



Illustrasjonsfoto:  
Oslo universitetssykehus

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Forsknings dokumenterer mange risikofaktorer knyttet til overdosedødsfall. Disse vil ha betydning for sykepleieres faglige arbeid i møte med overdoseutsatte personer. Samtidig mangler det studier som belyser sykepleieres erfaringer med faglig arbeid knyttet til overdoser.

**Hensikt:** Denne studien undersøker sykepleieres erfaringer med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsmisbruk i Oslo. Studiens mål er å utvikle kunnskap om disse fenomenene i en slik kontekst.

**Metode:** Seks sykepleiere deltok i tverrfaglige fokusgrupper og to i individuelle dybdeintervjuer. Gjennom systematisk tekstkondensering av data beskriver studien sykepleierens erfaringer.

**Resultat:** Sykepleierens erfaringer kan beskrives som: Ulike årsaker til overdoser, Åpne for behandlingsrelasjon, Grip fatt i situasjonen og Abstinensbehandling og kople på sosialtjenesten.

**Konklusjon:** Sykepleieres erfaringer bekrefter at overdosedødsfall er

knyttet til forskjellige risikofaktorer hvor både individuelle, kulturelle og strukturelle forhold synes å ha betydning. Å få fatt i personens erfaringskunnskap om overdosen og hva som kan være til hjelp synes dessuten å være vesentlig for sykepleierne. Funnene antyder betydningen av at samarbeidet med overdoseutsatte personer er basert på en deltakerposisjon og med formål om å skape håp. Sykepleierens erfaringer peker mot at opplysningsmulighetene mellom ulike etater ved overdoser kan klagjøres og taushetsplikten diskuteres.

ENGLISH SUMMARY

**Nurses' experiences with overdose deaths in Oslo.**

**Background:** Many risk factors associated with overdose deaths are described in the research literature. These factors will have implications for nurses' work with persons at risk of overdosing. There seems to be a lack of studies that investigate nurses' professional experience of work with this phenomenon.

**Objective:** In this study, conducted in Oslo, we examined nurses' experiences with cases of overdose, and deaths from overdose, in persons who took opioid injections. The aim

of the study was to acquire knowledge about these phenomena in such a context.

**Method:** Six nurses participated in multi-professional focus groups and two in individual in-depth interviews. Using systematic text condensation of data, the nurses' experience was described.

**Results:** The experience of the nurses can be described as: Different reasons for overdosing, Opening for a treatment relationship, Getting a grip on the situation, and Teaching abstinence and involving the social services.

**Conclusion:** The results confirm that deaths from overdose are associated with various risk factors, in which individual, cultural and structural factors seem to play a part. Knowledge about the person's experience of the overdose, and about what can help, seems essential to the nurses. The results indicate that collaboration should be based on a participant position with the aim of creating hope. The nurses' experience points to the importance of the different services sharing information about cases of overdose, and of discussing the duty of confidentiality.

**Keywords:** qualitative study, substance abuse

«EN OVERDOSE ER IKKE EN OVERDOSE»:

# >> Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Oslo

Forfatter: **Stian Biong**

## NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Stoffmisbruk
- Overdose
- Sykepleie
- Fenomenologi

## INTRODUKSJON

Rusproblemer byr på omfattende utfordringer knyttet til faren for tidlig død (1,2). Å erfare overdose øker dessuten risikoen for senere å dø av overdose (3). Et overdosedødsfall er definert som et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere rusmidler eller medikamenter, og som er direkte relatert til dette inntaket (4). Praksisen knyttet til injisering av rusmidler og blanding av flere rusmidler samtidig utgjør størstedelen av disse dødsfallene (5,6). Menn står for de fleste overdosedødsfallene og de som dør er i gjennomsnitt midt i trettiårene (7–9). På grunn av omfattende problemer er personer som står i fare for å dø av overdose ansett som blant de mest vanskeligstilte av helsemyndighetene i Norge (10). Helsemyndighetene framhever derfor betydningen av i sterkere

grad å arbeide helsefremmende, og det gjennomføres en nasjonal strategi mot overdosedødsfall fram til 2017 (11).

## TIDLIGERE FORSKNING

Forskningslitteraturen dokumenterer mange risikofaktorer knyttet til overdosedødsfall. Individuelle forhold er knyttet til overganger mellom ulike situasjoner på grunn av lavere toleranse for rusmidler. Ved løslatelse fra fengsel fant Ødegård og medarbeidere (12) at risikoen er opptil ti ganger så høy de første to ukene. Ved behandlingsavbrudd fant Ravndal og Amundsen (13) at risikoen er opptil 16 ganger høyere de første fire ukene etter avbruddet enn i de påfølgende åtte årene. Jo tidligere i livet man har sin første overdose, og jo flere overdoser man har hatt, jo større er sannsynligheten for å dø av overdoser, også som selvmord (14,15). Antall år med rusproblemer er også vist som en indikator for forhøyet overdoserisiko (16). Fysiske helseproblemer som følge av injisering innebærer blant annet abscesser, blodpropp, samt sår- og infeksjoner (17). Tilgang til legemiddelassistert rehabilitering har

reduert overdosedødsfall i Norge (18). Kulturelle forhold som injisering av rusmidler og bruk av flere stoffer samtidig øker risikoen (19). Slike forhold synes ulikt geografisk fordelt. I en rapport om narkotikabruk i sju norske byer dokumenteres det at andelen personer som oppga å ha hatt overdoser varerte (20). I Bergen og Trondheim oppga 71 prosent at de hadde hatt én eller flere ikke-dødelige overdoser noen gang. Til sammenlikning var andelen i Tromsø 54 prosent. Bergen var den byen hvor flest (27 prosent) hadde hatt én eller flere overdoser i løpet av det siste året, etterfulgt av Oslo og Trondheim

### Hva tilfører artikkelen?

Sykepleiernes erfaring med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsmisbruk bekrefter at både individuelle, kulturelle og strukturelle forhold synes å ha betydning ved overdosedødsfall.

### Mer om forfatteren:

Stian Biong er sykepleier og forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Kontakt: stian.bio@medisin-uio.no.

med 24 prosent. I tillegg hadde Oslo (10 prosent) og Bergen (9 prosent) den høyeste andelen som hadde hatt en ikke-dødelig overdose siste fire uker. Strukturelle forhold synes å spille inn i forhold til overdosedødsfall. Undersøkelsen fra Oslo viste at 136 av de 159 som tilhørte Oslo hadde vært i kontakt med opptil fire ulike deler av tiltaksapparatet det siste året før de døde, men at tiltakene ikke alltid var godt nok koordinert. De fleste døde på privat adresse, og sosialtjenesten var den instansen flest Oslo-tilhørende hadde hatt kontakt med som siste instans

også basert på et holistisk eller eksistensielt perspektiv. Hensikten med studien er derfor å undersøke sykepleieres subjektive erfaringer med overdoser og overdosedødsfall i Oslo, og forskningsspørsmålet ble formulert slik: Hvordan beskriver sykepleiere sine erfaringer med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsmisbruk?

#### METODE

Artikkelen baserer seg på data fra en helhetlig gjennomgang av alle registrerte overdosedødsfall i Oslo mellom 2006–2008 (1).

## ” Strukturelle forhold synes å spille inn i forhold til overdosedødsfall.

(1). Alstadius og Rossow (21) har dokumentert at ambulansetjenesten i Oslo bruker i gjennomsnitt 16,8 minutter totalt på hver overdosepasient. I alt 82,3 prosent av pasientene blir «ferdigbehandlet» på stedet. Dette er hevdet å være strukturelle forhold som ikke underbygger en helhetlig tilnærming ved så sammensatte problemer som overdoser (22). Risikoen for overdosedødsfall i timene etter prehospital naloksonbehandling synes imidlertid liten (23). Kunnskap om risikofaktorene som er presentert her antas å ha betydning for sykepleieres faglige arbeid i møte med overdoseutsatte personer.

Litteratursøk i tre databaser med MeSH-termer om sykepleiere og erfaringer med overdoser ga 292 treff, men resulterte ikke i relevante funn. Med utgangspunkt i kunnskapen om risikofaktorer og helsemyndighetenes strategi om en sterkere helsefremmende innsats (11), synes det nødvendig med kunnskap

Til sammen 232 personer døde av overdose i byen i denne perioden. I den kvalitative delen av gjennomgangen undersøkte vi blant annet erfaringene til 30 helse- og sosialarbeidere som i sitt arbeid hadde hatt erfaring med overdoser og overdosedødsfall hos personer med opiattdominert injeksjonsbruk, og som hadde oppgaver knyttet til forebygging av overdoser.

#### Design

Da forskningsspørsmålet ikke synes å være beskrevet tidligere fikk studien et eksplorerende og deskriptivt design. Kvalitative metoder er hensiktsmessig når forskningen tar sikte på å undersøke innholdet i subjektive erfaringer, og der forskningsspørsmålet kan ha et mangfold av potensielle svar (24). Derfor er det i analysen av data anvendt systematisk tekstkondensering. Metoden er egnet for en eksplorativ og deskriptiv analyse av et fenomen som beskrives av flere deltakere, samt for å kunne

utvikle nye beskrivelser av fenomenet så tekstnært som mulig (25).

#### Utvalg

Utvalgsstrategien var strategisk. Mulige deltakere til den kvalitative delen av gjennomgangen ble rekruttert via informasjonsbrev til relevante instanser (1). Utvalget besto til slutt av 30 helse- og sosialarbeidere, hvorav åtte sykepleiere. Det er deres erfaringer som analyseres her. Seks av disse sykepleierne ble rekruttert til to tverrfaglige fokusgrupper. To sykepleiere ble rekruttert av forskeren selv til individuelle intervjuer med hensyn til deres lange kliniske praksis knyttet til overdoser. De fleste sykepleierne jobbet i kommunale tjenester. Seks var kvinner og to var menn.

#### Datainnsamling

Datainnsamlingen ble hovedsakelig gjennomført ved hjelp av to tverrfaglige fokusgruppeintervjuer med forfatteren som moderator. Metoden ble valgt fordi den er egnet til å gi mye datamateriale. Gruppedynamikken bidrar til at man påvirker hverandre og får fram nyanser og bredde i dataene. Dette forutsetter en moderator som ivaretar deltakerne og sørger for at alle kommer til orde (26). I det ene fokusgruppeintervjuet deltok to sykepleiere (n=8) og i det andre fire (n=7). Begge varte om lag to timer og ble innledet med studiens forskningsspørsmål som åpningsspørsmål. Moderator tilrettela deretter for en gruppediskusjon gjennom å stille oppfølgende og utdypende spørsmål. De to deltakerne som var rekruttert på bakgrunn av lang klinisk praksis ble intervjuet individuelt etter at de to fokusgruppene var gjennomført

(27). Dette ga muligheter for å gå mer i dybden i sykepleieres erfaringer. Også her ble forskningsspørsmålet anvendt som åpningsspørsmål, med påfølgende eksplorerende spørsmål. Intervjuene varte om lag én time. Av praktiske hensyn ble disse intervjuene foretatt av to andre forskere i Oslo-studien (1). All datainnsamling ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.

### Analyse

I denne artikkelen er de åtte sykepleiernes erfaringer analysert etter at datainnsamlingen var gjort. En systematisk tekst-kondensering (25) foregår i fire trinn: å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i enhetene og å sammenfatte betydningen i nye beskrivelser. En tentativ analyse ble diskutert med forskergruppen i Oslo-studien (1). Den analysen som presenteres her ble gjort av forfatteren alene.

### Etiske overveielser

Studien ble meldt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), og godkjent 11.03.10 (2010/414). Deltakerne sikres konfidensialitet ved at sitater ikke kan knyttes til bakgrunnsinformasjon.

### RESULTATER

Dataanalysen gjorde det mulig å utvikle fire nye beskrivelser om sykepleiernes erfaringer.

### Ulike årsaker til overdoser

Denne beskrivelsen omhandler sykepleiernes erfaringer med at de medvirkende faktorene ved overdoser var mangfoldige: «Det er veldig forskjellige overdoser. Noen er for å håndtere følelser, andre handler om

slums ... eller at man glemmer at man har en veldig lav toleranse.» Det framkom derfor som viktig at man hadde en bred forståelse av hva overdoser og overdosedødsfall kunne være knyttet til: «En overdose er ikke en overdose. Den er et resultat av den helhetlige situasjonen til vedkommende. Uten å se på sammenhengen den skjer i, så får du ikke hjulpet ... Det mangler en større forståelse i forhold til hvordan denne pasientgruppen reagerer og hvorfor de reagerer som de gjør.» Denne sykepleieren belyste poenget med å prøve å få tak i hvilke sammenhenger overdosen inngjikk i samt behovet for å forstå overdosen ved å inndra personens egen erfaringskunnskap. Det ble reflektert over at Oslo som storby kunne ha særlige utfordringer i forhold til risiko for overdoser: «Er det noe med at psykisk syke trekker til en storby, at det ikke er plass til dem i et mindre samfunn? Så får vi en del andre utfordringer her i byen enn man gjør en del andre steder.» Å komme utenbys fra uten å ha tilknytning til noen i storbyen var en pågående krisesituasjon som ble beskrevet som risikofyllt: «Det var en gutt som hadde bodd på gata i to år, fra (tettsted). Han sa han ikke orket mer, og var dritsliten og at han ikke orket å leve sånn mer ... Vi følger ham enda. Det er utrolig vanskelig.» At psykisk lidelse kunne medføre overdosedødsfall i suicidal hensikt ble trukket frem av flere, selv om også selve livsførselen skapte en tilsynelatende likegyldighet til livet som kunne spille inn: «Du har den gruppa med villede overdoser i suicidal hensikt, og så har du den hvor det som skjer, det skjer. Denne likegyldigheten preger mange, som er syke eller

har store psykiske problemer ... de har en likegyldighet i forhold til om de lever eller dør.»

### Åpne for behandlingsrelasjon

Denne beskrivelsen handler om sykepleiernes erfaringer med samarbeid i ulike situasjoner hvor forebygging av overdoser og overdosedødsfall inngjikk. Dette var for eksempel der ansvarsgruppene ikke fungerte optimalt. Da kunne det være vanskelig for personen å formidle egne behov, verdier og preferanser. Ideologiske og faglige spørsmål og konflikter kunne vanskeliggjøre samarbeidsforholdene for sykepleierne og få negative konsekvenser for den det gjaldt: «Mange klienter gruer seg, fordi det er vanskelig å fortelle om det som er aller innerst. Og vi fagfolk har forskjellige forklaringsmodeller, og vi kjenner ikke hverandre fra før. Vi må bli enige om en retning, så slipper klienten å sitte og høre på de uenighetene vi har. Det er ikke alle av dem som kan orke det.» Andre kompliserte samarbeidsforhold mellom personen, systemene og sykepleier fant sted i selve overdosesituasjonene: «Jeg er skeptisk til den utstrakte bruken av naloxon. Det blir et sånt medisinsk mekanisk perspektiv ... og den kan kamuflere andre sider av pasientens behov og sykdomsbilde ... Kognitiv svikt er til stede i mange tilfeller ... Kommunikasjonen med pasienten rundt hva som har skjedd er viktig, det kan åpne for en behandlingsrelasjon og dermed forebygge nye overdoser ... Krenkelser må unngås.» Noen av sykepleierne trakk fram at dersom språket om overdoser ble endret ville det kunne bety at fagfolk ble minnet på at slike hendelser faktisk dreide seg om

liv eller død, og at samarbeidet om hendelsene da kunne blitt annerledes: «Hvis man fikk inn en pasient som hadde sju selvmordsforsøk, så ville man kanskje tenke annerledes, enn at det er en heroinavhengig som har hatt sju overdoser?» At hjelpe-tiltakene i liten grad evnet å samarbeide om forebyggende tiltak på lengre sikt ble hovedsakelig beskrevet i form av en kritikk mot Oslo-modellen (behandling på stedet). Taushetsplikten var en særlig strukturell utfordring i forhold til samarbeid: «Det er den store svikten i systemet som er her i byen, hvor du sender ut en ambulanse som setter Narcanti og overlater personen til seg selv. Det å bli overlatt til seg selv på den måten ... det er en kjempesvikt ... Jeg synes taushetsplikten er et hinder ... jeg synes det er problematisk.»

### Grip fatt i situasjonen

Denne beskrivelsen handler om sykepleiernes erfaringer med konkrete overdoser og overdosedødsfall. Det ble påpekt at overdoser ut over uhell kunne være et symptom på en krisesituasjon, og at intervensjonene måtte stå i forhold til det: «Folk som overdoserer er i en ruskrise ... Man må gripe fatt i den situasjonen som overdosen konkret er

de har fått i seg, eller hvor mye ... Det var en jente som hadde vært ute for akkurat det, at en annen hadde mekka for henne.» Selv om slike situasjoner var mer sjeldne, var det viktig å undersøke hva overdosen for øvrig kunne være knyttet til. Krisesituasjoner kunne dessuten bety at flere overdoser kom tett på hverandre: «Mange har overdoser i nær fortid. Det sier noe om at pasienten er i en ruskrise ... Hun hadde masse å prate om (etter overdosen) og syntes det var helt forferdelig. Det var ikke første gangen, og det samme skjedde to dager etterpå.»

### Abstinensbehandling og kople på sosialtjenesten

Denne beskrivelsen handler om sykepleiernes erfaringer av hva pasientene kunne hatt behov for av hjelp som kunne forhindret overdoser og overdosedødsfall, samt refleksjoner om hjelpen som var blitt gitt. Å vente svært lenge på rusbehandling, og færre muligheter til reinntak etter rusreformen i 2004 ble trukket fram: «Før hadde klientene mulighet til å komme inn igjen og inn igjen. Den muligheten har blitt borte etter rusreformen.» Når én eller flere overdoser faktisk hadde skjedd, beskrev en sykepleier behovet for hjelp på

tinuitet ... Så må man kople på sosialtjenesten derfra for å få til et mer langsiktig oppfølgingsarbeid ... Derfor er det så viktig at vi sender bekymringsmelding til sosialetaten.» Et problem knyttet til å gi god og riktig hjelp var at personen med overdose ikke nødvendigvis samtykket til helsehjelpen, til tross for en livstruende situasjon: «Vi hadde to overdoser på Plata ... Ingen av dem ville være med ambulansen til legevakten, så du har den siden av det òg.»

### DISKUSJON

De fire nye beskrivelsene synes å bekrefte mye av forskningen på risikofaktorer som er presentert innledningsvis. At fenomenet er knyttet til sammensatte forhold på ulike nivåer gjør en bred forståelse og tilnærming nødvendig. Denne studiens særlige bidrag er knyttet til at sykepleiernes erfaringer tyder på at helsetjenesten som system forstår og håndterer overdoser som et medisinsk anliggende. Ottawa-erklæringens prinsipper om helsefremming (28) antas å kunne hjelpe sykepleiere til å hevde og forvalte et bredere perspektiv, i tråd med helsemyndighetens strategi (11). Prinsippene om «å reorientere helsetjenesten» og «å skape støttende miljøer» synes å være de mest relevante for drøftingen av empirien her. *Ulike årsaker til overdoser* handler om en reorientering bort fra sykdomsmodellen som ensidig referanseramme, og behovet for å inndra personens egen erfaringskunnskap om hva overdosen gjelder og hva som kan være til hjelp. Sykepleierne beskriver dessuten flere miljømessige forhold av betydning, i motsetning til mer individuelle forhold som for eksempel toleranseproblematikk, overgangssituasjoner og

” Det mangler en større forståelse i forhold til hvordan denne pasientgruppa reagerer og hvorfor de reagerer som de gjør.

knytta til ... Det blir litt for sånn naturvitenskapelig tilnærming til problemene.» En særlig form for krise ble beskrevet når personen med overdose ikke hadde forbedret eller satt dosen selv: «Noen sier at de har latt andre «mekke» for dem, og ikke visst helt hva

denne måten: «Etter en overdose må det være et opplegg på Legevakta, med en seng med skolelert personale ... Et tilrettelagt mottak ved overdoser må møte behovene for å unngå abstinens og lindre fysiske og psykiske smerter og garantere folk en kon-



fysiske helseforhold forskningen om risikofaktorer har belyst (12–17). Empirien støtter tidligere forskning om at overdoser på individnivå kan være knyttet til fysiske uhell (17), samt til psykologiske, sosiale eller eksistensielle kriser, herunder selvmordsatferd (19). Schnyder og medarbeidere viser hvordan pasienter, sykepleiere og leger har forskjellige syn på hva som var årsaken til et selvmordsforsøk. Sykepleierne forsto fenomenet knyttet til fortvilelse og håpløshet, mens pasientene forsto det som tap av kontroll (29). Å få tilgang til den virkeligheten og de meningssystemene personen selv har, synes derfor å være viktig for å skape en felles og bredere forståelse. Tap av kontroll kan innebære en krise hvor tidligere erfaringer og lærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige for å mestre livsomstendighetene (30). Da kan sykepleieres bidrag til økt opplevelse av kontroll, gjennom for eksempel sosial støtte i form av langtidsoppfølging av utenbysboende slik denne empirien viser, kunne fungere som en motvekt til kriseopplevelsen og være et viktig element i en reorientert helsetjeneste. Empirien løfter fram at overdoser synes å være et resultat av den helhetlige situasjonen vedkommende er i. Skårderud og medarbeidere (31) oppfordrer oss til å være mer undrende i forhold til hva som viser seg for oss, enn hva vi kaller det vi ser. En slik holdning kan være nyttig i møtet med personer med sammensatte problemer. Av betydning for overdoser som eksistensielt fenomen, i form av å ikke orke mere, kan det å arbeide med håp også bety en reorientering i retning av å forstå fenomenet som knyttet til livshistorie og levekår (22).

*Åpne for behandlingsrela-*

*sjon, grip fatt i situasjonen og abstinensbehandling og kople på sosialtjenesten* handler om relasjonsarbeid på individ- og systemnivå for å forebygge overdoser. «Å skape støttende miljøer» vil ut fra et holistisk eller eksistensielt perspektiv innebære å utvikle møter og arenaer hvor begge parter kan bli forandret på en positiv måte (32). Empirien synes å bekrefte at storbyer kan ha spesielle utfordringer med hensyn til relasjonsarbeid, for eksempel i form av tilflytting av personer med helseproblemer som bor på gata. Å utvikle individuelt relasjonsarbeid i en slik kontekst kan fremmes ved at sykepleiere lar sin praksis være særlig inspirert av Skjervheims idé om å være (mer) deltaker enn tilskuer (33). Skjervheim beskriver deltakerposisjonen som en treleddet relasjon; mellom meg, den andre og «saken» (overdosen). I en slik relasjon kan begge parters kunnskapsgrunnlag bli likeverdig. Kulturelle faktorer betyr betydning for relasjonsarbeidet i en storby kan dessuten tre tydeligere fram for sykepleieren (19). For eksempel at noen lar andre gjøre i stand doser for seg. Strukturelle faktorer, som behandling av overdoser i et medisinsk mekanisk perspektiv (21), mangel på abstinensbehandling (1) og forvaltningen av helsepersonells taushetsplikt i forhold til ansatte i sosialtjenesten (34,35) er forhold sykepleierne relaterte til relasjonsarbeid og potensielt mangel på støttende miljøer. Empirien støtter tidligere forskning (36,37) når det gjelder utfordringene med å kople på sosialtjenesten med hensyn til helsefremmende arbeid og forebygging av overdoser på individnivå. Blant annet gjelder dette i forhold til behovene for kartlegging og vurdering av tidligere

overdoser i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

### Studiens begrensninger

Datainnsamlingen ble gjort i 2011. Nyere empiri kunne gitt annen informasjon. Utvalget var strategisk og vanskeliggjør sammenlikninger. Fokusgrupper med bare sykepleiere kunne gitt andre funn. Samtidig kan sykepleierne i tverrfaglige fokusgrupper nettopp speile

## ” Krenkelser må unngås.

spesifikke sykepleiefaglige erfaringer. Det er begrensninger i overførbarheten. Det studien bidrar med er å belyse kritiske forhold vedrørende overdoser og overdosedødsfall i en norsk storby slik sykepleiere erfarer det. Reliabiliteten er ivarettatt ved bruk av båndopptaker, ordrett transkribering og relevant analysemetode, og beskrivelsene bekrefte i data. En begrensning er at dataanalysen er foretatt av én forsker.

### Konklusjon

Sykepleieres erfaringer bekrefter at overdosedødsfall er knyttet til forskjellige risikofaktorer hvor både individuelle, kulturelle og strukturelle forhold synes å ha betydning. Å inndra personens erfaringskunnskap om overdosen og hva som kan være til hjelp, synes dessuten å være vesentlig for sykepleierne. Empirien antyder verdien av at relasjonen med overdosedødsfall baseres på en deltakerposisjon og med formål om å skape håp. Sykepleierne erfaringer peker på at opplysningsmulighetene mellom ulike etater ved overdoser kan klargjøres og taushetsplikten diskuteres.

## REFERANSER

1. Gjersing L, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T. Dødelige overdoser i Oslo 2006–2008. En helhetlig gjennomgang. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
2. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*. 2003;111:564–72.
3. Stoové MA, Dietze PM, Jolley D. Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28:347–52.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related deaths and mortality. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2009.
5. Hickman M, Carrivick S, Paterson S, Hunt N, Zador D, Cusick L, et al. London audit of drug-related overdose deaths: characteristics and typology, and implications for prevention and monitoring. *Addiction*. 2007;102:17–23.
6. Darke S, Mills KL, Ross J, Teesson M. Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001–2009. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;115:190–5.
7. Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport 2010. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2010.
8. McGregor C, Ali R, Lokan R, Christie P. Accidental fatalities among heroin users in South Australia, 1994–1997: Toxicological findings and circumstances of death. *Addiction Research & Theory*. 2002;10:335–46.
9. Warner M, Chen LH, Makuc M. Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999–2006. Hyattsville: National centre for health statistics, U.S. Department of health and human services; 2009.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. St.meld. 30. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011–2012.
11. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2014–2017. «Ja visst kan du bli rusfri- men først må du overleve. [http://www.regjeringen.no/pages/38685143/overdosestrategi\\_230414.PDF](http://www.regjeringen.no/pages/38685143/overdosestrategi_230414.PDF); 2014.
12. Ødegård E, Amundsen EJ, Kielland KB, Kristoffersen R. The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. *Addiction Research and Theory*. 2010;18:51–8.
13. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009;108:65–9.
14. Powis B, Strang J, Griffiths P, Taylor C, Williamson S, Fountain J, et al. Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction*. 1999;94:471–8.
15. Brådvik L, Frank A, Hulenvik P, Medvedeo A, Berglund M. Heroin Addicts Reporting Previous Heroin Overdoses Also Reports Suicide Attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007;37:475–81.
16. Ødegård E, Amundsen EJ, Kielland, KB. Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers—a competing risk approach. *Drug and alcohol dependence*. 2007;89:176–82.
17. Ådanes M, Kaspersen SL, Hjort H, Ose SO. Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige: Skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat. Trondheim: Sintef Helse; 2008.
18. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-register study. *Drug & Alcohol Dependence*. 2008;94:151–7.
19. Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*. 1999;94:209–19.
20. Gjersing L, Sandøy TA. Narkotika på gateplan i 7 norske byer. SIRUS-rapport 1/2014. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2014.
21. Alstadius S, Rossow I. Tidsbruk ved behandling av overdoser i Oslo. *Sykepleien Forskning*. 2013;8:200–8.
22. Biong S. Overdoser som selvmord: en fenomenologisk case studie. *Suicidologi*. 2013;18:36–40.
23. Vilke GM, Sloane C, Smith AM, Chan TC. Assessment for deaths in out-of-hospital heroin overdose patients treated with naloxone who refuse transport. *Academic Emergency Medicine*. 2003;10:893–6.
24. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
25. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40:795–805.
26. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995;311:299–302.
27. Kvale S, Brinkmann S. Interview. Introduktion til et håndværk. 2. utgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
28. World Health Organisation. Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. <http://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/ottawa/en/>; 1986.
29. Schnyder U, Valach L, Bichel K, Michel K. Attempted suicide: “Do we understand the patient’s reasons?” *General Hospital Psychiatry*. 1999;21:62–9.
30. Cullberg J. Mennesket i krise og utvikling. Oslo: Aschehoug; 1978.
31. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stånicke E. Psykiatriboken. Sinn-kroppsamfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
32. Hummelvoll JK. Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
33. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug forlag; 1976.
34. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunale+helse+og+omsorgstj>
36. Gjersing L, Jonassen KV, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T. Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013;doi:10.1177/1403494812472007
37. Darke S, Degenhardt L, Mattick R. Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and interventions. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.