og vurderer risiko, og hvorvidt risikovurderinger og opplevd risiko tillegges vekt i beslutningstaking. Det er også mulig at disse kognitive endringene innebærer påvirkning på utforming av risikopersepsjon og gjennomføring av risikovurderinger på en måte som medfører økt overdoserisiko på grunn av endret risikoatferd.

Det finnes også et potensial for at enkelte kognitive endringer kan medføre økt risikotaking eller fravær av ønske, evne eller vilje til å benytte aktuelle strategier for risikoreduksjon. Kognitiv svekkelse kan på denne måten medføre signifikante endringer i hvilken risikoopplevelse den enkelte rusmiddelbruker har tilknyttet overdoserisiko, samt hvordan denne vektlegges ved beslutninger tilknyttet overdoserisikoen. I tillegg er flere av symptomene på kognitiv svekkelse avgjørende i relasjon til gjennomføring av rusmiddelbehandling. Disse symptomene, som virker å vanskeliggjøre rusmiddelbehandling, kan i tillegg være av relevans for perioden etter avrusning og behandling, ettersom disse kognitive endringene i følge Hagen et al. (2016) også er til stede etter seks måneders avholdenhet. Tatt i betraktning at overdoserisiko øker signifikant i tiden rett etter behandling (Ødegård et al. 2010; Ravndal & Amundsen 2009) er det tenkelig at kognitiv svekkelse bidrar til forhøyet overdoserisiko (i kombinasjon med andre faktorer som lav toleransegrense) samt endringer ved risikopersepsjon.

5.3.4 Skift i prioriteringer

Rusmiddelavhengighet medfører i tråd med datamaterialet at brukeren opplever et skift i prioriteringer der det å skaffe rusmidler fremstår som førsteprioritet i dagliglivet. I tillegg kan eventuell psykososial marginalisering og kognitive

forandringer påvirke prioriteringer og livsførsel. Denne typen endringer er sannsynlig at har innvirkning på risikopersepsjon i tråd med figur 1. Rusmiddelavhengige kan dermed oppleve å ha andre behov, motiver og tankeprosesser enn ikke-brukere som følge av sin avhengighet. I tråd med Hovden (1981) sin argumentasjon er det dermed tenkelig at rusmiddelavhengige godtar en annen kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens relatert til overdoserisiko, enn hva ikke-brukere opplever som akseptabelt. Rusmiddelavhengige kan dermed potensielt klassifiseres innen Hovdens (1981) kategori; ”de vågale”, med tanke på at sannsynligheten for at en overdose inntreffer oppleves som lav og gevinsten ved aktiviteten oppleves som høy. I tillegg er det mulig at rusmiddelavhengige vektlegger å oppnå opplevelsen av rus eller oppnådd fravær av abstinenser i en slik grad at potensielle konsekvenser ved rusmiddelbruken ikke oppleves som signifikant. Videre kan den enkeltes opplevelse av å ha høy toleransegrense for rusmidler, erfaring med mengde, inntaksmåte og lignende, medføre at en opplevelse av å ha ferdigheter, kontroll eller påvirkningskraft på situasjonen. Dette er aspekter som potensielt kan medføre at overdoserisikoen fremstår som liten, håndterlig og usannsynlig.

5.3.5 Omstendigheter og livsførsel

Faktorer med påvirkning på den enkeltes risikopersepsjon varierer avhengig av individets omstendigheter, bakgrunn og erfaringer. Når det gjelder de omstendigheter rusmiddelavhengige befinner seg i, er dette i flere tilfeller omgivelser som står i kontrast til de omgivelser ikke-brukere befinner seg i. Særlig rusmiddelavhengige med lang rusmiddelkarriere og tungt rusmiddelbruk preges av psykososial marginalitet hvor faktorer som manglende sosial fungering, manglende deltakelse i yrkesliv eller studier, dårlig helse, i tillegg til potensialet for ustabil bosituasjon og manglende kontaktflate utenfor rusmiljøet. Denne gruppen møter som resultat av dette også andre reaksjoner, krav og oppfatninger fra sine omgivelser, hjelpeapparat og samfunnet som sådan, enn hva ikke-brukere gjør. Når dette er tilfellet vil rusmiddelavhengige oppleve omstendigheter som står i kontrast til de omstendigheter ”folk flest” opplever. I tråd med den teorien som er presentert innebærer dette at rusmiddelavhengige har et annet grunnlag for utforming av risikopersepsjon enn ikke-brukere. Tilknyttet overdoserisiko er det sannsynlig at dette også vil medføre at den enkelte rusmiddelbruker har en annen risikoopplevelse enn ikke-brukere tilknyttet overdoserisiko. Opplevd risiko har som nevnt på virkning på de holdninger og den

atferd som utøves tilknyttet risiko, noe som bidrar til å forklare eventuelle andre vurderinger, atferd og holdninger som finnes i brukerpopulasjonen, sammenlignet med ikke-brukere. Opplevd risiko, utformet på bakgrunn av varierende omgivelser, erfaringer og personlige forutsetninger, vil dermed også bidra til risikoatferd og holdninger til risiko som reflekterer denne risikoopplevelsen. På denne måten kan utforming av risikopersepsjon medføre atferd og holdninger som resulterer i økt grad av risiko for den enkelte, og som reproduseres gjennom at atferd og holdninger igjen har påvirkning på faktorer som bidrar til kontinuerlig utforming av risikopersepsjon.

5.3.6 Affekt og risikopersepsjon

Datamaterialet kan tolkes på en slik måte at det virker som om rusmiddelavhengige opplever en sterk kobling mellom positive følelser og bruk av rusmidler som følge av flere årsaker. Blant disse årsakene er blant annet selve rusopplevelsen samt fysisk og psykisk avhengighet. Forutsatt at dette er tilfellet, og at det faktisk knyttes positive følelser til rusmiddelbruk, kan det antas at dette fører til at den tilhørende overdoserisikoen (og potensielt andre risiki) vurderes til å være lav og fordelene ved bruken som høy. De følelsene den enkelte har tilknyttet rusmiddelbruk vil dermed være bidragsytende til den risikoopplevelsen som foreligger tilknyttet risikokilden.

Det er som nevnt slik at følelser kan bidra til atferd, beslutninger og vurderinger, som avviker fra det en mener er korrekt kognitivt sett (Loewenstein et al. 2001). Dette indikerer at rusmiddelavhengige på bakgrunn av positive følelser assosiert med rusmiddelbruk kan gjøre risikovurderinger og ta beslutninger som avviker fra de beslutninger og vurderinger en ville tatt ved en ren kognitiv prosess uten følelsesmessig innvirkning. Rusmiddelavhengige kan dermed gjøre kognitive vurdering som tilsier at risikoen knyttet til bruk av rusmidler er tilstedeværende, og at risikoen for overdose og/eller dødsfall som følge av overdose, er signifikant. På den annen side kan det også gjøres en emosjonell vurdering som avviker fra den kognitive, og som potensielt er raskere enn den kognitive, der en kommer til en beslutning om å benytte rusmidler blant annet som følge av de emosjonelle positive koblingene individet har til rusopplevelsen.

Hvis en legger til grunn at rusmiddelbruk er forbundet med positive følelser er det sannsynlig at kognitive vurderinger av risiko ikke nødvendigvis tillegges stor vekt i

beslutningstaking, men at de emosjonelle vurderingene er bestemmende. Dette kan videre knyttes til det risikomiljø en lever i, og eventuelle opplevelser av håpløshet og likegyldighet. I tilknytning til at rusmiddelbruk virker å være preget av positive følelser, er det mulig at en grad av likegyldighet potensielt medfører økt risikotaking hos enkelte individer, som følge av likegyldighet kan medføre fraværende vektlegging av risikovurderinger og beslutninger basert på kognitiv risiko. Med andre ord vil rusmiddelbruk tilknyttet affektive beslutninger i kombinasjon med likegyldighet hos rusmiddelavhengige potensielt medføre økt risikotaking som følge av at kognitive vurderinger ikke nødvendigvis vektlegges ved beslutninger tilknyttet rusmidler.

5.3.7 Bekymring og risikopersepsjon

Bekymring brukes til en viss grad som mål på risikopersepsjon, noe som også er tilfellet for enkelte publikasjoner inkludert i kunnskapsoppsummeringen i denne studien (Darke & Ross, 1997; Mcgregor et al. 1998; Zador et al. 2001; Horan et al. 2015). Det fremgår av datamaterialet at bekymring for overdose og risikopersepsjon ikke er direkte sammenkoblet, og at bekymring ikke er et godt mål på risikopersepsjon, i tråd med Sjöberg (1998). Datamaterialet viser blant annet funn som indikerte liten endring i bekymringsgrad rett etter nylig overdose hos rusmiddelavhengige. Dette indikerer at overdose enten ikke oppleves som en sensorisk truende risiko, og dermed ikke medfører bekymring, eller at risikoen fornektes i følge Sjöberg (1998). At overdose ikke oppleves som sensorisk truende kan potensielt ha sammenheng med at tung rus og overdose beskrives som å befinne seg ”i nærheten av hverandre”, og at denne tunge rusen for enkelte er et mål å oppnå. Tung rus kan i følge datamaterialet innebære at en driver inn og ut av bevissthet, uten at en har en overdose. Årsakene for den svake sammenhengen mellom bekymring og risikopersepsjon som Sjöberg (1998) argumenterer for, kan som nevnt være assosiert med eksistensen av risikofornektelse der den enkelte kan oppfatte at overdoserisikoen er til stede, men likevel fornekte den. Datamaterialet kan her tolkes dithen at risikoen fornektes slik at individet skal kunne fortsette å benytte rusmidler, i kraft av positive affektive koblinger og avhengighet.

5.3.8 Fravær av eksplisitte risikovurderinger

Funn i datamaterialet kan tolkes dithen at rusmiddelavhengige ikke nødvendigvis foretar noen eksplisitte risikovurderinger knyttet til injisering av opiater. Fraværet av eksplisitte risikovurderinger knyttet til injisering av opiater kan ha sammenheng med

at bruk av rusmidler oppleves å være førsteprioritet for rusmiddelbrukeren av flere årsaker, og at rusmiddelbruken er knyttet til gevinster som verdsettes i den grad at eventuell risiko ved rusmiddelbruken ignoreres. Richert og Svensson (2008) mener overdoser forekommer som følge av bevisst risikotaking, i blant kombinert med likegyldighet ovenfor eventuelle konsekvenser av denne risikotakingen, men uten et uttalt ønske om å ta eget liv. Det fremgår derimot av denne studien at det ikke nødvendigvis er en *bevisst risikotaking* som forekommer hos rusmiddelavhengige, men derimot *bevisst atferd for å oppnå ønsket gevinst, med tilknyttet risiko*. Denne nyanseforskjellen er signifikant, når det gjelder overdose ettersom det her fremgår at den opplevde gevinsten ved atferden (rusmiddelbruken) medfører at risikoen ikke vektlegges i særlig grad. Dette kan bidra til å forklare fraværet av eksplisitte risikovurderinger hos rusmiddelbrukere med høy grad av avhengighet.

Samtidig kan en også tolke datamaterialet dithen at ignorering og nedvurdering av den risikoen som medfølger rusmiddelbruk, og dermed et fravær av eksplisitte risikovurderinger, er en form for mestringsstrategi. Nedvurdering og ignorering av risiko vil i denne sammenheng bidra til fortsatt bruk av rusmidler uten at brukeren opplever negativ affekt koblet til rusmiddelbruken, deriblant redsel eller uro knyttet til mulighet for overdose eller overdosedød. En er med andre ord klar over risikoen som medfølger rusmiddelbruk, men denne risikoen ignoreres og tas ikke høyde for ettersom rusmiddelbruket representerer gevinst i en slik grad at den medfølgende risikoen håndteres ved at den nedvurderes og ignoreres blant annet på bakgrunn av den avhengigheten en opplever

5.4 Helhetlig livssituasjon og påvirkende enkeltfaktorer

Datamaterialet kan tolkes dithen at visse faktorer øker muligheten for utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon på en slik måte at risikoen oppleves å være neglisjerbar og kan ignoreres, og at dette har potensialet for å medføre økt overdoserisiko blant annet som følge av økt risikotaking og risikoatferd. Det fremstår samtidig som om disse faktorene ikke kan sees separat fra den rusmiddelavhengiges liv som helhet, ettersom det nettopp forekommer et komplekst og gjensidig samspill mellom flere faktorer, og at det er dette samspillet som utgjør den overdoserisikoen som faktisk gjør seg gjeldende.

Kunnskapsoppsummeringen viste at det er et skille mellom studier som legger vekt på isolerte enkeltvariabler og vektlegger disse som årsak/forklaring på overdoserisiko, i kontrast til studier som i større grad fokuserer på helheten i den rusavhengiges livssituasjon. Risikofaktorer for overdose fremstår i lys av datainnsamlingen å miste noe av sin forklaringskraft når de vurderes separat fra den rusmiddelavhengiges livssituasjon som helhet, som følge av at det fremstår å være det gjensidige samspillet og påvirkning mellom et antall faktorer som utgjør den risikoen som foreligger for den enkelte. Dette er i samsvar med Richert og Svensson (2014) som mener at en ikke kan forstå overdoser basert på forskjellige isolerte risikofaktorer. I tillegg til å forstå de isolerte risikofaktorene finnes et behov for å utforske rusmiddelavhengiges bevissthet omkring disse risikoene. En må med andre ord utforske hvordan rusmiddelavhengige forstår og verdsetter disse risikoene, samt hvilke omstendigheter, følelser og motiver som påvirker risikotaking tilknyttet overdoserisiko. Dette er et argument for at isolerte risikofaktorer ikke bør separeres fra rusmiddelbrukeres omgivelser og livsførsel, følelser og motiver i rusmiddelforskning, men at en må se risikofaktorer i sammenheng for å kunne si noe om overdoserisiko og hvordan denne oppstår, utformes, endres og håndteres.

I tråd med datamaterialet er det heller ikke slik at verken overdoserisiko eller risikoopplevelse er statiske konsept, men heller at dette er aspekter i kontinuerlig endring. Datamaterialet kan dermed tolkes dithen at det finnes en sammenheng og et samspill mellom de to, og at overdoserisiko derfor høynes eller senkes avhengig av endringer i risikopersepsjon og opplevd risiko, og omvendt. Rusmiddelavhengigs risikopersepsjon er på denne måten signifikant for den overdoserisiko som gjør seg gjeldende ovenfor den enkelte, i tillegg til forsøk på reduksjon eller endring i denne risikoen. Dette innebærer også at generering av kunnskap tilknyttet hva som påvirker og endrer utforming av risikopersepsjon i tillegg til hvilke implikasjoner risikopersepsjon har i relasjon til spesielt risikable konsekvenser og følger av rusmiddelbruk, vil være gunstig for videreutvikling og implementering av risikoreduserende tiltak ovenfor den risikoutsatte gruppen.

6. Avsluttende betraktninger

Den ovenstående diskusjonen illustrerer at overdose som fenomen og risikopersepsjon som konsept er komplekst og sammensatt. Dette innebærer også at begrepene sett i sammenheng utgjør en mangefasettert materie. Gjennom diskusjonen er det gjort et forsøk på å belyse oppgavens problemstilling ved hjelp av teori og innsamlet datamateriale, med den hensikt å kunne gi et begrunnet svar på problemstillingen.

Som nevnt tar oppgaven utgangspunkt i følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

”Hvilke faktorer påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose, hvordan påvirker opplevd risiko overdoserisiko og hvilke responser benyttes for å håndtere denne risikoen?”

Forskningsspørsmål:

- Hva påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon?
- Hvordan påvirker risikopersepsjon rusmiddelavhengiges risiko for overdose?
- Hva er mestringsstrategiene som benyttes av rusmiddelavhengige for å håndtere risiko for overdose?

6.1 Risikopersepsjon, overdoserisiko og mestringsstrategier

I lys av denne studien påvirkes utformingen av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon av flere faktorer. Figur 1 fremstår som en god illustrasjon på kompleksiteten ved opplevd risiko og gir et bilde av de aktuelle påvirkende faktorene. Det illustreres her at både egenskaper ved personen, samfunnet, risikokilden, erfaringer og objektiv risiko innvirker på utformingen risikopersepsjon. Dette innebærer at den opplevde risiko den enkelte rusmiddelavhengige innehar, er et helhetlig samspill av faktorer som også er i kontinuerlig endring. Den enkeltes risikopersepsjon er dermed ikke statisk og endelig, men et produkt av den enkeltes omgivelser, livsførsel, holdninger og atferd, og kan dermed variere.

På bakgrunn av at risikopersepsjon utformes av et antall faktorer i samspill, og at risikopersepsjon derfor er i kontinuerlig endring, kan det argumenteres for at en helhetlig tilnærming til rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdoserisiko er gunstig. En helhetlig tilnærming, der en tar høyde for aspekter som omstendigheter og

livsførsel, bevissthet, erfaringer, meninger og opplevelser vil medføre at en kan utforme og implementere risikoreducerende tiltak basert på et helhetlig og i større grad nyansert og informert utgangspunkt. Ved å fokusere på isolerte risikofaktorer utelukkes det komplekse samspillet mellom faktorer, og en tar dermed ikke høyde for de resultatene som kommer av at flere faktorer virker inn samtidig. Ved å ta utgangspunkt i isolerte risikofaktorer kan en risikere å rette oppmerksomheten mot faktorer som ikke i seg selv gir forklaringsgrunnlag for verken utforming av opplevd risiko eller hvordan den enkelte opplever risiko eller agerer ovenfor overdoserisiko.

Når det gjelder den enkelte rusmiddelbruker sin risikopersepsjon og hvordan denne påvirker risiko for overdose, fremstår det i lys av denne studien som om risikopersepsjon kan påvirke overdoserisiko både slik at risikoen for overdose senkes, men også slik at den øker. Dette virker også å ha sammenheng med de helhetlige omstendighetene den enkelte rusmiddelbruker befinner seg i, livsførsel, bevissthet om risikofaktorer samt hvordan rusmiddelavhengige forstår og verdsetter disse risikoene, i tillegg til hvilke følelser og motiver som påvirker risikotaking tilknyttet overdoserisiko. Risikopersepsjon og opplevd risiko innvirker på den enkeltes risikoatferd og holdninger til risiko, og det er dermed mulig å tolke datamaterialet i denne studien på en slik måte at utformet risikopersepsjon kan medføre økt eller redusert grad av risikotaking i tillegg til holdninger som medfører at den enkelte utsetter seg selv (og potensielt andre) for høyere overdoserisiko. På bakgrunn av dette kan risikopersepsjon anses for å være sentralt for den overdoserisiko som gjør seg gjeldende ovenfor den enkelte rusmiddelbruker.

I denne studien går det frem av analysen at rusmiddelbrukere er bevisst på og benytter mestringsstrategier for reduksjon og håndtering av overdoserisiko i varierende grad. Det går også frem av studien at rusmiddelbrukere både kan oppleve ignorering av risiko, risikofornektelse og grader av likegyldighet som mestringsresponser tilknyttet de omgivelsene og det risikomiljø de befinner seg i.

Det fremgår også av studien at både ignorering av risiko og likegyldighet kan medføre økt overdoserisiko. Samtidig virker disse aspektene også å være muliggjørende for fortsatt rusmiddelbruk ved at de bidrar til en form for håndtering av risiko, inkludert overdoserisiko, som medfølger dette bruket. Selve avhengigheten av rusmidler virker

her å være sentral, ettersom rusmiddelbruk for rusmiddelavhengige kan antas å oppleves som frivillig i liten grad. Avhengigheten og rusmiddelbruken fremstår som førsteprioritet for rusmiddelavhengige, og datamaterialet viser at nytteverdien eller gevinsten ved bruken oppleves som så stor at risikoen som følger med kan ignoreres og nedvurderes. Denne nytteverdien (gevinsten) inkluderer blant annet aspekter som fravær av abstinenser, rusopplevelse og virkelighetsflukt. I lys av diskusjonen fremstår det også som om avhengighetsaspektet får større innvirkning for den enkelte rusmiddelbruker i perioder som oppleves som spesielt vanskelige. Med andre ord oppleves rusmiddelbruk som førsteprioritet i større grad, at rus oppleves å være det eneste fokuset, i perioder der livet preges av å være håpløst, og en potensielt er preget av en grad av likegyldighet. Dette indikerer at rusmiddelbruk kan beskrives som bevisst atferd for å oppnå ønsket gevinst eller nytteverdi, med tilknyttet risiko. Om en legger dette til grunn stemmer det ikke at rusmiddelbrukere foretar bevisst risikoatferd, men heller at risikoen er medfølgende en bevisst atferd rettet mot oppnåelse av en ønsket gevinst. Risikoen i seg selv er dermed ikke nødvendigvis ønsket eller oppleves å være sentral tilknyttet den atferden som utføres.

Risikofornektelse, ignorering av risiko og en grad av likegyldighet til omgivelsene fremstår i lys av dette som mestringsstrategier som tillater fortsatt gevinstsøkende atferd uten at den enkelte opplever ubehag forbundet med at denne atferden er tilknyttet overdoserisiko. Det virker også som om disse aspektene varierer i henhold til de omstendigheter den enkelte befinner seg i, og at mestringsstrategiene kan gjøre seg gjeldende i større grad dersom den rusmiddelavhengige opplever å forholde seg til særlig vanskelige levekår.

Som svar på oppgavens problemstilling viser de foregående avsnittene at et mangfold av faktorer påvirker utforming av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose. I tillegg viser de at risikopersepsjon kan påvirke overdoserisiko slik at risikoen økes eller senkes avhengig av den enkelte rusmiddelbruker sine omstendigheter og livsførsel. I tillegg fremgår det også at både ignorering og nedvurdering av risiko, sammen med forskjellige grader av likegyldighet kan fremstå som subjektive funksjonelle responser for å håndtere den overdoserisikoen som foreligger.

6.2 implikasjoner for videre forskning

Rusmiddelavhengighet, overdoserisiko og risikopersepsjon, virker å være både en kompleks og sammensatt tematikk i lys av denne studien. Dermed er det flere aspekter som med fordel kan tas opp og videreutvikles gjennom fremtidige forskningsprosjekt.

Studiens funn, analyse og konklusjoner indikerer at ytterligere forskning på rusmiddelavhengiges risikopersepsjon for overdose vil være viktig tilknyttet videreutvikling av arbeid rettet mot risikoreduksjon for rusmiddelavhengige. Denne typen kunnskap kan vise seg å være avgjørende for arbeid rettet mot endring i og reduksjon av risiko og risikoatferd tilknyttet rusmiddelbruk og vil antakelig være relevant i sammenheng med utforming av tiltak for å redusere antall overdosedødsfall i Norge. Hvordan opplevd risiko utformes og påvirker overdoserisiko er dermed et sentralt tema for videre forskning. I tillegg er generering av kunnskap tilknyttet bruk av ekstern stimuli og avhengighet som sådan, og hvordan disse aspektene innvirker på den enkeltes risikovurderinger og risikopersepsjon relevant.

Likegyldighet og dette aspektets påvirkning på overdoserisiko er i lys av denne studien av særskilt interesse for fremtidig forskning. Likegyldighet fremstår som et aspekt med innvirkning på både den opplevde overdoserisiko den enkelte erfarer, samt den risikoatferd som utøves. I tillegg virker grader av likegyldighet å fungere både som en beskyttende mekanisme, samtidig som grader av likegyldighet også kan utsette det enkelte individ for økt risiko. Kunnskapsoppsummeringen viste også at likegyldighet omtales som en tilstand og at det i forskningslitteratur til nå ikke har blitt tatt høyde for at likegyldighet ikke nødvendigvis er et statisk konsept.

Rusmiddelavhengiges liv og rusforløp vil dermed være sentralt å utforske videre i sammenheng med likegyldighet. Fremtidig forskning kan dermed gagne på å fokusere på hva som fører den enkelte rusmiddelavhengige inn og ut av likegyldighet, hvorfor dette skjer, og hvordan dette kan påvirkes.

Litteraturliste

- Aven, T. (1991). *Pålitelighets og risikoanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T., & Renn, O. (2010). *Risk management and governance. Concepts, guidelines and applications (vol 16)*. New York: Springer.
- Aven, T., Boyesen, M., Olsen, H, K., & Sandve, K. (2011). *Samfunnssikkerhet* (4 utg), Oslo: Universitetsforlaget.
- Biong, S. (2015). "En overdose er ikke en overdose": Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Oslo. *Forskning, 2015* (vol 2:10), 124-130. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.54266
- Boyesen, M. (1997). *Den truende tryggheten. Barneulykker, foreldres forebygging og risikoopplevelse*. (Doktoravhandling). NTNU, Trondheim.
- Boyesen, M. (2003). Risikopersepsjon, En innføring i fagfeltet. *Direktoratet for sivil beredskap (DSB)*. E-dokument, Oslo.
- Bretteville-Jensen, A, L & Amundsen, E. (2009). *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. (Rapport nr 8). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS. Oslo. Hentet fra: <http://wpstatic.idium.no/www.sirus.no/2015/01/sirusrap.8.09.pdf>
- Brådvik, L., Arne, F., Hulenvik, P., Medvedeo, A., & Berglund, A. (2007). Heroin addicts reporting previous heroin overdoses also report suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007 (vol. 37: 4), 475-481. DOI: 10.1521/suli.2007.37.4.475
- Darke, S., & Ross, J. (1997). Overdose Risk Perceptions and Behaviours among Heroin Users in Sydney, Australia. *European addiction research*, 1997 (vol 3: 2), 87-92. DOI:10.1159/000259156

- Douglas, M. (1985). *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. New York: Russel sage foundation.
- Finucane, M, L., Alhakami, A., Slovic, P., Johnson, S, P (2000). The affect heuristic in judgments of risk and benefits. I.A. Slovic, P (Red.), *The perception of risk*.
- Fitzgerald, J., Hamilton, M., & Dietze, P. (2000). Walking Overdoses: A Re-appraisal of Non-Fatal Illicit Drug Overdose, *Addiction Research*, 2000 (vol 8:4), 327-352. DOI: 10.3109/16066350009009519
- Folkehelseinstituttet. (2004). Trafikkulykker og rusmidler – faktaark. *Divisjon for rettsmedisinske fag, Folkehelseinstituttet. Red; Hanna Hånes*. Revidert 01.2016. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=47186>
- Frank, D., Mateu-Gelabert, P., Honoria, G., Bennett, A., Wendel, T., Jessell, L., & Teper, A. (2015). High risk and little knowledge: Overdose experiences and knowledge among young adult nonmedical prescription opioid users. *International journal of drug policy*, 2015 (vol 26), 84-91. Doi: [10.1016/j.drugpo.2014.07.013](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.013)
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, E., Erga, A, H., Hagen, K,P., Nesvåg, S, M., Mckay, J, R., Lundevold, A, J., & Walderhaug, E. (2016). Assessment of Executive Function in Patients With Substance Use Disorder: A Comparison of Inventory- and Performance-Based Assessment. *Journal of substance abuse treatment*, 2016 (vol 66), 1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.010>
- Helsedirektoratet. (2014). ”Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve”, (Nasjonalt overdosestrategi 2014-2017), Strategier og handlingsplaner. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-overdosestrategi-20142017>
- Horan, J, A., Conor, D., Kieran, H., & Van Hout, M, C. (2015). Overdose risk perceptions and experience of overdose among heroin users in Cork, Ireland.

- Preliminary results from a pilot overdose prevention study. *Heroin addiction Related clinical problems*, 2015. (vol 17: 5), 19-26.
- Hovden, J. (1981). Skal, skal ikke - hva godtar vi av risiko? *Forskningsnytt fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd*, 1981 (vol 26), 3-7.
- Johnson E, j., & Tversky, A. (1983). Affect, Generalization, and the perception of risk. *Journal of personality and social psychology*, 1983, (vol 45: 1), 20-31.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*, 1995 (vol 311), Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7633241>
- Lerdal, A & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 2008 (vol 3), 172-175. DOI: 10.4220/sykepleienf.2008.0036
- Loewenstein, G, F., Hsee, C, K., Weber, E, U., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 2001 (vol 127: 2), 267-286. DOI: 10.1037//0033-2909.127.2.267
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefaget*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Macgregor, D. (1991). Worry Over Technological Activities and Life Concerns. *Risk analysis*, 1991 (vol 11: 2), 315-324. DOI: 10.1111/j.1539-6924.1991.tb00607.x
- McGregor, C., Darke, S., Ali, R., & Christie, P. (1998). Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions. *Addiction*, 1998 (vol 93: 5), 701-711. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1998.9357016.x
- Miller, P, G. (2006). Dancing With Death: The grey area between suicide related behaviour, indifference and risk behaviours of heroin users. *Contemporary drug problems*, 2006 (vol 33:3), 427-450.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 2009 (vol 339), 332-336. Doi:10.1136/bmj.b2535
- Odland, Å (2014). Er det mulig å endre rusvaner knyttet til injisering?. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2014, (vol 11: 4), 383-386. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/overdose#switch:-fra-injeksjon-til-røyking-av-heroin>
- Rausand, M & Utne, I. B. (2014). *Risikoanalyse – teori og metoder (2 utg)*. Bergen: Fagbokforlaget,
- Ravndal, E., & Amundsen, E. J., (2009). Mortality among drug users after discharge for inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 2010 (vol 108), 65-69. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008
- Richert, T. (2014). Wasted, overdosed, or beyond saving – To act or not to act? Heroin users' views, assessments, and responses to witnessed overdoses in Malmö, Sweden. *International Journal of drug policy*, 2015 (vol 26), 92-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.006>
- Richert, T., & Svensson, T. (2008). Med livet som insats – injeksjonsmissbruk, risktakande och överdoser. *Nordisk alcohol - & narkotikatidsskrift*, 2008 (vol 25), 355-376.
- Rossow, I., & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 1999 (vol. 94: 2), 209-219. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.1999.9422095.x/epdf>
- Rowe, C., Santos G, M., Behar, E., Coffin, P, O. (2016). Correlates of overdose risk perception among illicit opioid users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2016 (vol 159), 234-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.018>

- Rundmo, T. (2002). Associations between affect and risk perception. *Journal of risk research*, (vol. 5: 2), 119-135. DOI: 10.1080/136698702753499597
- Sjöberg, L. (1998). Worry and risk perception. *Risk analysis*, 1998 (vol 18: 1), 85-93. DOI: 10.1111/j.1539-6924.1998.tb00918.x
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1981). Perceived risk: Psychological factors and social implications. *Decision research*, 1981 (vol 376), 17-34. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/2397115>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*,(3 utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vingoe, L., Welch, S., Farrell, M., & John Strang. (1999). Heroin overdose among a treatment sample of injecting drug misusers: Accident or suicidal behaviour? *Journal of substance use*. 1999 (vol 4: 2), 88-91. DOI: 10.3109/14659899909053019
- Waal, H & Gossop, M. (2013). Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns. *European addiction research*. 2014 (vol 20:1), 8-15. DOI: 10.1159/000346781
- Wright, N., Oldham, N., & Jones, L. (2005). Exploring the relationship between homelessness and risk factors for heroin- related death – a qualitative study. *Drug and alcohol review*, 2005 (vol 24), 245-251. DOI: 10.1080/09595230500170308
- Weinstein, N, D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health psychology*, 1984 (vol 3: 5), 431-457. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.3.5.431>
- Zador, D., Sunjic, S., & McLennan, J. (2001). Circumstances and users' perceptions of heroin overdose at the time of the event and at one-week follow-up in Sydney, Australia: Implications for prevention. *Addiction research & theory*, 2001 (vol 9: 5), 407-423. DOI:10.3109/16066350109141761

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and Thinking - Preference need no inferences.

American Psychologist, 1980, (vol 35: 2), 151-175. Hentet fra:

http://www.ideal.forestry.ubc.ca/frst524/06_zajonc.pdf

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 users. *Addiction research & theory*, 2010 (vol 18: 1), 51-58.

Doi: <http://dx.doi.org/10.3109/16066350902818851>

Ødegård, E., Amundsen, E. J., & Kielland, K. B. (2006). Fatal overdoses and deaths by a other causes in a cohort of Norwegian drug abusers – A competing risk approach. *Drug and Alcohol dependence*, 2007 (vol 89: 2), 176-182.

Doi: [10.1016/j.drugalcdep.2006.12.016](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.016)

Databaser

Academic search premier

Google scholar

Psychinfo

Sciencedirect

Scopus

Web Of Science

Vedlegg

Vedlegg A: Søkestrategi (Tabell)

Søkestrategi			
AND	AND	AND	AND
Overdose	Drug addiction	Coping strategies	Perception
OR	OR	OR	OR
Overdose death	Drug use/usage	Coping	Risk perception
Accidental overdose	Drug abuse	cope	Cognition
Unintentional overdose	Drug dependence	cope with	Knowledge
Intentional overdose	Drug dependency		Assessment
Non-fatal overdose	Drug Injection		View
Fatal overdose	Injection		
Heroin overdose	Injection drug usage/use		
Opiate overdose	Substance use/usage		
Opioid Overdose	Substance misuse		
Substance overdose	Substance dependence		
	Substance dependency		
	Substance addiction		
	Opiate use/usage		
	Opiate abuse		
	Opiate misuse		
	Opiate dependence		
	Opiate dependency		
	Opiate addiction		
	Polydrug use/usage		
	Polydrug abuse		
	Polydrug misuse		
	Polydrug addiction		
	Heroin Use/usage		
	Heroin abuse		
	Heroin dependence		
	Heroin dependency		
	Heroin addiction		
	Heroin injection		

Vedlegg B: Intervjuguide fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju, [REDACTED], 21.april 2016

Deltakere: Personer som har erfaring med injisering av opiater

Formål: Få deltakernes kunnskap og erfaringer om hvilke faktorer som påvirker deres subjektive persepsjon og vurdering av risiko for overdose ved injisering av opiater, og hvilke strategier/responser de benytter for å håndtere denne risikoen.

Tema:

1. Hva er deltakernes erfaringer med injisering av opiater – egne erfaringer/erfaringer fra de miljøene de har vært en del av?
2. Hva er deltakernes erfaringer med injisering som har ført til overdoser?
3. Hvilken livssituasjon har deltakerne vært i, i de periodene når injiseringen har ført til overdoser i forhold til de periodene når injiseringen ikke/sjelden har ført til overdoser?
4. Hvor stor vurderer deltakerne at risikoen for overdoser har vært/er, i forhold til andre typer risiki som injiseringen av opiater fører med seg?
5. Hva mener deltakerne har påvirket risikoen for overdoser hos seg selv og andre?
6. Hvordan har deltakerne selv opplevd/vurdert denne risikoen (opp mot den gevinsten de har opplevd å ha hatt av injiseringen)?
7. Hva har deltakerne selv og andre gjort / tenkt at de burde ha gjort for å unngå overdoser / unngå at overdoser skulle bli fatale?
8. Hva er det som kan påvirke om man gjør eller ikke gjør de tingene man selv tror/mener kunne ha redusert overdose-risikoen / risikoen for at overdosene skulle bli fatale?
9. Hva tror deltakerne om at det er graden av håpløshet/likegyldighet som sterkest påvirker risikoen for overdoser?
10. Hva mener deltakerne påvirker graden av håpløshet/likegyldighet – hva fører til økt / redusert opplevelse av håpløshet/likegyldighet?

Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju

Tema: Erfaringer og vurderinger knyttet til overdose som følge av rusmiddelbruk

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie knyttet til en masteroppgave med tema: Brukeres erfaringer og vurderinger av risiko for overdose knyttet til rusmiddelbruk.

Studien er del av en masteroppgave i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger, og skrives med tilknytning til regionalt senter for rusmiddelforskning. Masteroppgaven tar for seg rusmiddelbrukeres vurderinger, erfaringer og opplevelser av risiko, knyttet til strategier for mestring og håndtering av overdoserisiko.

Du bes om å delta i dette fokusgruppeintervjuet, fordi du har erfaring, kunnskap og synspunkter som kan kaste lys over problemstillingen som skal undersøkes. Du har også tilknytning til [REDACTED], som i denne studien er brukt som utgangspunkt for kontakt med deltakere til prosjektet.

Det er frivillig å delta i prosjektet.

Hva innebærer dette for deg?

Dersom du sier deg villig til å delta i studien innebærer dette kun deltakelse på dette fokusgruppeintervjuet med en maksimal lengde på 1,5 timer. Det vil stilles spørsmål knyttet til dine vurderinger, opplevelser og erfaringer med overdose og bruk av rusmidler.

Alle svar vil bli forsvarlig oppbevart og ingen utenforstående vil ha tilgang til disse opplysningene. Alle opplysningene vil behandles uten navn og fødselsnummer, og det vil ikke være mulig å identifisere deg eller andre deltakere. Det vil ikke registreres direkte personidentifiserende datamateriale og pseudonymer vil benyttes om alle informanter.

Det vil benyttes lydopptak og skriftlige notater for å registrere data for dette intervjuet.

Det vil bli publisert resultater fra dette intervjuet i en masteroppgave, uten at det vil være mulig å identifisere deg eller andre deltakere.

Deltakerne i fokusgruppeintervjuet vil få utdelt et gavekort pålydende 400 kr.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og det er kun masterstudenten som vil ha tilgang på datamaterialet som blir registrert. En

navneliste over informanter med tilhørende pseudonym og lydopptak fra intervju vil oppbevares separat fra hverandre. Lydopptak vil lagres på datamaskin med passordbeskyttelse både for selve datamaskinen og for lydfilen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.juni 2016. Alt datamateriale vil da anonymiseres.

Mulige fordeler og ulemper

Det er ingen spesiell risiko ved å delta på dette fokusgruppeintervjuet. Spørsmål som handler om personlige erfaringer eller opplevelser, og hendelser som oppleves traumatiske kan virke belastende. Det å dele sine erfaringer og å fortelle om sin situasjon kan også oppleves som positivt, samt at det kan være interessant å bidra til å utvikle ny kunnskap.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien underveis har du anledning til det. En tilbaketrekking av samtykke vil ikke få noen konsekvenser for deg.

Spørsmål

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med Masterstudent, Therese Salte på mail therese.salte@gmail.com, eller telefon 975 71 376.

Du kan også ta kontakt med veileder for mastergradsoppgaven, Sverre Nesvåg på telefon 908 37 431

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

På bakgrunn av den informasjonen jeg har fått skriftlig og muntlig - sier jeg meg villig til å delta i dette fokusgruppeintervjuet. Jeg er informert om at deltakelsen er frivillig og at jeg kan trekke meg når jeg måtte ønske det. Jeg vet at informasjonen som jeg gir blir anonymisert både i forhold til oppbevaring og under fremstilling i masteroppgaven og i vitenskapelige artikler.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)