

Rapport 2/2011  
Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

# Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

En helhetlig gjennomgang



Linn Gjersing, Stian Biong, Edle Ravndal, Helge Waal,  
Jørgen Bramness, Thomas Clausen



Seraf

Rapport 2/2011  
Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

# **Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008**

En helhetlig gjennomgang

Linn Gjersing, Stian Biong, Edle Ravndal, Helge Waal,  
Jørgen Bramness, Thomas Clausen

© SERAF, 2011

ISBN: 978-82-93019-03-9

Omslagsbilde: Te Mexicano, akrylmaleri av Roderigo Concepcion.  
Bildet var en del av utstillingen «Kaleidoskop 2010» i Rådhusgalleriet.

Omslagsdesign og sats: Unipub  
Trykk og innbinding: AIT e-dit AS

Rapporten kan lastes ned fra SERAF's hjemmeside:  
[www.seraf.uio.no](http://www.seraf.uio.no)

# Innhold

1. Bakgrunn.....	11
1.2 Forskningsoppdraget.....	13
2. Metode.....	15
2.1 Registerundersøkelse og journalgjennomgang.....	15
2.1.1 Definisjon av overdosedødsfall.....	15
2.1.2 Inklusjon.....	16
2.1.3 Pasientinformasjon.....	17
2.1.4 Forskningsetikk.....	20
2.2 Kvalitativ metode for intervjuer med brukere, pårørende og fagfolk.....	21
2.2.2 Utvalg og datainnsamling.....	22
2.2.3 Dataanalyse.....	23
2.2.4 Forskningsetikk.....	23
2.3 Bysammenlikningene.....	24
3. Resultater.....	27
3.1 Hvor mange og hvem som døde.....	27
3.1.1 Antall personer.....	27
3.1.2 Funnsted.....	29
3.1.3 Benzodiazepin- og alkoholforgiftning.....	29
3.1.4 Oppsummering.....	30
3.2 Funn ved obduksjon; illegale rusmidler og legale medikamenter.....	30
3.2.1 Obduksjon.....	30
3.2.2 Illegale rusmidler og legale medikamenter inkludert metadon.....	31
3.2.3 Metadon og legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	38
3.2.4 Muligheter for feilrapportering.....	40
3.2.5 Oppsummering.....	41
3.3 De med og uten kontakt med tiltaksapparatet.....	41
3.3.1 Kontakt og kontaktinstanser.....	41

3.3.2 Tid mellom siste kontakt og dødsfall .....	51
3.3.3 De uten kontakt med tiltaksapparatet .....	52
3.3.4 Når kontakt ikke er nok- en kasuistikk .....	54
3.3.5 Oppsummering .....	56
3.4 Brukere, pårørende og fagfolks opplevelser og erfaringer med overdosedødsfall .....	56
3.4.1. Ulike typer overdosedødsfall .....	57
3.4.2. Medvirkende faktorer til overdosedødsfall .....	60
3.4.3. Individuelle faktorer .....	61
3.4.4. Omgivelsesfaktorer .....	63
3.4.5. Rusmidlene .....	78
3.4.6. Hjelpeapparatet i Oslo kommune og spesialisthelsetjenestens rolle i forhold til målgruppen .....	80
3.4.8. Oppsummering .....	84
3.4.9 Undersøkelse av de ulike typene overdosedødsfall i journaldata .....	85
3.5 Erfaringer fra fem europeiske byer: åpne stoffscener og overdosedødelighet .....	86
3.5.1 Bakgrunn .....	86
3.5.2 Beskrivelse av byene .....	86
3.5.3 Fellestrekk mellom byene og sammenlikning med Oslo .....	92
3.5.5 Suksesskriterier .....	98
3.5.6 Noen ord om overdosedødsfall .....	98
4. Diskusjon .....	101
5. Forslag til tiltak på systemnivå for å redusere antall overdosedødsfall .....	111
Problemområde 1: .....	112
Problemområde 2: .....	113
Problemområde 3: .....	114
Problemområde 4: .....	115
Referanser .....	117
English Summary: .....	123

# Forord

Denne undersøkelsen er en helhetlig gjennomgang av alle overdosedødsfall i Oslo i perioden 2006 til 2008. En slik undersøkelse vil selvsagt ikke være fullstendig, og vil for eksempel ikke kunne gi informasjon om risiko for overdosedødsfall i ulike grupper. Vi har forsøkt å belyse de mange sidene ved overdosedødsfall slik som Oslo kommune ønsket. For å belyse problemstillingene best mulig, og komme med forslag til tiltak på systemnivå, har vi benyttet tre ulike metoder for datainnsamling. For det første har vi samlet inn data for avdødes kontakt med mange ulike tiltak i Oslo. For det andre har vi gjennom intervjuer og fokusgrupper samlet relevant informasjon og erfaringer fra brukere, pårørende og fagfolk. Vi har også undersøkt hvordan fem ulike europeiske byer har håndtert sine problemer på dette området og som kanskje Oslo kan dra noe lærdom av.

Rapporten er utarbeidet av en prosjektgruppe ved Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo. Den er ført i pennen av Linn Gjersing og Stian Biong. Stian Biong er til daglig 1. amanuensis ved Høgskolen i Buskerud (HiBu) og ble frikjøpt til å gjøre dette prosjektet. Vi ønsker å takk HiBu for deres bidrag. De har fått betydelig og verdifull hjelp fra andre bidragsytere. Ved SERAF har Thomas Clausen, Helge Waal, Edle Ravndal, Svetlana Skurtveit og Jørgen G. Bramness bidratt. Disse har bidratt i planleggingen, samt i fortolkning og formidling av funnene. Kristine V. Jonassen bidro vesentlig til innsamling og ferdigstilling av register- og journaldata. Sudan Prasad Neupane og Natalie Lohne bidro i bearbeidingen og tilretteleggingen av datafiler. Gerd Jorunn Delaveris og Brita Teige bidro med obduksjonsdata på vegne av Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo. Disse har gjennomgått obduksjonsdata og gitt innspill til tolkning av funnene fra disse. I tillegg har de lest kritisk igjennom og kommentert resultatkapittelet som omhandler de toksikologiske funnene. Christian Linder utførte arbeidet med transkribering av lydopptak fra intervjuer og fokusgrupper. Tove Hoff Nielsen bidro også i dette arbeidet. En stor takk også til Pernille Karlsen og Pål Lillevold ved SERAF for administrativ og praktisk bistand.

## Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Denne undersøkelsen hadde ikke vært mulig uten verdifulle bidrag fra brukere, pårørende, fagfolk og ansatte ved alle de ulike tiltakene. Det ligger en betydelig andel arbeidstimer bak dette prosjektet, og de fleste har bidratt med data uten ekstra godtgjørelse.

Vi ønsker også å takke Oslo kommune for å ha satt i gang dette arbeidet på et viktig og vanskelig felt, og vi håper at denne undersøkelsen vil bidra positivt til det videre arbeidet med å redusere antall overdosedødsfall.



Rusmiddel-  
etaten



Seraf



## Sammendrag

På bakgrunn av et høyt antall dødelige overdoser i Oslo vedtok bystyret i kommunen, 4. mars 2009, å iverksette en helhetlig gjennomgang av overdosesituasjonen. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo har gjennomført oppdraget. Det Europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) definerer et overdosedødsfall som et dødsfall som skjer kort tid etter inntaket av ett eller flere rusmidler og/eller medikamenter og er direkte relatert til dette inntaket (1). Denne rapporten har brukt samme definisjon av et overdosedødsfall som EMCDDA.

Tre ulike undersøkelsesmetoder ble brukt i prosjektet. Den første bestod av en registerundersøkelse og journalgjennomgang hvor personer ble inkludert gjennom Statistisk sentralbyrås dødsårsaksregister. Personer som døde av overdose i Oslo i 2006, 2007 og 2008 (under 70 år) ble videre undersøkt med registerkoblinger og manuell gjennomgang av journaler i tiltaksapparatet. Den andre metoden bestod av at 23 brukere, åtte pårørende og 30 ulike fagfolk deltok i individuelle dybdeintervju eller fokusgrupper, mens den tredje metoden gikk ut på å undersøke hva fem andre europeiske byer hadde gjort og hvilke erfaringer dette hadde gitt i forhold til «Platafenomenet» og overdoseproblematikk.

Til sammen 232 personer under 70 år døde av overdoser i Oslo i undersøkelsesperioden. Om lag 1/5 var kvinner, og gjennomsnittsalderen for de som døde var 36 år. 1/3 (73 personer) var personer som ikke var folkeregistrert i Oslo. Disse var i hovedsak yngre menn som døde av heroinoverdose utendørs eller i en offentlig bygning. 67% døde i privat bolig. Til sammen 18% ble funnet/døde utendørs.

Heroin ble vurdert som den farmakologiske hovedårsaken til dødsfallet i de fleste tilfellene (66%). Blant de eldste (46-70 år) utgjorde dødsfall forårsaket av sterke smertestillende medikamenter hvert tredje dødsfall. I 10% av dødsfallene ble metadon vurdert som hovedårsak. Gjennomsnittlig ble det påvist mellom tre og fire ulike rusmidler/medikamenter i blodet til de avdøde. Den vanligste kombinasjonen av rusmiddel og medikamentfunn var heroin og



benzodiazepiner, fulgt av sentralstimulerende midler i kombinasjon med både benzodiazepiner og heroin.

186 av de døde var i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av året før dødsfallet. I gjennomsnitt hadde personene hatt kontakt med tre til fire ulike tiltak. 57% av disse var i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av de tre siste ukene før dødsfallet. Flest blant de Oslo-tilhørende hadde hatt kontakt med sosialtjenesten, mens ambulansetjenesten var den instansen flest av de tilreisende hadde hatt kontakt med. Det var en opphopning av dødsfall i løpet av de tre første ukene etter løslatelse fra fengsel, og etter avsluttet medikamentfri døgntilrettelagt behandling på rusfeltet. Det var ikke en tilsvarende opphopning av dødsfall i de første ukene etter avsluttet LAR.

Brukere, pårørende og fagfolk beskrev ulike hovedtyper av overdosedødsfall som for eksempel «uhell» og «utslitthet» som igjen hadde sine undergrupper. Brukerne forsto utslitt-overdoser som knyttet til deres generelle livsvilkår. Opplevelsen av sosial isolasjon, nylige relasjonsbrudd og mange påfølgende overdoser ble forstått som risikofaktorer for nye overdoser. Samtidig kunne det virke som fagfolk i sosialtjenesten og kommunale rustiltak ikke etterspurte erfaringer med overdoser eller selvmordsrisiko på en systematisk måte. Undersøkelsen gir et bilde av at faktorene ved overdosedødsfall er sammensatte, samtidig som tiltaksapparatet ble beskrevet som for fragmentert med mangel på skriftlige prosedyrer, samhandling og informasjonsflyt.

Pårørende hadde i ulik grad vært informert om og deltatt i oppfølgingen og rusbehandlingen. De opplevde seg i liten grad sett, fulgt opp eller støttet av sosial- og helsefaglige instanser. De ønsket å kunne ha blitt varslet i krisesituasjoner. Fagfolk hadde erfart at forvaltningen av taushetsplikten medførte utfordringer for dem i form av lite samarbeid og mangel på informasjon innad i og særlig mellom etater og mellom ulike tjenestenivåer. De beskrev videre at forståelsen av rusproblemene, oppgavene og mulige løsninger var høyst ulik. Mange følte avmakt i sitt arbeid med personer som var overdoseutsatte og det ble beskrevet at sektoren var preget av hyppig bytte av fagfolk. De ønsket likevel å videreutvikle det overdoseforebyggende arbeidet. Både brukere, pårørende og fagfolk hadde ulik oppfatning av bruk av tvang, men var i de fleste tilfeller positive til dette ved (gjentatte) overdoser. Fagfolk henviste ikke til vedtatte politiske mål når de fortalte om sine erfaringer med overdoser og overdosedødsfall. Det ble ikke funnet eksplisitte politiske mål for arbeidet

med å forebygge overdosedødsfall etter en gjennomgang av ulike politiske dokumenter fra Oslo kommune.

Alle de fem besøkte europeiske byene rapporterte at antallet overdosedødsfall hadde gått ned, men i ulik grad. Byene hadde også i ulik grad pålitelige oversikter over overdosetallene. Bruksmåten ved inntak av rusmidler/medikamenter har betydning for hvor stor dødsrisiko brukeren har. Andelen med bruk av sprøyter er derfor viktig fordi det er blant disse overdoserisikoen er størst. Behandling, særlig vedlikeholdsbehandling beskytter vesentlig mot overdoser. Inntrykket var at overdosetallene svingte systematisk i forhold til om brukerne injiserte heroin og om det fantes tilgjengelig behandling, først og fremst substitusjonsbehandling.

Denne undersøkelsen viser at faktorene ved overdosedødsfall er mange og sammensatte. Undersøkelsen kan ikke gi oss informasjon om risiko for overdosedødsfall i ulike grupper. Dette siste kunne blitt belyst gjennom en kohortstudie, som eventuelt bør gjennomføres i fremtiden, med et lengre tidsperspektiv enn i dette oppdraget.

Den høye forekomsten av overdosedødsfall i Oslo er i hovedsak forklart ved brukerkulturen; med injiserende blandingsmisbruk, dominert av heroin, som er den bruksformen som gir høyest risiko for død. Skal man få til en vesentlig reduksjon av disse dødsfallene må man påvirke og legge til rette for at brukerne inntar stoffer på en mindre risikabel måte for eksempel å røyke fremfor å injisere heroin. I tillegg må det være tilgjengelige og tilstrekkelige differensierte behandlingstilbud for heroinavhengighet.

De fleste som dør av overdoser i Oslo har hatt kontakt med flere ulike instanser i tiltaksapparatet, men dette fremstår som for fragmentert til at «noen» tar ansvar når kritiske situasjoner oppstår. Det ser ut til å være et fravær av systemer for å ta lærdom av hva som har skjedd etter et overdosedødsfall, som for eksempel en vurdering av om oppfølgingen og behandlingen var optimal. Det foreslås derfor at det opprettes en «overdoseoverlege» i Oslo som koordinerer en gjennomgang av tjenestekjedene og samhandlingen for de ulike aktørene, både for forebygging, oppfølging, behandling og læring etter dødsfall.

De fem europeiske byene hadde hatt en langsiktig og koordinert innsats, basert på politisk enighet, for å få en reduksjon av problematisk rusbruk og dermed også overdosedødsfall. Dette betyr at de viktigste tiltakene for å

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

redusere forekomsten av overdoser består i å påvirke brukerkultur, få bedre samhandling i tiltaksapparatet og etablere en bred, langsiktig politisk plan.

# 1. Bakgrunn

Det er mellom 1,2 og 1,5 millioner innbyggere i alderen 15 til 64 år med problematisk opiatbruk i Europa (2). I Norge er det mellom 6600 og 12300 personer med problematisk heroinbruk og av disse er det anslagsvis mellom 6900 og 9400 personer som injiserer stoffet (3). Andelen som røyker heroin er lav i Norge, men økende (3). Debutalderen for røyking er beregnet å være 23,3 år mens den for sprøyter er 25,6 år (3).

Opiatbrukere som injiserer har en høy mortalitetsrate (2). De fleste av disse dødsfallene finner sted på grunn av dødelige overdoser (2). En dødelig overdose er dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere medikamenter eller rusmidler og er direkte relatert til dette inntaket (1). I gjennomsnitt er det 21 dødsfall per million innbygger i alderen 15 til 64 år i Europa, men tallet varierer mellom ulike land fra to til 85 dødsfall per million innbygger (2). De fleste dødelige overdoser i Europa skjer som følge av heroinforgiftning (2;4). Samtidig er det, i en vesentlig andel av disse dødsfallene, påvist en kombinasjon med alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i noen land kokain (2). Det er flest menn (81%) som dør, og disse er i gjennomsnitt midt i tretti årene når de dør (2). Gjennomsnittsalderen ved overdosedødsfall ser ut til å være økende i de fleste Europeiske land (2), og bare en liten andel av de som dør av overdose er under 25 år (13%) (2).

Det finnes en rekke risikofaktorer for dødelige overdoser. Menn har en høyere risiko for å dø enn kvinner (5-7). Flere av de som er i midten av tretti årene dør av overdose sammenlignet med de under 25 år (8-10). Bruk av flere stoffer, spesielt kombinasjonen heroin og benzodiazepiner og/eller alkohol, ser ut til å gi en forhøyet risiko for dødelig utfall (10-12). Samtidig har flere undersøkelser vist at tiden rett etter løslatelse fra fengsel er en risikotid for dødelige overdoser (13-15). Det har også vist seg å være en forhøyet dødelighet blant de som nylig er skrevet ut eller har avsluttet medikamentfri døgntilrettelagt behandling (16-19). Samtidig ser medikamentell vedlikeholdsbehandling (LAR) ut til redusere risikoen for død (5). Dette viser at dødelige overdoser er et sammensatt problem som kan ha mange ulike forklaringer.

## Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Norge er blant de landene i Europa med flest dødelige overdoser i forhold til folketallet (2;20-22). Antallet overdosedødsfall i Norge økte jevnt fra begynnelsen av 1990-årene og var høyest i 2001-2002 (4). Siden da har den årlige dødeligheten sunket, men er fortsatt høy (4). Omtrent 1/3 av de dødelige overdosedødsfallene i Norge skjer i Oslo (23). På bakgrunn av de mange dødelige overdosene i byen vedtok bystyret i Oslo kommune 4. mars 2009 å iverksette en helhetlig gjennomgang av samtlige overdosedødsfall. I dette vedtaket stod det: *«Byrådet bes å iverksette en helhetlig gjennomgang av samtlige overdosedødsfall - gjerne gjennom et eksternt forskningsoppdrag - med sikte på å øke kunnskapen om faktorer som fører til overdosedødsfall. I tillegg må undersøkelsen systematisk gjennomgå hvilken rolle kommunens hjelpeapparat har hatt i forhold til den aktuelle gruppen. Gjennomgangen må munne ut i konkrete forslag til tiltak på systemnivå...».*

På bakgrunn av dette fikk Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo i november 2009 i oppdrag fra Oslo kommune om å gjøre en helhetlig gjennomgang av alle overdosedødsfall mellom 2006-2008.

## 1.2 Forskningsoppdraget

SERAF- Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo fikk i november 2009 i oppdrag fra Oslo kommune om å gjøre en helhetlig gjennomgang av alle overdosedødsfall mellom 2006-2008. Gjennomgangen skulle besvare følgende:

- En helhetlig gjennomgang av samtlige overdosedødsfall i 2006, 2007 og 2008 som fant sted i Oslo kommune. Vi ønsker svar på hvor personene ble funnet døde, alder, kjønn, misbrukshistorie (-lengde) og hvorvidt personen var hjemmehørende i Oslo
- Klargjøre (tall-)forskjellen mellom overdosedødsfall etter bruk av illegale rusmidler og overdosedødsfall etter bruk av legale medikamenter, herunder metadon og avgrensene mot narkotikarelaterte dødsfall
- Basert på denne gjennomgangen å finne faktorer som har ført til at overdosene fikk dødelig utgang
- Redegjøre for hvilken rolle Oslo kommunes hjelpeapparat har hatt i forhold til målgruppen, og hvor oppfølgingen eventuelt har sviktet
- Komme med konkrete forslag til tiltak på systemnivå som kan føre til færre overdosedødsfall
- Komme med konkrete forslag til gode rutiner for framskaffelse av relevant tallmateriale i framtiden.



## 2. Metode

Dette prosjektet har brukt tre ulike metoder; en registerundersøkelse og journalgjennomgang, intervju med brukere, pårørende og fagfolk om deres erfaringer rundt overdoser, og en undersøkelse av hvordan fem andre europeiske byer har løst sine problemer. Denne siste undersøkelsen ble publisert som en egen delrapport i januar 2011 av SERAF (27). Preliminære funn fra undersøkelsen ble diskutert med brukereorganisasjoner i et dialogmøte. Utkast til endelig versjon av rapporten ble forelagt Rusmiddeletaten for kommentarer.

### 2.1 Registerundersøkelse og journalgjennomgang

#### 2.1.1 Definisjon av overdosedødsfall

Registerundersøkelsen og journalgjennomgangen brukte samme definisjon på overdosedødsfall som det Europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). EMCDDA definerer et overdosedødsfall (narkotikainduisert dødsfall) som et dødsfall som skjer kort tid etter inntaket av ett eller flere medikament eller rusmidler og er direkte relatert til dette inntaket (1).

Kodene som brukes for å definere overdosedødsfall er basert på ICD-10 som er et klassifikasjons- og diagnosesystemet som er utgitt av Verdens helseorganisasjon (24). ICD-10 kodene som inngår i definisjonen for dødelige overdoser er ulykkesforgiftning (X41, X42, X44), selvmord (X61, X62, X64) eller forgiftning der intensjonen for dødsfallet var ukjent (Y11, Y12, Y14). I tillegg er kodene som omfatter skadelig bruk, avhengighet og andre mentale eller atferdsforstyrrelser relaterte til opioider (F11), cannabinoider (F12), kokain (F14), andre stimulanter (F15), hallusinogener (F16) og multippel narkotika- bruk (F19) også inkludert som overdosedødsfall (tabell 1).

Overdoseregistrering i EMCDDA rapporteres på to måter. «B-registrering» baseres på de nasjonale dødsårsaksstatistikkene som igjen bygges på legers meldinger om dødsfall. D-registreringene bygger på meldinger til politiet og til ulike rettstoksikologiske institutter og liknende. Dette svarer i Norge til politiets



## Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

overdoserapportering. EMCDDA anbefaler B-registreringer som også er den tilnærmingen som er brukt i denne rapporten.

Tabell 1. Kodegrunnlaget for dødelige overdoser i denne rapporten (1)

Underliggende dødsårsak	ICD-10 koder
Skadelig bruk, avhengighet og andre mentale eller atferdsforstyrrelser relaterte til	Opioider (F11), cannabinoider (F12), kokain (F14), andre stimulanter (F15), hallusinogener (F16), multipl narkotikabruk (F19)
Ulykkesforgiftning med rusmidler eller medikament	X42 <sup>(1)</sup> , X41 <sup>(2)</sup> , X44 <sup>(1+2)</sup>
Selvmed med rusmidler eller medikament	X62 <sup>(1)</sup> , X61 <sup>(2)</sup> , X64 <sup>(1+2)</sup>
Forgiftning med rusmidler eller medikament der intensjonen ikke er avklart	Y12 <sup>(1)</sup> , Y11 <sup>(2)</sup> , Y14 <sup>(1+2)</sup>

<sup>(1)</sup> I kombinasjon med t-kodene: T40.0-9 (Narkotika og psykodysleptika (hallusinogener))

<sup>(2)</sup> I kombinasjon med t-koden: T43.6 (Psykotropiske stoff (drug), uspesifisert)

I tillegg til EMCDDA definisjonen var det ønskelig å vite hvor mange som døde av benzodiazepinergiftning. Kodene inkluderte (X41, X42, X44), selvmord (X61, X62, X64) eller forgiftning der intensjonen for dødsfallet var ukjent (Y11, Y12, Y14) alle i kombinasjon med T42.2 (benzodiazepiner).

Oslo kommune ønsket også å vite hvor mange som døde av alkoholforgiftninger, disse ble derfor inkludert i undersøkelsen. Alkoholforgiftninger ble definert som akutt forgiftning (F10.0), ulykkesforgiftning med alkohol (X45) og selvmord med alkohol (X65) eller forgiftning med alkohol der intensjonen for dødsfallet var ukjent (Y15).

### 2.1.2 Inklusjon

Alle personer identifisert med de valgte dødsårsakskodene spesifisert over for perioden 2006 til 2008 i Statistisk sentralbyrås dødsårsaksregister ble inkludert. Informasjonen i Dødsårsaksregisteret er basert på dødsmeldingene som fylles ut og sendes inn av lege eller etter gjennomført obduksjon (25). Fra dette registeret fikk vi følgende informasjon: personnummer, fødselsdato, navn, dødsdato,

dødskommune, bostedskommune, diagnosegrunnlag (obduksjons eller døds-melding), obduksjonstype (rettslig eller sykehusobduksjon) for hver person.

Kun personer som var yngre enn 70 år, med Oslo som dødskommune i 2006, 2007 og 2008, ble undersøkt videre med registerkoblinger og manuell gjennomgang av journaler.

### 2.1.3 Pasientinformasjon

Pasientinformasjon ble hentet fra ulike registre og journaldata etter godkjent søknad og egen avtale med de ulike tiltakene. Hvert enkelt tiltak gikk igjen- nom en tilsendt pasientliste, med personnummer og initialer, enten sammen med forsker Linn Gjersing eller alene. Noen tiltak gikk igjennom pasientlisten, men hadde ikke hatt noen av disse personene i behandling det siste året før personen døde. Selv om et tiltak ikke hadde hatt noen av personene inne til behandling siste året, måtte de likevel undersøke hele pasientlisten. De fleste av tiltakene og instansene har bidratt med data uten ekstra godtgjørelse. Følgende tiltak og informasjon fra disse ble inkludert i datainnsamlingen:

#### *Rettsmedisinsk institutt (RMI) ved Universitetet i Oslo*

Stoffene/hva som ble funnet, vurderingen av hva som ble vurdert som hoved- forgiftningsårsak av Rettsmedisinsk institutt, dødssted/funnsted. Funnsted ble delt inn i privat (inkludert lavterskelhus/bolig- og kommunal bolig), uten- dørs, bygning offentlig (inkludert hotell), p-hus, ikke privat toalett, institusjon (behandling, avrusing, rehabilitering), fengsel/varetekt og annet/ukjent.

Personer som ikke var obdusert ved Rettsmedisinsk institutt kunne vært obdusert på sykehus. Følgende sykehus ble kontaktet for å høre om de hadde obduksjonsdata eller informasjon om dødsfallet; Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Rikshospitalet, Lovisenberg og Diakonhjemmet og Ahus.

#### *Register i kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF)*

Det ble undersøkt om noen av de inkluderte personene var løslatt fra fengsel eller varetekt inntil 182 dager (6 mnd) før dødsfallet. Informasjonen var 2/3 soningstid, endt tid og faktisk løslatelsesdato.

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

#### *Sosialkontor*

Informasjon om hver enkelt kontakt og kontaktdato ble hentet ut fra sosialkontorjournal. Eventuelle journalnotat om at pasienten var død ble ikke regnet som en kontaktdato. Alle kontakter registreres ikke av sosialtjenesten, derfor er antall kontakter som rapporteres i denne rapporten det minste antall kontakter en person hadde hatt.

#### *Hjemmetjenesten*

Informasjon om type tjeneste (hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysioterapi, ergoterapi, psykisk helsearbeid, omsorgsbolig, individuell plan, rehabilitering), oppstart og sluttdato, samt årsak avsluttet.

#### *Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Ullevål universitetssykehus inkludert skadelegevakten*

Alle ruspoliklinikkene tilhørende sykehusene var inkludert. Innhentet informasjon inkluderte dato for start og avsluttet opphold hvilken avdeling pasienten ble lagt inn på eller behandlet. Samt antall polikliniske behandlinger. I tillegg ble det oppgitt hoveddiagnoser og bidiagnoser (1-10) fra Diakonhjemmet og Ullevål universitetssykehus

#### *Aker universitetssykehus (somatiske avdelinger)*

Dataansvarlig ved Oslo universitetssykehus klarte ikke å levere informasjon fra de somatiske avdelingene for Aker og denne rapporten har derfor ikke inkludert data fra disse avdelingene.

#### *Prehospital senter ved Ullevål universitetssykehus (ambulansetjenesten)*

Innhentet informasjon fra prehospitalt senter var dato, klokkeslett start og slutt, årsak, hentested og leveringssted eller om personen var behandlet på stedet. Det ble understreket fra Prehospitalt senter at ikke alle oppdrag registreres i journal. Dette betyr at de data som fremgår i rapporten er minimumstall og det er mulig at det er oppdrag som ikke er kommet med i tallmaterialet på grunn av manglende registreringer i databasen. Dagen en person døde av overdose og ambulanseoppdrag der formålet var overføring fra en institusjon til en annen ble ekskludert fra analysene, slik at antall kontakter

var de tilfellene der personen ble hentet/behandlet av ambulanse som følge av sykdom eller skade inntil dagen før dødsfallet.

### *Oslo kommunale legevakt inkludert sosialvaktteneste, psykiatrisk legevakt og allmennlegevakten*

Informasjonen inkluderte kontaktdato, kontaktårsak, hoveddiagnose, bidiagnose. Intensjonen var å samle journaldata, men dette ble for omfattende i forhold til tidsbegrensningen i dette prosjektet og informasjon fra journaldata bortsett fra de nevnte variabler ble derfor ikke hentet ut.

### *Klinikk for rus og avhengighetsavdelinger, Aker universitetssykehus*

Det ble undersøkt om personene hadde vært/var under en eller annen type rusbehandling i løpet av det siste året før de døde. Ruspoliklinikkene var inkludert i avdelingene til Lovisenberg diakonale sykehus, Ullevål universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus. I tillegg var de private institusjonene som ble inkludert i denne undersøkelsen (se neste avsnitt) kun et utvalg av rusbehandlingsinstitusjoner i Norge. Antall personer i rusbehandling som presenteres her er derfor antagelig noe lavere enn om det hadde blitt undersøkt om personene hadde vært i rusbehandling en gang i løpet av livet, eller om alle rusbehandlingsinstitusjoner i Norge og ruspoliklinikkene ved de nevnte sykehusene hadde vært inkludert under dette avsnittet.

Avdelingene som ble inkludert var Akuttinstitusjonen Storgata, Montebello, Akuttinstitusjonen Ullevål, M3, Veksthuset, Ullvin, AFX, Åsenheten (kortidsavdeling, avdeling ung), Frogn (korttid, avgiftning behandling alkohol) og Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I tillegg ble det gitt informasjon fra de private institusjonene Helse Sør-Øst hadde avtale med i den gitte tidsperioden. Variabler var sted, henvist fra, henvisningsdato, inntaksdato, oppmøte, slutt dato, sluttårsak, hoveddiagnose og bidiagnose der dette var journalført.

### *Bymisjonen*

(A-senteret, Nybøle, Møtestedet, Veslelien, H7, Natthjemmet, Enga)

### *Frelsesarmeen*

(Den åpne dør, Fagerborg, Feltpleien Urtegata og Gatehospitalet),

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

*Tyrilistiftelsen, Stiftelsen P22, Stiftelsen Fredheim*

24Sju åpnet i 2009 og hadde derfor ikke relevant informasjon i forhold til dette prosjektet. Origosenteret hadde lite informasjon tilgjengelig, da noe persondata var slettet.

Fra de overnevnte institusjoner ble informasjon om antall kontakter siste 12 mnd, siste dato i behandling før dødsfallet, samt antall dager i behandling gitt.

*Rusmiddeletaten*

Rusdata inneholder journaldata fra Rusmiddeletatens lavterskeltiltak og kommunale institusjoner inkludert midlertidige lavterskelboliger. Variabler hentet ut fra Rusdata var type tiltak, antall kontakter siste 12 måneder, inndato (kontaktdato), eventuell utdato, samt informasjon på siste kontaktdato.

Uteseksjonen og Oppsøkende tjenester hadde sine data i andre databaser enn Rusdata og ble derfor hentet ut uavhengig av Rusdata. Variabler hentet ut var kontaktdatoer siste 12 måneder, samt årsak til kontakt.

#### 2.1.4 Forskningsetikk

Dette prosjektet sammenstilte informasjon om en avdød person fra flere ulike steder og det ble søkt om dispensasjon fra taushetsplikten i tillegg til søknad om forskningsetisk vurdering til Regional Etisk komité. Prosjektets søknad ble vurdert av Regional Etisk komité 29. januar 2010 med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. Forskningsetikkloven § 4. Komiteen hadde ingen forskningsetiske innvendinger mot prosjektets gjennomføring og dispensasjon fra taushetsplikten ble innvilget jf. Helseforskningslover § 35.

Alle personer inkludert i denne undersøkelsen var avdøde personer. Datatilsynet er det forvaltningsorganet som skal kontrollere at personopplysningsloven blir fulgt. Formålet med loven er å verne enkeltpersoner mot krenking av personvernet gjennom behandling av personopplysninger. Juridisk veiledningstjeneste hos Datatilsynet gir råd og veiledning omkring personopplysningslovens regler på generelt grunnlag. Da Datatilsynet ble kontaktet for søknad om konsesjon for prosjektet ble det opplyst at opplysninger om avdøde personer faller utenfor personopplysningsloven, og dermed utenfor Datatilsynets virkeområde. Det ble derfor ikke søkt om konsesjon hos Datatilsynet.

Etter egen avtale med Personvernombudet ved Ullevål universitetssykehus er data fra Oslo universitetssykehus blitt oppbevart innelåst i en egen safe og ikke lagret på Oslo universitets nettverk.

Andre innsamlede opplysninger/datamaterialet er lagret elektronisk på Universitet i Oslos nettverk for statistiske analyser. Personnummer fra datafilene ble erstattet med et løpenummer som viste til en adskilt, innelåst navneliste/koblingsnøkkel på CD og papir. Lagringen av data skjer i henhold til personsopplysningsloven. Prosjektet avsluttes 01.01.2014. Alle innsamlede opplysninger vil bli anonymisert senest 31.12.2013. Dette vil innebære destruksjon av navneliste/koblingsnøkkel.

Det ble søkt Riksadvokaten om innsyn i obduksjonsrapporter fra Rettsmedisinsk institutt. Rådet for taushetsplikt og forskning behandlet søknaden 25. mai 2010 og det ble gitt dispensasjon fra taushetsplikten for innsyn i obduksjonsrapportene. Deretter ble søknad om dispensasjon fra taushetsplikten også gitt av Riksadvokaten 1. juli 2010.

### **2.2 Kvalitativ metode for intervjuer med brukere, pårørende og fagfolk**

Kvalitative metoder anvendes særlig for å undersøke innholdet i subjektive erfaringer med ulike fenomener. Hensikten med denne delen av prosjektet har vært å undersøke brukere, pårørende og fagfolk sine opplevelser og erfaringer med overdoser og overdosedødsfall i Oslo, for slik å kunne bidra til en dypere og mer helhetlig forståelse av fenomenet.

Det er en grunnleggende antakelse i kvalitativ forskning at fortellinger om opplevelser og erfaringer med et fenomen også kan si noe om samfunnsforhold og strukturer som direkte eller indirekte påvirker for eksempel overdose-situasjonen. For å skille vitenskapelige undersøkelser av subjektive erfaringer (human sciences) fra det som undersøkes i naturvitenskapene (nature sciences) kalles de også av og til for "andre ordens erfaringer," fordi man ved bruk av slike metoder arbeider ut fra en grunnleggende antakelse om at subjektive erfaringer ikke eksisterer uavhengig av evnen til persepsjon og refleksjon, og at de dessuten er preget av kontekstuelle forhold.

Som alle andre metoder har også disse metodene sine begrensninger. Utvalget er relativt lite og strategisk, det vil si at andre og flere deltakere ville kunne belyst ytterligere opplevelser og erfaringer. Å fortelle om sine opplevelser og

erfaringer er ikke nødvendigvis det samme som hva som faktisk hendte. Samtidig har også forskernes deltakelse og forforståelse betydning for datainnsamlingen og dataanalysen. Funnene er, på grunn av utvalgsstrategien, ikke direkte overførbare til andre brukere, pårørende og fagfolk enn dem som inngår i denne gjennomgangen. En samlet vurdering er likevel at denne metoden er godt egnet til å belyse fenomener fra et «innside-perspektiv.»

### 2.2.2 Utvalg og datainnsamling

Til sammen har 61 personer deltatt med sine subjektive erfaringer. 23 brukere (16 menn) deltok, herunder to fra brukerorganisasjoner, gjennom åpne møter på Ila hybelhus i Rusmiddeletaten, Frelsesarmeens Gatehospital og Kirkens Bymisjon 24Sju. Stedene for de åpne møtene ble valgt med bakgrunn i kunnskap om risikofaktorer for livstruende overdoser, og med hensyn til kjennetegn ved brukerne av stedene som kjønn, alder, rus- og helseproblematikk, samt psykososiale forhold. Deltakerne ble rekruttert gjennom oppslag på de respektive stedene, samt muntlig informasjon fra ansatte. Det ble vektlagt at de som deltok var i et støttende miljø, slik at de kunne få informasjon før deltakelsen, og om nødvendig oppfølging etterpå. For de ulike utvalgene var det utarbeidet ulike intervjuguider.

Pårørende som hadde mistet et familiemedlem av overdosedødsfall ble rekruttert via henvendelser til seks pårørendeorganisasjoner eller via fagfolk. Til sammen deltok åtte pårørende (sju mødre og én kjæreste) enten i individuelle dybdeintervju eller i fokusgruppe. Disse ble gjennomført der det passet best for den pårørende. Tre andre pårørende avsto fra å delta med hensyn til belastningen. Det var planlagt muligheter for psykososial oppfølging av psykolog fra SERAF for dem som etter intervjuet trengte det. Flere av dem som deltok hadde gått, eller gikk, i egen behandling eller deltok i sorggrupper. Noen pårørende ga også tillatelse til journalgjennomgang i tiltak som hadde behandlet deres sønn/datter siste året før dødsfallet. Journalgjennomgang ble gjennomført ved Ullevål sykehus og Oslo kommunale legevakt. En privat rusbehandlingsinstitusjon besvarte ikke gjentatte henvendelser fra SERAF om journalgjennomgang.

Fagfolk ble rekruttert enten via pårørende eller via brev fra prosjektet til relevante instanser. 30 ulike fagfolk deltok, enten i individuelle dybdeintervju eller i fokusgrupper ved SERAF, Rusmiddeletaten eller annet egnet sted. I ett tilfelle

ble det av praktiske grunner gjennomført telefonintervju. Disse skulle i kraft av sine yrkesmessige erfaringer med tjenester til brukergruppen, samt arbeid med forebygging av og/eller oppfølging etter livstruende overdoser bidra til å belyse problemstillingen. Deltakerne besto av ansatte i første- og andrelinjetjenestene og i kommunale og statlige tjenester (ruskonsulent/sosialkonsulent i sosialtjenesten, ansatte i feltpleien og andre oppsøkende- eller lavterskel/skadereduksjonstiltak, ambulansemedarbeidere, fastleger, legevaktsleger, primærkontakter i ulike rusinstitusjoner, lege distriktpsyrkiatrisk senter, fagkonsulenter legemiddelassistert rehabilitering, ansatt i kriminalomsorgen og Oslo politidistrikt).

### 2.2.3 Dataanalyse

Med utgangspunkt i prosjektets problemstillinger ble analysen av det kvalitative materialet gjort etter prinsippene for en beskrivende innholdsanalyse (26). Analysen vurderes som hensiktsmessig i undersøkelser som hovedsakelig skal beskrive et fenomen. Den tar utgangspunkt i de tekstene som fremkom etter at notater eller lydbåndopptak fra åpne møter, individuelle intervju eller fokusgrupper var nedskrevet. Analysen ble gjort av forskerne Edle Ravndal og Stian Biong, først individuelt og deretter i fellesskap. Etter repeterte lesinger av tekstene ble det først formulert en umiddelbar forståelse av innholdet. Analysen fortsatte med å identifisere de delene av tekstene som var særlig relevante for prosjektets problemstillinger, nemlig beskrivelse av medvirkende faktorer til overdosedødsfall og hjelpeapparatets rolle. I denne delen av prosessen undersøkte forskerne tekstene med tanke på forhold både i personene, omgivelsene og rusmidlene og som hadde hatt betydning for overdoser.

### 2.2.4 Forskningsetikk

Erfaringer med overdoser og overdosedødsfall er et følsomt og personlig tema for brukere, pårørende og fagfolk. Samtidig var mulige deltakere voksne personer uten pasientstatus (med unntak av brukere intervjuet på Gatehospitalet). Å delta i åpne møter, intervjuer eller fokusgrupper kunne være en belastning og påføre skade i form av for eksempel negative følelser. Mulige deltakere fikk derfor muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet før de bestemte seg for å delta eller ikke. Deltakelse var frivillig og det ble informert om at man kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt uten konsekvenser. Datainnsamlingen om brukeres erfaringer foregikk i støttende miljøer, slik at informasjon



kunne gis på forhånd, og eventuelt nødvendig oppfølging kunne gis i etterkant av deltakelse. For brukere og pårørende var det tilgang på relevant og kompetent bistand om de ønsket det.

Mulighetene for å påføre skade ble veid mot vurderinger av hvilken nytte deltakelse kunne tenkes å ha, både for den enkelte og for samfunnet. Å få fortalt om sine erfaringer kan oppleves som nyttig for deltakerne. Samfunnsnyten gjennom å belyse og forstå mer av livssituasjonen, omstendighetene og tjenestetilbudet rundt dem som døde av overdoser, samt hvordan dagens situasjon erfares, er knyttet til å få fram ny kunnskap til bruk for politisk, administrativt og faglig nivå. Kunnskapen kan bidra til å fremme helse, forebygge, behandle og følge opp personer som er i risiko for å dø av overdose. Presentasjon av funn er gjort på en slik måte at deltakernes konfidensialitet og integritet ivaretas.

Den kvalitative delen av prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst B den 24.2.10, samt den 18.3.10 (Gatehospitalet). Datainnsamlingen forgikk fra mars til september 2010.

### **2.3 Bysammenlikningene**

Den tredje metoden var å undersøke hva fem andre europeiske byer hadde gjort og hvilke erfaringer dette hadde gitt i forhold til «Platafenomenet» og overdoseproblematikken knyttet til dette. Det ble ved SERAF først utarbeidet en profil for hver by basert på tidligere kjennskap, litteratur og på rapporter fra EMCDDA. Profilene beskrev utviklingen i byene, hvilke tiltak som hadde vært vektlagt og hvorledes situasjonen var i dag. Byene ble så besøkt av en gruppe med en representant for politiet i Oslo, en for Rusmiddeletaten og to forskere fra SERAF. Gruppen ble orientert fra sentrale forskere og fagfolk i byene og diskuterte byprofilene med disse for å tydeliggjøre typiske og viktige tiltak. Det ble etter besøkene utarbeidet en beskrivelse av hver by. Beskrivelsene ble sendt tilbake til en kontaktperson i hver by for vurdering av faktaopplysninger og konklusjoner.

Studiegruppen fra Oslo bestod av Lilleba (A. Kathrine) Fauske; Rusmiddeletaten, Runa Bunæs; Oslo Politikammer, Linn Gjersing og Helge Waal; SERAF. Thomas Clausen (SERAF) deltok i Amsterdam. Sveinung Sponheim fra Oslo Politikammer og Willy Pedersen fra Sosiologisk Institutt, UiO deltok i Lisboa. Disse har kommentert delrapporten fra de respektive byer. Det norske

## 2. Metode

sammendraget og vurderingene fra Oslo er kommentert av Lilleba Fauske og Runa Bunæs. Etter reisen ble det laget et referat fra studieturen av politiinspektør Runa Bunæs, dette referatet er lagt med som vedlegg til denne rapporten.

En engelskspråklig SERAF-rapport ble publisert (27), og denne var på forhånd kommentert og godkjent av en representant fra hver by. Rapporten fra Amsterdam ble kommentert og godkjent av professor Wim van der Brink, rapporten fra Frankfurt av «Drug coordinator» Jürgen Weimer fra «drug policy coordination office» og Detective Chief & Drugs Liaison Officer Thomas Zosel, rapporten fra Wien av prosjektkoordinator Angelina Zenta fra Wiens «Sucht und Drogenkoordination», rapporten fra Zürich av professor R. Stohler, Psykiatrisk universitetsklinikk, og rapporten fra Lisboa av koordinator Fernanda Feijão fra Institute on Drugs and Drug Addiction. Rapporten ble dessuten kommentert av Klaudia Palczak og kolleger i EMCDDA.



## 3. Resultater

### 3.1 Hvor mange og hvem som døde

#### 3.1.1 Antall personer

232 personer under 70 år døde av overdoser i Oslo i perioden 2006-2008. 22% var kvinner. Gjennomsnittsalderen var 36 år; menn 37 år og kvinner 41 år. 73 personer, det vil si 1/3 del, var bostedsregistrert i andre kommuner enn Oslo (tabell 2). Akershus (7%) og Østfold (4%) var de fylkene med flest personer som døde i Oslo.

I samme periode døde det totalt 789 personer av overdose i Norge, dette betyr at 1/3 av overdosedødsfallene fant sted i Oslo.

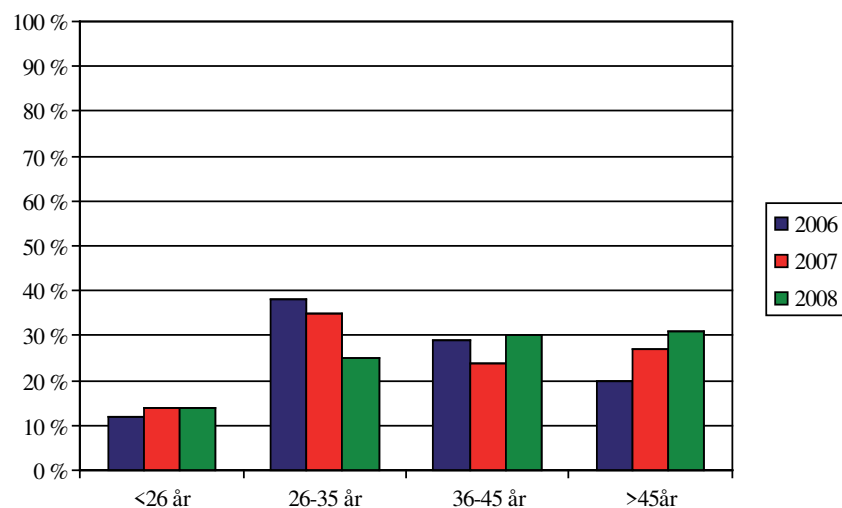
Figur 1 viser fordelingen i alderskategorier. Fra denne figuren sees en trend i løpet av undersøkelsesperioden i noe redusert antall dødelige overdoser blant de mellom 26 og 35 år og en økning blant de over 45 år. Dette var ikke statistisk signifikant ved ANOVA analyser. 31 personer var 25 år eller yngre da de døde, dette utgjorde 13% av alle som døde av overdose i Oslo, mens ingen var under 18 år. Kun 14 av disse 31 personene var folkeregistrert i Oslo, mens 9 kom fra fylker i nærheten av Oslo (Akershus, Østfold og Vestfold) og 8 personer kom fra Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge. Det var samme kvinneandel blant de unge som i de andre alderskategoriene (24 menn og 7 kvinner).

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Tabell 2. Folkeregistrert fylke for de personer som døde av overdose i Oslo (n=232)

Fylke	Antall (%)
Oslo	159 (69%)
Akershus	17 (7%)
Østfold	10 (4%)
Hedmark	4 (2%)
Oppland	3 (1%)
Buskerud	4 (2%)
Vestfold	6 (3%)
Aust-Agder	2 (1%)
Vest-Agder	1 (0,43%)
Rogaland	4 (2%)
Hordaland	4 (2%)
Møre og Romsdal	3 (1%)
Sør-Trøndelag	6 (3%)
Nord-Trøndelag	2 (1%)
Nordland	3 (1%)
Troms	2 (1%)
Finnmark	2 (1%)
<b>Totalt</b>	<b>232 (100%)</b>

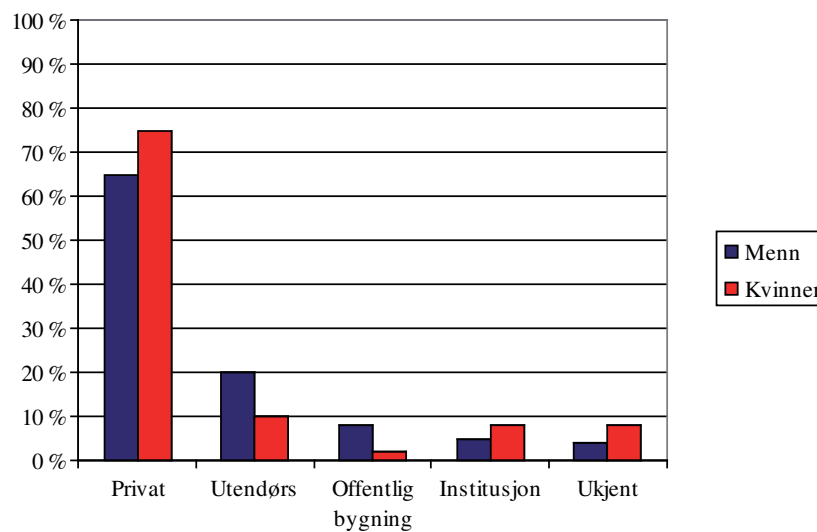
Figur 1. Andel overdosedødsfall i Oslo fordelt på alderskategorier (n=232).



### 3.1.2 Funnsted

155 personer, det vil si 67% av de som døde (n=232) ble funnet i privat bolig. I dette materialet inkluderte privat bolig egen eiet/leiet bolig, lavterskelhus og kommunal bolig. 13 personer bodde i en av Rusmiddeletatens lavterskelboliger (lavterskelhus) da de døde, og ti av disse døde på denne bopelen. Privat bolig inkluderte også dersom personen ikke døde hjemme hos seg selv, men hos familie, venner eller bekjente. En noe høyere andel av kvinnene (75%) ble funnet i privat bolig (figur 2). Til sammen 42 personer, det vil si 18% ble funnet/døde utendørs.» Utendørs» inkluderte åpen gate, parkeringshus og offentlige toalett. En noe større andel av mennene ble funnet utendørs sammenliknet med kvinnene (20% vs. 10%). Det var noen flere av de under 25 år (26%) som ble funnet utendørs sammenliknet med de over 36 år (15%).

Figur 2. Andel funnet på ulike steder fordelt på kjønn (n=232)



### 3.1.3 Benzodiazepin- og alkoholforgiftning

Bare 8 dødsfall var kodet som benzodiazepinforgiftning i Dødsårsaksregisteret. Dette avspeiler at benzodiazepiner alene sjelden gir dødelige forgiftningstilstander. Gjennomsnittsalderen for disse dødsfallene var 49 år. Alle bortsett fra en ble funnet i privat bolig. Noen flere, 22 dødsfall var kodet som alkoholforgiftning i samme tidsperiode; 15 menn og 7 kvinner. Gjennomsnittsalderen

## Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

var 53 år. 19 av de 22 ble funnet i privat bolig. Alkoholbruk er en viktig medvirkende dødsårsak med mange former for dødsfall, men som akutt forgiftning er det nokså sjelden med dødsfall dersom alkoholen ikke kombineres med andre midler, eller dødsfallene skjer som ulykker på grunn av påvirkningen.

### 3.1.4 Oppsummering

- 232 personer under 70 år døde av overdoser i Oslo. 22% var kvinner. Gjennomsnittsalderen for de som døde var 36 år. 1/3 del var bostedstilhørende i andre kommuner enn Oslo.
- 155 personer (2/3) døde i privat bolig. 10 av disse bodde og døde i Rusmiddeletatens lavterskelboliger. Dette betyr at de fleste ble funnet på privat adresse enten hjemme hos seg selv eller hos familier, venner og bekjente.
- 42 personer, det vil si 18% ble funnet/døde utendørs. En større andel menn ble funnet utendørs sammenlignet med andel kvinner (20% vs. 10%).
- Dødsfall var sjelden kodet som primært forårsaket av benzodiazepin- eller alkoholforgiftning.

## 3.2 Funn ved obduksjon; illegale rusmidler og legale medikamenter

### 3.2.1 Obduksjon

De aller fleste (93%) av overdosedødsfallene ble obdusert ved Rettsmedisinsk institutt (RMI) ved Universitetet i Oslo (tabell 3). Dette gjaldt også for dem som døde som følge av benzodiazepin- og alkoholforgiftning. En obduksjon gir blant annet informasjon om hvilke stoffer som ble påvist i blodet hos avdøde og hvilken betydning disse kan ha hatt for dødsårsaken. Dette betyr at dødsårsaken ble stadfestet med en høy grad av sikkerhet og at det i denne rapporten var mulig å presentere detaljer rundt funn fra obduksjonene i de fleste av dødsfallene. Noen få saker ble ikke obdusert. I tillegg kan det være overdosedødsfall hvor politiet ikke har anmodet om obduksjon. Vi kjenner ikke omfanget av slike mørketall, men det er grunn til å tro at de er små.

Definisjonen for overdoser som ble brukt i denne undersøkelsen inneholdt ulike diagnoser fra Dødsårsaksregisteret (se s10 og 11 for nærmere beskrivelser). Det var flest overdosedødsfall med diagnosen X42 i kombinasjon med T40.0-T40.9 (84%) i Dødsårsaksregisteret. Dette er forgiftninger klassifisert som ulykke på grunn av opium, heroin, andre opioider, metadon,

### 3. Resultater

andre syntetiske narkotika, kokain, and og uspesifiserte narkotika, cannabis, LSD og andre og uspesifiserte hallusinogener. 13 dødsfall ble klassifisert med F-koder (skadelig bruk, avhengighet og andre mentale eller atferdsforstyrrelser relatert til opioider (F11), cannabinoider (F12), kokain (F14), andre stimulanter (F15), hallusinogener (F16) og multipel narkotikabruk (F19) som hoveddødsårsak (tabell 3).

Tabell 3. Obduksjonssted og antall personer kodet inn under de ulike overdosekodene i Dødsårsaksregisteret

	Skadelig bruk, avhengighet og andre mentale eller atferdsforstyrrelser	Ulykkesforgiftning (X41,X42, X44)	Selvmord (X61,X62, X64)	Akutt alkohol-forgiftning	Benzodiazepin-forgiftning
Rettsmedisinsk institutt	3	199	14	21	8
Sykehus	4	3	0	0	0
Ukjent	6	3	0	1	0
Totalt	13	205	14	22	8

#### 3.2.2 Illegale rusmidler og legale medikamenter inkludert metadon

Ved obduksjonen er det den enkelte rettsmedisiner som angir både dødsårsak og som avgjør hvilket stoff som anses å være den viktigste årsaken til forgiftningen. I dette avsnittet har vi kalt dette viktigste stoffet for «hovedintoksikant». Det å definere ett stoff som hovedintoksikant betyr ikke at andre stoffer ikke har medvirket, til dels betydelig. Hvor mye et enkelt stoff har medvirket kan en ikke bare fastslå ved å se på konsentrasjoner i blodet etter døden. En slik bestemmelse bygger også på omfattende kunnskap om stoffenes virkninger. Utvelgelse av bare ett stoff per sak som hovedintoksikant er i hovedsak en teknisk oppdeling av materialet som bygger på både denne kunnskapen og de faktiske funn.

Tabell 4 viser at inntak av heroin i langt de fleste tilfellene ble antatt å være hovedårsaken til overdosedødsfallene. I 152 tilfeller (66% av alle overdosedødsfallene) ble dette ansett som hovedårsak til den dødelige forgiftningen. I tillegg ble ulike opiater og opioider (syntetiske opiater) bedømt å være hovedårsaken



til forgiftningen i 209 av de 216 dødsfallene hvor et slikt stoff er påvist. Metadon ble ansett å være hovedintoksikant i 24 tilfeller (ca 10%) (tabell 4).

I bare 8 av de 216 overdosedødsfallene ble sentralstimulerende stoffer angitt som hovedintoksikant. Dette var hovedsaklig amfetamin og metamfetamin og bare ett tilfelle av kokainforgiftning. En slik fortolkning av funnene til tross for hyppig påvisning av sentralstimulerende midler kan anses meningsfull da sentralstimulerende midlene i noen grad kan beskytte mot overdoser av sederende midler.

Andelen heroindødsfall falt med avdødes alder (tabell 5), men også i den eldre gruppen utgjorde heroindødsfall den største gruppen med overdoser. Dødsfall relatert til metadon som hovedintoksikant fordelte seg jevnt i ulike aldersgrupper. I den øverste aldersgruppen (46-70 år) var andelen dødsfall på bakgrunn av sterke smertestillende (reseptbelagte opioider) større og utgjør hovedårsaken i hvert tredje dødsfall.

I de aller fleste tilfellene ble det funnet mer enn én substans i blodet. Det ble maksimalt funnet 15 ulike substanser. For alle aldersgrupper og begge kjønn var median antall påviste stoff/substanser 3, gjennomsnittet var noe høyere (3,2).

Der det likevel ble konkludert med at ett stoff var viktigst for forgiftningsdødsfallet bygger dette på en grundig rettstoksikologisk og rettmedisinsk vurdering. En slik vurdering tar utgangspunkt i kjennskap til stoffenes forgiftningspotensial, de postmortale blodkonsentrasjoner og ikke minst kunnskap om hvordan slike stoffer måles og vurderes etter døden.

Ser vi på de ulike funn som ble gjort ved obduksjonene (tabellene 6 og 7) ser vi at det hyppigst påviste stoffet var heroin, fulgt av benzodiazepiner. Benzodiazepiner er angstdempende og søvndyssende medikamenter som er vanlig (mis)brukt sammen med heroin og andre opiater/opioider for å forsterke rusen og/eller dempe abstinensen. Det tredje vanligste analysefunnet var sentralstimulerende midler (amfetamin/metamfetamin/kokain) som ble funnet i 86 saker. I en del saker ble det påvist legemidler mot depresjon, psykose, epilepsi og sterke smerter (andre opioider/ opiater enn morfin/heroin). Vi kjenner ikke til om disse var blitt forskrevet av lege. Slike legemidler brukes for flere typer plager og sykdommer. Funnene indikerer at denne gruppen kan ha hatt sykdom som ble behandlet medikamentelt.

Kombinasjon med alkohol (etanol) ble påvist i 45 av sakene. Dette var lavere enn antallet hvor benzodiazepiner ble påvist. Dette skyldes nok i hovedsak en

mindre bruk, men i noen tilfeller vil det også kunne reflektere at alkohol raskere nedbrytes og skilles ut.

Om vi ser på andre kombinasjoner av påviste stoffer (tabell 7) var den vanligste påviste kombinasjonen heroin og benzodiazepiner, fulgt av sentralstimulerende (amfetaminer og amfetaminliknende stoffer) i kombinasjon både med benzodiazepiner og heroin. I mange tilfeller var det en kombinasjon av alle disse tre. Benzodiazepiner og sovemedisiner ble funnet sammen med alle andre stoffgrupper. Også ved dødsfall relatert til metadon var metadon sjelden det eneste påviste stoff. Både heroin, cannabis, alkohol eller sterke smertestillende medikamenter ble påvist sammen med metadon.

I nesten alle tilfeller der det ble funnet heroin (152 av 155) ble det konkludert med at heroin var hovedintoksikanten. Dette står i sterk kontrast til benzodiazepiner, som aldri ble bedømt å være hovedintoksikant. Samtidig vet vi at benzodiazepiner kan gi et betydelig bidrag til den respirasjonsdempning som er dødsmekanismen i de fleste overdosetilfellene. At benzodiazepiner likevel ikke nevnes som dødsårsak kan forklares ut fra stoffenes lave forgiftningspotensiale alene, og at de ofte var tilstede i lave konsentrasjoner. Tatt alene hos ellers friske har ikke benzodiazepiner nok respirasjonsdempende effekt til å forårsake død. Tatt sammen med opiater er imidlertid saken en annen. Det kan derfor være legitimt å legge vekten på opiater, men vi må huske at benzodiazepiner kan ha utgjort et betydelig bidrag til dødsfallet. Også andre grunner kan foreligge for å komme med disse konklusjonene. Heroin er et stoff som omdannes raskt i kroppen slik at selv lave konsentrasjoner (av nedbrytningsstoffer) i blodprøve tatt ved obduksjon kan reflektere høyere konsentrasjoner tidligere. Man må også vite at konsentrasjonen i blodprøven ikke nødvendigvis representerer konsentrasjonen i hjernestammens pustesenter. Det analyseres ved obduksjon ikke med hensyn til heroin som sådan, bare med hensyn til nedbrytningsstoffer.

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Tabell 4. Hovedintoksikant (viktigste forgifningsstoff) ved overdosedødsfall i Oslo i undersøkelsesperioden (N=232).\*

Hovedintoksikant	Antall N (%)
Heroin	152 (66%)
Metadon	24 (10%)
Buprenorfin	1 (< 1%)
Amfetamin	3 (1%)
Metamfetamin	4 (2%)
Kokain	1 (< 1%)
Morfin	11 (5%)
Kodein	14 (6%)
Etylmorfin	1 (< 1%)
Dextropropoxyfen	3 (1%)
Fentanyl	1 (< 1%)
Oxycodon	1 (< 1%)
Tramadol	1 (< 1%)
Ikke forgiftning <sup>a</sup>	6 (3%)
Ukjent	9 (4%)
Totalt	232

\*Vurderingen er gjort av den rettsmedisiner som har utført obduksjonen ved Rettsmedisinsk institutt.

<sup>a</sup>I en del tilfeller er det snakk om narkotikarelaterte dødsfall i stedet for overdoser. Man kan for eksempel ha død medisinske komplikasjoner (lungebetennelse, blodforgiftninger) langt ut i forløpet av en overdose. Det er da en definisjonssak om dette er en overdose eller ikke.

### 3. Resultater

Tabell 5. Hovedintoksikant (viktigste forgifningsstoff) ved overdosedødsfall presentert etter alderskategorier (N=232).\*

	0-25 år N(%)	26-35 år N(%)	36-45 år N(%)	46-70 år N(%)	Totalt N(%)
Heroin	25 (81%)	58 (76%)	45 (69%)	24 (40%)	152 (66%)
Metadon	4 (13%)	5 (7%)	7 (11%)	8 (13%)	24 (10%)
Buprenorfin	0	1 (1%)	0	0	1 (< 1 %)
Amfetamin/metamfetamin	1 (3%)	3 (4%)	2 (3%)	1 (2%)	7 (3%)
Kokain	0	0	0	1 (2%)	1 (< 1 %)
Smertestillende medikamenter	0	6 (8%)	7 (11%)	19 (32%)	32 (14%)
Ikke forgiftning	1 (3%)	2 (3%)	0	3 (5%)	6 (3%)
Ukjent	0	1 (1%)	4 (6%)	4 (7%)	9 (4%)
Antall	31 (100%)	76 (100%)	65 (100%)	60 (100%)	232 (100%)

\* Noen grupper av hovedintoksikanter er slått sammen fordi de har liknende effekt.

<sup>a</sup>fentanyl, karisoprodol/meprobamat, ketobemidon, oxycodon, kodein, dekstropropoksyfen og paracetamol

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Tabell 6. Alle analysefunn, uavhengig av om stoffene ble vurdert å medføre et stort eller lite bidrag til dødsfallet. Tallene er oppgitt for ulike aldersgrupper samt totalantall (N=232)\*

Rusmiddel/medikament	0-25 år	26-35 år	36-45 år	46-70 år	Totalt
Heroin	25	59	46	25	155
Metadon	6	9	13	10	38
Buprenorfin	0	3	0	1	4
Amfetamin/metamfetamin	12	27	17	15	71
Kokain	2	10	2	1	15
Ecstasy	1	2	0	0	3
Cannabis	13	10	11	7	41
Etanol	6	13	12	14	45
Metanol	0	0	0	0	0
Morfin	2	6	4	4	16
Sterke smertestillende <sup>a</sup>	1	2	4	18	25
Svake smertestillende <sup>b</sup>	0	1	4	13	18
Benzodiazepiner <sup>c</sup>	25	53	37	37	152
Andre sovemedisiner <sup>d</sup>	1	12	5	9	27
Antidepressiva <sup>e</sup>	4	21	5	10	40
Antiepileptika <sup>f</sup>	1	3	2	2	8
Antipsykotika <sup>g</sup>	1	5	8	6	20
Annet <sup>h</sup>	0	1	2	0	3

\* summen av analysefunnsvar vil være større på grunn av flere stoff-funn i hver sak

<sup>a</sup>fentanyl, karisoprodol/meprobamat, ketobemidon, oxycodon, kodein, dekstropropoksyfen

<sup>b</sup>paracetamol

<sup>c</sup>flunitrazepam, diazepam, nitrazepam, alprazolam, oxazepam, klonazepam, fenazepam

<sup>d</sup>alimemazin, prometazin, zolpidem, zopiclone

<sup>e</sup>amitriptylin/nortriptylin, paroxetin, trimipramin, citalopram, venlafaxin, mirtazapin, fluoxetin, sertralin, mianserin, doxepin, duloksetin

<sup>f</sup>lamotrigin, karbamazepin

<sup>g</sup>olanzapin, levomepromazin, klorprotixen, hydroxyzin, amisulprid, zuclopentixol

<sup>h</sup>salisylsyre, metoprolol

### 3. Resultater

Tabell 7. Alle analysefunn ved rettstoksikologisk analyse ved obduksjon, uavhengig av om de påviste stoffene ble vurdert til et stort eller lite bidrag til dødsfallet. Tallene er oppgitt som kombinasjoner av stoffer påvist hos samme person (N=232)\*

	Heroin	Metadon og buprenorfin	Sentralstimulerende midler	Cannabis	Etanol	Sterke smertestillende	Svake smertestillende	Benzodiazepiner og sovemedisiner	Psykiatriske medisiner
Heroin	<b>155</b>								
Metadon og/eller buprenorfin	15	<b>42</b>							
Sentralstimulerende midler	61	18	<b>78</b>						
Cannabis	32	12	16	<b>41</b>					
Etanol	27	8	14	7	<b>45</b>				
Sterke smertestillende <sup>a</sup>	3	6	6	3	13	<b>39</b>			
Svake smertestillende <sup>b</sup>	0	0	0	1	6	18	<b>18</b>		
Benzodiazepiner og sovemedisiner <sup>c</sup>	115	36	60	36	27	28	14	<b>160</b>	
Psykiatriske medisiner <sup>d</sup>	34	10	18	5	8	13	6	42	<b>54</b>

\* I denne tabellen er ikke alle analysefunn tatt med for å gjøre sammenlikningen enklere. Cellene angir kombinasjoner av to og to prøvesvar, men i snitt var det mer enn tre prøvesvar i hver sak. Derfor vil antall analysesvar også i denne tabellen være større enn 232. Tabell 6 og 7 vil ikke korrespondere da noen av medikamentene er slått sammen i denne tabellen.

<sup>a</sup>fentanyl, karisoprodol/meprobamat, ketobemidon, oxycodon, kodein, dekstropropoksyfen  
<sup>b</sup>paracetamol

<sup>c</sup>flunitrazepam, diazepam, nitrazepam, alprazolam, oxazepam, klonazepam, fenazepam, alimezamin, prometazin, zolpidem, zopiclone

<sup>d</sup> amitriptylin/nortriptylin, paroxetin, trimipramin, citalopram, venlafaxin, mirtazapin, fluoxetin, sertralin, mianserin, doxepin, duloksetin, lamotrigin, karbamazepin, olanzapin, levomepromazin, klorprotixen, hydroxyzin, amisulprid, zuclopentixol

### 3.2.3 Metadon og legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

I 24 tilfeller ble metadon ansett å være hovedintoksikant. Dette gir en andel rundt 10%. Også i disse tilfellene var det et spørsmål hvor mye andre stoffer har betydd, fordi det i de fleste tilfeller påvises flere stoffer enn metadon, oftest benzodiazepiner og andre sovemedisiner (tabell 8). Metadon har langsommere omsetning i kroppen enn heroin og vil derfor forsvinne senere ut av kroppen.

Tabell 8 og 9 viser dem som var i eller nettopp hadde vært i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hvilket opplegg som var for LAR på dødstidspunktet er ikke kjent. Det er derfor ikke mulig å vurdere kvaliteten på relasjonen mellom avdøde og LAR. Behandlingstiden i LAR vil ha vært varierende. Noen vil på dødstidspunktet ha vært knyttet til en sentral LAR-institusjon, mens andre vil ha fått sine medisiner på apotek og ha hatt kontakt med fastlege med sosialkontor som koordinerende enhet. I de fleste tilfeller vil ikke rettsmedisinerne ha informasjon om vedkommende var i LAR. Bidraget fra alkohol, benzodiazepiner og sovemedisiner og manglende informasjon om avdøde har vært i LAR kan være forklaringen på at personer som har vært i LAR har fått dødsårsaken oppgitt som metadonforgiftning. Et konsentrasjonsnivå av metadon som fungerer godt for LAR-pasienter, hvor vedkommende er tilvendt medikamentet vil kunne fremstå som en dødelig konsentrasjon for en ikke-tilvendt bruker. Det vil være mulighet for feilvurdering av betydningen av den påviste metadonkonsentrasjonen når informasjon om deltagelse i LAR mangler.

Tabell 8. Hovedintoksikant (viktigste forgiftningsstoff) ved forgiftningsdødsfall hos LAR-pasienter eller tidligere LAR pasienter\*.

Hovedintoksikant	I LAR (N= 21)	Etter LAR (n= 6)
Heroin	12 (57%)	3 (50%)
Metadon	6 (29%)	0
Amfetamin	0	1 (17%)
Morfin	0	2 (33%)
Ikke forgiftning	3 (14%)	0

\* Avsluttet LAR i løpet av året før dødsfallet

### 3. Resultater

Tabell 9. Alle stoffunn\*, uavhengig av om disse stoffene ble ansett å gi et stort eller lite bidrag til dødsfallet for de personer som var i LAR tidligere LAR-pasienter†.

Rusmiddel/medikament	I LAR (n= 21)	Etter LAR (n= 6)
Heroin	12	4
Metadon	11	1
Buprenorfin	2	0
Amfetamin/metamfetamin	7	3
Kokain	1	0
Ecstasy	0	0
Cannabis	3	0
Etanol	3	0
Metanol	0	0
Morfin	0	2
Sterke smertestillende <sup>a</sup>	1	0
Svake smertestillende <sup>b</sup>	0	1
Benzodiazepiner <sup>c</sup>	15	2
Hypnotika <sup>d</sup>	1	0
Antidepressiva <sup>e</sup>	3	0
Antiepileptika <sup>f</sup>	0	0
Antipsykotika <sup>g</sup>	1	1
Annet <sup>h</sup>	0	1

\* En person kan ha hatt flere rusmidler/medikamenter påvist samtidig

† Avsluttet LAR i løpet av året før dødsfallet

<sup>a</sup>fentanyl, karisoprodol/meprobamat, ketobemidon, oxycodon, kodein, dekstropropoksyfen

<sup>b</sup>paracetamol

<sup>c</sup>flunitrazepam, diazepam, nitrazepam, alprazolam, oxazepam, klonazepam, fenazepam

<sup>d</sup>alimemazin, prometazin, zolpidem, zopiclone

<sup>e</sup>amitriptylin/nortriptylin, paroxetin, trimipramin, citalopram, venlafaxin, mirtazapin, fluoxetin, sertralin, mianserin, doxepin, duloksetin

<sup>f</sup>lamotrigin, karbamazepin

<sup>g</sup>olanzapin, levomepromazin, klorprotixen, hydroxyzin, amisulprid, zuclopentixol

<sup>h</sup>salisylsyre, metoprolol



### 3.2.4 Muligheter for feilrapportering

Ved sammenlikning med andre byer og land har det betydning om antallet overdosedødsfall rapporteres på samme måte. Funnene fra denne undersøkelsen viser tre muligheter for feilrapporteringer i Norge.

a) 13 dødsfall ble kodet som overdosedødsfall på grunnlag av rusdiagnose (F-koder). Seks av disse hadde ikke påvist forgiftning og for seks fantes det ikke obduksjonsdata verken på Rettsmedisinsk institutt eller de store sykehuseene rundt Oslo. Til sammenlikning var det 219 som hadde sin dødsårsak fra X-kodene. 216 av disse hadde en påvist forgiftning, mens tre (1%) manglet obduksjonsdata. Blant alle overdosedødsfallene i Norge, var det 67 (8%) av alle rapporterte akutte forgiftningsdødsfall som var basert på F-koder; 2006: 23, 2007: 25, 2008:19. Ut i fra disse tallene kan det være mulig at det forekommer en liten overrapportering av overdoser i form av F-koder som ikke er bekreftet ved obduksjon, men dette utgjør ikke en vesentlig andel av de faktiske overdosedødsfallene i Norge.

b) Metadon ble bedømt som det viktigste stoffet for dødsfallet i 24 tilfeller (10%). Dette er imidlertid bedømt av obduserer ved Rettsmedisinsk institutt som ofte ikke har kjent til om den avdøde var i LAR eller ikke. Et konsentrasjonsnivå av metadon som fungerer godt for LAR-pasienter, hvor vedkommende er tilvendt, vil kunne fremstå som en dødelig konsentrasjon for en ikke-tilvendt bruker. Det er mulig at et mindre antall feilaktig kan ha blitt bedømt som forgiftningsdødsfall.

c) Smertestillende medikamenter er bedømt som viktigste forgiftningsstoff ved 32 (14%) av dødsfallene, og dette gjelder 1/3-del av de eldre som også oftere har psykiske og fysiske sykdommer. Det er mulig at en andel av disse døde som ledd i behandling av slike sykdommer uten at dette naturlig bør bedømmes som overdosedødsfall relatert til rusmiddelbruk. Det foreligger ikke data for å vurdere dette, men oppfølgende undersøkelser bør søke å kartlegge slike forhold.

Det er likevel viktig å merke seg at vår metode som er basert på uttrekk av data fra SSBs diagnosekoder vil gi en iboende tendens til underrapportering av overdosedødsfall. Det vil alltid være et ukjent antall dødsfall som ikke er blitt oppfattet som et mulig overdosedødsfall og som dermed ikke ble obdusert og kanskje fikk en annen dødsårsak (misklassifisering) i de offisielle registrene selv om det i realiteten var et overdosedødsfall.

### 3.2.5 Oppsummering

- Nesten alle personene (93%) som døde av overdoser i undersøkelsesperioden var obdusert ved Rettsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo.
- Heroin ble vurdert som den farmakologiske hovedårsaken til overdosedødsfall i Oslo i de fleste tilfellene (66%). Det var noe færre heroindødsfall hos de over 46 år.
- I den øvre aldersgruppen (46-70 år) var andelen dødsfall på bakgrunn av sterke smertestillende større og utgjorde hovedårsaken i hvert tredje dødsfall.
- I 10% av dødsfallene var metadon vurdert som hovedårsak.
- De aller fleste hadde brukt flere rusmidler, gjennomsnittlig antall påviste rusmidler/medikamenter var 3,2.
- Den vanligste kombinasjonen av rusmiddel og medikamentfunn var heroin og benzodiazepiner, fulgt av sentralstimulerende i kombinasjon både med benzodiazepiner og heroin.
- Det kan foreligge en viss feilrapportering fordi enkelte overdosedødsfall var rapportert med rusdiagnoser uten at det var vist forgiftningsdødsfall. Manglende opplysninger om LAR kan ha ført til at noen metadondødsfall var misoppfattet. I tillegg vil noen av dødsfallene der registrerte smertestillende midler er funnet som eneste opioid muligens kunne forklares som komplikasjoner til behandling av smertetilstander og sykdommer der hvor. Alt i alt vurderes antall overdosedødsfall som rapporteres hvert år i Norge å gi et rimelig godt estimat for den faktiske forekomsten av slike dødsfall.

## 3.3 De med og uten kontakt med tiltaksapparatet

I dette kapitlet beskrives kontakten med tiltaksapparatet, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Det blir beskrevet hvor mange som hadde slik kontakt og hvem de var. Det blir også beskrevet hvilken instans de hadde hatt kontakt med og hvor lang tid det var mellom siste kontakt og dødsfall. Deretter blir de som ikke hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet beskrevet.

### 3.3.1 Kontakt og kontaktinstanser

De aller fleste (186 av 232 personer) hadde vært i kontakt med ett eller flere tiltak enten i Oslo kommune eller spesialisthelsetjenesten i året før de døde. De aller fleste hadde hatt kontakt med mer enn ett tiltak og i gjennomsnitt hadde en person vært i kontakt med mellom tre og fire ulike tiltak i løpet av de siste

12 månedene før dødsfallet.  $\frac{1}{4}$  del hadde hatt kontakt med ett eller to ulike tiltak, mens den  $\frac{1}{4}$  som hadde hatt mest kontakt med tiltaksapparatet hadde hatt kontakt med fra fem til ti ulike tiltak.

I tabell 10 er de personene som hadde hatt kontakt med et ulikt antall instanser i løpet av året før de døde beskrevet. Av de som kun hadde hatt kontakt med ett tiltak i løpet av året før de døde (n=34), var det en mindre andel kvinner (9%) sammenlignet med de som hadde hatt kontakt med to eller flere tiltak (n=152). Litt under halvparten (n=15) av de som kun hadde hatt kontakt med ett tiltak var ikke folkeregistrert i Oslo. Bortsett fra dette skilte ikke de som kun hadde hatt kontakt med ett tiltak seg nevneverdig fra de som hadde hatt kontakt med to eller flere i de deskriptive variablene beskrevet i tabell 10.

Åtte av de 14 Oslo-tilhørige under 25 år hadde hatt kontakt med mer enn fire ulike tiltak i løpet av året før de døde, mens fire var uten kontakt eller hadde kun hatt kontakt med ett tiltak. I gjennomsnitt hadde de Oslo-tilhørige under 25 år hatt kontakt med 5 ulike tiltak (median 5) i løpet av året før de døde. Til sammenligning var det fire av de 17 tilreisende under 25 år som hadde hatt kontakt med mer enn fire ulike tiltak, mens hovedandelen (n=10) var uten kontakt eller kun hadde hatt kontakt med ett tiltak. I gjennomsnitt hadde disse hatt kontakt med mellom 2-3 ulike tiltak (median 1-2).

#### *Mest besøkte instans*

Det var forskjell mellom de som var Oslo-tilhørige og de som var tilreisende i form av andel som hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet og hvilke instanser de hadde vært i kontakt med sist (figur 3 og 4).

136 av 159 Oslo-tilhørige hadde vært i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av det siste året før dødsfallet. Sosialtjenesten var den instansen flest Oslo-tilhørige hadde hatt kontakt med i løpet av det siste året (n=104) og flest hadde vært i kontakt med sist (n=56), etterfulgt av Ullevål universitetssykehus og Oslo kommunale legevakt (figur 3 og 4).

50 av de 73 tilreisende hadde hatt kontakt med ett eller flere tiltak i løpet av det siste året før de døde. Ambulansetjenesten var den instansen flest hadde hatt kontakt med i løpet av det siste året før dødsfallet (n=30) og den instansen flest hadde hatt kontakt med sist (n=13), deretter fulgte Oslo kommunale legevakt og Ullevål universitetssykehus inkludert skadelegevakten (figur 3 og 4).

### 3. Resultater

Siste kontaktinstans for de Oslotilhørige under 25 år var Lovisenberg/Diakonhjemmet sykehus og sosialtjenesten, mens Ullevål universitetssykehus og sosialtjenesten som var den instansen flest hadde hatt kontakt med i løpet av året (figur 5 og 6). Gjennomsnittlig tid mellom siste kontakt og dødsfall for de Oslotilhørige under 25 år var 38 dager (median 3), men dette varierte mellom kontakt dagen før dødsfallet til åtte måneder før. For de tilreisende under 25 år var gjennomsnittlig tid mellom siste kontakt og dødsfall 56 dager (median 8). Dette varierte fra kontakt dagen før dødsfallet til kontakt nesten ett år før.

#### *Kontakt med sosialtjenesten, Ullevål universitetssykehus, Oslo kommunale legevakt, Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus og Hjemmetjenesten*

Av de 104 personene som hadde hatt kontakt med sosialtjenesten i løpet av året før de døde var gjennomsnittlig antall kontakter ti ganger. Dette varierte fra 1 til 64 ganger. 25 personer hadde kun hatt en kontakt i løpet av det siste året, mens 44 personer var i kontakt mellom 2 og 10 ganger. 35 personer var i kontakt 11 ganger eller mer. Det var en høyere andel kvinner (34%) som hadde ti eller flere kontakter hos sosialtjenesten, sammenliknet med de som hadde ti eller færre (23%). Av de som hadde vært i kontakt med sosialtjenesten hadde over halvparten (57%) også vært i kontakt med en av Ullevål universitetssykehus's avdelinger og/ eller Oslo kommunale legevakt (59%). Til sammen, om både Oslotilhørige og tilreisende ble inkludert, hadde 107 personer besøkt Ullevål universitetssykehus en eller flere ganger i løpet av året før de døde, mens 107 personer hadde besøkt Oslo kommunale legevakt (tabell 11).

Gjennomsnittlig alder var omtrent lik for de som hadde besøkt sosialtjenesten (38 år), Ullevål universitetssykehus (38 år) og Oslo kommunale legevakt (37 år). Samtidig var det omtrent samme andel kvinner som hadde besøkt de tre ulike tiltakene; 23% Oslo kommunale legevakt, 25% Ullevål universitetssykehus og 27% sosialtjenesten.

Til sammen hadde 43 personer vært i kontakt med Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus en eller flere ganger i løpet av det siste året før dødsfallet. Dette utgjorde 23% av alle som hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet (n=186). De som hadde hatt kontakt med disse sykehusene hadde omtrent samme gjennomsnittsalder, kvinneandel og andel som ble funnet i privat bolig som sosialtjenesten, Ullevål universitetssykehus og Oslo

kommunale legevakt. 30 personer hadde vært/var i kontakt med hjemmetjenesten i løpet av det siste året før de døde.

#### *Kontakt med ambulansetjenesten*

Ambulansetjenesten var den instansen flest av de tilreisende hadde hatt kontakt med i løpet av året før de døde og den instansen flest hadde hatt kontakt med sist (figur 3 og 4). Blant Oslo-tilhørige var ambulansetjenesten på en fjerdeplass både i forhold til den instansen flest hadde vært i kontakt med gjennom året og flest hadde vært i kontakt med sist (figur 3 og 4). Inkludert både tilreisende og Oslo-tilhørige ble 82 personer behandlet av ambulansetjenesten i løpet av året før de døde. Det var ingen forskjell i gjennomsnittlig alder mellom de som hadde vært i kontakt med ambulansetjenesten og de som hadde vært i kontakt med Sosialtjenesten, Oslo kommunale legevakt, Ullevål universitetssykehus, eller Lovisenberg diakonale- og Diakonhjemmet sykehus. Noe mindre andel kvinner hadde vært i kontakt med ambulansetjenesten (15%) sammenliknet med de andre tiltakene, bortsett fra fengsel.

#### *Rusbehandling*

69 av 232 personer vært i en eller annen form for rusbehandling inklusiv LAR i løpet av året før dødsfallet. Dette utgjorde over ca 1/3 (37%) av alle som hadde vært i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av året før de døde (n=186).

Rusbehandling bestod av flere ulike typer behandling. Den ene var i hovedsak medikamentfri behandling. Totalt var det 48 personer som hadde vært/var under slik behandling i løpet av året før de døde. Disse fordelte seg på følgende måte: 34 personer i Klinikk rus- og avhengighet og 19 personer i en privat rusbehandlingsinstitusjon (Tyrili, P22, A-senteret, H7 og Fredheim). Fem personer hadde vært i begge type tiltak. I tabell 11 er de som var i behandling ved disse stedene presentert sammen under tittelen *annen rusbehandling*.

Av de totalt 48 personene i *annen rusbehandling* var det 38 som døde etter avsluttet behandling. Seks personer døde under behandling. I tillegg var det fire hvor det manglet registrert siste kontaktdato. Om det antas at disse også døde under behandling så døde til sammen ti personer under *annen rusbehandling*. Dette utgjør ca tre dødsfall per år.

### 3. Resultater

27 personer hadde vært eller var i LAR det siste året før de døde. Av disse døde 21 personer mens de var under LAR-behandling. Fordelt over tre år ble dette syv dødsfall per år.

Det var stor forskjell mellom de som hadde vært / var under *annen rusbehandling* og de i LAR (tabell 11). Det var en høyere andel kvinner av de i LAR (37%) sammenliknet med *annen rusbehandling* (17%). Samtidig var de i LAR i gjennomsnitt syv år eldre enn de i *annen rusbehandling*. I tillegg var det færre av de som hadde vært i LAR som hadde heroin som hoveddødsårsak (56% vs. 73%). Samtidig var det var også færre som ble funnet utendørs av de som var eller hadde vært i LAR (11% vs. 21%).

#### *Lavterskelbosteder og lavterskeltiltak*

Av de 186 personene som hadde vært i kontakt med tiltaksapparatet hadde 30 personer bodd/bodde i en av lavterskelboligene til Oslo kommune, Bymisjonen eller Frelsesarmeen i løpet av året før de døde. Litt under halvparten døde mens de bodde på en av Rusmiddelstatens lavterskelboliger (13 personer), av disse 13 ble 10 funnet i denne boligen. I denne rapporten inngår dette i funnstedskategorien «privat bolig».

50 personer av de 186 hadde vært i kontakt med et lavterskeltiltak (Feltpleien, Gatehospitalet, Sprøyterommet, Oppsøkende tjenester og Møtestedet). 9 personer hadde vært på Sprøyterommet i løpet av året før de døde. Antall kontakter varierte fra én til 13 kontakter. Det var noen flere som hadde vært i kontakt med Feltpleien (n=28), og av disse var det 11 personer som kun hadde hatt en kontakt. Den som hadde hatt flest kontakter hadde besøkt Feltpleien 66 ganger i løpet av året før dødsfallet. I gjennomsnitt hadde en person hatt kontakt med feltpleien 8 ganger i løpet av året, median var 2,5. 28 personer hadde hatt kontakt med Oppsøkende tjenester. Dette kan ha vært de samme personene som hadde vært i kontakt med Feltpleien og Sprøyterommet, men det trenger ikke være det. Av de som hadde hatt kontakt med Oppsøkende tjenester var det noen som hadde hatt kontakt kun én gang, mens den som hadde hatt flest hadde vært i kontakt 124 ganger. I gjennomsnitt hadde en person hatt kontakt med Oppsøkende tjenester 13 ganger, median var 3.

Litt over 1/3 av dem som hadde vært i kontakt med et lavterskeltiltak hadde også bodd i en lavterskelbolig i året før de døde. Det kan se ut til at det var omtrent samme målgruppe som bodde i lavterskelbolig og som benyttet seg av

#### Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

andre lavterskeltilbud da det var samme kvinneandel, gjennomsnittsalder og andel som døde med heroin som hovedårsak. På den annen side var det flere av dem som bodde i en lavterskelbolig (90%) som var folkeregistrert i Oslo sammenliknet med de som hadde kontakt med lavterskeltiltak (66%). Det var også noen flere av dem som hadde vært i kontakt med et lavterskeltiltak som ble funnet utendørs (26%) sammenliknet med de som hadde bodd/bodde i en lavterskelbolig (17%).

#### *Løslatt fra fengsel/varetekt*

I denne undersøkelsen var 18 personer løslatt fra fengsel eller varetekt inntil seks måneder før dødsfallet over de tre årene som denne undersøkelsen omfattet. I figur 3 kan en se at de fleste (n=12) som var løslatt i løpet av de siste seks månedene før dødsfallet var tilreisende. Hovedandelen av de som ble løslatt var menn (n=16) og de var i gjennomsnitt noe yngre (32 år) enn de som hadde vært i kontakt med de andre tiltakene (tabell 11). Tabell 11 viser at en større andel av disse ble funnet utendørs (44%) sammenliknet med de som hadde vært i kontakt med de andre tiltakene og færre (39%) ble funnet i privat bolig.

### 3. Resultater

Tabell 10. Beskrivelse av personer med ulik antall kontakter.

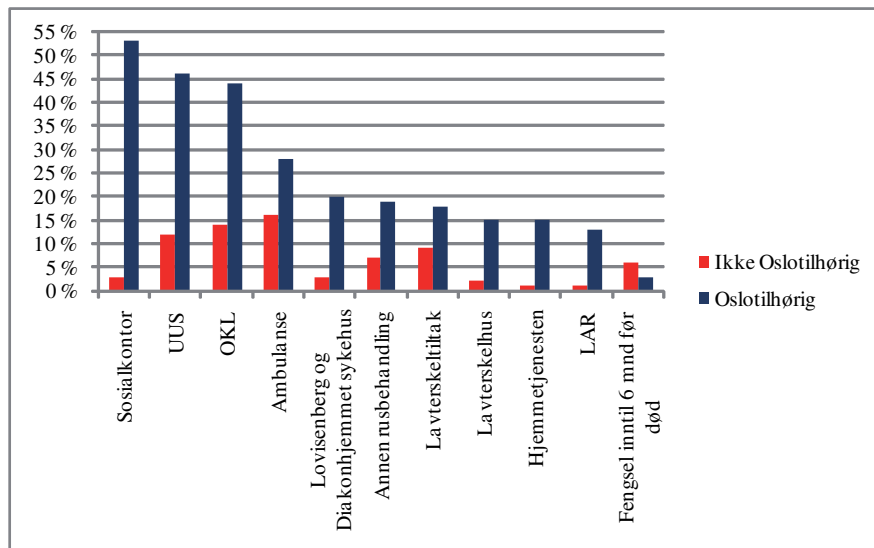
	0 tiltak n= 46 (25%)*	1 tiltak n= 34 (18%)*	2-3 tiltak n= 70 (38%)*	4-10 tiltak n= 82 (44%)*
Antall kvinner (% av alle som hadde kontakt med tiltaksapparatet)	8 (17%)	3 (9%)	19 (27%)	21 (26%)
Gjennomsnittlig alder (95% konfidensintervall)	37 (34; 40)	35 (31; 38)	39 (37; 42)	37 (35; 40)
Heroin som hoveddødsårsak	28 (61%)	26 (76%)	38 (54%)	60 (73%)
Antall folkeregistrert i Oslo (% av alle som hadde kontakt med tiltaksapparatet)	23 (50%)	19 (56%)	50 (71%)	67 (82%)
Funnsted Antall (%)				
Privat (inkl lavterskelhus- og kommunal bolig)	26 (57%)	27 (79%)	51 (73%)	51 (62%)
Utendørs inkl p-hus og ikke-privat toalett	7 (15%)	5 (15%)	12 (17%)	17 (21%)
Bygning offentlig (inkl hotell)	9 (20%)	1 (3%)	2 (3%)	3 (4%)
Institusjon (behandling, avrusning, rehabilitering, fengsel, varetekt)	0	1 (3%)	2 (3%)	9 (11%)
Ukjent	4 (9%)	0	3 (4%)	2 (2%)

\* Prosent er regnet ut i fra de som hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet (n= 186)



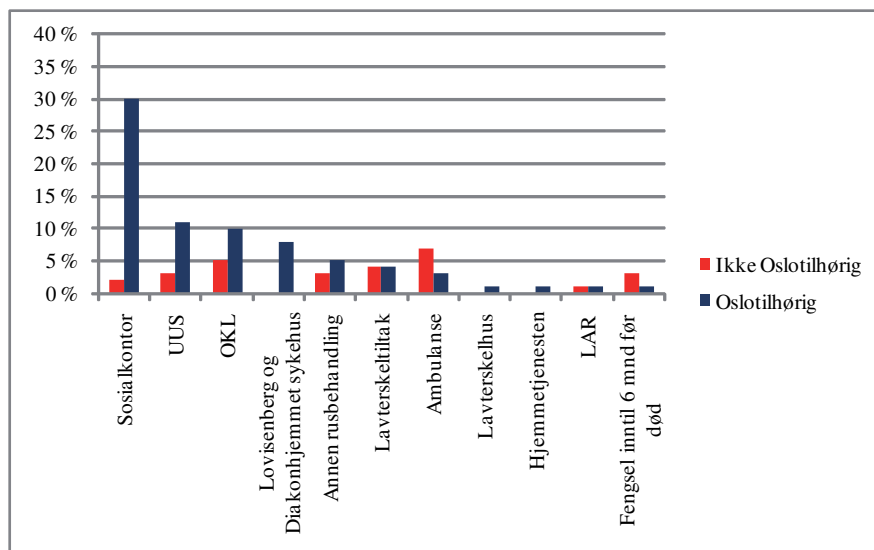
Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Figur 3. Kontakt med de ulike tiltakene i løpet av året, Oslotilhørig (n=159) eller tilreisende (n=73).\*



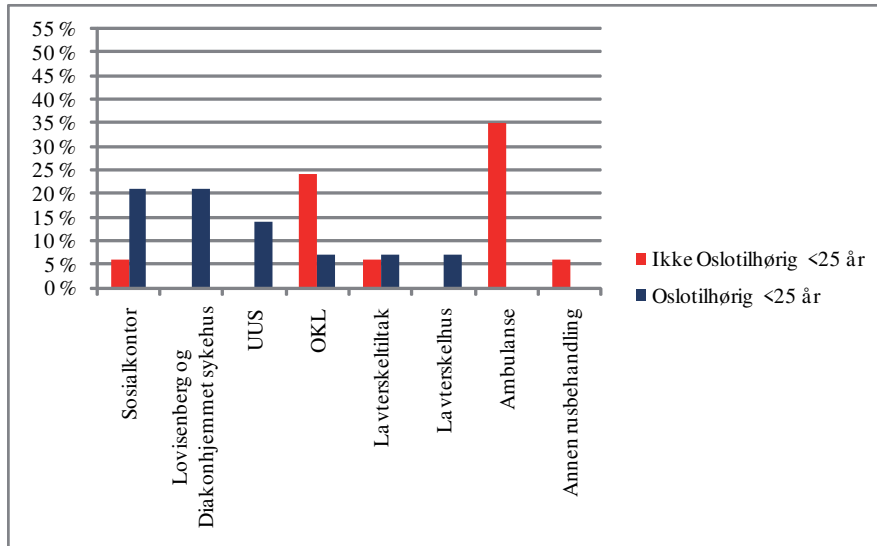
\* I denne tabellen kan en person ha hatt kontakt med flere ulike tiltak samtidig

Figur 4. Siste kontaktinstans med hensyn til om personen var Oslotilhørig (n=159) eller tilreisende (n=73).

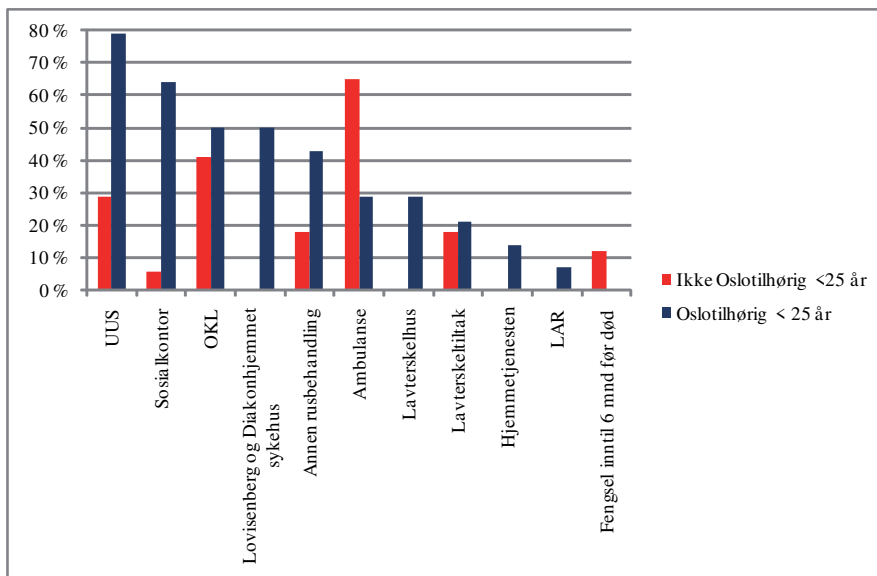


### 3. Resultater

Figur 5. Siste kontaktinstans for de under 25 år, Oslo-tilhørig (n=14) eller tilreisende (n=17)



Figur 6. Kontakt med de ulike tiltakene i løpet av året, for de under 25 år, Oslo-tilhørig (n=14) eller tilreisende (n=17).\*



Tabell 11. Sosiodemografiske data, heroindød og funnsted etter type kontakt med tiltaksapparatet

	Sosial- kontor (n= 104)	UUS <sup>ab</sup> (n= 107)	OKL (107)	Lovisenberg og Diakon- hjemmet <sup>b</sup> (n= 43)	Hjemme- tjenesten (n= 30)	Ambulan- se (n= 82)	Annen rus-be- handling <sup>c</sup> (n= 48)**	LAR (n= 27)	Lavter- skel-bo (n= 30)***	Lavter- skel-tiltak <sup>d</sup> (n= 50)*	Fengsel (n= 18)
Kvinner	28 (27%)	27 (25%)	25 (23%)	11 (26%)	10 (33%)	12 (15%)	8 (17%)	10 (37%)	10 (33%)	15 (30%)	2 (11%)
Gjennomsnittsal- der (95% konfi- dens intervall)	38 (36; 40)	38 (35; 40)	37 (35; 39)	38 (34; 41)	41 (37; 45)	38 (35; 40)	35 (32; 38)	43 (38; 48)	38 (34; 42)	38 (35; 40)	32 (28; 36)
Heroin som ho- vedårsak til død	69 (66%)	62 (58%)	73 (68%)	29 (67%)	19 (63%)	59 (72%)	35 (73%)	15 (56%)	25 (83%)	41 (82%)	15 (83%)
Folkeregistrert i Oslo	98 (94%)	85 (79%)	81 (76%)	38 (88%)	28 (93%)	52 (63%)	35 (73%)	25 (93%)	27 (90%)	33 (66%)	6 (33%)
Funnsted Antall (%)											
Privat (inkl lavterskelhus- og kommunal bolig)	77 (74%)	71 (66%)	69 (64%)	28 (65%)	22 (73%)	48 (59%)	29 (60%)	18 (67%)	20 (67%)	27 (54%)	7 (39%)
Utendørs inkl p- hus og ikke-privat toalett	16 (15%)	19 (18%)	23 (21%)	5 (12%)	2 (7%)	20 (24%)	10 (21%)	3 (11%)	5 (17%)	13 (26%)	8 (44%)
Bygning offentlig (inkl hotell)	1 (1%)	2 (2%)	5 (5%)	2 (5%)	0	5 (6%)	4 (8%)	1 (4%)	0	3 (6%)	1 (6%)
Institusjon (behandling, avrusning, reha- bilitering, fengsel, varetekt)	8 (8%)	11 (10%)	8 (7%)	7 (16%)	6 (20%)	5 (6%)	4 (8%)	5 (19%)	5 (17%)	6 (12%)	0
Ukjent	2 (2%)	4 (4%)	2 (2%)	1 (0,5%)	0	4 (5%)	1 (2%)	0	0	1 (2%)	2 (11%)

<sup>a</sup>Inkluderer skadelegevakten

<sup>b</sup>Inkluderer somatikk, psykiatri og DPS

<sup>c</sup>inkluderer Klinikk rus og avhengighet ekskludert LAR og private rusbehandlingsinstitusjoner

<sup>d</sup>Feltpleie, Møtestedet, Gatehospitalet, Sprøyterommet, Oppsøkende tjenester og Uteseksjonen

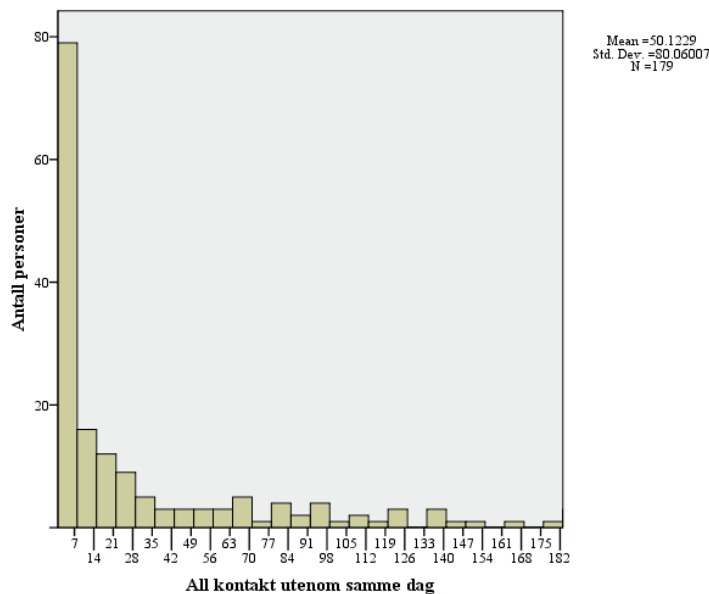
### 3.3.2 Tid mellom siste kontakt og dødsfall

Av de 186 personene som var i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av året før dødsfallet hadde 107 vært i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av de tre siste ukene før dødsfallet (figur 7). 121 personer hadde hatt kontakt med ett eller flere tiltak i løpet av den siste måneden. De som ikke hadde hatt kontakt siste måned, hadde hatt kontakt mellom 37 dager og opp til ett år før dødsfallet.

I figur 8 kan en se en opphopning av dødsfall i løpet av de tre første ukene etter løslatelse fra fengsel, privat (Tyrili, P22, A-senteret, H7 og Fredheim) eller offentlig rusbehandling (Klinikk rus- og avhengighetsavdelinger ekskludert LAR). Det var ikke en tilsvarende opphopning av dødsfall rett etter avsluttet LAR. I stedet døde den første personen 48 dager etter utskrivelse, det vil si én og én halv måned etter og den siste døde nesten et halvt år (160 dager) etter avsluttet LAR.

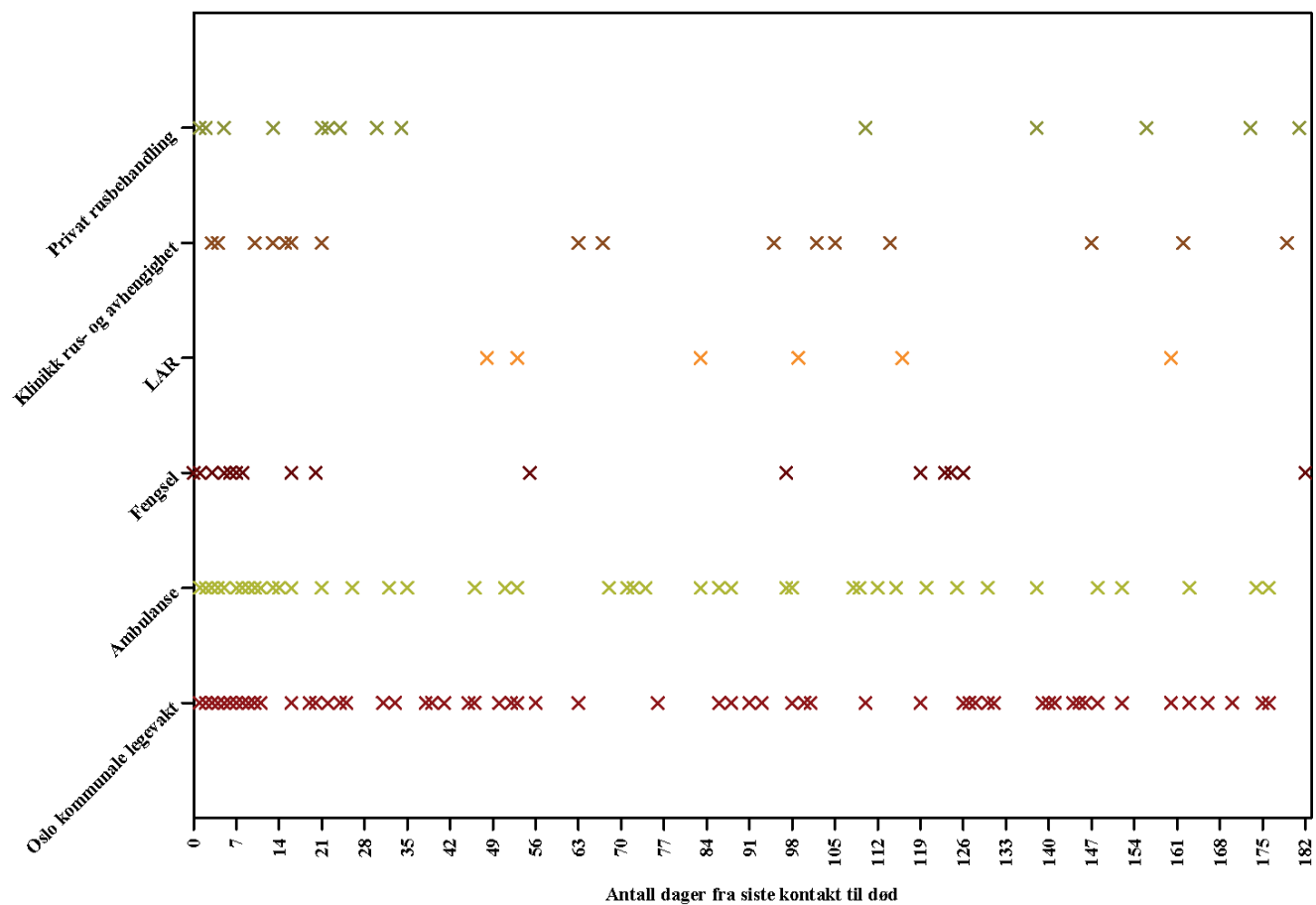
Det var mange som hadde hatt kontakt med Oslo kommunale legevakt og ambulansetjenesten i løpet av året før de døde. Her kan det også se ut til at det var en tendens til opphopning av dødsfall i tiden rett etter siste kontakt, men antall dødsfall var vedvarende høyt også utover dette.

Figur 7. Antall dager mellom siste kontakt og dødsfall. I denne grafen er kontakt samme dag ekskludert.



\* Det var 7 personer som kun hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet samme dag som dødsfallet, disse er ikke regnet med i denne grafen derfor er n= 179

Figur 8. Antall dager mellom siste kontakt med de ulike instansene i tiltaksapparatet.\*



\*I denne grafen er kontakt samme dag ekskludert og viser kun kontakt fra og med dagen før dødsfallet, bortsett fra løslatelse fra fengsel der det var et dødsfall samme dag som løslatelsen og denne er inkludert i grafen.

<sup>a</sup>Privat rusbehandling inkluderte Tyrili, P22, A-senteret, H7 og Fredheim

<sup>b</sup>Klinikk rus- og avhengighet inkluderte både langtids og kortidsdøgnbehandling utenom LAR

### 3.3.3 De uten kontakt med tiltaksapparatet

46 av de som døde (n=232) av overdoser i undersøkelsesperioden var uten kontakt med tiltaksapparatet forut for dødsfallene; 39 menn og 7 kvinner. Dette vil si at anslagsvis 15 personer døde hvert år uten å ha hatt kjent kontakt med tiltaksapparatet i Oslo. Omtrent halvparten (n= 21) hadde bostedstilhørighet et annet sted enn i Oslo (tabell 12).

En lavere andel kvinner var uten kontakt med tiltaksapparatet sammenliknet med de med (15% vs. 24%). Heroin var hoveddødsårsaken for en stor andel både blant de uten og de med kontakt (67% vs. 65%). Det var færre blant de uten kontakt med tiltaksapparatet som ble funnet/døde i privat bolig (52% vs. 70%) og flere (22% vs. 3%) som ble funnet i offentlig bygning sammenliknet med de som hadde hatt kontakt. De samme analysene ble gjort mellom de som ikke var bostedstilhørende i Oslo og de som var (tabell 13). Det ble da tydelig at de uten og med kontakt med tiltaksapparatet kunne forklares gjennom forskjellen mellom de som var bostedstilhørende i Oslo og de som ikke var. En typisk beskrivelse av en som ikke var Oslotilhørig var en yngre mann som ble funnet død som følge av en heroinoverdose utendørs eller i en offentlig bygning.

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Tabell 12. Sosiodemografiske data, heroindød og funnsted etter om personen hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet eller ikke

	Kontakt med tiltaks- apparatet (n= 186)	Ikke kontakt med tiltaksapparatet (n= 46)
Antall kvinner (% av alle)	44 (24%)	7 (15%)
Gjennomsnittlig alder (95% KI)	38 (36; 39)	35 (32; 38)
Antall folkeregisterte i Oslo (% av alle)	138 (74%)	21 (46%)
Antall med heroin som hovedårsak til død (% av alle)	121 (65%)	31 (67%)
Funnsted Antall (%)		
Privat (inkl lavterskelhus- og kom- munal bolig)	131 (70%)	24 (52%)
Utendørs inkl p-hus og ikke-privat toalett	33 (18%)	8 (17%)
Bygning offentlig (inkl hotell)	5 (3%)	10 (22%)
Institusjon (behandling, avrusning, rehabilitering, fengsel, varetekt)	12 (6%)	0
Ukjent	5 (3%)	4 (9%)

### 3. Resultater

Tabell 13. Sosiodemografiske data, heroindød og funnsted etter om personen var folke- registrert i Oslo eller ikke

	Folkeregistrert i Oslo (n= 159)	Ikke folke- registrert i Oslo (n= 73)
Antall kvinner (% av alle)	42 (26%)	9 (12%)
Gjennomsnittlig alder (95% KI)	40 (38; 41)	33 (31; 35)
Antall med heroin som hovedårsak til død (% av alle)	89 (56%)	63 (86%)
Kontakt med ett eller flere tiltak i løpet av året før død	23 (14%)	23 (32%)
Funnsted Antall (%)		
Privat (inkl lavterskelhus- og kom- munal bolig)	125 (79%)	30 (41%)
Utendørs inkl p-hus og ikke-privat toalett	16 (10%)	25 (34%)
Bygning offentlig (inkl hotell)	2 (1%)	13 (18%)
Institusjon (behandling, avrusning, rehabilitering, fengsel, varetekt)	9 (6%)	3 (4%)
Ukjent	7 (4%)	2 (3%)

#### 3.3.4 Når kontakt ikke er nok- en kasuistikk

Det var en overvekt (80%) av de som døde av overdose som var i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av det siste året før de døde. Mange hadde hatt kontakt med flere ulike instanser siste måneden før dødsfallet. De journalene som ble undersøkt viste at det kunne vært arbeidet mye med en pasient over lang tid og likevel døde vedkommende av overdose. En kasushistorie fra innsamlingen av journaldata kan illustrere mangfoldet av instanser som kunne være involvert i arbeidet rundt en pasient uten at dette forhindret overdosedødsfallet:

*«Tre uker før den fatale overdosen ble personen hentet av ambulanse og kjørt til Oslo kommunale legevakt, diagnosen fra ambulanseoppdraget var ikke rusrelatert. Senere samme dag hadde personen hjemmebesøk av lege fra Oslo kommunale legevakt som kontaktet oppsøkende tjenester for vurdering av om pasienten skulle avruses eller ikke. Oppsøkende tjenester kom hjem til*



*personen og vurderte at pasienten var abstinert. Det ble vurdert som at pasienten var avrusningstrengende, men pasienten selv ønsket ikke hjelp til dette på institusjon. I stedet ønsket personen å greie det selv ved hjelp av beroligende. Legen fra Oslo kommunale legevakt hadde skrevet ut en resept på 25 mg sobril. På grunn av pasientens tilstand hentet oppsøkende tjenester ut resepten. Samtidig underskrev pasienten på at oppsøkende tjenester kunne sende en bekymringsmelding til sosialkontoret. Fire dager senere ringte pasienten og trakk tilbake bekymringsmeldingen med begrunnelse i at han/hun var for langt nede til å si nei da samtykke til å sende bekymringsmeldingen ble gitt. Pasienten hadde fått en kopi av bekymringsmeldingen i posten og reagerte på at det var nevnt benzodiazepinbruk i meldingen. Vedkommende var sterkt bekymret for at sosialtjenesten skulle kontakte fastlegen. Deretter var det ingen kontakt før sosialtjenesten tok kontakt med oppsøkende tjenester 14 dager senere. Sosialtjenesten opplyste at de ikke fikk tak i personen og ønsket at oppsøkende tjenester tok et hjemmebesøk. Oppsøkende tjenester ønsket at sosialtjenesten opprettet kontakt før de tok et hjemmebesøk. I forbindelse med gjennomgangen av de ulike tiltakene i denne rapporten viste det seg at personen var under poliklinisk rusbehandling, men hadde ikke møtt til samtale på tre og en halv måned før dødsfallet. Hjemmetjenesten hadde også vært hos pasienten siste gang kun tre uker før dødsfallet. I tillegg var personen inne til samtale på et sykehus fire dager før dødsfallet, der det stod i journalen at pasienten ble oppmuntret til å søke avrusning og innleggelse i rusbehandling, men at personen ikke ønsket hjelp. Personen ble funnet død av overdose utendørs fire dager senere.*

I dette tilfelle var minst åtte instanser, oppsøkende tjenester, ambulansetjenesten, Oslo kommunale legevakt, sosialtjenesten, fastlegen, ruspoliklinikk, hjemmetjenesten og somatisk sykehus inne i oppfølgingen. Likevel døde pasienten av en overdose. Det er flere mulige forhold som kan forklare en person kunne dø av overdose på tross av kontakt med så mange ulike aktører i hjelpeapparatet. Personen takket nei til tilbudet om hjelp flere ganger, og det er mulig at vedkommende selv ikke ønsket hjelp. Det kunne også være mangel på samarbeid mellom aktørene, mangel på koordinasjon av tjenester, profesjonskonflikt, frykt for represalier fra Helsetilsynet om taushetsplikten ble brutt, ønske om å bevare personenes autonomi (retten til å takke nei til tilbud om hjelp/behand-

ling) og mangel på en langsiktig plan. Dette er viktige problemområdene som i denne undersøkelsen blir forsøkt belyst i det neste kapittelet gjennom intervjuer med brukere, pårørende og fagfolk som alle har hatt erfaringer rundt det enten å overleve en overdose selv og/eller kjente personer som døde av overdose.

#### 3.3.5 Oppsummering

- 186 personer hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet i løpet av året før dødsfallet. I gjennomsnitt hadde en person hatt kontakt med 3-4 ulike tiltak.
- Av de 186 personene som hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet hadde 107 personer hatt kontakt med tiltaksapparatet i løpet av de tre siste ukene før dødsfallet.
- Flest av de Oslo-tilhørende (n=98) hadde hatt kontakt med sosialtjenesten, mens ambulansetjenesten var den instansen flest av de tilreisende (n=30) hadde hatt kontakt med.
- Det var en opphopning av dødsfall i løpet av de tre første ukene etter løslatelse fra fengsel, privat- og offentlig rusbehandling. Det var ikke en tilsvarende opphopning av dødsfall etter avsluttet LAR.
- 46 personer var uten kontakt med tiltaksapparatet i løpet av året før de døde. Dette utgjorde i gjennomsnitt 15 personer som døde hvert år i periode 2006 til 2008 uten å ha hatt kontakt med tiltaksapparatet i Oslo. Halvparten av disse var ikke fra Oslo.
- 73, av de 232 personene som døde av overdose, var ikke folkeregistrert i Oslo. Disse var yngre, i stor grad menn som døde av heroinoverdose uten dørs eller i en offentlig bygning.

### **3.4 Brukere, pårørende og fagfolks opplevelser og erfaringer med overdosedødsfall**

Den metodiske tilnærmingen til hvordan beskrivelser av brukere, pårørende og fagfolks opplevelser og erfaringer med overdosedødsfall er fremkommet er gitt i kapittel 2.2. Hensikten med denne delen av undersøkelsen er å belyse innholdet i de subjektive erfaringene med overdosedødsfall.

I kapittel 3.4.1. beskrives ulike typer overdosedødsfall. I 3.4.2. og 3.4.3. presenteres resultatene av innholdsanalysen av alt det innsamlede intervjuet materialet (n=61). I kapittel 3.4.4. gis en kortfattet oppsummering av brukere, pårørende og fagfolks opplevelser og erfaringer med overdosedødsfall.

### 3.4.1. Ulike typer overdosedødsfall

Gjennom de åpne møtene med brukerne kom det frem at de forsto overdosedødsfall som tre ulike typer: *uhell* (nettopp løslatt fra fengsel eller kommet ut fra behandling, ruse seg alene, på gaten eller i egen bolig, eller med stoff fra ukjent leverandør, komme utenbys fra), *utslitt* (fysisk sykdom og redusert immunforsvar, psykisk uhelse, sosial og eksistensiell utmattelse, selvmord), og judasdoser (drap på grunn av rusgjeld).

Pårørende eller fagfolk rundt åtte personer som døde av overdose beskrev også ulike typer overdosedødsfall. De ulike typene hang sammen med om dødsfallet kom uventet på omgivelsene, i hvilken grad personen ble oppfattet å være i pågående krise eller om dødsfallet ble mistenkt å være selvmord. De ulike typene overdosedødsfall beskrevet av pårørende eller fagfolk var:

#### «Vi forsto det som uhell»

Tre av overdosedødsfallene kom svært overraskende. Den typiske situasjonen var at hverdagslivet syntes nokså upåfallende i tiden før dødsfallet inntraff. To av de pårørende kunne erindre at de opp gjennom årene hadde oppfattet avdøde som ganske fryktløs, eller fornemmet at vedkommende hadde psykiske problemer. Dette var i følge pårørende likevel ikke reelle problemstillinger ved dødsfallet. Én hadde gitt uttrykk for at vedkommende følte seg sliten, men uten å angi dette nærmere. To av de tre som døde overraskende hadde egen bolig og var sysselsatt, og var enten i ettervern, eller i en prosess til (ny) rusbehandling. Ingen var i LAR. Én var innlagt i lavterskel rusinstitusjon. To hadde kontakt med sosialtjenesten, den tredje ikke. Ingen hadde kjente fysiske sykdommer. Én hadde vært tvangsinnlagt i psykiatrisk sykehus ca ett år før vedkommende døde, og ble utskrevet fra privat behandling sinstitusjon noen få uker før dødsfallet. Det kunne ikke dokumenteres at vedkommende fikk tilstrekkelig hjelp til sin samsykelighet med psykiske problemer og rusavhengighet der. To døde alene, den tredje var sammen med en kamerat, som overlevde sin overdose.

To i denne kategorien hadde siste døgnet de levde kontaktet hjelpeapparatet for å få hjelp. Én ble avvist ved henvendelse til privat behandling sinstitusjon om natten, den andre hadde bedt ambulanspersonellet dra igjen (men døde av ny overdose senere samme døgn). Pårørende, eller andre i hjelpeapparatet, ble ikke varslet av disse instansene. Den tredje ble av ansatte ved lavterskel rusinstitusjonen vedkommende bodde på oppfattet som høflig, blid og grei, og

uten å være spesielt tungt ruset. Det var dessuten lagt planer for videre behandling. Vedkommende hadde overfor ansatte uttrykt at alt gikk greit.

Disse overdosedødsfallene ble forstått som *uhell*, oftest i forbindelse med en ruskrise som utviklet seg til tross for det upåfallende hverdagslivet. Ruskrisen hang sammen med tilbakefall til rusmisbruk. Bruk av alkohol ble dokumentert hos én. Fagfolk fortalte at alle tre hadde aktive og støttende pårørende. Med utgangspunkt i forvaltningen av ulike taushetspliktsbestemmelser var pårørende og ansatte i andre deler av hjelpeapparatet ulikt informert om forhold av betydning i disse sakene. Pårørende hadde ønsket å bli varslet når ting gikk galt, men ble det ikke.

*«Man blir ikke så overraska, det er veldig trist»*

Tre andre overdosedødsfall skjedde hos personer med omfattende, smertefulle og langvarige helseproblemer, enten fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle eller i kombinasjoner. De sammensatte problemene hadde vart fra tidlig ungdom. Den helsemessige, sosiale eller rusmessige situasjonen var kaotisk. Det siste året hadde vært preget av mange kriser av ulike slag, men ingen livstruende overdoser hadde forekommet. Disse overdosedødsfallene ble forstått som *utslittoverdoser*.

Pårørende eller fagfolk oppfattet personen som døde enten som å ha gitt opp, at de var fortvilet, lei seg og bekymret, preget av og ikke å ha det bra eller med lite å se frem til. Insensitivitet i tjenesteapparatet overfor avdødes behov ble også trukket frem av pårørende. Fagfolk fortalte på sin side at de kunne føle seg maktesløse. Det fremkom ikke at slike følelser ble delt mellom ansatte. Omfattende, langvarige helsemessige og sosiale problemer var et komplisert og tungt tema og fagfolk kunne tilkjenne en oppgitthet i forhold til hva som kunne hjelpe og hva de kunne bidra med.

En av de avdøde var ikke mulig å få med til fastlegen, selv om vedkommende hadde store medisinske behov over lang tid. Vedkommende ble medisinert i LAR eller på legevakta. En annen hadde omfattende frivillig medisinering med psykofarmaka, i etterkant av perioder med tvang. To bodde i en form for institusjon med lav grad av tilsyn, og hadde tidligere også vært bostedsløse. Mulighetene for å gjemme seg bort ved lav grad av tilsyn var stor. Disse to hadde ingen aktive eller støttende pårørende, ingen daglig sysselsetting eller planer om innleggelse til rusbehandling. Begge ruset seg mye, et blandingsmisbruk

med amfetamin som hovedrusmiddel, og begge døde alene. Den tredje døde i institusjon med høy grad av tilsyn, og hadde en aktiv pårørende.

Disse utslittoverdosene kunne, i følge fagfolk, også henge sammen med ubearbeidet sorg over ulike tap, som over tid kunne gjøre personene sårbare for opplevelse av oppgitthet og en tilsynelatende likegyldighet til livet, og dermed også for psykologisk stress og livstruende overdoser. For disse var det mange aktører med ulike oppgaver, forståelsesformer og tiltak inne i bildet. Én hadde en fungerende ansvarsgruppe, de to andre ikke. Tjenestetilbudet ble oppfattet som å ha mange barrierer, hvor mange instanser skulle gjøre sitt og at alle trengte vedtak for å kunne handle. Ulik tenkning om problemene både innad i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten gjorde samarbeidet komplisert, i tillegg til ikke optimal informasjonsflyt. Dette ble beskrevet som en dårlig opplevelse for mottakeren av tjenester, samtidig som at ansatte ikke fikk noe helhetlig syn på den man hjalp. Pårørende fortalte også om mangel på informasjon og informasjonsutveksling med tanke på sammenheng og samarbeid i kritiske overganger i tiltakskjeden. I tillegg til problemer knyttet til barrierer i det faglige arbeidet i form av ulike forståelsesformer og organiseringen, hadde pårørende og fagfolk en opplevelse av at igangsatte og (delvis) gjennomført tiltak sjeldent ble oppsummert og evaluert. Stor utskifting av ansatte i tjenestene eller mange klienter per saksbehandler ble oppfattet som et problem i så måte.

#### «Å komme til veis ende»

Ved to dødsfall hadde begge erfart alvorlige relasjonsbrudd siste ukene, eller samme dagen som de døde. Det ene kom overraskende på pårørende. Avdøde hadde tidligere hatt sammensatte problemer og livstruende overdoser. Ved dødsfallet var det oppstått uavklarte fysiske helseproblemer, men vedkommende var uten rusadferd, bodde i egen bolig og var i jobb. Pårørende mente *selvmord* ikke kunne utelukkes, men var usikker. Sosialtjenesten, fastlegen eller rusinstitusjon hadde ikke fått informasjon fra ambulansetjenesten eller legevakt om vedkommendes tidligere overdoser. Akutte tiltak, eller bruk av tvang, enten etter sosialtjenesteloven eller lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern kunne derfor ikke vurderes av dem som hadde juridisk og formelt ansvar for å handle i slike situasjoner.

Fagfolk mente at for den andre i denne kategorien var håpet om en bedre fremtid mistet. De fornemmet at vedkommende ikke orket mer, siden alle planer tilsynelatende gikk i vasken, spesielt håpet om rusfrihet og velfungerende relasjoner. Vedkommende hadde planlagt sin egen begravelse skriftlig, og tidligere gitt muntlig uttrykk for hvordan denne skulle gjennomføres. Dødsfallet skjedde i en kaotisk psykologisk, rusmessig og sosial situasjon med mange aktører, men uten noen egentlig koordinert innsats de siste 14 dagene. Dette hang blant annet sammen med at vedkommende isolerte seg og også brøt kontakten med sine hjelpere.

I motsetning til personene i de øvrige kategoriene hadde disse to vært innlagt til avgiftning innenfor de siste tre månedene. Eventuelle selvmordstanker, -planer og risiko var i følge deltakerne fagfolk ikke vurdert. Det fremkom at erfaringer med overdoser og selvmordsproblematikk ikke vanligvis inngikk i samtaler mellom klient og ansatte i sosialtjenesten eller i rustiltak.

I kliniske situasjoner kan de ulike typene overdosedødsfall som brukere, pårørende og fagfolk beskrev være vanskelige å skille fra hverandre.

#### 3.4.2. Medvirkende faktorer til overdosedødsfall

I dette kapittelet presenteres resultatene av innholdsanalysen av alt det innsamlede intervjumaterialet. Presentasjonen tar utgangspunkt i det deltakerne trakk fram når det gjaldt medvirkende faktorer til overdosedødsfall.

En av brukerne på Gatehospitalet hadde følgende oppfordring til Bystyret når det gjaldt medvirkende faktorer: *«Hvis man er ute etter å få ned overdosene så nytter det ikke bare å se på overdosen. Man må se på livsvilkårene generelt og sette inn tiltak før det er behov for Legevakta.»*

Pårørende formidlet at de hadde hatt et stort behov for en mer aktiv samhandling fra sosial- og helsetjenestens side i forhold til dem. Pårørende ønsket mest av alt at de kunne ha vært en medvirkende faktor til at dødsfallene ble unngått. Pårørendes erfaringer med å miste et nært og kjært familiemedlem av overdose berørte deres eksistens og påvirket helsen i sterk grad. Metaforen en av de pårørende brukte om sorgen sin: *«Jeg kommer ikke ut av disse skoene jeg står i»* henseilet på dette.

Fagfolk hadde ulike oppfatninger av årsakene til overdosedødsfall, men trakk i likhet med brukere og pårørende fram nødvendigheten av å ha et bredt perspektiv: *«En overdose er ikke en overdose. Den er et resultat av den helhetlige*

*situasjonen til pasienten. Uten å se på sammenhengen den skjer i, så får du ikke hjulpet.»(Sykepleier).*

Brukere, pårørende og fagfolk pekte på at de medvirkende faktorene til overdosedødsfall er mange, sammensatte og komplekse, og hvor forhold i individet, i omgivelsene og ved rusmidlene spilte inn.

### 3.4.3. Individuelle faktorer

#### *Nylige relasjonsbrudd og sorg*

En særlig alvorlig situasjon som ble trukket frem vedrørende risiko for overdosedødsfall var nylige relasjonsbrudd. Ved flere overdosedødsfall ble det beskrevet at vedkommende som døde enten selv hadde initiert det som ble erfart som alvorlige relasjonsbrudd innenfor de siste dagene før dødsfallet; med kjæreste, pårørende og/eller med viktige personer i hjelpeapparatet, eller opplevd at relasjonsbruddene var initiert av andre. Brudd i relasjonene til fagfolk inngikk i dette. Egne livstruende overdoser, eller slektninger/venners overdosedødsfall, var et annet komplisert og tungt tema for brukerne. Dette ble synliggjort gjennom følgende utsagn fra en som kom til møtet på Ila hybelhus, men som snudde i døren før møtet begynte: *«Jeg orker ikke snakke om det, jeg har mista alle mine, og venna mine, på den måten.»*

#### *Mange påfølgende overdoser*

Fire livstruende overdoser på én dag, eller 10 på én uke, inngikk i kategorien «mange» slik brukerne beskrev det. Re-overdoser kunne også være et særlig problem å håndtere for fagfolk: *«Vi reverserte overdosen, pasienten nektet og ville ikke være med (til legevakt). Politiet tar personen med og burer ham inne, og dør fire-fem timer senere. Andre ganger har vi vært tilbake på samme pasient under én time etterpå.» (Ambulansearbeider).*

En av brukerne på 24Sju beskrev behovet for hjelp slik i denne typen situasjoner: *«Hvis du tar så mange overdoser, vil du da ikke være suicidal og kunne legges inn (med tvang)?»*

En bruker på Ila hadde vært på Legevakten etter livstruende overdoser sju av ni ganger. Ambulansen hadde reddet ham hver gang. Han uttrykte glede over å ha blitt reddet, selv om det hadde vært både ubehagelig og demotiverende i forhold til nye rusinntak å bli bedt om å gå derfra midt på natten:

«Jeg ble kastet ut halv tre om natta. Man fryser så jævlig etter en overdose. Jeg burde ha fått kommet til meg selv, men det var bare rett ut. Jeg tenkte bare på en ny dose. Husker ikke om jeg traff en lege.» I situasjoner med mange påfølgende overdoser var det viktig å få tid og muligheter til å hente seg inn i igjen.

#### *Utslitthet*

Overdosedødsfall relatert til opplevelsen av utslitthet handlet både om psykososiale, eksistensielle og fysiske forhold. Vedvarende kompliserte og stressfylte livsforhold kunne føre til utslitthet. Infeksjoner, dårlig ernæring og generelt dårlig allmenntilstand kunne da gi en særlig sårbarhet for overdoser fordi man ble utslitt. En av ambulansemedarbeiderne fortalte om hvordan fysisk utmattelse kunne påvirke den psykiske helsen: «Folk som er slitne er lett å se. Ansiktsuttrykket, hudfargen, slappe øyne. Du ser at de er i en kritisk fase. Er du fysisk sliten blir du psykisk sliten óg.» En bruker trakk fram at ubehandlede fysiske smerter kunne bidra til utmattelse: «I fjor fikk jeg skiveprolaps i ryggen, og fikk ikke nok smertestillende, da ville jeg ta overdose.» (Mann, Ila).

En ansatt i Kriminalomsorgen løftet også fram at årsakene til overdosedødsfall kunne være knyttet til brukernes vanskelige levekår og eksistensielle betingelser, og at dette derfor måtte fokuseres på i forebyggingen av overdosedødsfall. En ansatt i sosialtjenesten trakk fram et annet poeng i forhold til opplevelsen av utmattelse: «Unge folk har prøvd ut hele hjelpeapparatet før de er 25 år. Alt har vært forsøkt. Siste utvei er medikament du skal stå på resten av livet. Kanskje man gir opp, og at det (å gi opp) øker risikoen for overdose?»

Flere brukere pekte på at livstruende overdoseringer hang sammen med generelle livsvilkår. Én fortalte om følgende situasjon: «Jeg holdt på å drikke meg i hjel denne måneden. Fikk mange regninger, bot, husleie og strøm. Det er ikke bare heroin man dør av.» (Mann, 24Sju). Dersom livsvilkårene opplevdes som for vanskelige kunne brukerne erfare en tilsynelatende likegyldighet i forhold til spørsmålet om å leve eller dø. Problemene og løsningene kunne, i følge denne deltakeren, da ofte virke uoverstigelige og utydelige: «Man tar litt større sjanser når man ikke har så mye å miste.» En deltaker på Gatehospitalet sa det slik: «Man blir kynisk etter hvert og ikke så redd for døden. Du ser den hele tiden.»



### *Sårbarhet ved overganger eller pauser fra misbruk*

Eksempler på sårbarhet ved overganger som ble trukket fram fra brukere, pårørende og fagfolk vedrørende uhellsoverdoser var utskrivning fra rusinstitusjon i spesialisthelsetjenesten eller overganger mellom tiltak på samme nivå i kommunen, løslatelse fra fengsel eller utskrivning fra sykehus til lavterskelhus. Fagfolk beskrev dette som «sviktsoner.» Graderte institusjonstyper, slik at man ved behov i sviktsoner kunne få rask hjelp til å hente seg inn igjen i et skjermet og rusfritt lavterskeltiltak, kunne bety at en rusepisode ble avsluttet før den ble for alvorlig. I motsatt fall kunne rusadferden bli mer omfattende: «*Det er ingen som har lyst til å bo på lavterskelhus og bli hekta på heroin. Ingen som har ønske om det.*» (Mann, Gatehospitalet).

I kontakten og kommunikasjonen om individuelle behov i sviktsoner var det i følge brukerne viktig at alle deler av hjelpeapparatet også var opptatt av brukernes egne erfaringer med overdoser, og hva som etter deres erfaringer kunne virke forebyggende: «*Man må undersøke hva som ligger bak.*» (Mann, Ila).

### *Drap*

Judasdoser, altså overdosedødsfall i form drap, kom fram i alle de tre åpne møtene med brukere, samt med én av fagfolkene. Det var et ønske fra brukerne om at politiet må etterforske alle overdosedødsfall nærmere med tanke på å finne ut av om dødsfallet faktisk kunne være drap: «*Det blir bestilt folk fra andre land som kommer inn, gjør mord og drar ut igjen.*» (Mann, Gatehospitalet).

#### 3.4.4. Omgivelsesfaktorer

##### *Injeksjonskultur*

Et forhold som ble trukket fram under møtet på 24Sju var injeksjonskulturen som finnes i Oslo. Dette skapte mange risikosituasjoner for livstruende overdoser. Brukere på Gatehospitalet og 24Sju trakk fram at motgift i neseppray som brukerne kunne læres opp i å håndtere og ha tilgjengelig ville kunne virket forebyggende: «*Det vil kunne redde mange flere.*» Mangel på kunnskap ble også nevnt som en viktig faktor: «*Kursing. Folk mangler kunnskap. De tror de kan, men kan det ikke. Det var man gode på i starten, men det har dabba av.*» (Mann, 24Sju).

For å komme videre i en prosess mot mindre injisering i Oslo trakk noen frem et forhold som sjelden blir nevnt: «*Stikkingen betyr noe. Skal man slutte med heroin, så må man slutte med sprøyter først.*»

Fagfolk trakk fram at utvikling og gjennomføring av en «*helseskole*» i samarbeid med brukerne kunne betydd økt kunnskap og større mestring av de medvirkende faktorene knyttet til overdosedødsfall.

For pårørende hadde det ofte ikke vært kjent om den som døde hadde et injeksjonsbasert misbruk, eller ikke.

#### *Tilgang på hjelp*

Forebygging av overdoser

Ut fra brukernes fortellinger fremkom det at overdosedødsfall oppsto i en helhetlig sammenheng, hvor ulike medvirkende faktorer knyttet til livsvilkårene spilte inn. Det som etter brukernes syn hadde kunnet bidra til å forebygge ytterligere overdoser og overdosedødsfall var blant annet å få treffe en lege i forbindelse med «*den første overdosen.*» Dette kunne både ha markert alvorligheten i situasjonen og bydd på muligheter for dialog om hva som hadde skjedd og hva som kunne gjøres for å unngå nye overdoser i fremtiden.

Brukerne pekte på at det ved Legevakten ikke hadde vært et tverrfaglig team som kunne ha fulgt opp psykososialt etter en slik legekonsultasjon, og ved eventuelle senere innleggelse.

Sosialtjenesten og fastlegen ble lite nevnt av brukerne i tilknytning til forebygging av overdoser. Som aktør i det overdoseforebyggende arbeidet forsto noen av deltakerne på Gatehospitalet fastlegen (kun) som en medisinsk aktør og som en som burde kunnet skrive ut medikamenter, uavhengig av LAR: «*Fastlegen kan skrive ut, men i samarbeid med LAR. I andre europeiske land kan du gå til fastlegen din og si at du har et rusproblem. Det er greit å koble inn LAR, men de har lange ventelister. En legetime får du på en uke.*»

Gode relasjoner til fagfolk i hjelpeapparatet over tid og til pårørende ble også erfart som viktige elementer for å forebygge overdoser: «*Jeg hadde en god ruskonsulent som stilte veldig mye opp for meg. Mora mi backa meg (også) opp. Det var den eneste måten som hjalp.*» (Kvinne, Gatehospitalet).

Pårørende hadde ønsket å delta i det overdoseforebyggende arbeidet, men opplevde seg satt utenfor, hovedsakelig på bakgrunn av forvaltningen av

taushetsplikt. En mor uttrykte dette slik: «Jeg skulle ønsket å ha fått en mulighet til å bli varslet.»

#### Hjelp etter overdose

Etter en livstruende overdose ønsket brukere å bli hjulpet til å komme til et sted hvor man i en kortere periode kan bli fulgt opp medisinsk og psykososialt og medisinerert mot abstinens, få nok tid for å hvile, spise og prate om det som hadde skjedd, blant annet fordi: «En overdose er nesten alltid mer enn et uhell.» (Mann, Ila). Det hadde vært et behov for mange brukere å få undersøkt hva overdosen var knyttet til.

Noen brukere ga uttrykk for at de under visse forutsetninger hadde kunnet godta at for eksempel Legevakten etter en overdose tok kontakt med pårørende, fastlege og/eller sosialtjeneste: «Hvis jeg så det hadde noe for seg og de kan gi den riktige hjelpen.» (Mann, 24Sju). Brukerne ønsket en hjelp som tok utgangspunkt i deres egne vurderinger av hva som var nødvendig og riktig i situasjonen. Et viktig forhold var at ved denne typer kriser kunne det av ulike grunner være vanskelig å formulere egne behov for hjelp.

Mangel på tilbud om hjelp der-og-da, det ville si når nøden opplevdes som størst av den enkelte, hadde vært en medvirkende faktor for nye overdoser og overdosedødsfall: «Man blir så sliten og ser ikke noe lys i tunnelen. Da er det bare å dope seg vekk. Du presser deg til det ytterste. Da trenger man tilbud om en akutt plass, for da hender det at man dør.» (Kvinne, Gatehospitalet).

Motivasjon ble erfart som «en ferskvare» (Mann, 24Sju). En ansatt fra en behandlingsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten formulerte dette slik: «Vi må være klare til å reagere momentant. Vi på behandlingssida må være nøye med å holde kontakt, selv om folk begynner å ruse seg. Det viktigste er å gi en eller annen form for kontakt. Det er mange kontaktformer som er mulige. Vi har brukt sms.» (Miljøterapeut).

Ambulansemedarbeiderne erfarte at tilgangen til tjenester etter en overdose var blitt vanskeligere etter rusreformen: «Selv om det var fullt på M3 kunne vi komme dit. Så ville de ta dem inn i en stol og prate og avtale ting senere. Det var en åpen velvillighet. I dag så finnes det ingen som helst åpen velvillighet.»

I følge en annen ambulansemedarbeider hadde de fleste overdoseoppdragene skjedd i sentrumsområdet. Likevel var det som oftest vanskelig å få bistand til psykososial oppfølging: «Jeg spør ofte: Skal jeg ringe Oppsøkende?»

*Personen svarer: Nei, de kommer ikke, det tar så lang tid. Personene føler avmakt. Før hadde vi en oppsøkende tjeneste som var oppegående og som fungerte. De var gitt mandater og føringer. De ivaretok rusmisbrukeren på en ok måte. Dette fungerer ikke i Oslo by i dag. Mange av mine medansatte har bedt meg om å formidle dette.»*

#### *Hjelp ved overdose som er selvmordsforsøk*

En ambulansemedarbeider fortalte: «Jeg har opplevd folk som ville dø (av overdosen). Om det kom fram er avhengig av om vi prøver å spørre litt, komme under huden, og da hjelper det ikke bare å bruke fem minutter.» Vedkommende mente derfor det kunne være grunn til å vurdere om tjenestetilbudet ved overdoser skulle vært mer likt som for selvmordsforsøk, ut fra et «føre-var» prinsipp: «Pasienter med selvmordsforsøk skal minimum til Legevakt og følges opp med psykiatrisk vakttjeneste. Det er det som avviker fullstendig fra overdosene.» En fastlege trakk likeledes fram at: «Overdoser skjuler veldig mye rart som vi ikke har oversikt over. En psykiatrisk sykehistorie gjør dem sårbare.» (Fastlege).

En primærkontakt i lavterskelinstitusjon belyste brukernes nærhet og forhold til den fysiske døden slik: «De har gått over alle terskler og forholder seg annerledes til liv og død. Når du har vært i behandling mange ganger uten å fullføre, så kan du føle at nå orker jeg ikke mer. Man er kommet til veis ende, mistet håpet og er ved et veiskille. Ingen ting fungerer. Hva er det neste? Klienten min som døde ropte på hjelp, men aldri uttalt. Overdosen var ikke en feildosering.»

#### *Hjelp ved mange påfølgende overdoser*

Brukernes erfaringer med å kommunisere med omgivelsene om mange påfølgende overdoser var ulike. Som regel spurte ikke sosialtjenesten om brukernes erfaringer med overdoser, eller de kunne selv undersøke antallet av ulike grunner. Meningene var delte om for eksempel tvang ville ha vært virksomt: «Alle frykter tvang. Jeg underslår hvor mange (overdoser) jeg har hatt for å unngå tvang.» (Mann, Ila). Vedkommende var også kritisk til det han oppfattet som demotiverende «tempoavrusning» hvor flest mulig skulle gjennom. Hans erfaring var at dette var «ydmykende, og uten lov, man lar folk som er beruset underskrive (samtykke-) erklæring. Er ikke noe samtykke det.»

Ingen brukere fortalte at de noen gang hadde blitt avgiftet eller behandlet med tvang. En kvinne på Gatehospitalet fortalte at det hadde fungert godt for

henne å bli innlagt på frivillig tvang: «Da kan de holde deg igjen i tre uker. Jeg vil legge meg inn på (frivillig) tvang en gang til, for å få det til.»

I en situasjon hvor en av de andre deltakerne på Gatehospitalet hadde erfart tre overdoser hos kjæresten på tre dager mente han at tvang burde vært gjennomført umiddelbart. Han fortalte at det hadde vært veldig vanskelig både for ham og fagfolk å kommunisere med spesialisthelsetjenesten om behovet for hjelp. Hans oppfatning var at sykehuset ikke vurderte situasjonen som alvorlig nok, og det hadde tatt to dager å få kjæresten innlagt.

### *Faglige utfordringer*

En av legevakslegene formidlet at krisesituasjoner som overdoser kunne bli brukt positivt, under visse forutsetninger: «Det er gylne øyeblikk. Da har det skjedd et eller annet mer dramatisk enn vanlig, når en har forgiftet seg på en slik måte. Det er et kriseøyeblikk. Det er så faglig utfordrende, og i noen henseender så fullt av skuffelser. Før hadde vi Storgata og M3. De forsvant med rusreformen. Da ble det mye, mye vanskeligere å få pasienter inn der. Og siden så har det ikke vært noen ting, før nå (etableringen av rusakuttmottaket).»

Fra sosialtjenesten ble det fremhevet at tjenestene til personer med rusavhengighet kunne ha vært bedre om ambulansetjenesten, legevakta, sosialtjenesten og fastlegene hadde tenkt annerledes om denne gruppa, og hadde handlet mer i tråd med hvordan psykiske lidelser og psykiske kriser håndteres: «For vedkommende som døde av overdose var det ikke utarbeidet noen kriseplan. Jeg tror vedkommende var definert inn i kategorien «rusavhengig, det er vedkommendes problem». I psykisk helsevern definerer du det helt annerledes, der tematiseres kriser mye mer enn i rusomsorgen. Når personer med psykiske lidelser trekker seg unna hjelpeapparatet så blir de lagt inn. Når du er definert som rusmisbruker så blir du ikke det, fordi du lever så ustadig hele tiden. Det er så mange røde lamper at man klarer ikke se når det er farlig. Det er fare på ferde hele tiden. « (Sosialkonsulent).

### *Det akuttmedisinske tilbudet*

Legevakslegene ga uttrykk for en viktig erkjennelse av noen faglige utfordringer knyttet til det akuttmedisinske tilbudet ved overdoser: «50% av de med akutte forgiftninger på Legevakta er alkoholforgiftning, 20% opiater. Vi sitter jo ikke med detaljkunnskaper om overdosedødsfallene. Vi har en overdødelighet som er nijs.

*Å gå gjennom tallene har økt min erkjennelse av at dette er et svært problem. Vi kan ikke ha på oss at vi driver med dette egentlig, å sende folk ut hele veien. Vi må jo ha sett de som dør av overdoser gjentatte ganger? En opplever avmakt.»*

Behovet for tilgang til ny og oppdatert kunnskap, både om personer i risiko, og om overdoser mer generelt, syntes ikke å ha blitt imøtekommet på noen strukturert måte. Arbeidet med å forebygge, behandle og lindre i slike situasjoner var derfor opplevd som en vanskelig og utfordrende prosess faglig og etisk. Dette hadde over tid kunnet slite ut fagfolk.

Erfaringene med overdoser og overdosedødsfall var mangfoldige og hadde bydd på vesentlige faglige, personlige og etiske utfordringer. Disse var knyttet til ulike typer av faglige barrierer i arbeidet med å forebygge overdosedødsfall. Det handlet om isolerte praksiser, blant annet at det akuttmedisinske tilbudet ikke inngikk i en planlagt og koordinert sammenheng vedrørende forebygging, behandling og lindring. Dette gjorde at det overdoseforebyggende arbeidet i Oslo for mange fagfolk framsto som fragmentert og som personavhengig.

Mangelen på eksplisitte og uttrykte kvalitetsindikatorer hadde hatt betydning for ansvarsfordeling, forståelse av oppgavene og for hva som ble opplevd som god behandling og oppfølging. Ambulansemedarbeiderne, som ansatte i spesialisthelsetjenesten og legens medhjelpere, fortalte ikke om de hadde fått opplæring i, eller gjennomførte, risikovurdering av selvmordsfare som ledd i den akuttmedisinske behandlingen ved livstruende overdoser. En av deltakerne fra spesialisthelsetjenesten foreslo følgende: *«Ambulansetjenesten møter mange overdoser. Tenk om de rapporterte dette som selvmordsforsøk? Hvis man kaller det noe annet, så ville man kanskje tenkt og handlet annerledes. En heroinavhengig med sju selvmordsforsøk er noe annet enn en heroinavhengig som har sju overdoser.»* Det ble påpekt at dette ville resultere i en overrapportering av selvmordsforsøk, samtidig som andre hevdet at det trolig har vært underrapportert på overdosedødsfall som var selvmord.

Ved innleggelse i somatiske avdelinger ble ikke pasienter med rusproblemer rutinemessig snakket med om sine problemer: *«Sykepleierne i mottakelsen, de snakker ikke om rus- og avhengighetsproblematikk med pasientene. Selv ikke om de kommer inn med inntoks (forgiftning)»* (Ansatt i rusinstitusjon). Fra en deltaker på Gatehospitalet ble slike eksempler knyttet til synet på personer med rusavhengighet: *«Det er så mye fortvilelse etter en overdose. Synet på oss*

*som behandlingsgruppe har jo gått riktig vei, men det er mye forandringer som må til, i forhold til synet på oss.»*

En deltaker på Ila hadde vært på Legevakten etter livstruende overdoser sju av ni ganger. Ambulansen hadde reddet ham hver gang. Opplevelsen han hadde av disse episodene var at ingen hadde kjent ham igjen. Det hadde vært forskjellige ambulansfolk og ansatte på Legevakten hver gang. En legevaktslege bekreftet brukernes opplevelse av at det akuttmedisinske tilbudet ved overdoser burde vært bedre: *«Opiatoverdoser blir ikke håndtert her på en måte som vi er stolte av. ¾ av dem med opiatoverdoser kommer ikke hit, de blir igjen på gata. Det vi ønsker mest av alt er en enighet med Rusakuttmottaket om at har du havnet her etter en opiatforgiftning så betyr det at jeg kan si til pasienten når vedkommende våkner at jeg kan tilby deg en plass (der). Jeg forstår jo godt at pasientene ikke vil bli med, hva skal de her? Vi har ikke annet å tilby enn å passe på dem i noen timer, vi har ikke noe annet enn det. Men kanskje noen flere skulle vært passet på? Vi er gode til å sortere ut sykdom. De som ønsker det må få tilbud om avrusning og substitusjon, enten oppstart eller re-start. Den jobben kan ikke gjøres uten senger. At de ikke vil komme sånn som det er nå, det skjønner jeg.»*

En av ambulansemedarbeiderne var opptatt av at uansett nivå, funksjon eller oppgaver, så måtte tillit være det grunnleggende utgangspunktet for en vellykket kontakt, forebygging og forståelse av behovet for akuttmedisinsk hjelp ved overdoser: *«Det har vært hevdet hele tiden at misbrukerne ikke vil være med (til Legevakten), og at de vil ut igjen. Det er feil. Men de må ha noen de føler en tillit til. De som jobbet i overdoseteamet, og de som jobber på sosial vakt-tjeneste, de greier å snu et nei til et ja. Den type personell er sånne som må være i en ruslegevakt, som kan sette seg ned og snakke med deg om veien videre.»* Prosjekt Oppsøkende Helse Team (overdoseteamet) ble opprettet i 1992 og slått sammen med Oppsøkende tjeneste i 1997. Hovedoppgaven til dette teamet var å forebygge overdoser og overdosedødsfall.

#### *Ulik forståelse av problemer og løsninger*

Ulik forståelse av problemer og løsninger hadde betydd at pårørendes egne vurderinger av behovet for skjerming og observasjon ikke nødvendigvis var blitt tillagt vekt av fagfolk: *«I fjor døde en som hadde vært rusfri i tre år. Han ble hentet og kjørt på Legevakten. Samboeren ba om observasjon, men de mente det ikke var nødvendig. Han døde hjemme i løpet av natten.»* (Mann, 24Sju).



### 3. Resultater

Saksbehandlerne i sosialtjenesten sine evner, vilje og muligheter til å etterspørre brukeres egen forståelse, kunnskap og erfaringer med overdoser, eventuelle selvmordstanker og andre vanskelige livshendelser ble beskrevet som for dårlig: *«Sosialtjenesten er veldig teknisk. Forholder seg til ting som mat, bolig, aktivitet. Det er veldig lite av det åndelige, enda vi kanskje er den røde tråden i manges liv. Vi må samhandle med dem på en annen måte. Hva betyr overdoser, rusmisbruk og prostitusjon for den enkelte? Det tror jeg sosialtjenesten er dårlig på, generelt sett. De fleste sosialsentra i Oslo har også ekstremt mange brukere per saksbehandler.»* (Sosialkonsulent).

Flere andre fagfolk pekte også på problemene knyttet til ulik forståelse av problemer og løsninger i det tverrfaglige arbeidet: *«Feltet er veldig fragmentert. Vi er kjempeuene om løsninger, midt i krysningsfeltet mellom medisin og sosialfag. Vi kriger oss imellom hele tiden, fordi sykdomsmodellen var et paradigmeskifte hvor man kasta babyen ut med badevannet og glemte alt det sosialfaglige»* og *«Mange ansvarsgrupper er reine kriger, en krig hvor klientene går tapende ut.»* (Sosialkonsulenter).

Et eksempel på ulik ideologi, mål og praksis for arbeidet var uenighet om betydningen av samtidig misbruk av beroligende medisin mens personen var i metadonbehandling: *«Da kan det jo bli en litt sånn biologisk kollisjon, i forhold til andre folks tilnærming til problemene. Vi må ha en felles forståelse om at dette ønsker vi ikke, og at man støtter hverandre på det. En jeg hadde som var i et rehabiliteringsopplegg kuttet ut skolen og urinprøvene. Det tok lang tid før jeg fikk vite om det, og at skolen og NAV syntes det var greit at han tok en pause»* (Fastlege).

Sosialtjenesten kunne oppleve dette på en annen måte, noe som også aktualiserte ulik forståelse om hva som var god behandling: *«Jeg har en klient som blir nektet metadon fordi han, som legen sa, var et overdosekasus. Dermed får han ikke metadon, fordi han da kan dø med metadon i blodet og da kan det spores tilbake. Han fikk tilbud om Subutex, men mente han ikke tålte det. Legens intensjon var: enten tar du Subutex, eller så får du ingenting. Fagfolk kan være redd for sitt eget ry, som ikke gir den rette behandlingen på grunn av regelverket. Om du finner noen som dør med metadon i blodet, så synes ikke jeg det skal brukes som argument for å nekte andre folk den behandlingen.»* (Ruskonsulent).



### *Sprøyterommet*

Sprøyterommet ble ikke nevnt i forbindelse med overdoser av brukerne. Derimot trakk en av kvinnene på Gatehospitalet fram at tilbudet hadde hjulpet henne mye i forhold til den fysiske helsen: *«Jeg har fått mindre abscesser, for jeg slipper å sette skuddet ute og dele lokk med andre.»*

### *Boligsituasjonen*

Å bo ute hadde i følge mange av deltakerne medført en form for sosial isolasjon som kunne være risikofylt med hensyn til overdosedødsfall. Mulighetene for å gjemme seg bort var stor. Graden av opplevd sosial isolasjon ble også trukket frem som en risikofaktor for livstruende overdoser; jo mer isolert, jo større sjanse for overdoser ved uhell eller overlegg: *«Jeg har vært misbruker i 45 år, og hatt fire overdoser. En natt ble jeg vekket tilfeldig (på gata), fordi Overdoseteamet kjørte forbi.» (Mann, 24Sju).*

Andre mente at egen bolig kunne ha økt faren for overdosedødsfall gjennom de samme mekanismene, at man ble ytterligere isolert og gjemte seg bort. Samtidig ble egen bolig også erfart som et sted hvor man kunne hvile og hente seg inn igjen når man var utslitt: *«Du får ikke sluppet ordentlig av på lavterskelhus. Plutselig så skjer det noe på naborommet. Jeg har alltid hatt mitt eget sted å bo, og aldri tatt overdose der.» (Kvinne, Gatehospitalet).*

En skjermet boligsituasjon, for eksempel på Ila hybelhus, hadde betydning mye for flere i håndteringen av overdosefaren, fordi den sosiale isolasjonen ble mindre der: *«Her slepper du å gjemme deg bort, du blir sett.»* Samtidig kunne store lavterskelinstitusjoner oppleves som en kompliserende faktor med hensyn til sosial isolasjon i hverdagslivet, særlig i forsøkene på å kontrollere rusinntaket: *«Det bor så masse forskjellig der. Og da følger det mye rus med også. Jeg er ikke så sterk at jeg takler å bo på lavterskelhus uten å ruse meg.» (Kvinne, Gatehospitalet).*

En mann på Gatehospitalet trakk fram at man ruset seg alene og bortgjemt fordi det er ulovlig virksomhet: *«Det er ulovlig, så vi gjemmer oss bort, på en dass, i en hekk, trappeoppgang eller kjellerbod.»* Samtidig var det ikke alltid at samvær med andre virket beskyttende. Den enkeltes holdninger kunne også spille inn: *«Jeg kjenner tre som døde av overdoser (hjemme). De hadde folk rundt seg, de har hatt kunnskap. De døde fordi de ikke brydde seg eller ikke trodde at det var så alvorlig.» (Kvinne, 24Sju).*

Fagfolk mente også at boligsituasjonen kunne ha hatt betydning for risiko for overdosedødsfall. For noen hadde boligsituasjonen bidratt til ytterligere psykososiale problemer i form av sosial isolasjon. Egen bolig opplevdes ikke alltid som et hjem for brukerne. Det var spesielt menn over 40 år med lang fartstid i Rusmiddeletatens tiltak som fagfolk vurderte som særlig utsatt for å være hjemløs i egen bolig: «Vi hører fra mange fra 40+ som savner personalet på Dalsbergstien og Marcus Thranes hus, de savner noen å gå ned og ta en kaffe med. Det er mye depresjon hos mange av dem som bor alene. De har ingen lenger nå.» (NAV). Når brukere etableres i egne boliger ble de mindre synlige for hjelpeapparatet: «De som er synbare vet vi mye om. De som ikke er synbare, hva gjør man i forhold til disse?» (Kriminalomsorgen).

En pårørende fortalte at vedkommende hadde vært usikker på russituasjonen når sønnen bodde alene i egen bolig: «Jeg gikk og var bekymret og livredd for at det skulle skje noe. Det må på et tidspunkt gå galt, å bli sittende alene hjemme i en leilighet. Skulle ha ønsket han hadde hatt en coach, som var der for ham. Han ville ikke avsløre for meg at det hadde gått galt.»

#### *Pårørendes rolle*

Pårørendes uklare rolle hadde gjort flere av dem svært utrygge. Pårørende hadde erfart utrygghet gjennom mangel både på å være informert og delaktig, og fortalte at dette særlig hadde vært knyttet til to forhold; forvaltningen av taushetsplikt og manglende samhandling. Mulighetene for å være en aktør ble derfor påvirket både av juridiske og strukturelle forhold, i tillegg til at informasjon som ble gitt i stressfylte situasjoner måtte gjentas for å bli oppfattet. I tillegg kunne negative holdninger hos sosial- og helsepersonell spille inn.

Pårørende ønsket at de hadde blitt tatt mer på alvor av fagfolk. Å bli tatt på alvor var at deres (og brukernes) erfaringskunnskap ble erkjent og anerkjent. Å delta i, og ta medansvar for barnas liv, sluttet ikke moralsk eller følelsesmessig for pårørende da barna fylte 18 år.

Med utgangspunkt i forvaltningen av ulike taushetspliktsbestemmelser kunne pårørendes uklare rolle indirekte vært en medvirkende faktor for overdosedødsfall. Dette var knyttet til pårørendes manglende muligheter til å ha inngått i et forebyggende samarbeid med brukere og fagfolk. Pårørende ønsket de kunne fått en mulighet til å ha blitt varslet ved kriser, og mente at med sin

erfaringskunnskap kunne ha vært en viktig ressurs i arbeidet med å forebygge overdosedødsfall ved noen av de situasjonene det ble fortalt om.

Under intervjuet med legevaktslegene fremkom det at fagfolk hadde stått i noen faglige dilemma knyttet til informasjon til pårørende og deres delaktighet i oppfølgingen av barn med rusproblemer: *«For dem under 18 år har vi med støtte fra jurister definert helselovgivningen sånn at foreldrene skal informeres med mindre det er tungtveiende grunner for det motsatte. Dem mellom 18 og 23 er mye større tallmessig, og en stor risikogruppe, og har fått spesielle rettigheter. Nå har vi en ruskonsulent hver dag på dagtid. Vi sørger for å notere et fungerende telefonnummer til alle som kan tenke seg å bli fulgt opp. Mange motsetter seg at vi sender opplysninger til fastlegen, men hvis vi klarer det, så gjør vi (også) noe i den enden.»* (Legevaktslege).

Fastlegen hadde fremstått for flere pårørende både som et medmenneske og som en instans de erfarte bisto dem i behovet for å være informert og delaktig. Den flerårige relasjonen til fastlegen hadde i krisesituasjoner både utgjort et medmenneskelig og faglig fundament for å prøve å håndtere det som opplevdes som uhåndterlig. Det fremkom i noen av intervjuene at fastlegen hadde vært samtalepartner for pårørendes bekymringer for barna over lang tid. Sosialtjenesten ble ikke nevnt i en slik sammenheng.

Fagfolks muligheter til å gi informasjon til pårørende og til ulike samarbeidspartnere hadde også vært uklart for dem: *«Pasienten hadde vært innlagt i institusjon og ble skrevet ut til egen leilighet med oppfølging fra rusomsorgen i bydelen. Pårørende ble ikke varslet. Det gikk ikke lang tid før de fant ham død hjemme. Han hadde pårørende som brydde seg. Hvis det er et taushetspliktsproblem, så er det ille. Man må ikke gjøre taushetsplikten, som i seg selv er et gode, til en fiende.»* (Fastlege).

Fastlegen påpekte dessuten at kontinuiteten mellom ulike tiltak måtte være *reell*, det vil si at innholdet i oppfølgingen etter det tiltaket personen var i måtte være på plass *før* utskrivelsen/overføringen, og at innholdet i pågående og videre oppfølging burde vært gjort kjent for alle i ansvarsgruppen (der slik var etablert).

Brukerne hadde ulike syn på pårørendes rolle. En av dem som døde hadde trukket sitt samtykke til informasjonsutveksling med pårørende tilbake.

## Sosial støtte

Pårørende hadde erfart stigma til misbruk av illegal rus og til personer med rusavhengighet som en av årsakene til opplevelsen av lav sosial støtte i forbindelse med både rusproblemene og overdosedødsfallet.

En instans noen pårørende hadde erfart som støttende var politiet. Politiet hadde fremstått som en aktør for å hjelpe i kriser: *«Når barnevernsvakta har nektet å komme, så har politiet kommet. Av de 21 gangene jeg har ringt barnevernsvakta, så kom de den siste gangen. Politiet kom de andre 20 gangene.»* På den annen side hadde ikke politiet noe å tilby en annen pårørende da de hadde hentet den avdøde: *«De kom og bar ham ut. Det kan være de sa at vi kunne komme innom politistasjonen etterpå, vi skulle jo tross alt kjøre bil hjem.»*

#### Behov for sorghjelp

I krisebearbeidelsen og nyorienteringen etter overdosedødsfallet hadde sorghjelp vært vanskelig å finne fram til for pårørende. En ga uttrykk for at vedkommende ikke ønsket sorghjelp i gruppe, men hadde hatt stor nytte av samtaler med fastlegen. I møtet med hverdagen etter overdosedødsfallet fremsto mangelen sosial støtte, sorghjelp og mangel på sensitivitet fra omgivelsene overfor deres psykologiske behov som særlig alvorlig.

#### Informasjon

Fagfolk mente mangel på informasjon mellom aktører i tiltakskjeden hadde medført fragmenterte tiltak som ikke støttet tilstrekkelig opp under hverandre: *«Overdosedødsfall er dødsfall som er unødvendige. Informasjonsflyten mellom de som er rundt pasienten kan helt opplagt vært bedre. Jeg sitter ikke med noen helhetlig kunnskap»* (Fastlege). Å kunne hatt mer helhetlig kunnskap om personene med tanke på forebygging av overdosedødsfall kunne derfor forstås som å arbeide med problemstillingene mer relatert både til informasjon om forhold i personene, i omgivelsene og i rusmidlene.

Mangel på informasjon mellom ambulansetjenesten, legevakt, sosialtjeneste og fastlege hadde vært særlig bekymringsfullt med tanke på muligheter for å forebygge overdosedødsfall. I første rekke fordi både fastlegen og sosialtjenesten hadde ansvar og muligheter for å søke om behandlingsplass, og eventuelt vurdere tvangsmessige tiltak etter lov om psykisk helsevern eller lov om sosiale tjenester, men ikke uten at de får nødvendig informasjon: *«Jeg kan aldri huske at jeg har fått noen tilbakemelding fra ambulansetjenesten. De er jo en del*

av Oslo universitetssykehus og skriver journalnotat. De vet vel ikke alltid hvem som er fastlege, men Legevakten vet det jo. Det er selvfølgelig noen tastetrykk, men fastlegen skal få epikrise med mindre pasienten motsetter seg det» (Fastlege).

En av ambulansemedarbeiderne bekreftet at det ikke var, eller hadde vært, noe system for å samordne og dele informasjon med andre helsefaglige etater, som for eksempel fastlegene, og at dette i så fall måtte forankres i overordnede mål og skriftlige retningslinjer for å bli effektivt: «Ambulansetjenesten er vel ikke den store omsorgsbiten for rusmisbrukerne. Vi ivaretar de livsviktige funksjonene og har nok ikke tid til å sitte et kvarter med hver overdose. Det ville legge en stor belastning på en allerede hardt presset ambulansetjeneste. Den informasjonen vi får (fra personen) vil i så fall ikke samordnes til noe annet. Det er intet system for det.» (Ambulansemedarbeider).

#### Taushetsplikten

Å være en pårørende «som ikke visste noen ting» betydde at fagfolk, med henvisning til taushetsplikten, hadde påført dem ytterligere opplevd utrygghet i deres allerede belastende livssituasjon i form av uvisshet og frykt. Det sterke behovet for å være informert og delaktig måtte ses i lys av pårørendes helhetlige livssituasjon. De erfarte samtidige høye krav også på andre livsområder. Dels skulle øvrige relasjoner i familien fungere og dels skulle relasjoner og oppgaver i arbeidslivet fungere og løses. En pårørende uttrykte dette som «å gå på tå hev hele tiden.»

Taushetsplikten, mangel på samtykkeerklæring eller forståelse for alvorlet i situasjonen kunne frata pårørende mulighetene for å ivareta ønsket om å være tilgjengelig i krisesituasjoner: «Sønnen min hadde vært på byen og tatt to halvlitre. Patologen sa at det var ikke mer enn det. Han hadde ikke hatt alkohol hjemme, for det var ikke noen tomflasker der. Han hadde vært ute på byen med noen, som sikkert hadde vært med ham hjem. Og så stopper hele historien. Men han ringer behandlingsinstitusjonen om natten og sier at «nå går det galt, jeg må ha hjelp.» De avviser ham med å si han får ringe igjen dagen etter. Hvorfor kunne de ikke ringt meg med én gang og sagt de hadde fått en telefon fra ham? Jeg var nærmere. Ingen gjorde det. De hadde lovet meg at han skulle få komme tilbake, at de skal ta ham imot. Og så gjør de ikke annet enn å slå hånden av ham. Han døde den natten. Det var tilfeldig jeg fikk vite at han hadde ringt.» Å ringe igjen dagen etter ble for sent i denne akutte krisen. Alvorligheten i

tilbakefall til rus ble etter pårørendes mening i dette tilfellet undervurdert av behandlingsinstitusjonen.

Hvorvidt fagfolk utenfor sosialtjenesten kunne eller skulle gi informasjon til sosialtjenesten og som sosialtjenesten trengte for at etaten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver var det usikkerhet om. Samtidig fortalte fagfolk om at personer med livstruende overdoser ikke alltid ville opplyse navn og fødselsnummer til ambulansen. I følge en ambulansemedarbeider måtte et eventuelt meldesystem mellom ambulanse/legevakt og fastlege/sosialtjenesten være juridisk avklart, ensartet og likt, og beskrevet i en gitt prosedyre, uten muligheter for individuelt skjønn: *«Så lenge dette skal vurderes opp mot taushetsplikt kommer dette uansett til å bli vanskelig, en prosedyre setter grensene. Jeg vil si det slik: lempet du litt på taushetsplikten så kanskje var det noen som ville bli reddet.»*

Utfordringene med oppfattelsen og utøvelsen av taushetsplikt, samt med å utveksle informasjon mellom samarbeidende etater ble belyst av sosialtjenesten slik: *«Når jeg søker en person inn til AAN (avdeling avrusning narkotika) for avrusning, og de etterpå nekter å sende epikrise til meg på grunn av taushetsplikten, da er det snakk om misforstått taushetsplikt.»* (Ruskonsulent). Utfordringene dreide seg også om uklarheter om å kunne utveksle helserelevant informasjon innad i for eksempel Rusmiddeletaten og innad i sosialtjenesten.

Pårørende hadde savnet et fullmaktsskjema som fulgte personen, og som hadde åpnet for at pårørende kunne informeres når tilstanden ble alvorlig.

#### *Organisering*

Manglende organisering og samhandling, for eksempel over bydelsgrensene, hadde også kunnet medføre problemer for pårørende med å være informert og delaktig. En pårørende fortalte om følgende situasjon: *«Sønnen min var såpass psykotisk og rusmessig ute at han ikke hadde vært i stand til å ta seg sammen selv ved en medisinsk vurdering. Jeg hadde vært ute og lett etter ham, jeg prøvde å fange ham opp og holde orden på ham. Han var kastet ut av boligen sin. Jeg dro til fastlegen, som tok kontakt med bydelsoverlegen. Men sosialkontoret hadde sendt mappa hans til den bydelen han hadde bodd i, selv om sønnen min hadde bedt dem ikke å gjøre det. Mappa hans var ikke i bydelen og da kunne heller ikke bydelsoverlegen gjøre noe. Bydelen han hadde bodd i hadde sendt den i retur, og det gikk sikkert en uke eller to før den var tilbake. Det er den eneste gangen hvor vi virkelig var i nærheten av å få lagt ham inn der-og-da (på tvang).»*

Å ha en ansvarsgruppe hadde nødvendigvis ikke betydd at ansvaret i krisesituasjoner var organisert. Det ble fortalt om en kritisk situasjon hvor flere i ansvarsgruppen prøvde å gripe inn, men tilsynelatende ikke i noen samordnet form: «*Vedkommende ble observert i sentrum. Liggende rundt på plener og veldig fortvila. LAR prøvde å ta kontakt. De siste 14 dagene var veldig rotete (Primærkontakt).*»

Fra en fastlege og noen fra sosialtjenesten fremkom det at det hadde vært en styrke for kontinuiteten i arbeidet med personer i denne målgruppen om vedkommende hadde hatt sin fastlege i samme bydel som sin sosialtjeneste/ruskonsulent, fordi kunnskapen om, og samarbeidet med, personene kunne vært styrket: «*Det er et sånt Oslofenomen, folk bytter bydel ofte. Da er det mye godt arbeid som går tapt*» (MAR), og «*De du er vant til å samarbeide med samarbeider du lettere med. Det går an å få tak i rette vedkommende, det er ofte krevende når man har 15 bydeler å forholde seg til*» (Fastlege) og «*Det handler om kunnskap hos behandlingsapparatet. De bytter fastleger, og det er stor turnover i bydelene. Det er et enormt bytte av folk hele tiden.*» (NAV).

Noen fortalte om gode erfaringer med at hjemmetjenestene hadde vært koordinator for individuell plan, fordi ansatte i hjemmetjenesten hadde kunnet se endringer i tilstanden til personen på en bedre måte, og derfor kunne iverksette nødvendige tiltak raskere.

Flere fagfolk etterlyste en større faglig nysgjerrighet på organiseringen og videreutviklingen av det akuttmedisinske tilbudet ved overdoser. Med tanke på innholdet i, og organiseringen av, den akuttmedisinske behandlingen og behovet for psykososial omsorg etter overdoser framkom følgende: «*Folk som overdoserer er i en ruskrise. Man må gripe fatt i den situasjonen som overdosen konkret er knytta til. Kommunikasjonen med pasienten rundt hva som har skjedd er viktig, det kan åpne for en behandlingsrelasjon og dermed forebygge nye overdoser. Dialogen som skjer på oppvåkingsstedet har forbedringspotensial. Jeg ville undersøkt risikoen ved å bruke naloxon i mindre grad og transportert personen somnolent (sovende) til et medisinsk mottak. Et tilrettelagt mottak ved overdoser må møte de medikamentelle behovene for å unngå abstinens og lindre fysiske og psykiske smerter og ha kompetanse og muligheter for å garantere folk en kontinuitet i behandlinga. Krenkelser må unngås.*» (Sykepleier). En av ambulansemedarbeiderne mente av ulike grunner at en slik transport ikke var gjennomførbar.



Problemer knyttet til stadig utskifting av ansatte hadde vanskeliggjort viktig kontinuitet mellom fagfolk i ulike tjenester. Mangelen på overordnede mål og skriftlige, faglige retningslinjer ble også trukket fram. En fastlege sammenliknet overdosedødsfall med selvmordsdødsfall: *«Vi opplever langt sjeldnere selvmord blant mine pasienter enn overdosedødsfall. Dette (overdosedødsfall) er dødsfall som kanskje kunne vært forhindret.»* Basert på statistiske data over disse typene av dødsfall hevdet vedkommende at hver fastlege i Oslo erfarte ett overdosedødsfall blant pasientene sine hvert 5. år. I vedkommendes praksis var dette i så fall et høyere antall enn selvmordsdødsfall. Organiseringen av hjelp var også ulik: *«Hvis noen gjør et selvmordsforsøk så havner man i somatisk avdeling, og man får en psykiatrisk vurdering og det går en tilbakemelding til fastlegen. Om man var flinkere fra ambulansetjenesten og legevakten til å melde fra til fastlegen, sånn at vi vet mer om våre brukere, om hva som har skjedd, og at brukere vet at vi vet, så tror jeg faktisk det kan være nyttig.»*

Samarbeidet med sosialtjenesten ble av alle fagfolk oppfattet som sentralt for å ha kunnet arbeide med bedringsprosesser og forebyggig av overdosedødsfall. Dette gjaldt også for brukere som hadde kommet utenbys fra: *«Etter overdosen må det være et opplegg på Legevakta, med en seng med skolert personale. Så må man koble på sosialtjenesten derfra for å få til et mer langsiktig oppfølgingsarbeid. Vi hadde en gutt som hadde bodd på gata i Oslo i to år. Han var fra en nabokommune. Vi spurte om han kunne tenke seg at vi ble med til det sosialkontoret han hørte til etter fødselsdatoen. Da bare rant tårene: Kan dere det? Så gikk han fra t-skjorte og sovepose til tak over hodet. Derfor er det så viktig at vi sender bekymringsmelding til sosialetaten.»*(NAV og sykepleier).

#### 3.4.5. Rusmidlene

##### *Alkohol og billig heroin*

Noen overdosedødsfall hadde på ulik måte vært knyttet til bruk av alkohol, samtidig inntak av andre rusmidler og heroin: *«Jeg stakk av fra en institusjon, havnet på fylla og tok heroin.»* Et annet forhold som ble trukket frem var at heroin i Oslo ble rapportert å være billigere enn andre steder i landet. Det kunne ha ført til at brukere brukte mer og oftere enn man ellers ville gjort. Faktorer av betydning for overdosedødsfall hadde vært i hvilken grad man hadde kunnskap om leverandøren, stoffene og om egen sårbarhet i forhold til hva man tålte eller ikke.



### *Å ikke kjenne heroinens renhet*

Av betydning for risiko for overdosedødsfall ble håndteringen av narkotiske stoffer trukket frem. Dette hang sammen med at heroin hadde kommet i ulike styrker og renhet, og at kunnskapen om disse forholdene ofte hadde vært ukjente for brukerne. På Ila kunne dette bli håndtert på følgende måte: «*Blant oss er det ikke overdoser fordi vi kjøper og bruker fra samme parti. Vi kjenner stoffet.*»

### *Benzodiazepiner*

En fastlege pekte på at livsproblemer hos personer med rusavhengighet ofte ble søkt lindret gjennom inntak av legemidler. For brukerne var det svært viktig å slippe «*å være syk*» (Mann, 24Sju). Det vil si at inntak av rusmidler ble gjort når abstinenssymptomene fra forrige inntak ble mer og mer påtrengende: «*Jeg kaller det ikke rus, men medisin.*» (Kvinne, 24Sju). Brukerne trakk i denne sammenhengen særlig fram problemene knyttet til bruk og misbruk av benzodiazepiner.

En bruker på Ila fortalte at han ikke hadde hatt overdose på to år, «*Fordi jeg har spist mindre piller*». Nedtrapping fra benzodiazepiner opplevdes som vanskelig for brukerne, og mange fortalte at de måtte bruke heroin for å håndtere disse symptomene: «*Og da kan du få overdose.*» Fra brukerne på Gatehospitalet ble behovet for langvarig hjelp til pillenedtrapping trukket frem: «*Jeg trenger pillenedtrapping. Jeg hadde gått på Rivotril og Valium i fire år. Så var det bang over på metadon. Ikke noe nedtrapping. Så jeg har rusa meg ved siden av hele tiden. Hvis sånne ting legges til rette, så ble man ikke så redd for abstinenser.*»

### *Høye doser og ukjent stoff*

Overdosedødsfall knyttet til injisering av for høy dose og ukjent stoff ble også trukket fram av flere fagfolk. Et element i dette var kunnskap om stoffene og om sårbarhet i forhold til hva man tåler eller ikke: «*Du skjønner ikke hvor mye du tåler i dag og i morgen og at dopet kan være ulikt fra dag til dag*» (Sosialkonsulent). Betydningen av tidlig debut av injisering av heroin og blandingsmisbruk med alkohol og overdoser med medikamenter ble trukket fram. Selve injiseringspraksisen kunne også ha økt risikoen: «*Det var en jente med overdose hvor det var en annen som hadde mekka for henne. Hun angret på at hun hadde latt noen andre gjøre det.*» (Sykepleier).

#### 3.4.6. Hjelpeapparatet i Oslo kommune og spesialisthelsetjenestens rolle i forhold til målgruppen

Med utgangspunkt i at de medvirkende faktorene ved overdosedødsfall ble beskrevet som mange, sammensatte og komplekse hadde hjelpeapparatet hatt store og vanskelige utfordringer med hensyn til forebygging, behandling og oppfølging. Det er derfor ikke lett å peke på hvor hjelpeapparatet svikter. Basert på en bearbeiding av funnene som er presentert tidligere i dette kapitlet pekes det her på noen overordnede tema om hjelpeapparatets rolle i forhold til overdosedødsfallene i Oslo.

##### *Politiske mål*

Fagfolk henviste ikke til politiske mål når de fortalte om sine erfaringer med overdoser og overdosedødsfall. Som et ledd i analysen av hjelpeapparatets rolle ble derfor følgende politiske dokumenter i Oslo kommune gjennomgått: Handlingsplan for psykisk helsearbeid 2004-2008, Byrådssak 282/052 om Utfordringer i rusomsorgen etter rusreformen og Folkehelseplan 2009-2012. Folkehelseplanen inneholdt viktige føringer for administrativt og faglig nivå. Men for arbeidet med å forebygge overdosedødsfall ble det ikke funnet eksplisitte politiske mål. Dette kan ha påvirket hjelpeapparatets rolle i en målstyrt kommune som Oslo negativt..

##### *Skriftlige faglige retningslinjer*

Forebygging og hjelp ved overdoser framsto som en komplisert faglig oppgave. Til sammenlikning har Helsedirektoratet utarbeidet skriftlige nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord, både i kommunehelsetjenesten i den såkalte «Bærumsmodellen» (1996) og for spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) (2008). Noe tilsvarende fantes ikke for forebygging av overdoser og overdosedødsfall. I det overdoseforebyggende arbeidet har ikke skriftlige faglige retningslinjer fra kommunale eller statlige myndigheter vært tilgjengelige for fagfolk, noe de etterlyste.

##### *Et fragmentert fagfelt*

Et element som var knyttet til hjelpeapparatets rolle var blant annet ulik forståelse hos brukere, pårørende og fagfolk om hva som er (god) forebygging, behandling og oppfølging ved overdoser, og på hvilke nivå dette kan/skal gis.

Det framkom fra en deltaker at sosialtjenesten tilsynelatende bare i liten grad benytter seg av forskning og metoder for endringsarbeid som finnes på rusfeltet. Dette kunne blant annet skyldes at sosialtjenesten ikke oppfattet seg som en del av behandlingen. Uenighet mellom fagfolk kunne føre til feil tiltak på feil tidspunkt i forhold til brukerens motivasjon.

Liten vektlegging av pårørendes og brukerens erfaringskunnskap fremsto som et betydelig problem, og som hadde ført til feilvurderinger av situasjonen fra fagfolk sin side.

En ansatt på et lavterskeltiltak ga uttrykk for at vedkommende aldri hadde tenkt på betydningen av, eller fått opplæring i, selvmordsvurdering i møte med en «*deprimert heroinist*» og som hadde gitt tydelige uttrykk for eksistensielle problemer. Samtaler om det triste hadde derfor ikke blitt gjennomført, og individuelle uttrykk for psykisk smerte hadde ikke vært tenkt på eller blitt vurdert som en risiko for selvmordsfare. Selvmordsproblematikk ble ikke beskrevet som noe som et rutinemessig tema i ambulansetjenesten, sosialtjenesten eller kommunale rustiltak for denne målgruppen.

### *Kontinuitet*

Hyppig bytte av folk i de ulike tjenestene framsto som en viktig faktor for manglende kontinuitet i hjelpeapparatet. Det samme gjorde antallet klienter per saksbehandler i sosialtjenesten, som ble beskrevet som opptil 60-65. Utfordringene med ansvar og oppgaver, og at brukerne ble opplevd som en utfordrende og ofte vanskelig gruppe å arbeide med, gjorde at slitasjen på fagfolk kunne bli høy. Noen beskrev denne som en følelse av avmakt. Hyppig bytte av fagfolk gjorde at behovet for overordnede politiske mål og skriftlige faglige retningslinjer ble ekstra viktig for å sikre kontinuitet og kvalitet.

### *Bekymringsmeldinger*

Mangel på informasjon med tanke på samarbeid i tiltakskjeden kunne medføre tiltak som ikke støttet opp under hverandre eller ble helhetlig vurdert. Utfordringene dreide seg også om uklarheter om å utveksle helserelatert informasjon innad i for eksempel Rusmiddeletaten og innad i sosialtjenesten. Det ble beskrevet lite om vurderinger om hva som var nødrettsbetraktninger, og det framkom ikke om fagfolk hadde kunnskap om bestemmelser som regulerer under hvilke vilkår informasjon kunne gis fra helsepersonell

til sosialtjenesten «til gunst for pasienten.» Personvernet ble tillagt stor vekt. Mottak av bekymringsmeldinger fra helsetjenesten (ambulanse/legevakt) til sosialtjenesten ble ikke beskrevet. Det samme gjelder for varsling/kommunikasjon, for eksempel til pårørende, i situasjoner hvor en person har redusert samtykkekompetanse etter helselovgivingen.

#### *Psykososial oppfølging*

Behovet for overordnede politiske mål, skriftlige faglige retningslinjer og kontinuitet fremkom også i forhold til manglende muligheter for forebygging av nye overdoser gjennom psykososial oppfølging. For den akuttmedisinske behandlingen (ambulansetjenesten) var det utviklet et tydelig instruksverk. Brukere, pårørende og fagfolk etterlyste en samlet og strukturert psykososial oppfølging på tvers av nivåer og funksjoner. Hjelpeapparatet etterspør ikke på noen systematisk måte brukerens erfaringer med nylige relasjonsbrudd, tidligere overdoser, opplevelse av sosial isolasjon eller selvmordstanker. Dette kan bety at hjelpen som har vært gitt ikke samsvarer med behovet brukeren hadde.

Pårørende hadde ikke blitt invitert inn i et samarbeid om psykososial oppfølging, eller uoppfordret fått slik oppfølging selv.

#### *Uenighet om medisiner*

Det hadde vært uenighet mellom fagfolk om medisiner. En fastlege vektla problemene som hadde oppstått knyttet til å få kontroll over bruken av benzodiazepiner i det overdoseforebyggende arbeidet. Mangel på adekvat farmakologisk hjelp for psykiske lidelser hadde av ulike grunner også vært en utfordring. Det fremkom også uenighet om valg av medikament (subutex vs. metadon) ved substitusjonsbehandling.

#### *Egen bolig*

Flere av overdosedødsfallene var knyttet til personer med heroinmisbruk som hadde blitt etablert i egne boliger. En skjermet boligsituasjon (det vil si med bemanning) hadde betydd mye for mange brukere, fordi fellesskapet kunne gi en viss form for beskyttelse og den sosiale isolasjonen oppleves som mindre. Samtidig kunne store institusjoner erfares som en kompliserende faktor i forsøkene på å kontrollere rusinntak.

Rus- og sosialkonsulenter formidlet at de og sosialtjenesten hadde oppfattet politiske og administrative styringssignaler om at så mange som mulig skulle etableres i egne boliger, og at de ble målt fra bystyret på hvor mange (få) de har i Rusmiddeletatens tiltak. Problemet for sosialtjenesten var at alle brukere ikke kunne skjæres over én kam hva gjelder gode boligløsninger.

### *Holdninger*

Brukere og pårørende trakk frem at holdninger kan ha betydning for atferd. En deltaker på Ila kunne fortelle at behandlingen han fikk på Legevakten hadde vært viktig for hans daglige motivasjon til å velge å leve. Ord og bruk av språk fra fagfolk hadde hatt stor innvirkning på vedkommendes syn på seg selv og for hans videre motivasjon. Opplevelsen av negative holdninger kunne også ha betydning for rusadferd fordi det økte opplevelsen av sosial isolasjon.

### *Tvang*

Tvang var et annet tema knyttet til hjelpeapparatets rolle. Dette ble vurdert blant annet på bakgrunn av bekymringsmeldinger. Sosialtjenesten trakk frem at dersom de fikk melding om flere overdoser hos en person på kort tid ville de vurdere grunnlaget for tvang. På den annen side tok ikke sosialtjenesten nødvendigvis opp tema knyttet til rusbruk og overdoser med den enkelte bruker. Dette kunne bety at brukere av og til følte at de måtte bli med på planer de egentlig ikke ønsket. Noen brukere hadde ikke turt å innrømme hvor høyt rusbruk de hadde, eller hvor mange overdoser de hadde hatt, fordi de fryktet tvang. Andre etterlyste mer bruk av tvang i krisesituasjoner.

Pårørende var delt i synet på bruk av tvang, selv om de fleste mente tvang burde vært benyttet. En større utfordring hadde vært ventetiden til oppfølging og behandling og mangel på det noen vurderte som tilstrekkelige tiltak og kunnskap fra fagfolks side.

Fagfolk trakk frem at anerkjennelseperspektivet var viktig i tvangssaker. Det at man anerkjente et menneske som en person med rett til sitt eget liv betydde at fagfolk måtte spørre: «*Hva kan vi gjøre for å ta vare på deg?*» (*Kriminalomsorgen*). Andre fagfolk støttet dette synet, og mente at for eksempel ansvarsgruppa måtte kunne diskutert seg fram til noen flere alternative tiltak man var enige om i gruppa, før tvang ble vurdert.

#### 3.4.8. Oppsummering

- Brukere, pårørende og fagfolk beskrev ulike typer overdosedødsfall som hadde forskjellig karakter og de medvirkende faktorene var alltid sammensatte.
- Brukerne forsto overdosedødsfall som knyttet til sine generelle livsvilkår. Risikoen økte ved nylige relasjonsbrudd, opplevelse av sorg og sosial isolasjon. De beskrev tiden etter utskrivelse fra fengsel, medikamentfri rusbehandling og avrusning som risikofylte for overdoser, og mente at en boligsituasjon med en viss grad av tilsyn og samvær med andre reduserte overdosefaren.
- Brukere ønsket å treffe lege og psykososialt team ved den første overdosen. Ved eventuelt senere overdoser ønsket de å treffe igjen de samme fagfolkene. De ønsket å komme til et sted hvor de kunne bli tatt vare på en stund. Stedet måtte kunne tilby abstinensbehandling. De kunne godta at Legevakten kontaktet pårørende, fastlege, sosialtjeneste eller rustiltak under visse forutsetninger.
- Pårørende hadde i ulik grad vært informert om og deltatt i oppfølgingen og rusbehandlingen. Forvaltningen av taushetsplikt hadde påført flere av dem en opplevelse av utrygghet. Fagfolk hadde også erfart at forvaltningen av taushetsplikt medførte faglige utfordringer i form av lite samarbeid og mangel på informasjon innad og særlig mellom etater og nivåer.
- Pårørende hadde følt seg utrygge og opplevde seg i liten grad sett, fulgt opp eller støttet av sosial- og helsefaglige instanser i forhold til barnas eller egne krisesituasjoner. Kontakten med fastlege og politi hadde vært viktig for noen. Pårørende hadde ønsket seg én fast kontaktperson å forholde seg til.
- Fagfolk beskrev at forståelsen av rusproblemene, oppgavene og mulige løsninger var høyst ulike, spesialiserte, isolerte og fragmenterte. Mange følte avmakt og det var hyppig bytte av fagfolk. De ønsket likevel å videreutvikle det overdoseforebyggende arbeidet. En etablert ansvarsgruppe betydde ikke at ansvaret i krisesituasjoner var klarlagt. Nødrett, taushetsplikt og opplysningsrett ble håndtert ulikt. Risiko for selvmord ved overdoser ble sjelden vurdert.
- Både brukere, pårørende og fagfolk hadde ulik oppfatning av bruk av tvang ved (gjentatte) overdoser, men alle ønsket mer og bedre hjelp ved overdoser.

#### 3.4.9 Undersøkelse av de ulike typene overdosedødsfall i journaldata

Det var ønskelig å undersøke om beskrivelsene av overdosedødsfall som ble gitt av brukere, pårørende og fagfolk kunne finnes igjen i de data som ble hentet inn fra ulike journaler. Metoden «face validity» (28, s 150) var basert på en subjektiv vurdering av to av forskerne (Stian Biong og Linn Gjersing). Dette er en metodisk undersøkelse med relativt store begrensninger. Rusmiddelstatens database Rusdata inneholdt informasjon i forbindelse med behandling eller opphold ved størstedelen av etatens tiltak. Denne inneholdt informasjon fra flere ulike typer tiltak og ga et mer helhetlig bilde rundt en person sammenliknet med de andre databasene. 45 av de 232 personene som døde av overdose var registrert i denne databasen. Informasjonen ble sammenholdt med journaldata fra sosialkontor og ga dermed et inntrykk av situasjonen rundt avdøde i tiden før overdosen.

For 12 av de 45 personene fantes det lite eller ingen informasjon om dødsfallet, og de ble derfor kategorisert som ukjent i forhold til type overdosedødsfall. 33 av de 45 dødsfallene kunne kategoriseres: 18 hadde karakter av å være uhellsoverdoser. Det var ingenting i journaldata som indikerte at personen hadde det ekstra vanskelig i tiden før dødsfallet. På den annen side ga ikke disse notatene et helhetlig bilde av situasjonen, da det ikke er sikkert at personen ville gitt uttrykk for at han eller hun hadde det vanskelig. 14 av dødsfallene forsto vi som utslittoverdoser.

I data fra Dødsårsaksregisteret fant vi to overdosedødsfall med heroin som var definert som drap (X85). Dette bekrefter utsagnene om «judasdoser» fra brukere og fagfolk, men det viser også at det er et sjeldnere fenomen at noen dør som følge av «judasdose» sammenliknet med uhells- og utslittethsoverdoser. I Rusdata var det én person som var rapportert å ha vært utsatt for grov vold få uker før dødsfallet. I følge journalnotater gikk det på dette tidspunktet bra med pasienten, og det var derfor mulig at overdosen var en uhellsoverdose. På den annen side kan det også spekuleres på om dette kan ha vært en «judasdose».

### 3.5 Erfaringer fra fem europeiske byer: åpne stoffscener og overdosedødelighet

#### 3.5.1 Bakgrunn

Oslo har på tross av omfattende innsats fortsatt betydelige problemer med store grupper av personer som bruker og delvis omsetter illegale rusmidler åpent, blant annet på Kristian Fredriks plass også kalt «Plata» ved Oslo S. Denne type problemer er kjent også i mange andre europeiske byer. Dette kapitlet beskriver og analyserer hvilke tiltak de fem besøkte europeiske byene hadde iverksatt for å løse sine utfordringer med åpne stoffscener. Formålet med dette kapitlet er å undersøke hvilke tiltak som kan være nyttige for Oslo. Byene som ble besøkt ble blant annet valgt fordi de er kjent for å ha hatt en spesiell historisk utvikling og/eller kjennetegn i forbindelse med stoffscener og tiltak i forbindelse med rusmiddelproblematikk. *Amsterdam* er kjent som hjembyen for skadereduksjon. *Frankfurt* er kjent for varig å ha stengt en stor og åpen stoffscene. Byen nevnes ofte i forbindelse med koordinering av byens tiltak og for utbygging av sprøyterom. *Wien* har vært kjent for en «sameksistenspolitikk» med «toleransesoner» og for å se stoffproblemer i et konfliktløsningsperspektiv. *Zürich* har hatt en av Europas største åpne stoffscene, mens byen i dag har moderate problemer. Noen ganger settes dette i forbindelse med byens utbygging av heroinutdelingstilbud. *Lisboa* er blitt kjent fordi Portugal har avkriminalisert bruk av «narkotika». Stoffene er fortsatt illegale. Bruk er ikke tillatt, men det reises ikke tiltale og gis ikke reaksjoner etter straffeloven. Spørsmålet for denne reisen var hva Oslo kunne lære av utviklingen i disse byene. .

#### 3.5.2 Beskrivelse av byene

##### *Amsterdam*

Byen fikk økende problemer på slutten av 1960-tallet, og blant annet politibaserte tiltak hjalp lite. Det oppsto en kriseforståelse allerede i 1980, med en faglig og politisk enighet om å satse på skadereduksjon. Det ble forutsatt at byen måtte leve med et vedvarende stoffproblem som skulle begrenses så mye som mulig, mens skadevirkningene skulle reduseres. Et sentralt virkemiddel var lavterskel vedlikeholdsbehandling med metadon, delvis basert på mobile team. Sprøyteutdeling og sprøyte og røykerom var andre virkemidler. Det ble etablert et skille mellom «lettere» og «tyngre» stoffer. De såkalte «Coffee-shops» var steder hvor man kunne kjøpe og bruke cannabis, selv om stoffet i seg selv



ikke var legalisert. Byen hadde og har fortsatt en stor kommunal sosialmedisinsk institusjon med hovedansvaret for behandling og koordinering. Åpne stoffscener; «Platafenomener» meldte seg tidlig, og ble møtt med byfornyelse, systematisk undertrykkelse av alle ansamlinger av brukere, og aktiv oppfølging av enkeltindivider som ikke samarbeidet. Det ble slått strengt ned på «public nuisance» (offentlig forstyrrelse), og et av virkemidlene var et omfattende samarbeid mellom politi og sosialtjenestens oppsøkende virksomhet. Noen av tiltakene var basert på tvungen behandling i egne «behandlingsfengsler». Det var i tillegg etablert en egen lukket institusjon for brukere med omfattende mentale funksjonsproblemer og rusmiddelbruk. Forsøk med heroinassistert behandling (HAT) ble startet i 1997. Byen har i dag et fallende antall heroinbrukere, lavt antall overdosedødsfall, og ikke noe typisk «Plata-område», selv om det finnes områder med stoffsalg og åpenlys bruk.

#### *Frankfurt*

På 1980-tallet utviklet det seg en stor åpen stoffsene i Frankfurt rundt jernbanestasjonen og i et parkområde like ved (Taunusanlage). Det var lenge motsetninger mellom høyreorienterte partier som ønsket mer bruk av politi, og venstreorienterte som ønsket økt bruk av kriseintervensjoner og hjelpetiltak. På den tiden var hovedvekten i behandlingen medikamentfri. Det var med et økende problem med åpenlys rusbruk og injisering, og det utviklet seg etter hvert en krise som førte til at politiet ba i 1988 om hjelp fra øvrige beslutningsmyndigheter. Som følge av dette ble det etablert en overordnet plan- og koordineringsgruppe – «Montagsrunde»- som var ledet av byrådet. Denne gruppen besluttet å bygge opp vedlikeholdsbehandling med metadon og å koordinere politiinnsatser og hjelpeinnsatser. 22. november 1990 ble «Frankfurter resolusjon» undertegnet av fire byer. Disse byene var Frankfurt, Amsterdam, Hamburg og Zürich. Dette var en uttalelse der det var utarbeidet prinsipper for en skadereduksjonsorientert praksis i forhold til rusbruk. I forbindelse med dette fikk byen en ny tolkning av straffeloven der narkotika og narkotikabruk ble flyttet fra justisdepartement til helsedepartementet.

I 1991/2 ble det politisk enighet om å fjerne stoffbrukerne fra « Taunusanlage.» med bruk av massiv politiinnsats, samtidig som det ble etablert kontaktsentre med tilgang til vedlikeholdsbehandling med metadon. På disse kontaktsentrene var det også tilgang til skadereduserende tiltak som overnatting,

### 3. Resultater

sprøyteutdeling og rådgivning. Brukerne fikk pålegg om å fjerne seg, samtidig de fikk tilbud om å bli kjørt til kontaktsentrene. I denne tiden kjørte politiet busser fra den åpne stoffscenen til kontaktsentrene. Bruk av illegale rusmidler var ikke tillatt, men påtalemyndighetene kunne unnlate påtale og isteden gi en advarsel og pålegge rådgivning, så sant det ikke forelå stoffsalg eller annen kriminalitet. Personer som ikke var hjemmehørende i Frankfurt kunne bortvises for lengre tid og også sendes tilbake til hjemstedskommunen. Det første brukerrummet (sprøyterom) ble etablert i 1994, og siden det har det blitt etablert tre til. I 2009 fikk byen sitt første heroinassistert behandlingssenter. Byen har i dag et koordineringssekretariat ledet av en «Drogenkommissar», som leder arbeidet med å motvirke at det oppstår nye åpne stoffscener.

Det er fortsatt stor fokus på politipatruljering, og en oppsøkende sosialtjeneste. Byen har i dag sterkt reduserte problemer, som imidlertid stadig må bekjempes, både ved hjelpetiltak og repressive tiltak. Det vektlegges sterkt at alvorlig misbruk er et helseproblem. Integrering av stoffbrukeren er en sentral målsetting, men atferd som åpenlys stoffsalg eller injisering tillates ikke.

#### *Wien*

Byen er det dominerende sentrum i Østerrike, med tilflytting både fra resten av landet og fra Sentral-Europa. Bruken av illegale rusmidler økte sterkt, særlig i løpet av 1980-årene. Bruken av illegale rusmidler ble forstått som en konsekvens av marginalisering og sosiale problemer sammen med økende helseproblemer. Vedlikeholdsbehandling med metadon ble tatt i bruk tidlig på 1990-tallet, og Subutex og langtidsvirkende morfinpreparater ble tatt i bruk fra slutten av tiåret. For å møte den økte bruken av illegale rusmidler ble det satset på kontaktsentra med sosiale tilbud og krisehjelp. Samtidig ble politiets ordensoppgaver vektlagt. Alle tiltak var koordinert av et politisk oppnevnt «Drogenkommissariat» som ble ledet av en koordinator med betydelig fullmakter.

Frem til 2004 var politikken preget av forsøk på å tillate brukeratferd på tildelte områder – «toleransesoner» - hvor et visst antall brukere kunne oppholde seg. Store grupper av stoffbrukere andre steder ble fjernet av politiet. Det var utarbeidet en brosjyre som beskrev hvorledes alle i byen skulle oppføre seg. Det var en slags kortfattet anbefaling av ordnet atferd med beskrivelse av når det oppstod sjenanse i forhold til andre. Brosjyren ble drøftet med brukere som ledd i å utvikle et slags kontraktsforhold som forutsatte at byens øvrige borgere

måtte akseptere brukere i bybildet på beskrevne premisser. Brosjyren var fortsatt i bruk høsten 2010 og ble brukt aktivt i forhold til ulike målgrupper.

Juni 2010 var politikken med «toleransesoner» forlatt fordi det ble for store problemer knyttet til disse områdene. Den siste «toleransesonen», Karlsplatz, ble stengt i juni 2010. Samtidig som dette området ble stengt økte man politiets, sosialtjenestens og kontaktsentrenes kapasitet. Alle hjelpetilbud, bortsett fra kontaktilbud på stoffscenene, ble stanset for å minske attraksjonen og for å forhindre store grupper av brukere som oppholdt seg på området. Høsten 2010 var det vært kontinuerlig politipatruljering med minst fem politi i området til enhver tid. Denne byen hadde verken sprøyterom eller heroinassistert behandling, i stedet var vedlikeholdsbehandling med langtidsvirkende morfin lett tilgjengelig. Det var høsten 2010 ingen eksisterende åpne stoffscener, men fortsatt vedvarende problemer med åpenlyst stoffsalg. Overdosedallene var relativt høye, og de «langsomme» morfinpreparatene var det vanligste påviste morfinstoffet ved toksikologiske undersøkelser av de som døde av overdose.

### *Zürich*

Zürich er den største byen i Sveits. Denne byen hadde fra 1970-tallet en utvikling fra et miljø med mer uskyldig stoffbruk som cannabis til et tungt destruktivt heroindominert misbruk med høyt antall dødsfall og sosial elendighet på midten av 1980-tallet. I 1986 utviklet den første stoffscenen seg (Platzspitze «needle park»). For å møte problemene med den enorme stoffscenen som var under utvikling ble det i 1987 satt inn omfattende skadereduserende tiltak med blant annet lett tilgjengelig metadonbehandling, sprøyteutdeling, overdosesteam, dusjer på området og helsehjelp. I løpet av de neste årene økte antall personer som oppholdt seg på stedet, halvparten av de som oppholdt seg på området var tilreisende, det var økt kriminalitet i området og antall overdoser økte dramatisk. I 1991 oppstod det en krise og bystyret vedtok å stenge området med hjelp av økt politikontroll og ved fysisk å stenge området med gjerder.

Mye på grunn av manglende samarbeid mellom kommunale velferdsmyndigheter og politi ble en ny stoffscene raskt etablert «Letten». I 1995 oppstod det en ny krise hvor innbyggerne truet med borgervern fordi elendigheten som fulgte med den åpne stoffscene var så enorme. Krisen ble så stor at de politiske partiene greide å komme til enighet om hvilke tiltak som skulle iverksettes

gjennom en felles «fire-søylet politikk» fokusert på *forebygging, skadereduksjon, behandling og kontroll*.

Tiltakene som ble valgt var en sterk utvidelse av skadereduksjonstiltak med metadonbehandling som det viktigste. I tillegg utvidet man tiltak som sprøyteutdeling og sprøyterom, samt opprettholdt tidligere startede behandlingstiltak. Samtidig var det en sterk vektlegging av kontrolltiltak. Det var nulltoleranse for åpent stoffbruk og salg, men det var toleranse for ikke-åpne bruk, og en tett samordning av sosiale tjenester og politi. Det ble etablert et «City Drug Coordination Board» der man hadde tverrfaglige møter på flere nivåer. Dette førte til økt samarbeid mellom politi, helse- og sosialtjenester. Etter stengningen av den siste stoffscenen har det blitt bygget ut og opprettholdt en tilstrekkelig kapasitet for behandling uten ventelister, varierte og omfattende sosiale tjenester, og en polititjeneste som også handler proaktivt, det vil si griper inn ved tegn til utvikling av åpne stoffscener. Politiet har utstrakte fullmakter, så vidt vi forsto også til visitering uten spesifikt mistankegrunnlag. Politiet kan plassere stoffbrukere, først og fremst de som er hjelmløse eller ikke hjemmehørende i Zürich i en egen politiarrest – «*Relocationcenter*» hvor de kan holdes i inntil tre dager med undersøkelser og tiltaksplanlegging. Forsøk med heroinassistert behandling (HAT) ble startet i 1994. Behandlingsformen ble tatt i bruk og utbygget nasjonalt fra år 2000. Omtrent 10% av heroinbrukerne var høsten 2010 i slik behandling. Situasjonen ble beskrevet som tilfredsstillende, men med behov for vedvarende innsats. Det var ingen eksisterende åpen stoffscene, men salg i private leiligheter og andre ikke-offentlige steder ble tolerert så sant alvorlig kriminalitet ikke var involvert. Antall personer med problematisk stoffbruk var synkende i følge estimater med 4% pr år.

#### *Lisboa*

Portugal hadde vært under diktatorstyre frem til Salazar-regimets fall i 1974. Etter dette gjennomgikk Portugal store samfunnsendringer og dette inkluderte et økende stoffproblem. På 1980- og 1990-tallet utviklet det seg til et dramatisk heroinproblem. Det oppsto store stoffscener hvor opp til 5000 mennesker samlet seg og 2000 mennesker bodde i telt. Områdene var preget av ekstrem elendighet med høy forekomst av infeksjoner, sosialt forfall og høy dødelighet. Samfunnets respons var preget av uenighet og ulike syn på hvordan en skulle møte problemene. På den ene siden ble det satset på politi og utbygging av

medikamentfri behandling, særlig i en stor privat sektor. På den andre siden kom det etter hvert betydelig vekt på skadereduksjon, særlig i form av mobil lavterskel substitusjonsbehandling med metadon.

Samtidig fikk Portugal på denne tiden EU-støtte til massiv byfornyelse. Bygningene i de slumpregete områdene med stoffscener ble revet, og erstattet med nybygg i en slags samlet aksjon hvor innbyggerledete grupper deltok. Situasjonen ble opplevd som en nasjonal krise, som førte til opprettelse av en kommisjon på slutten av 1990-tallet som gikk inn for avkriminalisering av bruk av narkotika, sammen med styrking av kontrolltiltak og behandling. Denne planen fikk nasjonal tilslutning, og ble innarbeidet i ny lovgivning som igjen førte til en plan med inndeling av landet i regionale planområder med definerte krav til behandling og forebygging. Et særtrekk var avkriminalisering av bruk av alle stoffer, samt besittelse av stoffmengder tilsvarende inntil 10 dagers bruk. Bruken var imidlertid ikke legalisert, og er fortsatt ansett som ulovlig. Brukere skulle fremstilles for «*Dissuasion Commissions*», fagkomiteer med psykolog/lege, jurist og sosiolog/sosionom, som skulle avgjøre om det forelå en avhengighet, og hva som skulle skje dersom det var bruk uten avhengighet. Kommisjonen hadde myndighet til å pålegge adferdsrestriksjoner og til å henvise til behandling, men ville ofte nøye seg med samtale og rådgivning. Politiet hadde rett til å gripe inn, og skulle arrestere alle som var involvert i illegal omsetning eller som besatt større kvanta stoff, men kunne ikke reise tiltale eller bøtelegge andre brukere. Politiet fikk myndighet til å vise disse brukerne til kommisjonene for videre oppfølging derfra.

Etter en samlet vurdering syntes det klart at tiltakene hadde endret situasjonen i Portugal, og i Lisboa spesielt, i positiv retning. Rusproblemene er fortsatt til stede, men dominerer verken det politiske livet eller offentligheten. Det var høsten 2010 ingen åpne stoffscener, selv om salg fortsatt foregikk relativt åpent mange steder. Store grupper av stoffbrukere ble imidlertid møtt med politiltak, og kunne føre til både arrestasjoner og henvising til kommisjonene.

Tallmaterialet som finnes over utviklingen av overdosedødsfall for Portugal er usikre. Det var en betydelig reduksjon av overdosedødsfall fra 1999/2000 og de første årene etter dette.

Likevel er vurderingen av dette usikker fordi antallet som oppgis på grunnlag av rapporteringen fra statistisk sentralbyrå er på et helt annet og mye lavere nivå enn når det beregnes på grunnlag av toksikologiske analyser av uklare/

mistenkelige dødsfall. Begge disse beregningsmåtene viser dessuten tendens til at det har kommet en ny økning av overdosedødsfall den senere tiden. Nivået av dødsfall er derfor vanskelig å ta standpunkt til. Det er dessuten uklart om det er noen spesiell sammenheng mellom lovendringer og endringer i antall dødsfall. Det synes imidlertid ikke som avkriminaliseringen har hatt åpenbare negative effekter. Den grunnleggende observasjonen er at det fra en krisesituasjon med store politiske konflikter nå er etablert en situasjon med politisk enighet om hovedlinjene i politikken. Narkotikaproblemene har kommet ned på et mer akseptabelt nivå. Det er dessuten en etablert politisk enighet om å følge utviklingen av narkotikaproblemene og effekten av behandling og forebygging med forskning og evaluering. Det er etablert et nasjonalt forskningsinstitutt for dette formålet. Det er også innført nasjonal og regional planlegging med utpekt myndighet for koordinering og styring av tiltak mot narkotikaproblemer.

#### 3.5.3 Fellestrekk mellom byene og sammenlikning med Oslo

##### *Gjennom krise til enighet*

Alle de beskrevne byene hadde gjennomgått en periode med kriseutvikling preget av politisk splid og stadige kursendringer i forhold til å håndtere rusproblematikken. Når krisen ble stor nok, samlet de politiske partiene seg om en felles politikk, og en samlet plan for hvordan problemene skulle løses, og inngikk forpliktende samarbeid med de ulike aktørene i tiltaksapparatet.

I *Oslo* har situasjonen vært vanskelig, og det ble i 2002 nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter for Oslo kommune, Oslo politidistrikt og fem departementer som i januar 2003 la frem «Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum». Planen inneholdt en rekke tiltak som i 2011 fortsatt er aktive, men innsatsen førte ikke til at rusmiljøet ble oppløst, kun flyttet. Tiltaksplanen ble evaluert av SIRUS i 2006 (29). Tiltaksplanen ble kritisert av den politiske opposisjon, og den gang som nå manglet en bred politisk enighet og en samlet plan som fungerte som et styringsinstrument. Det er i 2011 heller ingen samordnet nasjonal og lokal plan for tiltakene.

Etter «Tiltaksplanen 2003» flyttet rusmiljøet til Skippergata, og dette medførte massiv kritikk blant annet fra næringsdrivende i området. Politiet inviterte til et samarbeid hvor både Oslo kommune ved Rusmiddeletaten, næringsdrivende og frivillige organisasjoner (Frelsesarmeen og Kirkens

Bymisjon) deltok. Det ble laget en ny plan «Trygghet for alle i Skippergata», som ikke ble evaluert og i liten grad fulgt opp.

### *Samarbeid og koordinasjon*

Et typisk trekk i de beskrevne europeiske byene, var en politisk bestemt plan med koordinering av hjelpetiltak (sosial- og helsetjeneste) og kontrolltiltak (politi). I noen byer var det oppnevnt koordinatore og/eller andre samordningsgrupper knyttet til sentrale institusjoner. Så vel ressursforvaltning som planlegging og gjennomføring av tiltak skjedde i stor grad etter felles styring.

I Oslo er det opprettet en koordineringsgruppe for Oslo sentrum som et resultat av rapporten «Trygghet for alle i Skippergata og nærliggende områder» (30). Denne rapporten ble laget av Oslo politi med kommunen/Rusmiddeletaten som en viktig medforfatter, og var en oppfølging av Tiltaksplanen. «Trygghet for alle» listet opp en rekke tiltak, blant annet behov for samordning av arbeidet i Oslo sentrum. Bydel St.hanshaugen fikk dette koordineringsansvaret, og skulle koordinere de lovpålagte oppgavene i sentrum slik at de samlede ressurser ble brukt så godt som mulig. Gruppen skulle foreslå tiltak som krevde innsats utover koordineringsgruppens ansvarsområde, og ha oversikt over konsentrasjoner av hjelpetrengende under og over 18 år i sentrum. Begge politi stasjonsmestrene (Grønland og Sentrum) har deltatt, samt direktørene i Rusmiddeletaten og Barne- og familieetaten. Også de bydelsdirektørene som har deler av sentrum i sitt nedslagsfelt (Gamle Oslo og Grunerløkka) samt Legevakten har deltatt. Gruppen har ikke fokusert på overdosesituasjonen spesielt, men mer på unge med begynnende rusproblemer, asylsøkere uten lovlig opphold og salg/kjøp av illegale rusmidler fra denne gruppen, samt rusavhengige med hjelpebehov. I tillegg har gruppen fokusert på bedre samarbeid med bydelene rundt hver enkelt bruker, personer med psykisk lidelse og manglende hjelpetiltak. Gruppen møtes jevnlig, og har gjort det siden 2008

Koordineringsgruppen har, som navnet sier, en koordinerende funksjon og råder over de ressursene hver enkelt deltager har i sin organisasjon, men har ingen øvrig styringsrett. Siden russituasjonen i Oslo sentrum oppleves som et mer partipolitisk enn et faglig spørsmål har koordineringsgruppen hatt mindre styringsinnflytelse enn det som beskrives fra de europeiske byene. Dette kan være en grunn til at påvirkningen på de åpne rusmiljøene og ikke minst overdosedødsfallene har vært liten.

#### *Skadereduksjon, men nulltoleranse*

Alle de beskrevne byene har gått fra å vektlegge medikamentfri behandling til å legge vekt på skadereduksjon. Samtidig ble ikke store grupper av stoffbrukere, åpenlys injisering eller stoffsalg tolerert. Det var fokus på at ingen grupper skulle monopolisere deler av offentlig sted.

I *Oslo* er det bygget opp en betydelig kapasitet i helse- og sosialtiltak. Rusmiddeletaten har ca.720 institusjonsplasser for personer med rusmisbruk, hvorav ca.200 senger på lavterskelhus både drevet av kommunen og av frivillige organisasjoner. Det er gratis helsehjelp på ni forskjellige lavterskeltilbud, sprøyteutdeling på lavterskelhus, gratis mat på lavterskelhusene, kafeer og ekstra bemanning for å ta seg av de som ønsker hjelp til å komme ut av misbruket. Det er også etablert et sprøyterom med tilknyttet helsehjelp. Det er imidlertid fortsatt uenighet om vektlegging av skadereduksjon. Etter avslutningen av «Tiltaksplanen» er det ikke satset på en videreutvikling av blant annet flere væresteder/kafeer, og det har ført til at de værestedene man har, medfører sjenanse for naboene fordi så mange brukere tiltrekkes til og oppholder seg i området. Samtidig er det ingen enighet om «nulltoleranse» for forstyrrende atferd. Tiltak som oppfattes som beskyttelse av velværet for «folk flest» til fortrensel for sårbare grupper, angripes både i media og i politiske sammenhenger. Resultatet er at det i *Oslo* i dag verken er systematisk skadereduksjon eller «nulltoleranse».

#### *Syk, men ansvarlig*

Det var et gjennomgående trekk i de byene som ble besøkt at rusavhengighet først og fremst var et helseproblem. Rett til behandling var derfor et hovedprinsipp. Rusmiddelbrukeren var likevel ansvarlig for sin atferd. Politiet hadde derfor rett og plikt til å gripe inn ved atferd som forstyrret offentlig orden. Byene hadde imidlertid et selvstendig ansvar for å gjøre dette mulig både for brukere og politiet ved å etablere blant annet væresteder, brukersteder, utdeling og oftere innbytte av rene sprøyter. Byene hadde alle utviklet metoder for grensesetting for rusdominert atferd ved ulike former for tvangstiltak. Hjelp til brukerne ble ikke gitt på brukerstedene i byrommet. Det lå en klar forventning om at brukerne skulle nyttegjøre seg av de tilbudene som var tilgjengelige.

I *Oslo* er beslutninger og ansvar mer delt. Retten til behandling avgjøres etter rettighetsvurderinger i helseforetakene. Det er ofte betydelig ventetid til



Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

avrusning og institusjonsbehandling. Særlig vil de som ønsker lengre institusjonsbehandling mangle tilbud eller ha lang ventetid. Opprettelsen av rusakuttmottak høsten 2010 har bedret situasjon med hensyn til akutt hjelp. Rusatferd bedømmes av noen som sykdomsbestemt, mens andre krever ordenstiltak. Handlingsalternativer for brukere og politi er ikke etablert i tilstrekkelig grad.

#### *Integrasjon som forutsetning – «Plata» som avviksførsterker*

Problematisk rusmiddelbruk ble i alle de besøkte byene sett i sammenheng med sosial isolasjon og utstøtning fra eget miljø. Det ble i ulik grad vektlagt at brukeren skulle integreres mest mulig i vanlige miljøer, og strekke seg etter bedret funksjon (rehabilitering). De åpne stoffscenene ble vurdert som et sted som vanskeliggjorde normalisering, og tiltrakk seg marginaliserte individer. «De åpne stoffscenene» ble oppfattet som selvforsterkende miljøer som burde forhindres i å bli etablert.

I Oslo er det i hovedsak enighet om å se problematisk rusmiddelbruk i et utstøtnings- og integreringsperspektiv, men samtidig er det ingen enighet om vurderingen av «Plata» i en slik sammenheng. Etter rusreformen i 2004 mistet kommunen mulighet til å vurdere hvem som hadde behov for avrusning, og det ble mindre mulighet til å lage sammenhengende kjeder av tiltak som kunne føre personen fra «Plata» til substitusjons- eller annen behandling. Det mangler i hovedsak lavterskel vedlikeholdsbehandling som en tiltaksform atskilt fra langsiktige rehabiliteringstiltak.

#### *Lavterskel substitusjonsbehandling*

Substitusjonsbehandling med lav terskel, det vil si uten spesialistvurdering eller andre omfattende inntaksvurderinger, ble vektlagt i alle de aktuelle byene. Dette tilbudet var alle steder utformet med tiltak for å forhindre «lekkasje» av medisiner, slik som daglig utlevering og kontroll av inntaket. Det var også adskilt fra behandlingstiltak som siktet mot systematisk forandringsarbeid. Lavterskel metadonbehandling ble knyttet til andre helsetjenester som undersøkelse av og behandling av somatiske (kroppslige) lidelser. Det ble også knyttet sammen med lavterskeltiltak fra sosialtjenesten. Politiet hadde ofte mulighet til å formidle/henvise pasienten til slike lavterskel substitusjonsbehandlingssteder. Det var altså et fellespreg at skadereduksjon var en del av et

helhetlig tilbud som skulle redusere risikoen for ulike skader, samtidig som det ikke skulle komme i stedet for langsiktige tiltak.

*Oslo* har under utvikling et lavterskel behandlingstilbud med buprenorfin (subuxone), LASSO, som startet i oktober 2010 med lav kapasitet, men som har fått økte budsjetter for 2011. Dette tiltaket er utviklet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men ansvaret for tilbudet ligger i kommunen (Rusmiddeletaten). I hovedsak er skadereduksjonstilbudet knyttet til feltpleie med sykepleiertjeneste, rask hjelp ved sosiale kriser og samarbeid med legevakten.

#### *Oppsøkende sosialtjeneste i samarbeid med politi*

Alle byene hadde en eller annen form for aktivt oppsøkende sosialtjeneste som samarbeidet tett med politiet, både for å forhindre utviklingen av rusmiljøer og for å etablere tiltak for rusbrukere som var vanskelige å nå. Det var gjensidig informasjonsutveksling, men for de fleste stedene var det taushetsplikt for sensitiv informasjon, og atskilte informasjonssystemer. Sosialtjenesten bar preg av aktive metoder for kontaktetablering og mulighet for å tilby og å iverksette individorienterte planer og tiltak.

I *Oslo* er det også en stor oppsøkende virksomhet i sentrum i kommunens regi, i snitt 25 patruljer i uken på dag/kveldstid, og det er god oversikt over rusmiljøet. Det arbeides aktivt med å forhindre yngre fra å bli en del av det åpne rusmiljøet i sentrum, men tilstrømmingen av misbrukere fra andre kommuner til *Oslo* er nokså stor. Den systematiske samhandlingen med politiet en ser i mange europeiske byer, er imidlertid ikke utviklet i *Oslo*.

#### *Hjemløshet aksepteres ikke*

Alle byene oppga å ha tilstrekkelig kapasitet for å avhjelpe hjemløshet, med et prinsipp om at det ikke var akseptabelt at noen bodde «på gata». Tilbudene var likevel i hovedsak lavterskelhusliknende, med en bostandard som neppe ville vært akseptabelt i Norge. Det typiske var likevel høye krav til orden, hygiene, ro og hvilemuligheter. Det var også kontakttilbud til hjelpetjenester de fleste steder med botilbud. Bare *Wien* hadde tilstrekkelig antall kommunale boliger med aktiv sosialpedagogisk oppfølging.

I *Oslo* har Rusmiddeletaten et betydelig antall kommunale institusjonsplasser, ca 200 av disse er i lavterskelhus med inntak hele døgnet. Inntak skjer via sosialtjenesten, og når den er stengt via Sosial Vakttjeneste på Legevakten. Det

ser imidlertid ut til å være politisk uenighet om standarden på noen av tilbudene er god nok. Flere av husene har over 40 sengeplasser, og på det største er det plass til over 70 brukere. Vinterstid er det jevnlig medieoppslag om brukere som hevder de ikke har noe sted å sove, disse har som oftest takket nei til kommunens tilbud av forskjellige grunner. Kommunen har ca. 10 000 kommunale boliger, men det er for få boliger tilpasset brukere i aktiv rus og for lite ressurser til oppfølging av brukere med lav boevne. Brukere med svak boevne overlates ikke sjelden til seg selv, ofte med ideologibaserte begrunnelser om selvbestemmelse og begrenset rett for offentlige instanser til å føre tilsyn i «privat bolig».

#### *Tvangsbehandling – tvangstiltak*

Bruk av straff som reaksjonsform for bruk av narkotika var blitt sterkt nedtonet i alle byene. Byene hadde imidlertid på ulike måter forvaltningsmessige bestemmelser som både hjemlet frihetsinnskrenkende tiltak og atferdsregulerende påbud. Spesielt for Lisboa var egne sivile domstolsliknende kommisjoner. Zürich hadde en spesiell type varetektliknende «*detention centre*». Frankfurt hadde utstrakt bruk av myndighetsutøvelse hos påtalemyndigheten uten domstolsgodkjenning. Denne reaksjonsformen ble vektlagt som et viktig ledd i den samlede tiltakspakken i Frankfurt. I Wien ble det i stor grad brukt alternative reaksjonsformer i domstolene. Amsterdam hadde lovgivning som ga domstoler mulighet til å dømme til et slags behandlingsfengsel i inntil 2 år. Ved samarbeid og tilfriskning kunne personen få avkortet straffen. Byen hadde også tvangsplassering av personer uten bolig med psykiske vansker og rusmiddelbruk i en egen lukket institusjon. Beslutninger om bortvisninger fra visse områder og ulike atferdspåbud var i bruk i varierende grad.

I Oslo er det mulig å beslutte tvangsbehandling etter sosialtjenesteloven, men det er generelt lite kunnskap om og liten villighet til å bruke denne muligheten. Det er også liten villighet og mulighet til bruk av psykisk helsevernlovgivning uten alvorlig psykotisk tilstand, og det er liten kapasitet i lukkede psykiatriske institusjoner. Personer med svært avvikende atferd og psykotisk tilstand får sjelden lengre opphold på sykehus og skrives ut til kommunale institusjoner/boliger, ofte uten tilstrekkelig faglig bemanning og oppfølging. Politiet kan gi enkelte atferdspåbud, men påbudene har som oftest kort varighet og virkningen er usikker. Det er ikke mulig å idømme tvangsbehandling.

Personer kan overføres til behandlingsinstitusjoner som alternativ til soning. Dette forutsetter imidlertid at personen er dømt etter straffeloven og selv søker om slik overføring.

#### 3.5.5 Suksesskriterier

De kriteriene som syntes å henge sammen med gode resultater i bekjempelsen av åpne stoffscener var at byen hadde

- Spredning av brukermiljøer fremfor konsentrasjon
- Nulltoleranse for «offentlig forstyrrelse» – monopolisering/«okkupasjon» av offentlig sted, med åpent stoffbruk, salg og sprøytesetting
- Tatt i bruk aktive og vedvarende metoder for å forhindre utvikling av åpne stoffscener, og satt av ressurser til dette i et langsiktig perspektiv.
- Utviklet strategier for å følge opp den enkeltes atferd med sikte på en dialog også om brukerens behov
- Utviklet en grunnleggende aksept av den enkelte bruker, også de som ikke klarer eller vil slutte å bruke stoff – men ikke aksept av plagsom atferd
- Lykkes med å utvikle og tilpasse gjensidige roller og handlingsmulighet for brukere, politi og ulike hjelpeinstanser
- Lykkes med å etablere en kombinasjon av kontroll- og hjelppregete tiltak og kommunisert dette som en konsensus mellom involverte aktører som politi og hjelpeapparat og politiske myndigheter
- Bygget ut tilstrekkelig kapasitet i lavterskel behandlings- og hjelpetilbud
- Tilrettelegging for en grunnleggende sameksistens mellom brukere og byen som var akseptabel for begge parter
- En samlet politisk styring som omfattet private aktører.

#### 3.5.6 Noen ord om overdosedødsfall

Byrapporten omhandlet overdosedødsfall bare indirekte. Alle de besøkte byene rapporterte at antallet hadde gått ned, men nivåene var svært ulike. Byene hadde også i ulik grad pålitelige oversikter over overdosetallene. Noen manglet dessuten anslag for de senere årenes utvikling. Lisboa manglet pålitelige anslag for forekomsten av overdosedødsfall.

Med disse forbeholdene kan det fastslås at Amsterdam hadde klart lavest antall overdosedødsfall med mellom 20 og 30 dødsfall pr år, hvorav halvparten av dødsfallene skjedde blant innbyggerne i byen, den andre halvparten tilreisende.

#### Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

Frankfurt oppga at antallet svingte mellom 20 og 40 pr år, mens Zürich mente at antallet fra et høyt nivå hadde kommet ned i 50, siste opplysninger var fra 2002. Wien anga at det i gjennomsnitt var omtrent 140 årlige overdosedødsfall.

Befolkningsgrunnlaget og antallet personer med problematisk rusmiddelbruk var høyest i Wien, og lavest i Zürich og Amsterdam. Frankfurt var i en mellomposisjon. Antallet dødsfall samvarierte altså med risikopopulasjonen. Bruksmåten hadde dessuten stor betydning for hvor stor dødsrisiko brukeren hadde. Andelen med bruk av sprøyter er derfor viktig. Behandling, særlig vedlikeholdsbehandling beskytter dessuten vesentlig fra overdoser. I Amsterdam brukte mindre enn 10% av heroinbrukerne sprøyter. Antallet i høyrisikogruppen var derfor ca 300. Byen oppga dessuten at 80% av alle personer med heroinbruk var i behandling. Disse forholdene forklarte i stor grad det lave antallet overdosedødsfall. I Zürich var anslagsvis 50% av byens 3-5000 stoffbrukere som injiserte og ca 2000 var i vedlikeholdsbehandling, derav ca 200 i heroinassistert behandling (HAT). En stor del av de øvrige var i annen behandling. I Frankfurt ble det anslått at rundt halvparten av byens rundt 4000 heroinbrukere brukte sprøyter. Rundt 1300 var i vedlikeholdsbehandling, derav 100 i heroinassistert behandling. Det var svært god tilgang til andre skadereduksjonstiltak som sprøyte- og røykerom. I Wien brukte 40% av byens omtrent 10 000 heroinbrukere sprøyter og 80% var i vedlikeholdsbehandling. Inntrykket var at overdosetallet svingte systematisk i forhold til om brukerne injiserte heroin og om det var tilgjengelig behandling, først og fremst substitusjonsbehandling. Andre skadereduserende tiltak så også ut til å ha en viss effekt. Heroinassistert behandling (HAT) ble ikke tilskrevet noen vesentlig betydning for antall overdosedødsfall noe sted, ettersom antall personer i slik behandling var relativt lavt.

## 4. Diskusjon

232 personer døde av overdose i Oslo i perioden 2006 til 2008 (22% var kvinner). Gjennomsnittsalderen var 36 år, og det var ingen døde under 18 år. De aller fleste døde av heroinforgiftning og mange av kombinasjonen heroin og benzodiazepiner. En liten andel (10%) døde av metadonforgiftning. Flertallet døde i privat bolig og et mindretall av dødsfallene fant sted utendørs. 1/3 av de døde var tilreisende og disse var i stor grad yngre menn.

Flertallet av de døde hadde hatt kontakt med flere ulike instanser i tiltaksapparatet, og det var ofte kontakt rett før dødsfallet. Ukene rett etter løslatelse fra fengsel og avsluttet medikamentfri døgnbehandling var en risikotid for dødelige overdoser. Det var et mangfold av ulike typer forhold og forklaringer rundt de ulike overdosedødsfallene. Brukere, pårørende og fagfolk beskrev ulike hovedtyper av overdosedødsfall som for eksempel «uhell» og «utslitthet» som igjen hadde sine undergrupper. Undersøkelsen viser at forklaringene til overdosedødsfall er sammensatte, samtidig som tiltaksapparatet beskrives som fragmentert med mangel på skriftlige rutiner og prosedyrer, samhandling og informasjonsflyt.

### *Antall overdosedødsfall*

Undersøkelsen viser at det i Oslo døde i gjennomsnitt 77 personer årlig av overdose i perioden 2006 til 2008. Det foreligger to ulike statistikker for overdosedødsfall i Norge. En er basert på tall for overdosedødsfall fra Kripos, mens den andre er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (31). Overdosetallene fra Kripos er noe lavere enn tallene fra SSB, fordi definisjonsgrunnlaget for hva som inkluderes som overdosedødsfall er noe forskjellig hos de to instansene. Blant annet inkluderer tallene fra SSB selvmord i motsetning til Kripos som ikke har disse med. Denne undersøkelsen brukte samme definisjon som SSB. Tallene er derfor høyere enn de som blir rapportert fra Kripos. Det er ikke grunnlag for å si at de høye overdosetallene i Norge er en følge av overrapportering. Likevel dekker dette materialet kun de dødsfall der politiet anmoder om obduksjon. Hvor store mørketall som ikke obduseres er ukjent.

*Stoffer og bruksmåten sammenheng med overdosedødsfall*

Heroin ble vurdert som forgiftningsårsak i en stor andel av dødsfallene. Antallet personer med injiserende heroinbruk, i forhold til folketallet, i Norge er høyere enn i en del andre europeiske land (2). Etter all sannsynlighet er dette en av årsakene til Norges mange overdosedødsfall. Brukerne trakk også frem variasjoner i heroinens styrke som en medvirkende årsak. I denne undersøkelsen ble ikke dette undersøkt, men det finnes noen indikasjoner på at endringer i heroinens styrke kan påvirke antall overdoser (32;33).

I samsvar med undersøkelser fra andre land ble det i de aller fleste tilfellene påvist mer enn en substans ved analyse (8;9;34). I denne undersøkelsen var den mest vanlige kombinasjonen heroin og benzodiazepiner, en mindre andel hadde kombinasjonen heroin og alkohol. Både benzodiazepiner og alkohol gir et betydelig bidrag til respirasjonsdempning når det kombineres med heroin. Brukerne fortalte at alkohol økte sannsynligheten for en feilvurdering både i forhold til det å kombinere med heroin og hvilken dose som ble satt. Det ble også fortalt om problemer med nedtrapping av benzodiazepiner og det var et ønske fra noen av brukerne om langvarig hjelp til nedtrapping.

Heroinforgiftning var mer vanlig blant de yngre, mens i den øverste aldersgruppen (46-70 år) utgjorde inntak av sterke smertestillende medikamenter (reseptbelagte opioider) hvert tredje dødsfall. Det er nærliggende å anta at slike dødsfall forekom hos eldre personer med ulike sykdommer og som døde etter inntak av slike midler forskrevet av lege. Disse dødsfallene hadde muligens en annen karakter enn de dødsfallene der heroin alene eller i kombinasjon med andre stoffer var forgiftningsårsaken. Det bør vurderes forsterket oppfølging overfor personer hvor forskrivning av sterke smertestillende er nødvendig, spesielt i forhold til personer med rusproblematikk.

Det har vært en økning i Norge i antall dødelige overdoser med metadon mellom 2002 og 2007 (4). Blant de dødelige overdosene i perioden 2006 til 2008 var det en liten andel (10%) hvor metadon ble vurdert som forgiftningsårsak. Seks av de 24 personene der metadon var vurdert som hoveddødsårsak var i LAR. I de fleste tilfeller vil ikke rettsmedisinerne ha informasjon om vedkommende var i LAR. Bidraget fra alkohol, benzodiazepiner og sovemedisiner, samt manglende informasjon om avdøde har vært i LAR, kan være forklaringen på at personer som har vært i LAR har fått dødsårsaken oppgitt som metadonforgiftning. Et konsentrasjonsnivå av metadon som fungerer godt

for LAR-pasienter, hvor vedkommende er tilvendt, vil kunne fremstå som en dødelig konsentrasjon for en ikke-tilvendt bruker.

Norge er blant de landene i Europa med høyest andel personer som injiserer heroin med sprøyte (2;3;35). Å injisere stoffer øker risikoen for overdose (36;37), og dette er også en av årsakene til de mange overdosene i Norge. Brukerne trakk selv frem injeksjonskulturen i Oslo som en medvirkende faktor til overdoser. Byene som ble besøkt i Europa la vekt på skadereduksjon for å redusere skadene ved inntak av stoff og injeksjonsbruk. Dette innebar blant annet tilgjengelig sprøyte- og røykerom uten restriksjoner. I Oslo kommune er det ikke samlet politisk enighet om å ha skadereduksjon som en av målsettingene for forebygging og behandling av overdoser. Sprøyterommet er et eksempel på dette hvor det gjennom en egen lov er regulert at det kun kan injiseres én brukerdose heroin. I en australsk undersøkelse fant man at antall overdoser gikk ned i sprøyterommets åpningstider og da spesielt i området i nærheten av sprøyterommet (38). I motsetning til Sprøyterommet i Oslo var det ingen restriksjoner på hva som kunne injiseres. Det bør vurderes om restriksjonene ved Sprøyterommet skal opprettholdes og om det bør åpnes opp for en bredere målgruppe enn i dag, blant annet ved å åpne opp for å røyke heroin.

Lavterskel substitusjonsbehandling var tilgjengelig i alle de besøkte europeiske byene. Dette var steder der brukere fikk tilgang til andre helsetjenester og sosialtjenesten. Politiet hadde også anledning til å henvise brukere til denne type behandling. Felles for alle byene var at denne type behandling inngikk som en del av et helhetlig tilbud samtidig som det ikke kom i stedet for andre behandlingstiltak. Denne type behandling ble tilgjengelig høsten 2010 i Oslo, men har i begynnelsen av 2011 fortsatt liten kapasitet. Dette vil kunne være et tiltak som kan være med å redusere noen av overdosedødsfallene, men effekten av dette vil ikke synes før et større antall er inkludert i behandlingen.

#### *Ulike grupper som døde av overdoser*

Det var flest menn i midten av 30-årene som døde av overdose. Dette gjenspeiler andelen mannlige og kvinnelige rusbrukere i samfunnet og alderen på rusbrukere generelt i Norge (23). Debutalderen for sprøytebruk har steget jevnt siden 1970-tallet og var i 2008 25,6 år (3). Over 60 % hadde hatt kontakt med tre eller flere ulike tiltak i løpet av året før de døde og mange hadde hatt kontakt kort tid før dødsfallet.



Kvinnene var i mindretall i denne undersøkelsen. I gjennomsnitt var de noe eldre enn mennene. De ble i høyere grad funnet i privat bolig, og hadde hatt kontakt med, i de fleste tilfeller, to eller flere ulike instanser i tiltaksapparatet i året før de døde. Én annen gruppe var yngre menn som døde like etter løslatelse fra fengsel, og disse var i all hovedsak ikke fra Oslo. En tredje gruppe var de som døde av heroinoverdose rett etter medikamentfri døgntilrettelagt behandling.

Disse gruppene viser at det finnes mange typer overdosedødsfall knyttet opp til ulike kjennetegn. Løslatelse fra fengsel og avsluttet medikamentfri døgntilrettelagt behandling er kjente risikofaktorer for dødelig overdoser (5;13-17;19). Toleransen for stoff er lav og risikoen for overdoser er derfor høy. Verdens helseorganisasjon Europa utga i 2010 en anbefaling om forebygging av overdoser i fengsel og bedre kontinuitet i ettervern etter løslatelse (2;39). Dette viser at forsterkede tiltak bør være på plass før noen løslates fra fengsel eller avslutter medikamentfri døgntilrettelagt behandling.

En liten gruppe, av de som døde av overdose i undersøkelsesperioden, var ikke-vestlige statsborgere. I følge Oslo politidistrikt (*K. Skjelvan, muntlig meddelelse, 17.2.2011*) var dette kun åtte personer. Dette kan ha sammenheng med et annet bruksmønster, hvor stoffene i hovedsak røykes og ikke injiseres. Dermed er beskyttelsen mot dødelige overdoser større. I en tidligere studie om blant annet overdoser hos menn med migrasjonserfaring fremkom det behov for at fagfolk hadde kunnskap om kultur- og kjønns spesifikke forhold, rusadferd, depresjon og posttraumatisk stresslidelse for å hjelpe denne gruppen (40).

1/3 av de som døde i Oslo var tilreisende som i hovedsak var yngre menn som døde av heroinoverdose enten utendørs eller i en offentlig bygning. Mange var uten eller med lite kontakt med tiltaksapparatet i Oslo. Tilreisende er en gruppe det bør rettes fokus mot og hvor det bør iverksettes tiltak for å forebygge overdosedødsfall. Et slikt tiltak kan være å gi tilreisende økt tilgang til tiltaksapparatet i Oslo kommune slik at en på denne måten kan redusere noen av overdosene. På den annen side kan økt tilgang til hjelp medføre en økning i antall tilreisende. Zürich fikk i sin tid en økning i antall tilreisende da de iverksatte en rekke skadereduserende tiltak tilgjengelig for alle. For å redusere antall tilreisende ble det innført hjemsendelse av utenbys personer da den siste åpne stoffscenen ble stengt i 1995. Denne ordningen ble fortsatt praktisert i Zürich høsten 2010.

Hjemsendelse av utenbys personer har vært forsøkt i forbindelse med Tiltaksplanen i 2003 (29). Ordningen fungerte ikke etter hensikten da det viste seg at noen utnyttet ordningen for å få gratis skyss tilbake til hjemstedet (29)). I tillegg viste det seg at det å følge opp tiltaksapparatet i hjemkommunene til de som ble sendt hjem ikke alltid var enkelt, og noen av instansene i andre kommuner mislikte å bli fulgt opp fra instanser i Oslo (29). Høsten 2004 ble derfor kriteriene for hjemreise innskjerpet ved at personen måtte være i en krisesituasjon og ha behov for oppfølging og tilrettelegging fra tiltaksapparatet eller de måtte være nye unge tilreisende som ble påtruffet i misbrukermiljøet (29). For å redusere antallet overdosedødsfall blant tilreisende bør det settes inn ressurser i forhold til å øke samarbeidet mellom tiltaksapparatet i Oslo kommune og andre kommuner. Ved et økt samarbeid over kommunegrensene ville en kunne sende flere tilbake til hjemstedet, samtidig som hjelpeapparatet der kan være klar til å sette i gang nødvendige tiltak.

#### *De fleste døde i privat bolig*

Et av argumentene for å stenge den åpne stoffscenen i Oslo har vært at da ville overdosedødsfallene gå ned. I denne undersøkelsen var det de færreste av overdosedødsfallene som skjedde ute på gaten, på offentlige toalett eller liknende. I stedet døde de fleste i privat bolig. Dette er i samsvar med andre undersøkelser (8;41). Det er derfor ikke slik at de fleste overdosedødsfallene skjer i direkte forbindelse med den åpne stoffscenen «Plata».

Årsakene til at flere dør i privat bolig sammenlignet med andre steder kan være mange. En kan være at de aller fleste ruser seg hjemme eller i privat bolig og at funnsted reflekterer andelen som ruser seg hvor. En annen årsak kan være at det å bo alene og ruse seg hjemme er en risikofaktor for dødelige overdoser. I egen bolig, eller bolig med lav grad av tilsyn, vil det være lettere å sette en dødelig overdose uten at det blir oppdaget sammenlignet med en bolig med tilsyn. Fagfolk som ble intervjuet i forbindelse med denne undersøkelsen påpekte at spesielt menn over 40 år med lang fartstid i Rusmiddeletatens tiltak var særskilt utsatt for å oppleve å være hjemløs i egen bolig. Av den grunn kan disse være i risiko for dødelige overdoser. Det kan være at bolig med tilsyn er et bedre alternativ for slike undergrupper, enn at alle skal ha egen bolig. En britisk undersøkelse viser for øvrig at det å være uten bolig er en stor risikofaktor (42).

Alle de besøkte europeiske byene hadde tatt konsekvensene av dette og hadde som prinsipp at alle skulle ha et sted å bo. Boligtilbudene var av varierende kvalitet og bostandarden ville i mange tilfeller ikke blitt akseptert i Norge. Oslo kommune har et betydelig antall institusjonsplasser og boliger. Likevel er det for få boliger som er tilpasset brukere i aktiv rus og for lite ressurser til oppfølging av brukere med redusert boevne. Brukere med redusert boevne overlates ikke sjelden til seg selv, ofte med begrunnelse om selvbestemmelse og begrenset rett for offentlige instanser til å føre tilsyn i privat bolig. Oslo kommune bør fortsatt ha fokus på at alle skal ha tilgang til et sted å bo, men det bør vurderes om alle skal ha egen bolig eller om noen i stedet er i behov av en bolig med tilpasset oppfølging.

#### *Et fragmentert tiltaksapparat*

Størsteparten av de som døde av overdose i perioden 2006 til 2008 hadde hatt kontakt med mange ulike instanser i tiltaksapparatet og også ofte kort tid før dødsfallet. Likevel trenger ikke kontakthypighet å være uttrykk for hvor godt fagfolk kjente personene og deres behov. Et høyt antall av de avdøde hadde vært i kontakt med sosialtjenesten, Ullevål universitetssykehus, Oslo kommunale legevakt og ambulansetjenesten gjennom hele det siste året. Dødsfallene fant sted til tross for denne kontakten. En av de mange årsaker til dette kan være et for fragmentert tiltaksapparat med utilstrekkelig samhandling og informasjonsflyt, slik det ble beskrevet av brukere, pårørende og fagfolk i undersøkelsen. Det var altså ikke mangel på tiltak som var problemet, men at tiltakene ikke alltid var godt nok koordinert og sett i sammenheng.

Gjennom intervjuene med fagfolk ble det fremhevet at det i liten grad var noen planlagt, strukturert og helhetlig måte å forebygge, behandle og gi psykososial oppfølging ved overdoser. Det var heller ingen informasjonsflyt på tvers av nivåer eller eierformer. En person kunne ha hatt opptil ti overdoser i løpet av en uke, uten at viktige hjelpeinstanser og/eller pårørende ble informert. Forståelse og håndtering av taushetsplikten medvirket til dette, og arbeidet syntes ofte å bli personavhengig.

Fagfolk beskrev barrierer innad i Oslo kommune i form av mange instanser og aktører som skulle gjøre «sitt» og som trengte vedtak for å kunne gjøre det som var nødvendig. Ansvarsforholdene i krisesituasjoner var ikke avklart. Tjenestetilbudet ble oppfattet som oppdelt, noe som gjorde at fagfolk ikke fikk et

helhetlig syn på brukeren. Resultatet av dette ble beskrevet som tjenester som ikke var gode nok verken for fagfolk, tjenestemottakeren eller pårørende. De sosialfaglige, medisinske, juridiske, etiske og holdningsmessige problemstillingene som står i veien for en mer helhetlig praksis bør belyses og diskuteres av politikere, administratorer, fagfolk, brukere og pårørende i fellesskap.

En politisk bestemt plan med koordinering av hjelpe- (sosial- og helse-tjeneste) og kontrolltiltak (politi) var et fellestrekk mellom de fem besøkte europeiske byene. Det var i alle byene oppnevnt koordinator og/eller andre samordningsgrupper knyttet til sentrale institusjoner. Samtidig skjedde planlegging og gjennomføring av tiltak i stor grad etter felles styring. I Oslo er det en koordineringsgruppe for Oslo sentrum, men denne har ikke fokusert på overdosesituasjonen spesielt. Gruppen har en koordinerende funksjon og råder over de ressurser hver enkelt deltaker har i sin organisasjon, men har ingen øvrig styringsrett. I Oslo kan russituasjonen synes mer som et partipolitisk enn et faglig spørsmål og koordineringsgruppen har derfor mindre styringsinnflytelse. Dette kan være en av årsakene til at tiltaksapparatet fremstår som fragmentert og med liten samhandling mellom instansene.

#### *Kunnskap om risikofaktorer*

Fagfolk beskrev at de selv og andre i hjelpeapparatet av ulike grunner kunne være insensitive overfor brukernes språklige og kroppslige uttrykk for sine relasjonelle og eksistensielle problemer. Det kan også være at fagfolk ikke oppfattet sine oppgaver som knyttet til forebygging av overdoser og derfor ikke etterspør brukernes erfaringer med dette. Brukerne kan også velge å ikke ville fortelle om sine overdoseerfaringer. Opparbeidelse av tillit er en forutsetning for at en slik kommunikasjon kan skje.

Denne undersøkelsen har belyst den økte faren for overdoser ved nylige relasjonsbrudd. I en tidligere kvalitativ studie om menn med rusavhengighet, overdoser og selvmordsadferd i Norge var ett av resultatene at livstruende overdoser kunne være både målrettede, kommunikative og meningsfylte handlinger (43). Dette hang sammen med deres erfaringer med relasjonelle og eksistensielle problemer. I en oppfølgingsstudie fremkom det at hverdagspråket om relasjonelle og eksistensielle problemer ikke alltid strekker til, og derfor kan kommunikasjon om disse forholdene være komplisert (44).

Psykisk helse eller selvmordsproblematikk ble heller ikke beskrevet som et særlig tema i ambulansetjenesten, kommunale rustiltak eller i sosialtjenesten, til tross for kunnskapen om sammenhengen mellom ruslidelser og psykiske lidelser (45) og at omlag 10% av overdosedødsfall kan være selvmord (46;47). Helsetilsynet uttrykte i 2005 bekymring for den høye dødeligheten blant personer med alvorlig rusavhengighet (48). Brukerne i denne undersøkelsen opplevde at flere av overdosene var ment som å flykte fra en vond virkelighet hvor de ikke kunne se noe lys i tunnelen, eller som forsøk på å mestre en situasjon knyttet til sine levekår de opplevde som utmattende. Forhold mellom og blant fagfolk i hjelpeapparatet og mellom fagfolk og brukere medførte derfor ulike barrierer knyttet til å etablere en felles og helhetlig forståelse av situasjonen og om hva som kunne være til hjelp på kort og lengre sikt (49).

En av fagfolkene som ble intervjuet foreslo at hver overdose skulle rapporteres som et selvmordsforsøk. På denne måten ville en kunne fange opp flere av dem som var i risiko for å dø av overdose. Tidligere overdoser ser ut til å øke risikoen for nye overdoser (10;50;51). Om en kunne fange opp personer ved første overdose og det fantes en nedskrevet prosedyre for hvilke tiltak som skulle iverksettes ville en kunne forebygge noen av de dødelige overdosene. Dette forutsetter en villighet til å etterspørre erfaringer rundt overdoser og tilgjengelige ressurser hos de ulike instansene til å håndtere personer som er i risikozonen for å dø av overdose.

#### *Faktorer rundt arbeidet med forebygging og behandling av overdoser*

I de fem besøkte byene hadde det oppstått en krisesituasjon før det ble politisk enighet om hvordan problemene rundt rusbruk skulle håndteres. Fagfolk pekte på at rolleforståelse- og behandlingsmodeller, samt en økt spesialisering og fragmentering i organiseringen av tjenestene, kan ha medført at arbeidet med overdoser har blitt for endimensjonalt i Oslo. I en slik sammenheng kan forståelsen av kompleksiteten rundt overdoser bli for snever. Dette kan hindre en nødvendig undersøkende tilnærming til brukeres egen opplevelse av sin situasjon i alle deler av hjelpeapparatet.

Flere fagfolk ga uttrykk for å føle seg slitne og maktesløse overfor målgruppen. Dette kunne være forhold knyttet til brukernes psykiske helse, og betydningen denne kan ha for relasjoner til enkeltpersoner i tiltaksapparatet. Brukernes erfaringer med eksistensielle og relasjonelle problemer vil kunne

#### 4. Diskusjon

påvirke og styre samspillet med andre (52). Denne undersøkelsen viser at dette samspillet kan bli ytterst komplisert. En større bevissthet om slike individuelle prosesser blant fagfolk kan være nødvendig for å forhindre stagnasjon, selvopppyllende negative forventninger og mer ubevisste utstøtnings- og avvsningsmekanismer. Bertling (53) trekker fram at en tydelig og helhetlig organisering av hjelpeapparatet for personer med rusproblemer blir særlig viktig på bakgrunn av de spesielle psykiske problemene mange i denne gruppen har. Vår undersøkelse peker på at et menneske i krise dessuten kan ha store problemer med å identifisere og formulere egne behov, samtidig som samtykkekompetansen av ulike grunner kan være svekket.



## 5. Forslag til tiltak på systemnivå for å redusere antall overdosedødsfall

Denne undersøkelsen har vist at faktorene ved overdosedødsfall er mange og sammensatte. Den har også vist et innholdsrikt, men for fragmentert tiltaksapparat med mange aktører, som har for lite samhandling, koordinering og informasjonsflyt mellom instansene. I tillegg har det vært påvist ikke tilstrekkelige politiske mål for hvordan overdoser skal forebygges og behandles. I 2009 døde åtte personer i trafikkulykker i Oslo. Samferdselsetaten utarbeider årlig en egen årsberetning for trafikkulykkene i byen, med en grundig gjennomgang av hendelsene. Dette systemperspektivet er viktig for å bringe dødstallene ytterligere ned. Til sammenlikning dør det mellom 70 og 80 personer av overdose i Oslo hvert år, men noe tilsvarende årsberetning finnes ikke for rusrelaterte dødsfall generelt, eller overdosedødsfall spesielt.

Fordi faktorene ved overdosedødsfall er mange, sammensatte og komplekse kan det være rimelig å legge et folkehelseperspektiv til grunn for et bredt og flerfaglig arbeid med tanke på å redusere overdosedødsfallene i Oslo. Forutsetningene for en bedret fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell helse i målgruppen vil derfor innebære og særlig løfte frem systemperspektivet. Vedtak på politisk nivå i en målstyrt kommune som Oslo vil da fremstå som relevante og viktige, særlig hvis de knyttes til allerede eksisterende kommunalt planverk og kvalitetsarbeid.

Nedenfor skisseres de ulike problemområdene som er kommet frem gjennom denne undersøkelsen. For hvert problemområde følger forslag til tiltak om hvordan disse kan forbedres. Dette inkluderer konkrete forslag til rutiner for fremskaffelse av relevant tallmaterialet i fremtiden. Forslagene bør vurderes på bakgrunn av et vedvarende høyt antall overdosedødsfall. Ikke-dødelige overdoser signaliserer betydelig risiko for fremtidige dødsfall. På denne bakgrunn vurderes det at det ofte vil være riktig å anlegge et nødrettsperspektiv i arbeidet for å redusere dette helseproblemet. Flere av forslagene nedenfor går derfor utenfor vanlig forståelse av taushetsplikt og etatsgrenser. Dette anses



som nødvendig på bakgrunn av problemets omfang og det bør gjennomføres en juridisk vurdering av konsekvensene for disse forslagene.

### **Problemområde 1:**

*Denne undersøkelsen har tegnet et bilde av et for fragmentert tiltaksapparatet med ikke tilstrekkelige skriftlige rutiner og prosedyrer, koordinasjon, samhandling og informasjonsflyt.*

Forslag til tiltak:

- Bystyret bør formulere overordnede politiske målsettinger med arbeidet knyttet til å redusere omfanget av overdosedødsfall. Dette vil som politiske retningsmål i en målstyrt kommune kunne gi viktige signaler til administrativt og faglig nivå. Et viktig politisk mål vil være å ha en årlig reduksjon av overdosedødsfall. Byrådet bør innarbeide de vedtatte overordnede målsettingene fra bystyret i budsjettokumenter, og i relevante budsjettkapitler for bydelene, Helse- og velfredsetaten, Rusmiddeletaten og Legevaktsetaten. Målsettingene bør også innpasses i rullinger av kommunens ulike planer.
- Det bør utpekes for en periode en ansvarlig faginstans (på linje med smittevernoverlege) i Oslo for blant annet å planlegge, gjennomføre og evaluere tverretattlig samhandling og fagutvikling.
- En slik faginstans (f.eks en ”overdoseoverlege”) bør journalføre alle overdosedødsfall og utarbeide en egen årsberetning for overdosedødsfallene i byen, med en grundig gjennomgang av hendelsene.
- I samarbeid med fagetatene bør det formuleres kvalitetsindikatorer for det overdoseforebyggende arbeid. Indikatorene kan være målstyringsparametre og fungere som beslutningsstøtte for utforming og videreutvikling av tjenestene.
- Det bør gjøres en gjennomgang av hvilken oppfølging og behandling vedkommende har fått (behandlingsautopsi) etter alle overdosedødsfall. Problemer kartlegges og i relevante tilfeller underrettes behandlingsansvarlig lege og andre som har vært involvert i arbeidet rundt personen for å fremme læring om temaet i feltet.
- Etter et bekreftet overdosedødsfall bør det avholdes et møte for dem som har vært involvert i oppfølgingen og behandlingen rundt den avdøde. Dette for å avklare hvilke forhold som kan ha medvirket til dødsfallet.

## 5. Forslag til tiltak på systemnivå for å redusere antall overdosedødsfall

- De tilfellene der dødsfallene er forårsaket av forskrevne opioider (smertestillende) bør undersøkes spesielt med sikte på om behandlingen har vært forsvarlig, eventuelt bør behandlende lege kontaktes.
- Det bør sørges for at det inngås skriftlige samarbeidsavtaler/retningslinjer for samhandling mellom kommunens tiltak og mellom kommunens tiltak og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med overdoser og overdosedødsfall.
- Byrådet bør opprette en referansegruppe bestående av representanter for brukerorganisasjoner, pårørendeorganisasjoner og forskere, samt relevante tjenester i og utenfor kommunen. Referansegruppen bør drøfte og følge opp de overordnede målsettingene fra Bystyret og særlig fokusere på etiske, juridiske og praktiske forhold knyttet til forebygging av overdosedødsfall.

### **Problemområde 2:**

*Det var et mangfold av ulike typer og forklaringer for de ulike overdosedødsfallene basert på ulikheter i hvilke stoffer som var forgiftningsårsak, variasjon i alder og kjønn, bruk av tiltaksapparatet, samt hendelser forut for dødsfallet som løslatelse fra fengsel eller avsluttet behandling. Likevel skjer overdosedødsfallene ofte hos personer i krise med sammensatte sosiale og psykiske vansker. Dette gjør at en helhetlig behandling av personer med rusbetingete kriser er viktig fordi faren for nye overdoser og overdosedødsfall er stor.*

#### **Forslag til tiltak:**

- Opplæring og kursing av brukere i hvordan man håndterer overdoser gjennom for eksempel en helseskole i regi av Feltpleien.
- Ruskriser og overdoser vurderes som nødrettstilstander med rett til kontakt til rustjeneste og planlagt krisemøte i bydelene. Alle personer med førstegangsoverdose skal tilses av lege. Fagfolk bør være oppmerksom på tegn til utslitthet og etterspørre nylige relasjonsbrudd.
- Personer med alvorlig rusadferd og gjentatte overdoser bør vurderes for selvmordsrisiko og overdoserisiko.
- Oppsøkende og innbringende instanser (politi, ambulanse, legevakt, lavterskeltiltak) bør ha enkel tilgang til psykososialt team med krisefunksjoner og myndighet til å iverksette tidsavgrenset substitusjon.
- Dersom vedkommende har en avhengighetstilstand med abstinensreaksjoner, bør denne ha krav på abstinensbehandling, og tilbud om lavterskel

vedlikeholdsbehandling, inntil mer omfattende behandlingsplan er vedtatt og kan iverksettes.

- Hver bydel må ha intervensjonsteam/personer knyttet til bydelsoverlegen og bydelens sosialtjeneste med praksis for krisemøte på kort frist og initiativ til individuelle planer. Kriseplaner bør inngå i individuell plan. Teamet skal også kunne vurdere berettigelsen av tvangstiltak etter lov om Psykisk helsevern eller etter Sosialtjenesteloven.
- Det bør vurderes å etablere brukerstyrte senger med tilgang til psykososiale tjenester.
- Utrede mulighetene for et varslingssystem vedrørende livstruende overdoser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og sosialtjeneste. Skal sosialtjenesten kunne fylle sine forpliktelser etter Sosialtjenesteloven kapittel seks må etaten få informasjon om særlig alvorlig rusadferd og gjentatte overdoser hos samme person. Det samme gjelder for fastlegen. Opplysningsmulighetene til sosialtjenesten i helsepersonelloven må også utredes. Dette kan ses i sammenheng med Byrådets forslag i Rusmeldingen om å utvikle et dokumentasjonssystem for å kunne overvåke helsetilstanden til personer med omfattende og langvarig rusmiddelmissbruk.
- Å styrke kommunikasjonen mellom pårørende til personer som er overdoseutsatt og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pårørende bør så langt som mulig ha én ansatt å forholde seg til
- Tilpasse boligen til brukerens boevne og eventuelt styrke booppfølgingen.

### **Problemområde 3:**

*Et destruktivt rusmiddelbruk i Oslo karakterisert ved heroin som inntas med sprøyte, ofte sammen med dempende medikamenter og ikke sjelden alkohol. En ikke avklart andel av overdosetilfellene gjaldt personer som brukte smertestillende, og eventuelt beroligende midler, uten eller bare med ubetydelig bruk av illegale rusmidler.*

Forslag til tiltak:

- Informasjon om og tilrettelegging for røyking av heroin som et mindre farlig alternativ, inklusiv opplæring og utdeling av røykeutstyr. Brukersteder bør legges til rette for røyking.
- Å vurdere tilgang til motgift i neseppray.

#### 5. Forslag til tiltak på systemnivå for å redusere antall overdosedødsfall

- Loven om Sprøyterom bør endres ved at restriksjoner på hvilke stoff som kan brukes på Sprøyterommet fjernes, slik at Sprøyterommet kan nå en bredere målgruppe enn i dag.
- Intensivering av informasjon til leger og annet helsepersonell, samt til pårørende og brukere, om hvor stor rolle benzodiazepiner spiller for forekomsten av overdoser.
- Brukerne bør informeres rutinemessig om endringer i konsentrasjoner i heroinen som er i det illegale markedet.

#### **Problemområde 4:**

*1/3 av de som døde av overdose var personer som ikke var bosatt i Oslo. Mange av disse døde utendørs og i tilfeldige tilhold uten eller/med lite kontakt med byens tiltaksapparat. Et rusmiddelmiljø med åpen bruk/salg av illegale rusmidler i Oslo tiltrekker brukere fra andre deler av landet og gjør det dessuten enkelt å skaffe rusmidler i ulike blandinger som ved impuls kjøp og/eller som ledd i selvdestruktiv atferd.*

#### Forslag til tiltak:

- Oslo tar initiativet til en ny Platanplan etter modell av planene i Zürich, Frankfurt, Amsterdam og Wien. Planen bør ha politisk forankring ikke bare i Oslo men også i kommuner rundt Oslo og på nasjonalt plan. Planen må dessuten være omforent politisk og omfatte vedvarende kontrolltiltak fra politi og sosialtjenester sammen med tilstrekkelig tilgang til koordinerte helsetjenester og sosiale omsorgstiltak. Planen bør vedtas med opprettelse av et styringsorgan med implementerings- og styringsmyndighet.
- Som nevnt over kan overdosetilfeller vurderes som nødrettstilstander med rett til kontakt til hjemstedkommunens rustjeneste og tilretteleggelse for retur og planlagt krisemøte. Alle intervensjoner i Oslo bør belastes hjemkommunen og denne plikter å opprette individuell plan så sant personen ikke motsetter seg det.
- I de fem europeiske byene innbrakte politiet personer, med problematferd, som returnerte tilbake til rusmiljøet i byen etter hjemsendelse. Videre tiltak ble avtalt med politi og sosialtjeneste på hjemstedet. Tiltak for eventuelle straffbare forhold kunne bli fremskyndet. Det bør vurderes om dette kan være tiltak som skal forsøkes i Oslo.



## Referanser

- (1) EMCDDA. Drug-related deaths and mortality (DRD). Lisbon, Portugal, European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA). Statistical bulletin 2009.
- (2) EMCDDA. Annual report on the state of drug problems in Europe. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA); 2010 Nov 1.
- (3) Bretteville-Jensen AL, Amundsen EJ. Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge. Oslo, Norway;2009.
- (4) Simonsen KW, Normann PT, Ceder G, Vuori E, Thordardottir S, Thelander G, et al. Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2007. *Forensic Sci Int* 2010 Oct 29.
- (5) Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug & Alcohol Dependence* 2008;94:151-7.
- (6) Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction* 2002;97(1):39-47.
- (7) 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 Alcohol Depend* 2007 Jul 10;89(2-3):176-82.
- (8) McGregor C, Ali R, Lokan R, Christie P, Darke S. Accidental fatalities among heroin users in South Australia, 1994-1997: Toxicological findings and circumstances of death. *Addiction Research & Theory* 2002 Aug;10(4):335-46.
- (9) Warner M, Chen LH, Makuc M. Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999-2006. Hyattsville, MD; United States: National centre for health statistics, U.S Department of health and human services; 2009 Sep 1. Report No.: 22.
- (10) 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 Alcohol Depend* 2010 Dec 2.

Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

- (11) Hammersley R, Cassidy MT, Oliver J. Drugs associated with drug-related deaths in Edinburgh and Glasgow, November 1990 to October 1992. *Addiction* 1995 Jul;90(7):959-65.
- (12) Preti A, Miotto P, De CM. Deaths by unintentional illicit drug overdose in Italy, 1984-2000. *Drug Alcohol Depend* 2002;66:275-82.
- (13) 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 & Theory* 2010 Feb;18(1):51-8.
- (14) Farrell M, Marsden J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 2008 Feb;103(2):251-5.
- (15) Bird SM, Hutchinson SJ. Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-99. *Addiction* 2003 Feb;98(2):185-90.
- (16) Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2010 Apr 1;108(1-2):65-9.
- (17) Davoli M, Bargagli AM, Perucci CA, Schifano P, Belleudi V, Hickman M, et al. Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 2007 Dec;102(12):1954-9.
- (18) Quaglio G, Talamini G, Lechi A, Venturini L, Lugoboni F, GICS\*, et al. Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death. *Addiction* 2001;96(8):1127-37.
- (19) Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ* 2003 May 3;326(7396):959-60.
- (20) EMCDDA. Annual report on the state of drug problems in Europe. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA); 2007 Nov 1.
- (21) EMCDDA. Annual report on the state of drug problems in Europe. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA); 2008 Nov 1.
- (22) EMCDDA. Annual report on the state of drug problems in Europe. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA); 2009 Nov 1.

- (23) Edland-Gryt M, Bryhni A, Skretting A, Lund M, Bye EK, Horverak Ø. Rusmidler i Norge. Oslo, Norway: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2010. Report No.: 22.
- (24) World Health Organisation. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organisation 2007 [cited 2010 Nov 22]; Available from: URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf)
- (25) Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaksregisteret. 2010. Oslo, Norway, Folkehelseinstituttet.
- (26) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004 Feb;24(2):105-12.
- (27) Waal H, Gjersing L, Clausen T. Open drug scenes and overdose mortality – What to do? Oslo, Norway: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2011.
- (28) Bowling A. Research methods in health investigating health and health services. 2nd ed ed. Buckingham: Open University Press; 2002.
- (29) Olsen H, Skretting A. Ingen enkle løsninger. Oslo, Norway: SIRUS; 2006. Report No.: 2.
- (30) Oslo politidistrikt, Oslo kommune. Trygghet for alle i Skippergata og nærliggende områder. Oslo, Norway: Oslo politidistrikt, Oslo kommune; 2007 Dec 20.
- (31) Bønes T, Waal H. Hvor mange dør hvor av hva? Oslo, Norway: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2010. Report No.: 2.
- (32) Darke S, Hall W, Weatherburn D, Lind B. Fluctuations in heroin purity and the incidence of fatal heroin overdose. *Drug Alcohol Depend* 1999 Apr 1;54(2):155-61.
- (33) Rutenber AJ, Luke JL. Heroin-Related Deaths: New Epidemiologic Insights. *Science* 1984 Oct 5;226(4670):14-20.
- (34) Darke S, Duflou J, Torok M. Comparative toxicology of intentional and accidental heroin overdose. *J Forensic Sci* 2010 Jul;55(4):1015-8.
- (35) Bretteville-Jensen AL, Amundsen EJ. Omfang av sprøytemisbruk i Norge. 2006.
- (36) Jenkins LM, Banta-Green CJ, Maynard C, Kingston S, Hanrahan M, Merrill JO, et al. Risk factors for nonfatal overdose at Seattle-area syringe exchanges. *J Urban Health* 2011 Feb;88(1):118-28.



- (37) Havens JR, Oser CB, Knudsen HK, Lofwall M, Stoops WW, Walsh SL, et al. Individual and network factors associated with non-fatal overdose among rural Appalachian drug users. *Drug Alcohol Depend* 2010 Nov 30.
- (38) Salmon AM, van B, I, Amin J, Kaldor J, Maher L. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction* 2010 Apr;105(4):676-83.
- (39) World Health Organisation. Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Copenhagen, Denmark; 2010.
- (40) Biong S, Ravndal E. 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* 2009 Mar;4(1):4-16.
- (41) Buxton JA, Skutezky T, Tu AW, Waheed B, Wallace A, Mak S. The context of illicit drug overdose deaths in British Columbia, 2006. *Harm Reduct J* 2009;6:9.
- (42) Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction* 2002 Jan;97(1):39-47.
- (43) Biong S, Ravndal E. Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behavior. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2007;2(4):246-59.
- (44) Biong S, Karlsson B, Svensson T. Metaphors of a shifting sense of self in men recovering from substance abuse and suicidal behavior. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008 Apr;46(4):35-41.
- (45) Landheim A, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi* 2002;12(3):309-18.
- (46) Vingoe L, Welch S, Farrell M, Strang J. Heroin overdose among a treatment sample of injecting drug misusers: accident or suicidal behavior. *Journal of Substance Use* 1999;4:88-91.
- (47) Richert S, Svensson B. Med livet som insats- injeksjonsmissbruk, risiktagande och överdoser. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 2008.
- (48) Statens helsetilsyn. Rusmiddelmisbrukernes hjelpebehov og tjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Oslo, Norway: Helsetilsynet; 2005.

- (49) Biong S, Svensson T. Bridging the gaps: Experiencing and preventing life-threatening heroin overdoses in men in Oslo. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2009 Jun;4(2):94-105.
- (50) Hakansson A, Schlyter F, Berglund M. Factors associated with history of non-fatal overdose among opioid users in the Swedish criminal justice system. *Drug Alcohol Depend* 2008 Apr 1;94(1-3):48-55.
- (51) Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry* 2009 Jan;194(1):73-9.
- (52) Bertling U, Andersson O. *Narkotikamissbrukare med svåra psykiska störningar*. Stockholm: Publica; 1993.
- (53) Bertling U. *Psychopatologi, treatment utilization and gender in relation to substance abuse* Karolinska institutet, Department of Clinical Neuroscience, Section of Psychotherapy; 2002.



## English Summary:

### **Fatal overdoses in Oslo, Norway between 2006 and 2008**

Oslo, Norway has historically and currently a high number of fatal overdoses. Thus, in March 2009 the city council decided to investigate possible causes for these high numbers. The Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF) at the University of Oslo conducted the investigation. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) defines a fatal overdose (drug-induced death) as a death that occurs shortly after consumption of one or more psychoactive drugs, and is directly related to this consumption (1). In this report fatal overdoses are defined in the same manner.

Three different methods of investigation were employed. The first was an assessment of different registries and patient records, and included patients who died from a fatal overdose between 2006 and 2008 in Oslo from the National Death Registry. The second was interviews and focus groups with persons who used or had used illegal and legal substances, next of kin to persons who had died from a fatal overdose and professionals from the health, social welfare and criminal justice fields. The third method was an investigation into how five European cities had handled and experienced the issue of open drug scenes and overdoses.

A total of 232 persons under 70 years of age died from a fatal overdose in Oslo between 2006 and 2008. Approximately 1/5 were women and the average age of those that died was 36. Nearly a third (73 persons) were persons who had their residential address outside of Oslo. The majority of these were young men who died from an overdose of heroin outdoors or in a public building. Among those that died from a fatal overdose, 67% of them were found at a residential address, whereas 18% died outdoors.

Heroin was judged as the main intoxicant in 66% of the fatal overdoses. Among those between 46 and 70 years of age, strong pain medication was the main intoxicant in one out of every three fatal overdoses. Methadone was the main intoxicant in 10% of the deaths. The number of different substances per case was on average between three and four. The most common combination

of substances were heroin and benzodiazepines, and central stimulants in combination with benzodiazepines or heroin.

The majority of those that died (186/232) had contact with health and/or social welfare services in the year prior to the fatal overdose. On average, the persons had contact with three to four different services. Many (57%) had contact with health services and social welfare services within three weeks of the death. Oslo residents had used social welfare services the most compared to other services. Non-residents had mostly been in contact with ambulance services. There was an accumulation of deaths within the first weeks after release from prisons, and after completed abstinence-oriented inpatient drug treatment. There was not a similar accumulation of deaths in the first weeks after completed opioid maintenance treatment.

Drug users, next of kin and professionals in the health, social welfare and criminal justice fields described different types of fatal overdoses, such as “accidental” and “exhaustion”. The drug users believed the “exhaustion” overdoses were related to their general living conditions. The experience of social isolation, recent breakdown(s) of relationship(s) and many subsequent overdoses were described as risk factors for new overdoses. At the same time it appeared as though professionals in the social welfare services and public (municipality) drug services did not generally ask for experiences with overdoses and/or suicidal intentions. This investigation has shown that there are many different factors related to fatal overdoses and that these are complex matters. Health and social welfare services in Oslo were described as fragmented with a lack of written procedures in regards to overdoses, and minimal interaction and flow of information between services.

Interviewed next of kin had to various degrees been informed and participated in the treatment and follow-up of the person they were related to. They had not experienced that they had been seen, followed-up or been supported by health or social welfare services. They wished they had been informed of situations where there appeared to be a crisis. Professionals in the health and social welfare services had experienced the principle of confidentiality as preventing collaboration and information between services. Additionally, they stated there existed various interpretations of drug problems and how issues related to this should be solved. Many felt powerless in their work with persons who were at risk for overdoses, and high turnover of staff was also a challenge.

However, they all wanted to further develop the work in terms of the prevention and treatment of overdoses. All those that were interviewed (drug users, next of kin, professionals) had different views on coercive measures in the treatment of persons with problematic drug use, but most agreed that it could be used in situations with frequent overdoses. Professionals did not refer to political objectives when they spoke of their experiences with fatal overdoses. Political documents from the city council of Oslo were assessed and specific objectives towards the prevention of fatal overdoses were not found.

The five European cities that were visited reported varying levels of reduction in fatal overdoses. The cities also had varying degrees of reliable information on the exact number of fatal overdoses. The manner substances are used influences the overdose risk. The number of persons who inject substances will therefore influence the number of persons who die from a fatal overdose. Treatment, especially opioid maintenance treatment, prevents to a large degree overdoses. The impression from the European cities was that the number of fatal overdoses was associated with the number of persons who injected heroin and the availability of opioid maintenance treatment.

It was not possible to assess the risk of fatal overdoses in this study due to the study design. A cohort study over a longer period could have estimated the risk for fatal overdoses and their relation to different factors.

The high prevalence of fatal overdoses in Oslo may be explained by the high number of persons who inject heroin in combination with other substances. Thus, a reduction in the number of fatal overdoses will be enabled by a reduction in number of persons who inject. This may be achieved by the facilitation of smoking instead of injecting through the distribution of smoking equipment and allocated areas (“user rooms”) where the substances may be smoked. In addition, there is a need for sufficient health and social welfare services available to persons with problematic drug use.

The majority of those who died from fatal overdoses in Oslo had been in contact with several services. However, the services appeared fragmented and as if no single individual or service would take charge when there was a crisis situation. There appears to be a lack of critical assessment around each fatal overdose in order to improve health and social welfare services. One of the suggested measures to improve the lack of critical assessment is for the municipality to employ an “overdose” physician responsible for reviewing

#### Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008

each fatal overdose. This would enable improved coordination and collaboration between services and develop services related to prevention, follow-up and treatment of overdoses.

The five European cities had a long-term coordinated effort based upon political agreements to reduce problematic drug use and subsequent fatal overdoses. The most important measures to reduce the number of fatal overdoses are to attempt to influence those who inject their substances to smoking them instead, improve collaboration between services and to establish a broad, long-term political plan that will remain in effect through future elections.

SERAF er organisert under Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Senteret har hovedfokus på klinikknær rusmiddelforskning og undervisning av masterstudenter og PhD-kandidater.

SERAF er en nasjonal koordinator for rusmiddelforskningen i Norge og driver et omfattende nettverksarbeid og kursvirksomhet.

Senter for rus- og avhengighetsforskning  
Kirkeveien 166, Bygg 45  
0450 Oslo  
[www.seraf.uio.no](http://www.seraf.uio.no)

