

# Likegyldighetens tvetydighet: Overdosedødsfall etter rusmiddelbehandling

ELIN BERG

## ABSTRACT

**Ambiguous indifference – fatal overdoses among marginalized drug users after discharge from inpatient treatment**

**BACKGROUND** – In the European context, Norway is one of the countries with the highest overdose-related mortality rate. Research proves that the risk of overdose mortality among marginalized drug users is particularly high during the first weeks after discharge from inpatient treatment. **AIM** – It is therefore interesting to investigate whether there might be a connection between marginalization and treatment culture to understand fatale overdoses after discharge from inpatient treatment. **DESIGN & METHODS** – The case study is based on a previous field study connected to the death register. The study focuses on a single individual, Sam, and his treatment process. Data is analyzed in the light of a cultural analytical perspective. **RESULTS** – The results shows how the treatment system can be a social arena for institutional exclusion and marginalization that aggravate the person's self-esteem and life situation. One central aspect of the process of treatment was that it generated indifference. Sam's treatment motivation developed into treatment indifference. In the last part of the article, the author discusses indifference as a risk aspect of overdose mortality after discharged from treatment. It is not possible to conclude if Sam's overdose death was an accident or suicide. However, in the light of action theory the case shows that indifference can be a central aspect of both an unintentional and intentional overdose. Sam's death can be understood in the light of the concept ambiguous indifference. **CONCLUSION** – The case shows that there may be a relationship between marginality, treatment culture and overdose mortality. Cultural and structural aspects of the treatment system put Sam in an empty and risky situation that probably contributed to his death. In a comparison of risk situations in this case-history with recent research on treatment system, we can see several worrisome resemblances considering overdose mortality after discharge from inpatient treatment.

**KEYWORDS** – Fatal overdoses, drug treatment system, marginalization, indifference

Submitted 25.08 2015

Final version accepted 11.01 2016

## Innledning

For tiende år på rad er Norge kåret av FNs utviklingsprogram (UNDP) til verdens beste land å bo i målt etter brutto nasjonalinntekt, tilgang til utdanning og levealder<sup>1</sup>. Samtidig kan det synes som om det er større sosiale ulikheter knyttet til dødelighet i Norge enn i for eksempel Sør- og Mellom-Europa (Mackenbach, Kunst, Cavelaars,

Groenhof & Geurts, 1997; Claussen & Brusgaard, 2009). Nasjonal forskning har vist at det er større helseforskjeller i Norge enn antatt, og ser man forskjellene målt i dødelighet er det grunn til bekymring<sup>2</sup> (Westin, 2002). Den sosiale ulikheten i dødelighet i Norge er størst i lavere sosiale lag (Mæland, 2004, 56) og blant marginaliserte

grupper som rusmiddelbrukere (Rognrud, Strand, & Hesselberg, 2000; Naper & Dahl, 2007, 26). Norge er et av landene i Europa med flest overdosedødsfall sett i forhold til folketall<sup>3</sup> (EONN, 2009). Antallet dødelige overdoser steg på 1990-tallet og nådde en topp i 2001 med mer enn 400 døde. I de siste ti årene er det registrert 260 overdosedødsfall årlig, noe som innebærer at det i gjennomsnitt dør fem personer ukentlig (Helsedirektoratet, 2014). Norske problembrukere har ifølge Bretteville-Jensen (2011) et mer risikofyllt bruksmønster enn man finner i mange andre europeiske land som handler om at de fleste overdosedødsfallene i Norge tilskrives bruk av heroin (Steentoft m.fl., 2001; Bønes & Waal, 2010; Bretteville-Jensen, 2011; Gjersing m.fl., 2011; Simonsen m.fl., 2011; Waal & Gossop, 2014) og at en høy andel rusmiddelbrukere injiserer heroinet som mange-dobler risiko for overdosedødsfall (Clausen, 2010; Bretteville-Jensen, 2011; Waal & Gossop, 2014). Funn ved obduksjon av de døde viser at det ofte foreligger et inntak av flere narkotiske stoffer i kroppen enn heroin<sup>4</sup> (Bretteville-Jensen, 1994; Rossow, 1996; Rossow & Lauritzen, 1999; Clausen, 2010; Simonsen m.fl., 2011; Bønes & Waal, 2010; Gjersing m.fl., 2011). Det at en stor andel rusmiddelbrukere kombinerer ulike rusmidler i injeksjonene gir en ekstra høy risiko for overdosedødsfall (Clausen, 2010). Forskning viser også at lavere opiatoleranse etter en tids opphold i rusmiddelbruket er en vanlig årsak til overdose (Bretteville-Jensen, 1994; McGregor, Dark, Ali, & Christie, 1998; Johansen & Myhre, 2004; Ødegård, Amundsen, Kielland, & Kristoffersen, 2010; Ravndal & Amundsen, 2010). Foruten disse risikofylte enkeltfaktorene og direkte årsaker til overdoser fin-

nes det bakenforliggende årsaker og motiv for handlinger som kan føre til overdoser.

Studier har påvist sammenheng mellom overdoser og selvmordsforsøk og -adferd (Rossow, 1994; Rossow, 2001; Brådvik, Frank, Hulenvik, Medvedeo, & Berglund, 2007; Dark, Degenhardt, & Mattick, 2007; Biong & Ravndal, 2009; Herrestad & Biong, 2010; Biong, 2013). Det er ikke tilstrekkelig å undersøke overdose som selvmord-satferd ved å referere til egenskaper ved individet alene. Ifølge Platt, Davis, Sharpe og O'May (2005) må man også anerkjenne interaksjonen mellom individene og kontekstene. Én sentral kontekst i den forbindelse kan være boligmarkedet, fordi det å ha et sted å bo er ifølge Kommunal- og regionaldepartementet (2011, 15) en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse. Synlige rusmiddelbrukere er av ulike grunner marginaliserte i boligmarkedet (Rus & avhengighet, 2003) og har dermed reduserte muligheter for tilhørighet i majoritetsbefolkningens boligmiljøer. Ettersom det er mangel på boliger for denne gruppen<sup>5</sup> (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) er botilbudet ofte midlertidige bofellesskap for rusmiddelbrukere, som for eksempel hybelhus og hospits. I 2012 hadde Norge 6259 bostedsløse, og rusmiddelavhengige utgjorde over halvparten av disse (Dyb, Johannessen, Lied, Kvinge, 2013). Perioder med bostedsløshet blant rusmiddelbrukere er vanlig og forbundet med økt risiko for tidlig død og selvmord (Rossow & Lauritzen, 1999; Dark m.fl., 2007, 38). Dersom den rusmiddelavhengige er enslig, øker risikoen for dødelig overdose på grunn av liten sosial støtte og at andre ikke er tilgjengelig for hjelp (Dark m.fl., 2007). Det er i hovedsak menn, og det var flere menn midt i trettiårene<sup>67</sup> som

døde av narkotikainduserte overdoser i Norge enn de under 25 år i årene 1997 og 2006–2008 (Steentoft m.fl., 2001; Gjersing m.fl., 2011).

En omfattende italiensk undersøkelse viser at innleggelse i spesialiserte rusmiddelbehandlinger har en reduserende effekt på overdosedødelighet, men at det oppstår en betydelig overdosedødelighet i den første måneden etter fullført eller avbrutt behandling (Davoli m.fl., 2007). Dersom heroinbrukere ifølge disse forfatterne får et tilbakefall i den første måneden, øker risikoen for overdose på grunn av redusert herointoleranse. Forskerne tar forbehold om hvorvidt risiko for dødeligheten i sin helhet skyldes en forhøyet grad av tilbakefall i den første måneden etter behandling eller om det også kan være andre forhold som utgjør økt overdoserisiko sammenlignet med de som får tilbakefall på et senere tidspunkt (Davoli m.fl., 2007). Resultater fra en norsk undersøkelse viser at risiko for overdosedødelighet er 16 ganger høyere de fire første ukene etter avbrutt medikamentfri døgntil behandling (Ravndal & Amundsen, 2010). I likhet med den italienske undersøkelsen blir årsaken til dødelighet forklart med redusert herointoleranse, samtidig som Ravndal og Amundsen peker på at *resignasjon* forårsaket av behandlingsavbrudd<sup>8</sup>, trolig øker overdoserisiko. Risikoen for overdosedød er ifølge Ravndal og Amundsen (2010)<sup>9</sup> så dramatisk at det er behov for ytterligere forskning fra lignende behandlingstiltak for å få mer systematisk kunnskap om hva disse overdosedødene kan skyldes. Ettersom det er en allmenn utbredt oppfatning at et virksomt behandlingsopplegg for alvorlige rusmiddelbruksproblemer må ta hensyn til tjenestemottakerens sosiale si-

tuasjon, er det tankevekkende at tjenestemottakeren blir gitt et fragmentert tilbud (Hanssen & Braut, 2010). Fra politisk hold meldes det blant annet at mange overdoser og dødsfall kan unngås hvis systemet legges opp slik at man unngår lang ventetid før ny oppfølging etter for eksempel avrusning (Representantforslag, 2007–2008). Svikt i behandlingsopplegg og brudd i behandlingsskjeden kan med andre ord gi alvorlige konsekvenser for marginaliserte heroinbrukere. En svensk undersøkelse viser at heroinavhengige som av en eller annen grunn blir utskrevet mot deres vilje fra "medication assisted treatment" (MAT), opplever at behandlingsavbruddet og eksklusjonen forverrer deres livssituasjon. De vender tilbake til den samme livsstilen og rusmisbruket som de hadde før behandlingen, i tillegg til å være utestengt fra alle MAT-programmer i minst tre måneder (Svensson & Andersson, 2012).

Undersøkelser viser med andre ord at behandlingsavbrudd, uavhengig om det er klientene eller ansatte som avbryter behandlingen, kan bidra til å sette marginaliserte rusmiddelbrukere i en utsatt livssituasjon med økt risiko for overdosedødelighet. Behandlingsavbrudd kan også være et tegn på at det finnes *forhold i behandlingssystemet* som kan bidra til overdosedødelighet. I denne artikkelen vil det være interessant å se nærmere på om det finnes risikofylte forhold i behandlingssystemet som kan føre til overdosedødsfall. Forfatteren har en ambisjon om retrospektivt å undersøke om det kan være en sammenheng mellom marginalitet og behandlingsskilt for å forstå overdosedødsfall i etterkant av medikamentfri døgntil behandling. Forskning på overdosedød etter avbrutt/ avsluttet behandling i det offentlige til-

taksapparatet er en uutforsket kontekst. Problemstillingen er derfor å betrakte som eksplorerende, fordi den har til hensikt å undersøke noe vi vet lite om. Det er en interessant kontekst, fordi de fleste landene med høy overdosedødelighet i Europa, ifølge Waal og Gossop (2014), i stor grad baserer seg på velferdsstatlig omsorg og tjenestetilbud, mens familiens rolle er mer sentral i land med lav overdosedødelighet<sup>10</sup>. Ifølge forskerne er det mulig at disse kulturelle forskjellene kan påvirke en sårbarhet for risikabel narkotikabruk.

## Metode og utvalg

For å forstå et samfunnsmessig fenomen er det ifølge Grønmo (2011) forskerens oppgave å forstå og fortolke fenomenene ut fra de handlende menneskenes egne intensjoner og ut fra de spesifikke kontekstuelle forholdene. Ettersom det er metodisk vanskelig, umulig, å få tak i stemmene til de som er døde av overdoser, har forskere ofte basert seg på ekstensive forskningsdesign for å undersøke utbredelse av dødelighet med mange enheter og få variabler som senere blir koblet med Dødsårsaksregisteret. I denne artikkelen vil det bli lagt til grunn et intensivt forskningsdesign med få enheter for å få mer detaljert og rik informasjon fra få informanter. For å belyse problemstillingen vil det bli tatt utgangspunkt i et tidligere feltarbeid og to koblinger til dødsårsaksregisteret.

### *Feltarbeid og utvalg*

På tidspunktet for gjennomføringen av feltstudien i 1998 var rus- og medikamentfri behandling, og ikke legemiddelassistert behandling, den dominerende behandlingstradisjonen i Norge. Hjelpetiltakene var innrettet mot å rehabiliterer rusmid-

delmisbrukere, med sikte på rusfrihet og tilfredsstillende fungering i forhold til arbeid, utdanning, bolig og sosialt nettverk (Bystyremelding, 1997). Det seks måneder lange feltarbeidet, som ble avsluttet i 2000, ble gjennomført i ulike deler av behandlingsapparatet, fra henvisende instans, avrusnings-, utrednings- og behandling sinstitusjoner, som er å forstå som en sammenhengende tiltaks- og behandling skjede. Formålet med feltstudien var å undersøke hva som skjer i samhandlingen mellom ansatte og rusmiddelbrukere med innvandrerbakgrunn (Berg, 2001). Det empiriske materialet besto av 20 menn med innvandrerbakgrunn fra Afrika og Asia som ble valgt ut av ansatte som deltok i behandlingsstudien (Berg, 2001).<sup>11</sup> Alle de 20 mennene, med unntak av én, fortalte at de røyket, sniffet eller injiserte heroin.<sup>12</sup> Det ble anvendt deltagende observasjon og feltsamtaler som tok utgangspunkt i ulike samhandlingssituasjoner med mennene og ansatte. I disse samtalene var ikke død og overdoser et tema. Resultatene av feltstudien viste at ansatte og klientene var dypt uenige om hva behandling innebar, og de forsøkte å samhandle uten en felles situasjonsdefinisjon. Det var kanskje derfor de fleste av klientene avbrøt behandlingssopplegget før det var fullført i henhold til en plan eller avtale (Berg, 2001).

### *Registerundersøkelse og utvalg*

Med utgangspunkt i klientutvalget på 20 menn ble det i 2003 og 2009 gjennomført koblinger med Dødsårsaksregisteret. I den første registerkoblingen ble fem av de 20 mennene registrert døde av overdoser<sup>13</sup> i 1998–2001. Å bli funnet død etter en overdose med rusmidler behøver ikke å bety at overdosen inngår i offisiell overdose-

statistikk og den europeiske overdosestatistikken. Det Europeiske overvåkings-senter for narkotika og narkotikamisbruk, EMCDDA's, definisjon av narkotikaindu-serte dødsfall omfatter dødsfall som er di-rette forårsaket (overdose) av inntak av ett eller flere rusmidler, hvorav minst ett er il-legalt (EONN 2009, 84). For å avgjøre om et dødsfall faller inn under denne definisjo-nen, må det foretas en obduksjon, og den døde blod- og/eller urinprøver må analy-seres for å avgjøre hvilke stoffer vedkom-mende har tatt (Bretteville-Jensen, 2011). Narkotikainduserte dødsfall, som er den definisjonen som legges til grunn i denne artikkelen, blir definert og klassifisert et-ter internasjonale avtaler og internasjonalt kodeverk, ICD<sup>14</sup>. I dette klassifikasjonssys-temet anvendes det kategorier som under-liggende og medvirkende dødsårsak, der underliggende dødsårsak er å betrakte som hovedårsak til død. Det er denne døds-årsaken som fremkommer i statistikker, slik også i denne artikkelen. Medvirkende dødsårsak omhandler komplikasjoner el-ler medvirkende dødsårsaker til dødsfallet (Amundsen & Bretteville-Jensen, 2010).

I den andre registerkoblingen ble yt-terligere tre menn av 20 registret døde<sup>15</sup> i henholdsvis 2003 og 2004. I denne regis-terkoblingen<sup>16</sup> ble underliggende dødsår-sak for to av mennene oppgitt å være hero-inoverdose<sup>17</sup>. Det betyr at disse to i likhet med de fem fra den første registerkoblin-gen døde av en heroinoverdose. Blant de syv narkotikainduserte dødsfallene ble det i fire også oppgitt medvirkende dødsårsak på grunn av inntak av andre vanedannen-de legemidler<sup>18</sup>, alkohol<sup>19</sup> og benzodiazepiner<sup>20</sup>. De syv mennene som døde av en heroinoverdose, var uten bolig og arbeid og hadde status som enslige<sup>21</sup>. Seks av de

døde hadde en innvandrer- eller flyktnin-gebakgrunn, mens én var født og oppvokst i Norge. De(n) som hadde innvandret til Norge eller var født og oppvokst her hadde familie i landet, mens de tre med flykt-ningstatus ikke hadde familie eller slekt i Norge.

I dag, 15 år senere, vender jeg tilbake til feltarbeidet og de opprinnelige felldataene for å undersøke om de kan bidra til å kaste lys over overdosedødelighet. Paul Atkin-son (1992) viser at gjenbruk av feltarbeid ikke er begrenset til engangsbruk når han med 20 års mellomrom analyserer sine feltnotater på to forskjellige måter. Mens det i Bergs (2001) første analyse av men-ingsinnhold ble sammenfattet fellestrekk fra mange forskjellige informanter, vil det i denne oppfølgende studien bli gjen-nomført en analyse ved å følge ett enkelt forløp, case, over tid. En slik langsgående analyse, i motsetning til den tverrgående, vil gi bedre muligheter for å gå i dybden (Malterud, 2011, 94). Det som kjenneteg-ner en casestudie er at den samler inn detaljert informasjon om en eller noen få enheter, og studien kan fokusere på ett enkelt individ (Fangen, 2010, 187). Caset i artikkelen er et behandlingsforløp som strekker seg over to måneder med fokus på én av de døde mennene med flyktning-status, Sam (35). Han var den av men-nene jeg observerte flest ganger (21) i flest rusmiddelinstusjoner (3) og hadde flest samtaler med (15) i løpet av feltarbeidet. I tillegg til disse feltobservasjonene og sam-talene observerte forskeren ansatte mens de diskuterte Sam. I gjennomføringen av feltarbeidet valgte forskeren en uavhen-gig forskerrolle som innebar å ikke inter-venere i klientenes behandlingsprosess. Ved å innta denne rollen var det hverken

aktuelt å tale deres saker i møter med ansatte, ei eller Sams sak da ansatte etter en samtale med Sam spurte forskeren om hva Sam egentlig ville ha hjelp til. Videre var det heller ikke aktuelt å la Sam lese feltnotatene som omhandlet han eller å hjelpe Sam da han ved én anledning forsøkte å få forskeren inn i en hjelperolle. Informantforsker relasjonen ble derfor aldri nær, samtidig som Sam ga uttrykk for at den var preget av tillit ettersom han formidlet på forskjellige måter at *”det er veldig bra for meg å snakke med deg. Du kommer utenfra, og det er veldig bra for meg”*. Sam døde av en heroinoverdose halvannen måned etter behandlingsinnleggelse. Med utgangspunkt i hans marginale livssituasjon med manglende tilhørigheter og risikabel rusmiddelbruk med injisering av heroin i kombinasjon med rohypnol, fremstår Sam som et typisk case for gruppen rusmiddelbrukere som er spesielt utsatt for overdosedødelighet. På en annen side representerer han i behandlingssammenheng et avvikende case. Ved å ta i betraktning den høye avbruddshyppigheten i rusmiddelbehandling generelt (Brorson, Arnevik, Rand-Henriksen, & Duckert, 2013) og avbrudd blant de 21 mennene i feltstudien spesielt (Berg, 2002), gjennomførte Sam flere ulike sammenhengende institusjonsopphold til tross for uinnfridde forventninger om hjelp. Han representerer også et atypisk case ved at han var ukjent med hva rus- og medikamentfri behandling innebar. Det er i kombinasjonen av Sams uerfarenhet og hans stayerevne tross svekkede håp om hjelp i møte med tjenestetilbudene at det er mulig å få tilgang til hans beskrivelser av ulike aspekter ved rusmiddelbehandling. Avvikende eller atypiske case gir ofte mer informasjon enn et typisk case, fordi

de atypiske involverer flere aktører og flere grunnleggende mekanismer i den situasjonen som studeres (Flyvbjerg, 2006, 229). Caset Sam kan dermed gi muligheter for å undersøke om det finnes *forhold i behandlingssystemet* som kan føre til overdose etter avbrutt/avsluttet behandling.

Artikkelen handler om den lille fortellingen, Sam, i den store fortellingen om overdosedødsfall i Norge etter behandling. Formålet med denne artikkelen er å forsøke å frembringe kunnskap om en mulig sammenheng mellom en marginaliseringsprosess og et overdosedødsfall i lys av en behandlingssammenheng for å bidra til å redusere dødelighet blant rusmiddelbrukere. Denne oppfølgende studien er godkjent av Regional Etisk forskningskomité (REK) i 2009, og er tidligere gitt konsesjon i 2003 og dispensasjon fra taushetsplikten i 2002.

## Teori

I analysen legges til grunn et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv der det vil bli lagt vekt på fortolkning og forståelse av hvilken intensjon og mening som knytter seg til Sams handlinger. I et fenomenologisk perspektiv er det aktørenes handlinger og opplevelse av deres hverdagsliv som analyseres. Forskeren legger stor vekt på å forstå og beskrive handlinger ut fra aktørenes egne synspunkter, og perspektivet er basert på en grunnleggende tenkning om at virkeligheten er slik aktørene selv oppfatter den (Grønmo, 2011, 372–373). Analysen i artikkelen forutsetter et slikt førstepersonsperspektiv samtidig som det vil bli lagt vekt på forskerens fortolkning av aktørenes fortolkninger slik det gjøres i hermeneutiske studier. Forskerens fortolkninger omfatter forskerens forforståelse som blant annet er påvirket av tidligere

forskningsarbeid, faglige begreper og teoretisk referanseramme.

For å forstå overdosedødsfall i lys av en eventuell sammenheng mellom marginalitet og behandlingskultur, vil det bli anlagt et kulturanalytisk perspektiv. Kultur kan ifølge Mary Douglas (1997, 53–54) beskrives som uttrykk for et samfunns offentlige og standardiserte verdier, der den som ikke passer inn i den samfunnskapte standarden defineres som en anomali. Anomali kan ses på som marginalitet eller et avvik, og det finnes flere måter å forholde seg til de som ikke passer inn under innarbeidede kategorier. De kan ekskluderes gjennom avvising eller fordømmelse, fordi anomale tilfeller kan defineres som farlige (Douglas, 1997, 53–54). Forestillinger om avvik eller marginalitet er å forstå som kulturelle konstruksjoner som er virkelige i sine sosiale konsekvenser. Ved bruk av et kulturanalytisk perspektiv settes det et systematisk fokus på verdier og væremåter som er innarbeidet og ofte tatt for gitt (Leseth & Solbrække, 2011). Kultur forstått som verdier og væremåter som former personers forestillinger, valg og praksiser, er ifølge Leseth og Solbrække (2011) ikke bare knyttet til hva aktører har og er, men også til hva de kan og gjør. Ettersom verdier og væremåter vil forstås og oppleves forskjellig, handler kultur også om hvordan mennesker konstruerer og fortolker virkeligheter i kontakt med andre. Kultur er å forstå som *mønster av mening* som stadig dannes og nyskapes ved at mennesker kommuniserer med hverandre (Geertz, 1973). For å belyse problemstillingen og gi det kulturanalytiske perspektivet mening, er det nødvendig å tydeliggjøre hvordan marginalitet og marginalisering er å forstå i denne artikkelen.

I det norske hverdagsspråket er marginalisering et begrep som brukes om det å gjøre noen marginale. Det vil si å definere noen i utkanten og på grensen eller som uvesentlig og uten særlig betydning<sup>22</sup>. Gruppen tyngre rusmiddelbrukere er kanskje den mest marginaliserte vi har i vårt samfunn<sup>23</sup>. Ifølge Svedberg (1995) brukes marginaliseringsbegrepet for å beskrive både tilstander og prosesser. Marginalisering som prosess innebærer at grupper og enkeltpersoner skyves ut av samfunnets sentrale arenaer som livsopphold, bolig og sosialt fellesskap (Piuva & Brodin, 2013). Marginalisering som en tilstand kan beskrives som utenforskap, enten er du innenfor eller utenfor marginalen. Den bakenforliggende prosessen derimot, og de medvirkende faktorene som har skapt utenforskap, er ofte innhyllet i mørke (Davidsson, 2010 i Karlsson, Kuusela, & Rantakeisu, 2013, 21). Det finnes ifølge Philip Lalander (2005, 67) sosiale og økonomiske strukturer i samfunnet som bidrar til å skape utenforskap, samtidig som utenforskapet består av individuelle opplevelser av ikke å tilhøre samfunnet. Det kan skilles mellom selvalgt og påtvunget utenforskap (Lalander, 2005, 59). Påtvunget utenforskap, som har relevans i denne artikkelen, utvikler seg gjennom en prosess der rusmiddelbrukerne etter hvert blir betraktet som "knarkarna", og stemples som underlegne individer av omverden (Lalander, 2005, 59–60). Det finnes flere måter å håndtere et opplevd utenforskap på, der én måte, ifølge Lalander (2005, 67), er å *resignere* i sin livssituasjon. Resignasjon kan fra et førstepersonsperspektiv være basert på en prosess der fremtidshåp snus til en opplevelse av håpløshet, som kan føre til en likegyldighet til livet og døden.

Marginalisering i artikkelen betraktes som en strukturert prosess. En prosess som ifølge Marianne Gullestad (1999, 346–347) inkluderer flere parter, og ikke en tilstand som bare omfatter én part. Det er med Gullestads ord ”nødvendig å gjen- nomtenke på nytt hva slags sosiale hand- lingsfelt ulike marginaliseringsprosesser er knyttet til” (Gullestad, 1999, 347). En slik utforskning kan være viktig, fordi marginalisering som skjer på flere sen- trale arenaer samtidig, kan innebære at enkeltindividets handlingsrom blir sterkt begrenset, noe som ifølge Piuva og Brodin (2013) kan oppleves som å bli fratatt men- neskelig verdi. Dersom mennesket opplev- er å bli fratatt verdighet kan det medføre skam. Ifølge Ivar Frønes (2001) handler skam om sosial kategorisering der man blir påført skam av andre. Personen kan selv ha utført noe skammelig, men det er andres blikk og sanksjoner som skaper skam (Frønes, 2001, 72). Skam er ifølge Frønes (2001) knyttet til offentlige situasjoner.

Marginalisering i denne artikkelen er å forstå som avvisning basert på kategorise- ring av ut- og inngrupper der denne kate- goriseringens ulike kontekster genererer en likegyldighet til om man lever eller dør. Artikkelens sosiale handlingsfelt knyttes til rusmiddelbehandling, for å se nærmere på om det kan være en sammenheng mel- lom marginalitet og behandlingsskultur for å forstå overdosedødsfall.

## Resultater

*”Livet for meg er å jobbe med viktige sa- ker”*

Jeg traff Sam første gang på en avrusingsav- deling. Han var en høyreist, velstelt, slank mann med mørkt, krøllete hår og blide øyne som kom til Norge på 1990-tallet som flykt-

ning. Fra slutten av tenårene arbeidet Sam politisk for demokratiet i hjemlandet, et ar- beid han ble fengslet for. Ettersom det po- litiske arbeidet var drivkraften i livet hans, fortsatte han å arbeide politisk i fengslet til tross for at han hadde signert på at han ikke skulle gjøre slikt arbeid. Han fortalte at han i fengslet leste mye og anbefalte bø- ker, samtidig som han holdt seg oppdatert på hva som skjedde i samfunnet. Etter flere år i fengsel klarte han å rømme for å fort- sette med politisk praksis ute i samfunnet. For å unngå å bli arrestert igjen, flyttet han ofte og fant midlertidige jobber og steder å bo. Det var en risikabel livssituasjon, fordi *”dersom du får fengselsstraff og fortsetter å være politisk aktiv etter å ha kommet ut, får du dødsstraff”*. Det ble etter hvert iføl- ge hans politiske nettverk farlig for ham, og han måtte på kort varsel, mot sin vilje, flykte fra landet, kjæresten og familien for ikke å miste livet.

Da han kom til Norge hadde han et håp om å skape et nytt og meningsfylt liv. Han fortalte at *”livet for meg er å jobbe med viktige saker”*, og han forsøkte sammen med venner å lage en politisk organisa- sjon. Ifølge Sam var det da det gikk galt. Han ville jobbe med viktige saker og ha en demokratisk samarbeidsform. Det oppstod ifølge Sam samarbeidsproblemer, fordi de andre tenkte mest på seg selv og ikke på sa- kene, samtidig som det oppstod en dikta- torisk samarbeidsform. *”Da mistet jeg lyst- en på å være sammen med dem”* (...) *”Jeg tenkte masse, fikk søvnproblemer. Jeg bare lot det fortsette slik. Bort fra dem, isolerte meg selv. Da begynte en ny negativ verden. Hadde lyst til å bli rolig, sove bort”*. Han fortalte at han fikk en eksistensiell krise, fordi han fikk et liv uten mening i Norge, uten familie og returmuligheter til hjem-



landet. Han fortalte at han begynte med sovemedisin som han fikk av kamerater. Senere prøvde han å sniffe heroin, som ga ham ro og etter hvert ble en daglig bruk. De tre siste årene hadde han brukt heroin i sprøyteform kombinert med sovemedisin og mistet da kontakten med vennene og organisasjonen. Sam fortalte at livet med rus hjalp ham å glemme problemer, men var helt ødeleggende. Fra å være aktiv og ha følelsen av å kunne påvirke den politiske situasjonen i hjemlandet, ble han passiv, følelsesløs og egoistisk. Han fortalte om en livsform med rus som produserte likegyldighet, fordi *"narkomane har et dårlig liv, ødelagt alt, man kan ikke velge. Tenker ikke på kjærlighet, sex, mat, musikk, samfunn eller andre mennesker. Tenker bare på narkotika og seg selv. En død person som lever sånn"*, viser fingertegn som en Pinocchiodukke. (...) *"Jeg må slutte med dop, ellers er jeg død"*.

*"Dersom slutte [med narkotika] må man ha et godt alternativ, ellers tom situasjon"* Sams liv ved innleggelsen i rusmiddelbehandling besto med andre ord av to kontrastfulle livssituasjoner, en meningsfull som aktiv samfunnsutvikler og en likegyldig og dødbringende som rusmiddelbruker. Han fortalte smilende i en av våre tidlige samtaler på avrusingsavdelingen at han hadde fått tilbud om å arbeide i organisasjonen igjen, og fortalte på nytt at *"livet for meg er å jobbe med viktige saker. Når jeg gjør noe positivt blir jeg glad. Ikke positivt blir jeg trist"*. Sam var opptatt av at vi må lære av våre erfaringer og uttalte *"jeg har gjort feil og ble passiv"*. Denne gangen hadde han håp om å komme ut av den vanskelige og passive livssituasjonen med narkotika, fortalte han, fordi *"nå har jeg*

*funnet ny vei [rusmiddelbehandling] for å bli aktiv igjen og samarbeide med organisasjonen"*. Sam som tidligere hadde vært innlagt til avrusning, fortalte at *"jeg trodde det var nok, men begynte å ruse meg igjen."* Han fortalte at *"det er veldig vanskelig og veldig lett å slutte. Lett, se på det som gift å slutte. Vanskelig, for hvordan finne andre alternativer. Dersom slutte må man ha et godt alternativ, ellers tom situasjon"*.

Sam, som aldri hadde vært innlagt til rusmiddelbehandling, fortalte at han ikke visste hva behandling handlet om. Han formidlet at han hadde en forestilling om at det var å bo på et narkotikafritt sted, mens han fikk praktisk hjelp til å leve et vanlig liv ute i samfunnet. For Sam var praksis grunnleggende viktig i behandlingssammenhengen for å lykkes i livet og med behandlingen. Han formidlet at praksis handlet om en prosess der mennesket har en teori som realiseres gjennom en plan. Ifølge Sam var det *"bare praksis som kan forandre mennesket og praksis er det som gir meg liv"*. Hans plan var å slutte med narkotika, lære å lese og skrive norsk og få seg annet arbeid ved siden av det frivillige arbeidet i organisasjonen. Det inngikk i hans plan å reetablere kontakten med sitt etniske nettverk og vennene, og dyrke hobbyer som musikk, film og bøker. Han fortalte at han var helt avhengig av å lese aviser og bøker. Sam var med andre ord en innholdsorientert person. Han formidlet på ulike måter at han hadde store forhåpninger om å komme raskt i gang med planene sine, da han reiste direkte fra avrusingsavdelingen til en anbefalt behandlingssituasjon.

#### *Sosial kategorisering og skam*

Sam fortalte at i ulike møter med ansatte i behandlingssystemet ble han behandlet

som om han var "narkoman", en sosial kategori han tok avstand fra, fordi han ikke så på seg selv som en narkoman. *"Jeg er en vanlig person"*. (...) *"Jeg brukte stoff, men jeg er ikke narkoman"*, fortalte han. Ifølge Store norske leksikon betyr begrepet narkoman: "En person som misbruker narkotika eller er avhengig av medikamenter<sup>24</sup>". I hvilken grad ansatte i tiltaks- og behandlingsskjeden, da de brukte benevnelsen narkoman om innlagte, la til grunn en slik bokstavelig betydning, til forskjell fra Sam som la til grunn den mening og følelser ordet ga ham, er uvisst. En narkoman var ifølge Sam *"en person som har mistet alt, drømmer og bestemmelse"*. (...) *"I hele verden blir de som bruker narkotika sett negativt på"*. Det er i lys av de forestillinger og følelser begrepet ga Sam som blir viktig i behandlingssammenhengen. Han fortalte at i hjemlandet ble man sanksjonert med fengsel og hard soning dersom man var narkoman, og man ble henrettet dersom man fortsatte med narkotika etter fengselsoppholdet. *"Vet familien din om dine problemer"*, spurte jeg i en samtale med han. *"Nei! Dersom de fikk høre om mine problemer, ville det være en tragedie for dem, som at de fikk høre at jeg var død. Det samme"*. Sam, som hadde regelmessig telefonkontakt med sin familie, formidlet at han kontaktet dem når han hadde det bra, slik at de ikke skulle høre at han hadde problemer. Det å vise frem sider ved seg selv som helst skulle vært skjulte, i alle fall for andres blikk, handler om å passere en grense der man står i fare for å tape verdighet (Wyller, 2001). Mange opplever ifølge Wyller (2001, 9) skam, som å bli avkledd.

Sam opplevde trolig å passere en slik grense da han fortalte at han i de ulike institusjonene måtte delta i obligatoriske

turer sammen med ansatte og andre innlagte. Han fortalte at han forsøkte å unngå å være med på slike felles utflukter, fordi han følte at menneskene utenfor institusjonene så på ham som narkoman. En gang fortalte han at de dro på tur til et offentlig bad der han gikk inn i badstuen. *"Plutselig gikk døren opp og en ansatt ropte inn, mens det satt mange der, at du må si fra hvor du går! Men, det er jo privat"*, sa Sam til meg. (...) *"En annen dag tok de oss med på restaurant, og jeg visste ikke at det var en restaurant fra mitt hjemland. Jeg følte meg så dårlig mens vi var der"*.

Det var ikke bare Sam som formidlet en opplevelse av akutt skamreaksjon i møte med andres blikk. En av de syv andre mennene, Brian, som døde av en heroinoverdose 14 dager etter at han avbrøt institusjonsoppholdet, fortalte i en samtale med feltarbeideren at oppholdet hans i en behandlingsskole var *"en mental voldtekt"*. Han fortalte at det ikke var bra for ham å ha vært der, *"for eksempel jeg satt på t-banen og følte at alle så på meg og tenkte at jeg ikke var vanlig"*. *"Hva skulle de tenke om deg da"*, spurte jeg. Han så alvorlig på meg uten å svare. *"Hva så de på deg som da?"* gjentok jeg. *"Narkoman. Det er sånn når en har vært på institusjon, har det inne i seg"*. Skammens vesen er ifølge Skårderud knyttet til selviakttagelsen, det å se seg selv med den andres blikk. Skammen oppstår i spenningen mellom hvordan man vil bli sett, og hvordan man føler at man blir sett (Skårderud 2001a, 43).

#### *Tap av menneskelig verdi og samfunnssekuljon*

For både Sam og Brian fremstår et viktig skille mellom det å bli sett som en vanlig person eller en "narkoman". Mens en van-

lig person handlet om å bli betraktet som et ordentlig menneske i samfunnet, kan det synes som det å bli betraktet som en "narkoman" reduserte dem til noe annet i andres og deres egne øyne. For Sam som så på seg selv som et vanlig menneske, kan det å bli betraktet som en "narkoman" representere en vesensforskjell ute i samfunnet med tanke på hans selvfølelse og livssituasjon. Ved å betrakte andre mennesker som vesensforskjellige konstrueres et skille mellom vi og de, der de, narkomane, som ikke passer inn i en gitt gruppe eller mønster, avgrenses fra ulike samfunnsområder. Dette påtvungne utenforskapet kan forstås som "a wall of exclusion", en sosial konstruert barriere som skiller problembrukere av narkotika fra storsamfunnet (Buchanan 2005, 77). Denne barrieren blir synlig når de blir nektet muligheter som majoritetsbefolkningen har tilgang til. Når mulighetsbetingelsene til personer som tilskrives en stoffmisbrukeridentitet begrenses, skjer det en marginalisering som kan forstås som et kulturelt mønster knyttet til en likhetstenkning. Ifølge Gullestad (2002, 82) er det norske samfunnet (og Norden for øvrig) preget av en likhetstankegang der personer i mange uformelle sammenhenger må oppfatte seg som like for å føle seg som likeverdige. Likeverd som blir forstått som likhet trenger ikke å være en observerbar likhet, men en stil som fremhever det som oppfattes likt. Dette kaller Gullestad (2002, 83) for "forestilt likhet". Likhet som en positiv verdi innebærer ofte, ifølge Gullestad, at det er et problem når mennesker oppfattes som forskjellige. "Forskjell sees gjerne som en mangel: Den som er forskjellig mangler noe vesentlig", og det er ikke uvanlig at man unngår dem (Gullestad, 2002, 83). Perspektivet fokuse-

rer dermed på at det innenfor ulike sosiale kontekster vil bli anvendt både likhets- og unngåelsesstrategier for blant annet å bekrefte det individuelle menneskeverdet. Anvendte likhetsstrategier overfor problembrukere av narkotika i storsamfunnet og rusmiddelbehandling fremstår trolig som forskjellige, mens de for Sam virket å ha en lik og forsterkende effekt.

*"De [ansatte] tror alle narkomane er like"*  
Sam fikk et overraskende møte med denne likhetstankegangen i behandlingsinstitusjonen han kom til etter avrusning. Etter noen ukers institusjonsopphold ba han ansatte om hjelp til å finne en annen behandling sinstitusjon, fordi behandlingen var ødeleggende for ham. *"Jeg har grenser, det er derfor jeg måtte flytte fra hjemlandet mitt. Jeg har problem nå, jeg kan ikke dra ut og jeg kan ikke være her"*. Han fortalte om et obligatorisk behandlingsprogram med likebehandling, fordi *"de [ansatte] tror alle narkomane er like"*. Behandlingsprogrammet besto ifølge Sam av vasking, soving og roping. Han fortalte at de måtte jobbe fra kl. 07.30 til kl. 21.00 med å vaske hele tiden. De måtte til og med vaske samme rom to ganger på en time. *"De sier knuse personligheten for å bygge opp ny"* (...) *"Jeg blir ikke vanlig person etter å ha vært her"*. (...) *"Vi er forskjellige mennesker, og jeg trenger annen behandling"*. *"Når jeg er her føler jeg meg som en narkoman"*. (...) *"Jeg er helt utslitt når klokken er 21.30. Jeg er avhengig av å lese bøker, og må søke om det her"*. Han formidlet at det ikke var tid til å realisere noen av hans egne planer innenfor institusjonens program som han opplevde var meningsløse arbeidssituasjoner. *"Jeg må behandle meg selv, lese, skrive og tenke. Har ikke lov til det her inne. Dette*

er fundamentalisme. Jeg vil jobbe 8 timer, ha fritid og lese 2–3 timer hver dag” (...) ”Når vi for eksempel skal på wc, må vi stå rett opp og ned og med armene ned og si: unnskyld, kan jeg forstyrre. Kan jeg få gå på wc? Må melde fra til arbeidsleder når du kommer tilbake, må vite alt om en (...) Jeg liker ikke at det ropes. Det er psykisk vold. (...) Jeg skulle ringe og sto ikke to meter fra arbeidsleder. Han ropte, og jeg ble sint. De kan ikke rope til meg, jeg mister kontrollen”. ”Hva skjer da”, spurte jeg. ”Da går jeg for meg selv og sitter sånn”. Sitter foroverbøyd og rister i stolen.

Kort tid etterpå ble Sam overført til et treukers opphold i en annen rusmiddelinstitusjon for videre behandlingsutredning. Etter over halvgått tid i den nye institusjonen var han oppgitt over at ingenting skjedde. ”Jeg mister tid på institusjon akkurat som da jeg brukte narkotika, og jeg har ikke tid å miste”, sa han, og de en gang så smilende øynene så triste ut. I likhet med den forrige institusjonen hadde også denne et obligatorisk program. Han fortalte at institusjonens program var annerledes enn den med vaskepraksis, men i prinsippet lik, fordi programmet var obligatorisk og basert på likebehandling. Han fortalte at de ansatte i begge institusjonene trodde alle innlagte bare tenkte på rus, ”men jeg er ferdig med narkotika, jeg har glemt det og vil ikke tenke på det”.

Ifølge Sam bestod programmet i den nye institusjonen av en snakkepraksis der alle temaene var rusrelaterte. Han fortalte at ”de [ansatte] snakker om problemer og rus hele tiden”, noe ansatte bekreftet, fordi ”vi er jo en institusjon for [personer med] rusproblemer” (Berg 2001, 77). ”Når jeg er her”, fortalte Sam, ”føler jeg meg syk og uvanlig. (...) Jeg hater meg selv fordi

jeg bor her, er i en slik situasjon”. Som en del av snakkepraksisen måtte han delta i forskjellige obligatoriske grupper der ”de snakker om hvordan vi ble narkomane og hvordan vi skal slutte å være narkomane”. ”Det er ikke interessant. Jeg har bestemt meg. Jeg går til gruppen for å vise de andre respekt, men det er ikke interessant for meg å være der”. Sam ga på ulike måter uttrykk for at det var uforståelig for ham å skulle snakke om rus, som han var ferdig med, og han formidlet at gruppenes samtaletemaer var tematisk likegyldige. Han fortalte at han ikke snakket i gruppen, men kun var tilstede, fordi de var obligatoriske. Rusmiddelmissbruk er ifølge Skårderud (2001a) et skambasert syndrom, og skam er en opplevelse av egen uverdighet som man helst ikke snakker om (Skårderud, 2001b). Etersom det var viktig for Sam å bli betraktet som en vanlig person, kunne det å delta i gruppene sammen med de andre innlagte og ansatte, innebære en spenning i Sam mellom hvordan han ønsket å bli sett og hvordan han følte at han ble sett. Ifølge Skårderud (2001a, 38–39) er skam, bevisst eller ubevisst, en affekt som næres av en diskrepans mellom den man er og den man vil være. For Sam som så på seg selv som en aktiv og viktig person, kan det å se seg selv med gruppens blikk ha redusert ham til noe han ikke ville være. Jo høyere selvidealer man har, desto større er sannsynligheten for stor diskrepans. Og desto større er behovet for selvforakt og selvbebreidelser (Skårderud, 2001a, 39). Sam forsøkte derfor trolig på ulike måter å ivareta eget selvbylde og verdighet gjennom en tilbaketrekning. I likhet med de obligatoriske utfluktene forsøkte han fysisk å unngå å være sammen med personer han ikke ville bli sammenlignet med. Det

var antakelig derfor han holdt seg for seg selv i institusjonen og var mye på rommet sitt. Han fortalte at han helst ville være på rommet og lese aviser og bøker, fordi *“når jeg sitter alene på rommet og leser, da føler jeg meg helt vanlig”*.

Etter å ha deltatt i forskjellige individuelle- og gruppesamtaler om rusrelaterte temaer, lest i brosjyrer om forskjellige institusjoner og deltatt i obligatoriske informasjonsmøter med representanter fra ulike behandlingsinstitusjoner, ønsket ikke Sam lengre institusjonsbehandling, fordi *“institusjoner er det samme. Program, fase, permisjon”*. Sam var opptatt av at alle som var innlagt i rusmiddelinstitusjoner var forskjellige mennesker, og uttalte *“jeg trenger behandling forskjellig fra andre. (...) Jeg må bli vanlig i et vanlig samfunn og en aktiv person som er opptatt av vanlige ting. (...) Far som er i 70-årene jobber ennå. Det er ikke bra å sitte hjemme, en tragedie. Man må ut og jobbe. Man må være aktiv. Det er vår kultur”*. Det at Sam ikke lenger ønsket institusjonsbehandling kan handle om at han opplevde institusjonsopphold med obligatoriske programmer og likebehandling som en paradoksal vei å gå for å bli aktiv og kunne samarbeide med organisasjonen igjen. Han opplevde trolig at ansattes likhetstankegang reduserte hans tilhørigheter til én eneste tilhørighet, den samfunnsmessig stigmatiserte identiteten han tok avstand fra å bli tilskrevet. For innholdsorienterte Sam fremsto trolig behandlingsprogrammene, med henholdsvis vaske- og snakkepraksiser, som tomme situasjoner, fordi ingenting skjedde i forhold til hans egendefinerte planer. Sammenfallet av tomme situasjoner og stigmatiserende kategorisering i rusmiddelbehandlingen innebar trolig at Sam opplevde å bli

møtt med en forestilt likhet som på samme tid inkluderte han i rusmiddelinstitusjonene og ekskluderte han fra samfunnet. Denne likhetstankegangen bidro trolig til å reproducere marginaliteten ved at han ikke fikk noe som stoppet hans marginaliseringsprosess. En prosess Sam ikke bare opplevde som sosial eksklusjon i samfunnet, men også det Martin Kronauer definerer som institusjonell eksklusjon når *“The institutions which administer unemployment and poverty very often act vis-a-vis their clientele in the paradoxical way of simultaneously including and excluding them from society. The less they are able to help people out of unemployment and poverty, the more they participate in reproducing the status quo”* (Kronauer, 1998, 67).

#### *Likegyldighet*

Ifølge Sam var ansatte opptatt av at de innlagte skulle forandre seg og slutte med narkotika samtidig som han ble tilbudt obligatoriske tomme behandlingsopplegg. For Sam var nøkkelen til endring å arbeide med viktige saker. Da han fikk muligheten til å gjenoppta organisasjonsarbeidet og reetablere kontakten med sitt etniske nettverk, fikk han tilbake håpet om et meningsfylt liv. En fortsatt innleggelse i tomme behandlingsopplegg representerte trolig en risiko for Sam for å miste muligheten for et aktivt liv med mening og dermed håpet om en endret livssituasjon. For å få støtte til å realisere sine planer fortalte han feltarbeideren smilende at han hadde invitert saksbehandleren sin til et møte i rusmiddelinstitusjonen.

I forkant av møtet med saksbehandleren hadde Sam og hans kontaktperson en enesamtale der de ble *“enige om”*, ifølge kon-

taktpersonen, at han skulle søke om plass i en bestemt rusmiddelinstitusjon. Da de skulle skrive søknaden, med feltarbeideren tilstede, uttalte Sam at *"jeg tenker å bo i hybelhus, da vil jeg føle meg som en vanlig person. Dersom jeg blir lang tid i institusjon, vil jeg bli forandret og hele livet føle meg som en uvanlig person"*. Sam fortalte at rusfritt hybelhus var førsteprioriteten og institusjon var alternativ to, forutsatt det var mulig å gå på jobb mens han var innlagt der. Kontaktpersonen spurte med høy stemme om de skulle skrive en søknad eller ikke, og Sam svarte at *"ja, det kan være et alternativ. Jeg er ikke nødt til å velge et alternativ"*. Senere samme dag ble søknaden gjennomgått i møtet med saksbehandleren, og Sam svarte på spørsmål om hva som gikk galt i den forrige institusjonen. Han fortalte om programmet der og sa at *"det er best for meg å begynne vanlig liv ute"*. Saksbehandleren var opptatt av at institusjoner er forskjellige og henvendte seg til Sams kontaktperson og spurte *"har dere forsøkt å fortelle ham det"*. *"Ja, mange ganger"*, svarte kontaktpersonen. Sam så med store alvorlige øyne fra den ene til den andre og tørket svette i ansiktet med hånden sin. Saksbehandleren formidlet med alvorlig stemme at Sam tidligere hadde forsøkt uten behandling men uten å lykkes. *"Jeg vil ikke gjenta feil"*, sa Sam, *"og jeg har en plan og ber om å få en ny sjanse"*. Han fortalte han hadde invitert henne til møtet, fordi *"jeg har rusfrie venner, og jeg har fått tilbud om å jobbe i organisasjonen igjen"*. Han smilte før han fortsatte *"derfor trenger jeg hjelp til en start"*. Saksbehandleren så på kontaktpersonen og svarte: *"Du er utålmodig, hastepreget og det kan gå dårlig. Du må gi oss tid til å planlegge og forberede"*. *"Hvor lenge?"*

spurte Sam, som var opptatt av at han ikke hadde noe tid å miste. Saksbehandleren og kontaktpersonen lo. *"Du vil ha leilighet?"* spurte saksbehandleren. *"Nei, rusfritt hybelhus"*. *"Det kan være 2–3 måneders ventetid"*, svarte saksbehandleren. De to ansatte var opptatt av at han hadde forsøkt med bolig før uten å lykkes. *"Hva er forskjellen for ett år siden og nå? Du brukte rusmidler da og hadde bolig"*, sa saksbehandleren. *"Jeg mistet leiligheten på grunn av husleieøkning"*, svarte Sam. *"Jeg er i en annen situasjon nå. Da ville jeg ha pause, nå vil jeg slutte"*. Kontaktpersonen skar igjennom i samtalen og sa: *"hvis du vil ha bolig, utvider vi ikke tiden, hvis du vil ha behandling er vi positive til å utvide tiden her"*. Sam så alvorlig fra den ene til den andre. *"Hva med en kommunal bolig"*, spurte han. *"Det får du avslag på. Du må vise til papirer for behandlet"*, svarte saksbehandleren. *"Som narkoman? Jeg er vanlig person"*. Saksbehandleren: *"De tenker ikke sånn når du har rusproblemer"*. *"Straff"*, sa Sam. *"Nå tenker jeg sånn. Jeg er ikke fornøyd. Jeg må betale pris for nytt liv. Jeg skal betale. (...) Jeg er ikke fornøyd med institusjon, men jeg må"*. Kontaktpersonen: *"Når du kommer til inntakssamtale med institusjonen, tror jeg ikke det er den motivasjonen de er ute etter"*. Latter mellom de to ansatte. *"Dersom du vil dit, kan du ikke si at du må betale en pris"*. De ble enige om et oppfølgende møte der saksbehandleren skulle skrive en søknad til hybelhus. Da feltarbeideren møtte Sam i en korridor etter møtet, fortalte han med alvorlig trist stemme at saksbehandleren og sosialkontoret tenkte sånn, og viste en avgrenset boks med hendene sine. *"De tenker at når narkoman, alltid være det"*. Han ristet på hodet og gikk videre med et

resignert blikk i retning av rommet sitt.

Da saksbehandleren ikke støttet Sam i hans planer, men derimot kontaktpersonen til Sam i at han trengte institusjonsbehandling, skjedde en radikal endring med Sam. Han hadde invitert saksbehandleren til møtet og hadde forventet en allianse og positiv respons fra vedkommende på sine planer. Da han ikke ble møtt som den han var i egne øyne, men heller latterliggjort, avvist og sanksjonert, fordi han i deres øyne ble betraktet som en evig narkoman, opplevde han trolig skam og at planene hans brast. "Skam er å ikke bli møtt", skriver Skårderud (2001a), og den manglende aksepten vender vi mot oss selv som en som ikke fortjener å bli imøtekommet. "Få andre affekter kjennes like dramatisk. Den kommer raskt og slipper langsomt" (Skårderud, 2001a, 42). Skamreaksjonen er ifølge Skårderud (2001a) en implosjon eller en plutselig "ødeleggelse" og selvforminskning. For Sams del kunne det synes som om skammen kom til uttrykk gjennom økt grad av resignasjon og tilbaketrekning. Tilbaketrekning kan forstås som en beskyttelse mot mer invasjon av selvet, slik at det hjelper å bevare relasjoner og en opplevelse av egen identitet (Skårderud, 2001a, 38).

Fra å være en aktiv og engasjert person som forsøkte å medvirke i egen behandlingsprosess ble han mer og mer passiv og uinteressert i samtaler med ansatte og også feltarbeideren. Samtalene med feltarbeideren ble færre, og han snakket mindre om saker som engasjerte ham. Han fortalte han hadde hodepine og mistet matlysten, og at han savnet moren sin som trøstet ham som barn da han var lei seg. Han klarte ikke å ringe henne, fortalte han, fordi hun ville høre at han ikke hadde det bra og da

måtte lyve for henne, noe han ikke kunne. På samme tid diskuterte ansatte Sams motstand mot institusjonsbehandling på avdelingsmøter, og kontaktpersonen tok opp at Sam vinglet over slik behandling og var blitt innesluttet. Det ble diskutert, uten konklusjon, om han var en reflektert person og om han innså at han hadde et behandlingsbehov.

To-tre dager før Sams kontrakt utløp i institusjonen, hadde en blek og tynnere Sam sine to siste møter med saksbehandleren og en av hans to kontaktpersoner. Kontaktpersonen var i møtet med Sam opptatt av at han trengte skjerming, mens Sam var opptatt av at "*jeg vil være vanlig menneske*". "*Ser du på deg selv som stoffmisbruker?*" "*Nei*". Kontaktpersonen smilte, men sa ikke noe. "*Bolig er ikke nok*", sa kontaktpersonen. "*Men det er ditt valg, du bestemmer, du vet hva som er best for deg*". Sam tok opp at saksbehandleren mente det ville ta cirka 2 måneder å få plass i et rusfritt hybelhus. "*Hva gjør du da, når kontrakten din går ut om tre dager? Sosialkontoret kan hjelpe deg med bolig*". "*Da får jeg hospits*", svarte Sam og formidlet at han ikke ville bo på et slikt sted. "*Det er farlig. Det er bare 100 % narkomane der. De banker i vegger og dører. Har noen skje, vil noen ha dop? Det er et farlig sted for meg som har smakt heroin*". Kontaktpersonen så alvorlig på han og formidlet at kontrakten hans *kanskje* kunne utvides til han fikk beskjed om behandlingsplass eller ikke, hvorpå Sam svarte at han ikke ville gjøre noe med bolig, bare institusjon. "*Jeg har ingen andre alternativer*", sa han resignert. "*Du kan jobbe derfra med bolig*", sa kontaktpersonen og smilte. "*Ja, jeg tenker sånn*", sa Sam lavt og alvorlig, før han formidlet at han ønsket seg direkte til

institusjonen han søkte plass i. *"Det kan jeg ikke love. Det er ikke jeg som bestemmer om det er ledig plass. Jeg vil også helst at du kommer direkte, men det er mulig du må ut mens du venter på plass"*. Sam ristet oppgitt på hodet. Etter møtet henvendte han seg til feltarbeideren og sa: *"De sier du trenger skjerming, institusjon. Jeg vil helst ha bolig. Jeg sier ok til institusjon. De sier at jeg kanskje må ut, det vil si ikke herfra direkte til institusjon"*. Han ristet på hodet som om et slikt brudd i behandlingen fra systemets side var en helt uforståelig vei å gå for å lykkes med rusmiddelbehandlingen. Dagen etter ble han informert av saksbehandler om at det var vanskelig å finne en ledig plass i hybelhus, og da saksbehandleren foreslo et hybelhus som ikke var rusfritt, ble Sam oppgitt. *"Jeg vil bare ha et sted som er rusfritt"*, sa han. *"Hvis jeg får avslag på institusjonen, hva da"*, spurte Sam. Saksbehandleren sa at hun hadde to dager på å finne et hybelhus. *"Jeg har ikke kontroll på dem. Det blir ikke hospits"*, sa hun. Sam stirret ut i luften. De en gang så glade øynene utstrålte ingenting, bare likegyldighet.

I vår siste samtale fremsto Sam som behandlingslikegyldig da han fortalte at han hadde gitt opp å få den hjelpen han trengte fra det offentlige behandlingssystemet for å leve et vanlig liv. Han fortalte at *"når man først har smakt heroin, kan man dersom man er trist, har tanker eller problemer, ta heroin igjen. Man føler da ingenting, tenker ingenting, man er død"*. Han var opptatt av at både saksbehandleren og ansatte i rusmiddelinstitusjonene ville forandring, men baserte forandringen på en forestilling om *"formaliteter som er basert på erfaringer med narkomane som ikke vil slutte"*. Han begrunnet en slik tan-

kegang med at de tilbød han hospits og hybelhus med rus og obligatoriske behandlingsopplegg, *"men når det er obligatorisk, kan man ikke bli forandret, for eksempel med skjerming. Man kan ikke løse narkotikaproblemer inne i institusjon (...)* Det er mitt liv, mens det bare er en jobb for dem".

Sam fikk ikke direkte plass i den nye behandlingssystemet, og han ble utskrevet til en venteplass og ingen plass i hybelhus. Det kan dermed synes som om ansatte bare hadde tomme situasjoner å henvise Sam til, noe som innebar at det ikke ble noe innhold i behandlingsopplegget hans. I løpet av hans behandlingsforløp i forskjellige rusmiddelinstitusjoner fikk han ingenting som stoppet marginaliseringsprosessen, kanskje tvert om. Hans behandlingsmotivasjon endret seg i løpet av behandlingsprosessen fra et fremtidshåp til opplevelse av håpløshet og behandlingslikegyldighet. En likegyldighet som trolig handlet om å beskytte seg selv for å unngå å bli fratatt menneskelig verdi og tap av tiltro til at behandlingssystemet kunne hjelpe ham.

Caset viser at behandlingssystemet kan være en del av en marginaliserings- og stigmatiseringsprosess som kan forverre personens selvfølelse og livssituasjon og som kan innebære økt risikoutsatthet for overdosedødelighet. Sam døde av en overdose heroin på et hospitsrom cirka halvannen måned etter at behandlingssystemet ble avbrutt av det systemet han forventet hjelp av. Hans møte med behandlingssystemet og overdosedødsfall kan leses på forskjellige måter, blant annet som en fortelling om hvilke risikoforhold og problemer behandlingssystemet kan medvirke til eller hvordan likegyldighet kan utvikle seg, komme til uttrykk og hva



den kan føre til. Det er også mulig å tenke seg at dette ikke er to uavhengige fortellinger, men én fortelling om sammensatte risikosituasjoner for overdosedødsfall etter utskrivning fra rusmiddelinstitusjon.

## Diskusjon

I Sams møte med det offentlige behandlingssystemet møtte han en behandlingsskultur som førte til en institusjonell eksklusjon som genererte behandlingslikegyldighet. Den institusjonelle eksklusjonen var i likhet med den sosiale eksklusjonen Sam opplevde i samfunnet, forankret i en kulturell praksis om forestilt likhet. Til forskjell fra den institusjonelle eksklusjonen, som var basert på likhet, var den sosiale eksklusjonen basert på en forestilling om forskjellighet. For Sam som ble kategorisert som narkoman i både behandlings- og samfunnskonteksten, førte den institusjonelle eksklusjonen til økt risiko for et opplevd, sosialt og økonomisk påtvunget utenforskap i samfunnet. Det at de ansatte ikke klarte å møte Sam på det som for ham var viktig og meningsfullt gjorde trolig ansatte til medprodusenter av hans opplevde marginaliseringsprosess. Da han ble skrevet ut fra rusmiddelinstitusjonen, til en tom situasjon, var hans mulighetsbetingelser for handling så innskrenket at fortsatt risikabel narkotikabruk fremsto som eneste alternativ og dermed økt risiko for overdosedød. Behandlingssystemet bidro dermed til å sette Sam i en utsatt og svært risikofylt livssituasjon som trolig medvirket til hans død. Det er usikkert når Sam begynte med heroin igjen, men på et tidspunkt kontaktet han trolig sosialkontoret for å få en henvisning til hospits, en type bokollektiv som har en omfattende ruskultur for injisering av heroin og risiko for overdosedød

(Wright, Oldham, & Jones, 2005). I løpet av 2006–2008 ble et titalls personer funnet døde av overdoser i denne type boliger i Oslo (Gjersing m.fl., 2011, 45).

Da Sam formidlet at han hadde gitt opp å få den hjelpen han trengte fra det offentlige behandlingssystemet for å leve et vanlig liv, mistet han også trolig håpet om å begynne å arbeide i organisasjonen igjen. Håp vurderes å være en viktig forutsetning for endring, og som Herrestad og Biong skriver "Clinicians should be aware that sometimes maintaining hope may be more important to the patient than seeing hope fulfilled" (Herrestad & Biong, 2010, 8). I løpet av Sams behandlingsforløp utviklet det seg en behandlingslikegyldighet i møte med behandlingssystemets problematiske praksiser og overganger, en likegyldighet som kan betraktes som motsatsen til håp. Til tross for at vi ikke vet om Sams overdose var et uhell eller selvmord, kan det i den videre diskusjonen være interessant å se nærmere på likegyldighet som en risikosituasjon for å forstå overdosedødelighet.

Studier om dødelighet blant narkotikaavhengige har vist at hovedårsakene til dødeligheten er overdoser ved uhell eller som selvmord. Noen av studiene har antydnet at cirka 50 prosent av overdosene kan tilskrives disse to årsakene (Rossow & Lauritzen, 1999). Blant de mest belastede og marginaliserte rusmiddelbrukerne har det blant annet vist seg at det i lys av livsstil og levevilkår kan utvikle seg en opplevelse av håpløshet som kan føre til likegyldighet om hvorvidt man lever eller dør (Rossow & Lauritzen, 1999; Gjersing m.fl., 2011). Ifølge Vingoe, Welch, Farrell og Strang (1999) er forholdet mellom ikke-intensjonelle overdoser og intensjonelle overdoser eller selvmord uklart. Dersom

vi skjeler til ikke-dødelige overdoser, som er vanlig blant heroinbrukere, viser forskning at den største andelen av overdoser betraktes som utilsiktet/uhell snarere enn som selvmordsforsøk (Brådvik m.fl., 2007). Ikke fatale overdoser og selvmordsforsøk er begge vanlig blant heroinbrukere, og de overlapper hverandre – noen overdoser er bevisste og noen selvmordsforsøk er heroinoverdoser (Brådvik m.fl., 2007). Det er vanskelig å skille tilsiktede dødelige overdoser fra selvmordsforsøk, fordi noen kan være selvmordsforsøk og andre ikke (Brådvik m.fl., 2007, 479). Ifølge Brådvik finnes det lite kunnskap om sammenhengen mellom dem. I en norsk undersøkelse blant 2051 kvinner og menn innlagt i rusmiddelbehandling hadde 45,5 prosent av klientene erfart livstruende overdoser, og 32,7 prosent hadde en eller flere ganger forsøkt å gjøre slutt på livet med en selvpåført overdose (Rossow & Lauritzen, 1999). Forskerne konkluderer med at det er en betydelig samvariasjon mellom selvmordsforsøk og overdose der felles underliggende årsaksfaktorer relateres til tung narkotikabruk og dårlig sosial integrasjon. Ifølge Brådvik (2007) tar ikke Rossow og Lauritzen i betraktning intensjonen med å ta en overdose.

Med utgangspunkt i at det er en sammenheng mellom ikke-intensjonelle overdoser (uhell) og intensjonelle overdoser (selvmord) vil det i den videre diskusjonen være hensiktsmessig å overskride denne dikotomiseringen. For å overskride det som i utgangspunktet er to forskjellige intensjoner kreves det en forklaringsmodell som kan favne en slik overskridelse. En slik tilnærming kan være å beskrive overdoser langs et kontinuum med fokus på gråsonen mellom selvmordsrelatert ad-

ferd, likegyldighet og risikabel rusmiddeladferd (Miller, 2006; Richert & Svensson, 2008). I studien til Richert og Svensson (2008) var overdosen oftest et resultat av en bevisst risikotaking, noen ganger i kombinasjon med likegyldighet for eventuelle konsekvenser av risikotakingen, men uten et uttalt ønske om å ta livet sitt (Richert & Svensson, 2008). Peter Miller (2006) plasserer derimot likegyldighet i kategorien selvmordsrelatert atferd og ikke risikotaking slik Richtert og Svensson synes å gjøre. Disse funnene viser at overdoser ikke utelukkende bør tilskrives som rene uhell eller selvmord, men noe midt imellom. Denne overskridelsen gjør at overdoser forstås som en tvetydig handling.

I hvilken grad Sams dødelige overdose var et uhell, selvmord eller noe midt imellom er vanskelig å besvare empirisk. Men, det kan tentativt være interessant å se nærmere på hans overdosedød som en tvetydig handling. Det at intensjonen ved en handling er en mellomting mellom det tilsiktede og det utilsiktede omtales av Dag Østerberg (1993, 100) som amfibisk. Amfibisk handling forstås som en handlingstype Østerberg (2012, 69) kaller *'utfoldelse av en hensikt'*. I det amfibiske handlingsbegrepet inngår det ifølge Østerberg (1993, 98) to viktige skiller. For det første, skillet mellom umiddelbare og middelbare handlinger. Den umiddelbare handlingen utfolder en hensikt som i begynnelsen er ganske ubestemt i sitt innhold og bestemmes etter hvert som den virkeliggjøres ved handlingen. Som et selvbedrag kan den avsluttende handlingen fremstå i tilbakeblikket som en på forhånd bestemt hensikt (Østerberg, 1993, 98; 2012, 69). I Sams tilfelle kan det handle om at da han ble skrevet ut som behandlingslikegyldig til en

tom livssituasjon, utviklet det seg en ambivalens i forhold til å slutte eller fortsette med heroin. Etter hvert som handlingen ble fullbyrdet oppsto det noe, for eksempel en fristelse, som endret hensikt og dermed handlingsforløp, og han begynte igjen å injisere heroin og med det en livsform med rus som også produserte likegyldighet. Videre skiller Østerberg mellom den hensikt som er likefrem og den hensikt som går en omvei (oblik). "Det forunderlige ved den oblike intensjonen er at ved liksom å gjøre noe annet enn det vi tilsikter, oppnår vi å lykkes" (Østerberg, 1993, 99). Dersom vi skjeler til Sams avsluttende handling, den dødelige overdosen, var kanskje hensikten å ta en dose med heroin for å endre bevissthetstilstand til likegyldighet, og i en hensiktsløs tilstand lyktes han kanskje med en annen hensikt, å ta sitt eget liv. Ved å anvende Østerbergs handlingsforståelse om utfoldelse av hensikt kan Sams overdose forstås som en handling hvor hensikten var dobbeltbunnet eller tvetydig ved at den skiftet mellom det utilsiktede og tilsiktede. Dette innebærer at vi aldri kan konkludere med og dermed vite om hans overdose var et uhell eller et selvmord. Men caset kan, i lys av Østerbergs handlingsteori, si noe om at likegyldighet kan være et sentralt aspekt ved både en utilsiktet og tilsiktet dødelig overdose.

Likegyldigheten kan dermed være flertydig. Den kan være et uttrykk for håpløshet, det vil si fravær av håp som ifølge Herrestad og Biong (2010) er en viktig beskyttelse mot intensjonell livstruende adferd. Den kan også være et aspekt ved resignasjon forårsaket av behandlingsbrudd som ifølge Ravndal og Amundsen (2010) kan bidra til å øke risiko for overdosedødelighet. Likegyldigheten kan også være et ut-

trykk for at man er langt nede eller knust. Behandlingslikegyldigheten, som Sams møte med behandlingssystemet genererte, kan ha utviklet seg til en likegyldighets tvetydighet med mange ansikter.

For den som mener at Sams bakgrunn er høyst spesiell for rusmiddelbrukere i Norge, er det viktig å huske på at enhver rusmiddelbruker er spesiell. "Narkomane er som andre mennesker, de er forskjellige, og må hjelpes på ulik måte".<sup>25</sup> For å se nærmere på om Sams behandlingstekst kan være typisk for de kontekster rusmiddelbrukere i dag behandles i, kan kanskje nyere forskning på rusmiddelfeltet gi noen antydninger om det. I løpet av de siste 15 årene har det blitt gjennomført ulike reformer som blant annet rusreformen, NAV-reformen og samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ifølge samhandlingsreformen (2012) skal man blant annet "få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker".<sup>26</sup> NAV-reformen (2006) er den største velferdsreformen i nyere tid, hvor kommune og stat samarbeider om å levere tjenester til innbyggerne. En av reformens fire hovedmål er å tilpasse tjenester til brukernes behov.<sup>27</sup> Med rusreformen (2004) ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusavhengige overført til staten ved de regionale helseforetakene og spesialisthelsetjenesten. Tjenestene, som fikk betegnelsen "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk" (TSB) "omfatter spesialisert behandling som avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller institusjon)".<sup>28</sup> Det har vært knyttet store forventninger til reformens mål om at rusmiddelbrukere med sam-

mensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester (Johansen, 2007). En evaluering viser at samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, TSB og kommunale tjenester ikke fungerer godt. Behandlingskjeden er fragmentert med stadige brudd i overgangen mellom tjenestene og brukere med behov for døgnopphold henvises til TSB, ofte med lange ventetider (Beyer, Enoksen, Lie, & Nesvåg, 2010). Dersom man skjeler til erfaringer fra tilsyn med tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere, viser rapporter at til tross for den høye mortaliteten som preger tunge rusmiddelmisbrukere, er spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske og langsiktige behandlingsopplegg ofte mangelfulle (Hanssen & Braut, 2010). Disse forfatterne viser blant annet til svikt i samhandlingen mellom tjenesteytere og mangelfull individuell tilpasning og brukermedvirkning. En kartlegging av bolig-situasjonen for personer med rusmiddelproblemer ved avsluttet behandling i TSB viser at de som er bostedsløse ved innleggelsen i institusjon mest sannsynlig også er det ved behandlingsslutt (Dyb & Holm, 2015, 8). "I rusfeltet sendes dermed mer enn 4.000 pasienter årlig "hjem" uten å ha en adresse" (Pedersen, 2015). Pasienter som ved behandlingsslutt ikke har fått tilbud om bolig, blir henvist av kommunen til hospits, og kort tid senere gjenopptas rusmiddelbruken med ny runde innsøking til behandling. "En virkelighet som kan gi sannhet til deler av de ofte bortforklarte forklaringer for hvorfor vi fikk et voksende rusbrukermiljø i Nygårdsparken og ekstremt høye overdosetall i Bergen og Norge" (Pedersen, 2015).

Funn i denne feltstudien som viste et behandlingssystem med liten grad av in-

divid- og brukertilpasning, mangel på prosedyrer og rutiner for å både hindre brudd i behandlingsforløpet og risiko for overdose etter utskrivningen, og en likegyldig holdning til viktigheten av tilgang til rusfri bolig, kan fremstå å ha flere tidsuavhengige og typiske trekk enn å være et enkeltstående behandlingsforløp for 15 år siden. Dersom man sammenligner risiko-situasjonene fra denne case-historien med nyere forskning på behandlingssystemet etter de store reformene, kan man se flere bekymringsfulle likhetsstrekk med tanke på overdosedødelighet etter utskrivning fra behandlingsinstitusjon.

I denne artikkelen har vi sett at det finnes risikofylte forhold i behandlingssystemet som både kan snu behandlingssituasjon til behandlingssituasjon og som kan bidra til økt overdosedødelighet etter avbrutt/avsluttet rusmiddelbehandling. Caset viser at det kan være en sammenheng mellom marginalitet, behandlingssituasjon og overdosedødsfall. Funn viser at Sams behandlingssituasjon er et case om avvisning som bidro til å sette han i en tom, likegyldig og svært risikofylt livssituasjon. I lys av artikkelens funn vil det være behov for mer kunnskap om en mulig sammenheng mellom likegyldighet og overdosedødelighet i et brukerperspektiv, og mer fokus på hvordan behandlingssystemet kan unngå systemsvikt som kan medvirke til og påføre ekstra risikofylte livssituasjoner for rusmiddelbrukere.

**Declaration of interest** None.

**Elin Berg**, høgskolelektor  
Fakultet for samfunnsfag  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
Epost: elin.berg@hioa.no

Jeg vil takke for gode faglige innspill til teksten fra: Professor emeritus Tian Sørhaug, Førsteamanuensis Per Arne Tufte og to anonyme referees.

## NOTER

- 1 <http://www.tv2.no/a/5838147>, lastet ned 01.12.14.
- 2 Intervju med helsedirektør Bjørn-Inge Larsen; <http://www.dagensmedisin.no/Pages/PrintNewsArticle.aspx?printPageId=114657>, lastet ned 01.03.12.
- 3 Det er i utgangspunktet problematisk å sammenligne antall dødsfall i Norge med andre europeiske land, fordi det legges til grunn ulike kodetradisjoner. Professor Clausen ved Seraf uttaler at dette ikke rokker ved Norges høye plassering på den europeiske overdosedestatistikken. [http://www.rop.no/Artikler/Nasjonalt/Problematisk\\_aa\\_sammenligne\\_overdosedoedsfall](http://www.rop.no/Artikler/Nasjonalt/Problematisk_aa_sammenligne_overdosedoedsfall), lastet ned 27.06.13.
- 4 <http://www.sirus.no/263+narkotikad%C3%B8dsfall+i+Norge+i+2008.d25-SMjrY3I.ips>, lastet ned 07.06.11.
- 5 <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/opptr.plan.pdf>, lastet ned 19.08.15.
- 6 En nordisk undersøkelse av rettslige obduksjoner i Norge i 2007 viser at cirka 80 prosent av 236 forgiftningsdødsfall var menn, de fleste mellom 25 og 34 år (Simonsen m.fl. 2010).
- 7 Det skjer en aldring blant de som dør av narkotikarelaterte dødsfall. I 2012 var det flest i 30-, 40- og 50-årene som døde. (<http://statistikk.sirus.no/sirus/>), lastet ned 22.08.15.
- 8 De seks personene som døde av overdose avsluttet behandlingen før tiden (Ravndal og Amundsen (2010).
- 9 <http://www.sirus.no/Stor+risiko+for+overdose+etter+behandling.d25-SMjvO3W.ips>, lastet ned 18.08.14.
- 10 Unntak her er Nederland.
- 11 Det opprinnelige utvalget utgjorde 23 personer, 2 kvinner og 21 menn, hvorav en mann hadde europeisk bakgrunn.
- 12 Én i materialet fortalte at han kun brukte amfetamin. Bruk dominert av sentralstimulerende midler og rusmidler inntatt gjennom munnen gir lavere dødelighet enn injeksjon av heroin (Clausen, Havnes & Waal, 2009).
- 13 Kodegrunnet for underliggende dødsårsak var F110 for fire av fem menn. Det vil si dødsfall på grunn av akutt intoksikasjon, heroinoverdose (Pedersen, 2000). En femte person var registrert død uten ICD-kode. På forespørsel til Nasjonalt folkehelseinstitutt om dødsårsak, ble den oppgitt å være heroinforgiftning samtidig som det ble påvist nedbrytningsprodukt fra sovemiddelet Flunipam/ Rohypnol.
- 14 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (WHO, 1996).
- 15 Et av dødsfallene var Hiv-relatert, ICD-kode B201.
- 16 SSB implementerte en kodeendring i 2003 vedrørende forgiftningsdødsfall. WHO anbefalte at alle forgiftningsdødsfall skulle bli kodet som ulykker. Før denne endringen ble forgiftningsdødsfall hos misbrukere kodet som psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (<http://www.ssb.no/dodsarsak/>, lastet ned 14.04.12).
- 17 De ble oppgitt døde med koden X42 supplert med koden T401.
- 18 ICD-kode R784.
- 19 ICD-kode T510.
- 20 ICD-kode T424.
- 21 Fem var ugifte og to var skilte fra koner og barn.
- 22 <http://snl.no/marginal>, lastet ned 02.04.13.
- 23 <http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/Marginalisering/>, lastet ned 12.01.15.
- 24 <https://snl.no/narkoman>, lastet ned 25.04.15.
- 25 <http://www.dagsavisen.no/oslo/thorvalds-jul-1.666626>, lastet 28.12.15.
- 26 <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>, lastet ned 29.12.15.
- 27 <https://www.regjeringen.no/no/tema/pensjon-trygd-og-sosiale-tjenester/nav-reformen/id604957/>, lastet ned 29.12.15.
- 28 <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/rus/rusbehandling-i-spesialisthelsetjenesten/id439355/>, lastet ned 28.12.15.

## LITTERATURLISTE

- Amundsen, E. & Bretteville-Jensen, A. L. (2010). 263 narkotikadødsfall i Norge i 2008. Sirius-oppsummering. [http://www.sirus.no/263+narkotikad%C3%B8dsfall+i+Norge+i+2008.E2x322-8\\_Bp77BFv3TR9D6CJ1K0Aow7VPL28nMhPLZB9MtlY05hRHG1w.ips](http://www.sirus.no/263+narkotikad%C3%B8dsfall+i+Norge+i+2008.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K0Aow7VPL28nMhPLZB9MtlY05hRHG1w.ips), lastet ned 07.07.14.
- Atkinson, P. (1992). "The ethnography of a medical setting. Reading, writing and rhetoric". *Quality Health Research* 2(4), 451–471.
- Berg, E. (2001). *Jeg har fortalt. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i rusmiddelomsorgen*. Hovedfagsoppgave i sosialantropologi. Universitetet i Oslo.
- Berg, E. (2002). Terapeutisk offentlighet – en kompleks hybrid. Hvorfor avbryter (en del) innvandrere behandlingen? *Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift*, 19, 171–185.
- Beyer, S., Enoksen, E., Lie T., & Nesvåg, S. (2010). *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Oppdatering av rusreform-evalueringen (2006–2010)*. Korfor, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.
- Biong, S. & Ravndal, E. (2009). Living in a maze: Health, well-being and coping in young non-western men in Scandinavia experiencing substance abuse and suicidal behaviour. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 4–16.
- Biong, S. (2013). Overdoser som selvmord: en fenomenologisk case studie. *Sucidologi*, 18(3), 36–40.
- Bretteville-Jensen, A. L. (1994). *Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976–1993*. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Sifa rapport 4/94.
- Bretteville-Jensen, A. L. (2011). Hvorfor har Norge så mange overdosedødsfall? <http://www.sirus.no/Hvorfor+har+Norge+s%C3%A5+mange+overdosed%C3%B8dsfall%3Fd25-SMRFU1q.ips>, lastet ned 07.07.14.
- Brorson H., Arnevik, E. A., Rand-Henriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review* 33, 1010–1024.
- Brådvik, L., Frank, A., Hulenvik, P., Medvedeo, A., & Berglund, M. (2007). Heroin Addicts Reporting Previous Heroin Overdoses Also Report Suicide Attempts. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 37, 475–481.
- Buchanan, J. (2005). Problem Drug Use in the 21st century: A Social Model of Intervention. I T. Heinonen & A. Metteri (Ed.), *Social Work in Health and Mental Health. Issues, Developments, and Actions*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Bystyremelding (1997). *Tiltak mot alkohol- og narkotikamisbruk i Oslo*. 1997, nr.1:24. Oslo kommune.
- Bønes, T. & Waal, H. (2010). *Hvor mange dør av hva?* SERAF-rapport 2010 nr. 2. Universitetet i Oslo.
- Clausen, T., Havnes, A. & Waal, H. (2009). Overdosestatistikk – et komplisert regnskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 21/5, 2009.
- Clausen, T. (2010). Norge på Europatoppen med overdosedødsfall! Senter for rus – og avhengighet. <http://www.seraf.uio.no/nyheter/2010/norge-paa-europatoppen-med-overdosedodsfall>, lastet ned 20.01.11.
- Claussen, B. & Bruusgaard, D. (2009). Fortsatt stor sosial ulikhet i dødelighet i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 1230–1232.
- Dark, S., Degenhardt, L., & Mattick, R. (2007). *Mortality amongst illicit Drug Users. Epidemiology, causes and intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A., Schifano, P., Belleudi, V., Hickman, M., Salamina, G., Diecidue, R., Vigna-Taglianti, F., & Faggiano, F. (2007). Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction*, 102, 1954–1959.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent. En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Pax Forlag.
- Dyb, E., Johannessen, K., Lied, C., Kvinge,

- T. (2013). Bostedsløshet i Norge 2012. Omfang, kjennetegn og forklaringer. Oslo. Notat 2013:112. NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Dyb, E. & Holm, A. (2015). Rus og bolig. Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer. NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning.
- EONN, Europeisk overvåkingssenter for Narkotika og Narkotikamisbruk (2009). Narkotikasituasjonen i Europa – Årsrapport 2009.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2).
- Frønes, I. (2001). Skam, skyld og ære i det moderne. I T. Wyller (red), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Geertz C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J. & Clausen, T. (2011). *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang*. Rapport 2/2011. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Oslo.
- Grønmo, S. (2011). *Samfunnsvitenskapelig metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gullestad, M. (1999). Kunnskap sett "nedenfra". *Nytt Norsk tidsskrift* 4/1999.
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, L.E. & Braut, G. S. (2010). Sårbarhet i tjenestetilbudet til rusmiddebrukere – erfaringer fra tilsyn. I J. G. Bramness (red.), *Følelser og fornøft*. Festskrift til Helge Waal. Oslo. SERAF.
- Helsedirektoratet (2014). *Nasjonal overdosestrategi 2014 –2017. "Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve"*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Meld. St.30. (2011–2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol-narkotika-doping*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Herrestad, H. & Biong, S. (2010). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2010(5), 4651.
- Johansen, J. A. (2007). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: et nytt tjenestoområde i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(3), 269–272
- Johansen N.B. & Myhre, H. (2004). *Skadereduksjon i praksis, del 1*. Oslo kommune Rusmiddelstaten. Kompetansesenteret.
- Karlsson, L.B., Kuusela, K., & Rantakeisu, U. (red.) (2013). *Utsatthet, marginalisering och utanförskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2011). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden*. (NOU 2011:15). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltningen.
- Kronauer, M. (1998). 'Social exclusion' and 'underclass' – new concepts for the analysis of poverty. I H-J Andress (Ed.), *Empirical poverty Research in a comparative Perspective*. Aldershot: Ashgate.
- Lalander, P. (2005). *Mellan självvalt och påtvingat utanförskap. En analys av sju kvalitativa studier om unge narkotikaerfarne människors tanker om narkotika*. Rapport 10, 2005.
- Leseth, A. & Solbrekke, K.N. (2011). *Profesjon, kjønn og etnisitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E.J.M., Groenhof, F., Geurts, J.J.M., & the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 349, 1655–1659.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- McGregor, C., Dark, S., Ali, R., & Christie, P. (1998). Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions. *Addiction*, 93, 701–711.
- Miller, P.G. (2006). Dancing with death: the grey area between suicide related behavior, indifference and risk behaviors of heroin users. *Contemporary Drug Problems*, 33, 427–450.

- Mæland, J.G. (2004). Sosial faktorerers betydning for sykdom og helse. I J. G. Mæland, P. Fugelli, G. Høyser og S. Westin. (red), *Sosialmedisin – teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Naper, S. & Dahl, E. (2007). Sosialhjelpsmottakeres dødelighet: I hvilken grad kan overdødeligheten tilskrives deres sosiale status? *Norsk Epidemiologi*, 17(1), 21–28.
- Pedersen, A.G. (2000). Notater. *Oversikt over Dødsårsaksregisterets koderegler 1996–1997*. Statisk sentralbyrå. 2000/51. Avd. for personstatistikk/Seksjon for helsestatistikk.
- Pedersen, E. (2015). *4.000 pasienter sendes årlig "hjem" uten å ha en adresse*. Bergensavisen. <http://www.ba.no/debatt/4-000-pasienter-sendes-arlig-hjem-uten-a-ha-en-adresse/o/5-8-125706>, lastet ned 30.12.15.
- Piuvu, K. & Brodin, H. (2013). En familj som alla andra - samtal med mödrar til vuxna barn med psykisk funktionsnedsättning. I L. B. Karlsson, K. Kuusela & U. Rantakeisu (red.), *Utsatthet, marginalisering och utanförskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Platt, S., Davis, S., Sharpe, M., & O'May, F. (2005). Contextual effects in suicidal behaviour: evidence, explanation, and implications. I K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Ravndal, E. & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from impatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 65–69.
- Representantforslag (2007–2008). *Representantforslag nr.75 fra stortingsrepresentantene G. Ludvigsen, T. Skei Grande, O.E. Dørum og A. N. Skjelstad*. Dokument nr. 8:75 (2007–2008).
- Richert, T. & Svensson, B. (2008). Med livet som insats – injeksjonsmissbruk, risiktagande och överdoser. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 25, 355–376.
- Rognerud, M., Strand, B.H. & Hesselberg, Ø. (2000). *The health of Disadvantaged Groups in Norway*. Statens institutt for folkehelse, rapport 2000:2. Oslo.
- Rossow, I. (1994). Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*, 89, 1667–1673.
- Rossow, I. (1996). Rusmiddelbruk og dødelighet. *Norsk Epidemiologi* 6(1), 37–44.
- Rossow, I. (2001). Rusmiddelbruk og suicidal atferd. *Suicidologi*, 6(3).
- Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94(2), 209–219.
- Rus & avhengighet (2003). Ja, takk, et sted å bo (men ikke i mitt nabolag). *Rus og avhengighet* 6, 2003.
- Simonsen, K. W., Normann, P. T., Ceder, G., Vuori, E., Thordardottir, S., Thelander, G., Hansen, A. C., Teige, B. & Rollmann, D. (2011). Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2007. *Forensic Science International*, 207(1), 170–176.
- Skårderud, F. (2001a). Tapte ansikter. I T. Wyller (red), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2001b). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (13), 1613–1617.
- Steenoft, A., Teige, B., Ceder, G., Vuori, E., Kristinsson, J., Simonsen, K. W., Holmgren, P., Wethe, G. & Kaa, E. (2001). Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries. *Forensic Science International*, 123(1), 63–69.
- Svedberg, L. (1995). *Marginalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, B. & Andersson, M. (2012). Involuntary discharge from medication-assisted treatment for people with heroin addiction-patients' experiences and interpretations. *Nordic studies on Alcohol and Drugs*, 29(2), 173–193.
- Vingoe, L., Welch, S., Farrell, M. & Strang, J. (1999). Heroin overdose among a treatment sample of injecting drug misusers: accident or suicidal behaviour? *Journal of Substance Use*, 4, 88–91.
- WHO (1996). *ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.



- Waal, H., & Gossop, M. (2014). Making sense of Differing Overdose Mortality: Contributions to Improved Understanding of European Patterns. *European Addiction Research*, 20(1), 8–15.
- Westin, S. (2002). Sosiale gradienter i helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 1861.
- 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*, 24, 245–251.
- Wyller, T. (2001). Skam, verdighet, grenser. I T. Wyller (red), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ødegård, E., Amundsen, E. J., Kielland, K. B., & Kristoffersen, R. (2010). The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. *Addiction Research and Theory*, 18(1), 51–58.
- Østerberg, D. (1993). Latent funksjon og amfibisk samkvem. I *Fortolkende sosiologi 1*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Østerberg, D. (2012). *Sosiologiens nøkkelbegreper*. 7. Utgave. Cappelen Damm Akademiske.















