

RAPPORT

2018

Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014–2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall?

Marit Edland-Gryt

**Prosessevaluering av
Nasjonal overdosestrategi 2014–2017:
Hvordan forebygge overdosedødsfall?**

Marit Edland-Gryt

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Fysisk og psykisk helse
Avdeling for Rusmidler og Tobakk
Juni 2018

Tittel:

Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017:
Hvordan forebygge overdosedødsfall?

Forfatter:

Marit Edland-Gryt

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Lay-outmal:

Per Kristian Svendsen

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave 978-82-8082-931-3

Sitering: Edland-Gryt, M. "Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall?" Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Innhold

Innhold	3
Hovedbudskap	5
Liste over figurer	7
Forord	8
1 Innledning	9
1.1 Den internasjonale situasjonen	10
1.2 Målsetting for Nasjonal overdosestrategi 2014-2017	11
1.3 Forskningsoppdraget	12
1.4 Andre bidrag fra Folkehelseinstituttet på dette området	12
1.5 Oversikt over innholdet i rapporten	13
2 Hovedelementene i Nasjonal overdosestrategi	14
2.1 Målsettinger for strategiarbeidet	14
2.2 Organisering av strategiarbeidet og beskrivelse av aktørene	14
2.2.1 Tiltak	14
2.2.2 Organisering og aktører på det sentrale nivået	16
2.2.3 Aktørene på mellomnivået – de regionale kompetansesentrene	18
2.2.4 Aktørene på det kommunale nivået	18
3 Problemstillinger, metode og data – om prosessevaluering	20
3.1 Problemstillinger og forskningsspørsmål	20
3.2 Metode - prosess/følgjeevaluering	20
3.2.1 Intervjuer og feltsamtaler	22
3.2.2 Deltakende observasjon, undervisformidling og forskerrollen	23
3.2.3 Dokumentanalyse	24
3.2.4 Det samlede datagrunnlaget	24
4 Overdosestrategiens innhold og refleksjoner rundt prosessene – det nasjonale nivået	26
4.1 Prosjektorganiseringen og ledelsen av strategiarbeidet	26
4.1.1 Mennesker som viktige ressurser i endringsarbeid	30
4.2 Den nasjonale arbeidsgruppa	31
4.3 Planlegging og gjennomføring av strategien	34
4.4 Begrepsbruk i et mangfoldig strategiarbeid	36
4.5 Sammenligning med trafiksikkerhetskampanje og andre kampanjer	37
4.5.1 Nullvisjonen	39
5 Pilotkommuneprosjektet – arbeidet på det lokale nivået	40
5.1 Tilskuddsordningen til pilotkommunene	40
5.1.1 Om brukerne - aktørene pilotkommunene jobber for	43
5.2 De ni pilotkommunene	44
5.2.1 Utarbeidelse av lokale handlingsplaner og kartlegging lokalt	46
5.3 Likheter og forskjeller i løsninger og organisering i kommunene	47

6	Pilotkommunenettverket og rollen til KoRus'ene	49
6.1	Utvikling av et pilotkommunenettverk	49
6.2	Utfordringer knyttet til taushetspliktsbestemmelsene	53
6.3	Kameratkommuner og utviklingskommuner	55
6.4	Ulik virkelighetsoppfatning mellom Helsedirektoratet og pilotkommunene?	56
6.5	KoRus'ene sin rolle og kommunikasjonen mellom Helsedirektoratet og KoRus'ene	56
6.5.1	Rollen til KoRus-Øst	58
6.6	Utviklingen av «Overdose - veiviser i lokalt forebyggende arbeid»	59
7	De tre stolpene - tre hovedlinjer for arbeidet	60
7.1	«Switch-kampanjen»	60
7.2	Lavterskel Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	64
7.3	Nalokson nesespray	66
8	Andre tiltak og viktige elementer i overdosestrategien	68
8.1	Brukermedvirkning	68
8.2	Verdens overdosedag 31. August	70
8.3	LAVterskelkonferansen	72
8.4	Andre tiltak i regi av overdosestrategien	72
8.4.1	Utvikling av nettsidene	73
8.4.2	Pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender 24-7	73
8.4.3	Fengselsprosjektet	74
8.4.4	Utdeling av overdosekort	74
8.4.5	Nettverk av gatenære tiltak	75
8.4.6	Nyhetsbrev for lavterskelfeltet	75
8.4.7	Erfaringshefte om bistand – pårørendeerfaringer	75
8.4.8	Skrivekonkurransen i Østfold	76
8.4.9	Rapporter og notater bestilt av Helsedirektoratet	76
9	Måloppnåelse, statistikk og prosesser	78
9.1	Statistikken over antallet døde og behovet for langsiktighet	78
9.2	Måloppnåelse	80
10	Oppsummerende vurderinger	82
10.1	Kort oppsummering av svar på forskningsspørsmålene	82
10.2	Kort oppsummering av måloppnåelse	83
10.3	Suksessfaktorer eller push-faktorer for arbeidet	84
10.4	Barrierer eller pull-faktorer for arbeidet	85
10.5	Veien videre for Nasjonal overdosestrategi	87
	Referanser	90
	Key messages (English)	95
	Appendix 1: Liste over tiltak	97
	Oversikt over alle tiltak som den sentrale prosjektledelsen har vært involvert i per 31.12.2017	97
	Appendix 2: Beskrivelse av de ni pilotkommunene	98

Hovedbudskap

- Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 har gjennom ulike tiltak forsøkt å samle den forebyggende innsatsen for å jobbe langsiktig med å redusere antallet overdosedødsfall i Norge. Det langsiktige målet er en nullvisjon.
- Gjennom det mangfoldige strategiarbeidet er det lagt ned en stor innsats i å jobbe systematisk for å få til en nedgang i antallet overdosedødsfall i Norge på lang sikt. På tross av det helhetlige og systematiske arbeidet, er det ikke vist en årlig nedgang i antallet overdosedødsfall, slik målsettingen var beskrevet fra Stortinget. Likevel kan det arbeidet som har vært gjort så langt ses på som vellykket langs flere dimensjoner, og mye av arbeidet kan forventes å gi resultater på lengre sikt.
- Evalueringen viser at en i hovedsak har fått til et godt arbeid på mange ulike nivåer. Det er imidlertid flere forbedringspunkter. Flere deler av arbeidet er ikke kommet langt nok. Dette gjelder for eksempel arbeidet med Switch-kampanjen og brukermedvirkning.
- Mottoet for strategien «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve» har vært ledende for arbeidet i prosjektledelsen og arbeidsgruppa. Den nasjonale arbeidsgruppa har bevisst jobbet mest med den siste delen av mottoet, og hovedvekten av arbeidet har vært fokusert på overlevelse, mens rehabilitering og rusfrihet i mindre grad har vært høyt oppe på agendaen.
- Pilotkommunenettverket – en nettverkssamling for pilotkommunene og de regionale kompetansesenterne på rusfeltet (KoRus'ene) - har vært en suksessfaktor i arbeidet. Etableringen av nettverket har vært et viktig grep i utviklingen av strategien. Regionale nettverk har vokst frem i noen regioner uten at dette var planlagt.
- De ni pilotkommunene har jobbet med målsettingene på ulike måter. Pilotkommunene er veldig ulike, og det er vanskelig å sammenligne innsatsen deres med de data evalueringen har tilgang på. KoRus'ene har bidratt i arbeidet både i pilotkommunene og i nettverket.
- Stort engasjement for temaet og entusiasme for strategiarbeidet har medført at de som har jobbet med overdosestrategien har fått utrettet mer enn de ellers ville fått til for 10 millioner per år. At så mange ildsjeler har jobbet med overdosestrategien på nasjonalt og lokalt nivå har både fordeler og ulemper. På kort sikt kan det gi store fordeler, men på lengre sikt trengs solid forankring som ikke gjør arbeidet personavhengig.
- En tydeligere plan og organisering fra starten av kunne redusert en del frustrasjon tidlig i pilotkommuneprosjektet. Samtidig er erfaringen fra flere ansatte i pilotkommunene at de har lært mye av prosessen med å måtte finne ut av arbeidet selv.
- I det videre arbeidet kan det være grunn til å ha en tydeligere rolle- og forventningsavklaring. Det er også gode grunner for å unngå sammenligning av arbeidet i de ulike kommunene, og på den måten unngå en konkurranse-stemning. Det er vanskelig å konkurrere i lokalt overdoseforebyggende arbeid.
- Informasjonsflyten mellom de ulike nivåene i strategiarbeidet kan med fordel bli bedre.
- Brukermedvirkning bør komme høyt på dagsorden i det videre arbeidet, både på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå. I noen deler av arbeidet er brukermedvirkning godt ivaretatt, i andre deler er det en utfordring.

- I det videre arbeidet bør det vurderes å opprette en styringsgruppe eller referansegruppe nasjonalt (i stedet for en arbeidsgruppe), samt å etablere en vitenskapelig rådgivningsgruppe.
- Formidling til ulike grupper i strategien underveis i strategiperioden har vært et viktig element i prosessevalueringen. Denne sluttrapporten er derfor bare en del av evalueringen. Rapporten forsøker å gi en oversikt i et mangfoldig strategiarbeid.

Liste over figurer

Figur 1: Antall narkotikautløste dødsfall i perioden 1977-2012	s.9
Figur 2: Illustrasjon av prosjektorganiseringen i 2014	s.16
Figur 3: Antallet drepte i trafikken i Norge 1950-2015	s.38
Figur 4: Oversikt over pilotkommunene og KoRus'ene	s.40
Figur 5: Antall pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering 1998-2016	s.64
Figur 6: Antallet narkotikautløste dødsfall i perioden 2003-2016	s.79

Forord

Denne rapporten er resultatet av en fireårig prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi. Formålet med rapporten er å besvare problemstillingene for prosessevalueringen. Jeg har fulgt overdosestrategien i 25 % stilling fra januar 2014. Andre forskere fra SIRUS fulgte planleggingsarbeidet i 2013, blant annet Linn Gjersing, Astrid Skretting og Thomas Anton Sandøy. Thomas var også vikar på ett av møtene i pilotkommunenettverket i 2015. Takk til dere for bidragene som også har gitt muligheten for faglig diskusjon.

Takk til kollegaer ved Folkehelseinstituttet som har bidratt til evalueringen, særlig Linn Gjersing og Arnfinn Helleve for fagfelleevaluering. Dere kom med mange nyttige kommentarer og innspill som har gjort rapporten bedre. Takk også til Elisabeth Kvaavik, Bergljot Baklien, Kristin Buvik, Thomas Anton Sandøy, Anne Line Bretteville-Jensen og Ellen Amundsen for innspill på hele eller ulike deler av rapporten.

Jeg vil rette en spesiell takk til Bergljot Baklien, som har veiledet i ulike faser av evalueringen og gitt tilbakemelding på tekst i flere omganger. Din faglige ekspertise har bidratt til at det har vært gøy å jobbe med denne prosessevalueringen.

Arbeidet med denne rapporten hadde ikke vært mulig uten mange personer har stilt seg til disposisjon for å dele informasjon, og bli intervjuet. Takk til alle i pilotkommunene, KoRus'ene, arbeidsgruppa, prosjektledelsen og prosjektansvarlig i Helsedirektoratet for deres tid og imøtekommenhet. Takk også for muligheten til å være med i sosiale sammenhenger. Dialogen med prosjektledelsen i Helsedirektoratet har vært god og tidvis også inspirerende, og gjort underveisformidlingen til noe jeg har gledet meg til.

Takk også til Helse- og omsorgsdepartementet for bestillingen av en prosessevaluering, som er en forutsetning for å skjønne mer av Nasjonal overdosestrategi enn det de årlige overdosetallene kan si oss.

Til tross for alle gode bidrag, forfatteren står alene med ansvaret for innholdet i rapporten.

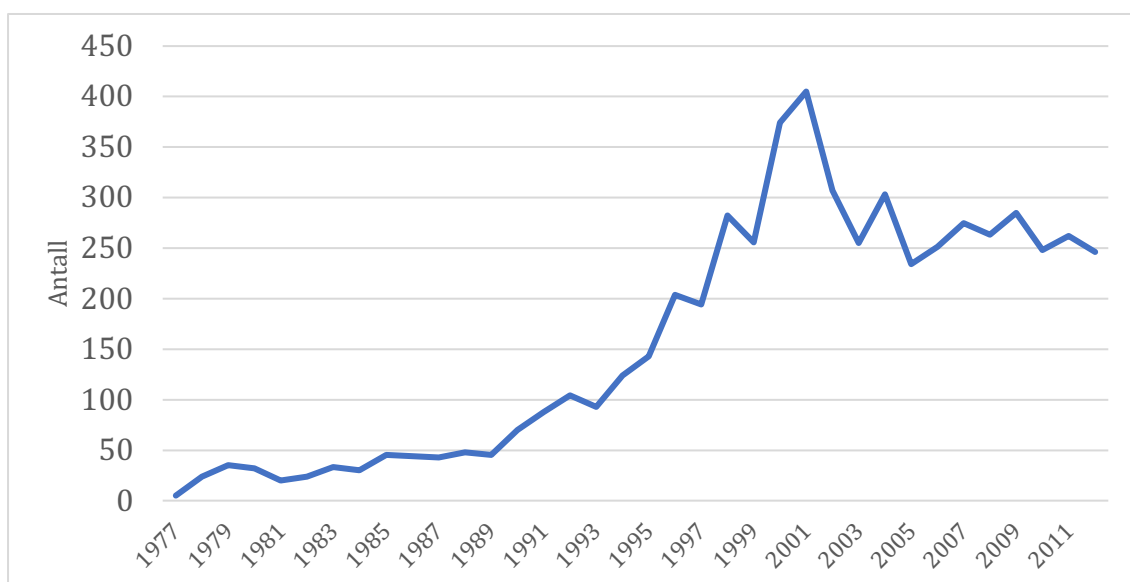
Oslo, juni 2018

Marit Edland-Gryt

1 Innledning

En nasjonal overdosestrategi ble først foreslått i Stortingsmelding 30 (2011-2012) «Se meg!» (Helse- og omsorgsdepartementet 2012), og deretter vedtatt i Stortinget 18. mars 2013. I statsbudsjettet for 2013 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og igangsette en nasjonal overdosestrategi. Strategien ble knyttet til en årlig bevilgning på 10 millioner kroner fra 2013 til 2017 for å utføre oppdraget.

Den overordnede målsettingen for Nasjonal overdosestrategi 2014-2017¹ var å redusere antallet overdosedødsfall, med en langsiktig nullvisjon. For å nå målsettingen har en rekke tiltak blitt iverksatt. Det var bred enighet blant de fleste aktører på feltet om den overordnede problemdefinisjonen - for mange døde av overdose, selv om det hadde vært en nedgang siden nivået rundt årtusenskiftet. I 2013, da Helsedirektoratet foreslo en satsning på overdoseforebyggende arbeid, hadde det over tid vært høye tall for døde av overdose i Norge. Da overdosestrategien startet, hadde man oversikt over narkotikautløste dødsfall frem til 2012, som vist i figuren under. Det hadde da vært relativt stabilt antall dødsfall fra 2003 til 2012, etter et toppunkt rundt år 2000.



Figur 1. Antall narkotikautløste dødsfall perioden 1977-2012 for Norge. Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

I perioden 2011-2015 var det registrert overdosedødsfall i 222 kommuner. 1297 mennesker døde i løpet av disse fem årene, og det er langt flere enn antall døde av trafikkuulykker i samme periode. Mange mennesker i Norge er berørt av overdosedødsfall i nære relasjoner. Årsakene til overdosedødsfall er sammensatt, og finnes både på system-, gruppe- og individnivå.

Det Europeiske overvåkingssenteret 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 som er direkte relatert til det inntaket (EMCDDA 2009). I denne rapporten brukes denne definisjonen av overdosedødsfall. I Europa er narkotikabruk en av de viktigste dødsårsakene blant unge mennesker, både

¹ Heretter vil den bli kalt «overdosestrategien», eller bare «strategien».

² Se Appendix 1.

direkte gjennom overdoser og indirekte gjennom relaterte sykdommer, ulykker, vold og selvmord.

EMCDDA har estimert at for hver dødelige overdose, er det 20-25 ikke-dødelige overdoser (EMCDDA 2010). Slike ikke-dødelige overdoser er overdoseringer der personen blir reddet av ambulanse eller andre, eller der personen våkner opp av seg selv. Ikke-dødelige overdoser kan gi skader fordi oksygentilførselen til hjernen blir redusert. Når det i strategiarbeidet er snakk om overdoser, menes det som oftest dødelige overdoser.

SERAF har undersøkt alle overdoser med dødelig utfall i Oslo i perioden 2006-2008 (Gjersing, Biong, Ravndal, Waal og Clausen 2011). Dette er den eneste norske studien som systematisk undersøker alle overdosedødsfall i en norsk kommune over flere år. Ett av oppdragene til prosjektet var å «komme med konkrete forslag til tiltak på systemnivå som kunne føre til færre overdosedødsfall». Studien konkluderte med at de viktigste tiltakene for å få ned antallet narkotikadødsfall var:

- Å påvirke brukerkultur
- Å få en bedre samhandling i tiltaksapparatet
- Å etablere en bred, langsiktig plan i kommunen

Denne gjennomgangen har derfor vært en del av grunnlaget for utarbeidelsen av overdosestrategien (Helsedirektoratet 2014:51).

Overdosestrategien er en av flere innsatser på rusfeltet i Norge som foregår parallelt. Blant annet ble *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020* (Prop.15) lagt frem for Stortinget i november 2015. I denne planen er overdosetallene nevnt som en av flere sentrale utfordringer. Også andre utfordringer i denne opptrappingsplanen er viktige i overdosestrategien. Opptrappingsplanen evalueres av Fafo.

1.1 Den internasjonale situasjonen

Overdosedødsfall er en internasjonal helseutfordring. En australsk studie har beregnet at storparten av narkotikadødsfall i verden kan forebygges (Drake, Mattick og Degenhardt 2003). United Nation Organisation for Drugs and Crime (UNODC), som er FNs kontor for narkotika og kriminalitet, beregnet i 2011 at det årlige antallet narkotikadødsfall i verden til i underkant av 200 000 (UNODC 2011). De fleste som dør er yngre voksne, majoriteten er menn, og de fleste dødsfallene involverer bruk av opioider.

Da overdosestrategien ble planlagt i 2013, var det internasjonale bildet preget av at overdoser var et stort problem i mange europeiske land, også i Norge. EMCDDA rangerte i 2013 Norge som det landet med flest overdosedødsfall målt etter innbyggertall etter Estland, som stod i en særstilling på grunn av mange fentanyldødsfall³ (EMCDDA 2013). Rangeringen er svært omdiskutert fordi rapportering av slike dødsfall i mange av de europeiske landene ikke er basert på obduksjoner. Det antas også at det er høye mørketall. Uavhengig av dette, så kan det fastslås at Norge har hatt et vedvarende høyt antall overdosedødsfall.

³ Fentanyl er et sterktvirkende syntetisk medikament i opioid-gruppen. Fentanyl er ca. 80 ganger sterkere enn morfin. Stoffet brukes først og fremst ved generell anestesi, men også andre smertetilstander.

Både Sverige og Danmark hadde et betydelig problem med overdoser i 2012, og tallene i Sverige har etter den tid steget ytterligere. Antallet overdosedødsfall i USA har økt dramatisk i den perioden strategien i Norge har eksistert, og er nå erklært som en opioidepidemi (Rudd, Aleshire, Zibbell og Gladden 2016, UNODC 2017). Det har vært en kraftig økning de siste 15 årene, og i 2016 døde mer enn 42 000 amerikanere av opioidoverdoser⁴.

Det er så vidt vi har kunnskap om ikke andre europeiske land som har satt i gang en helhetlig nasjonal strategi for å forebygge overdosedødsfall. Flere europeiske land har ulike tiltak for tryggere bruk (som kan sammenlignes med «Switch-kampanjen»⁵), blant annet i Spania. I tillegg er lavterskel substitusjonsbehandling innført i mange land, her var ikke Norge spesielt tidlig ute. Flere land har også satt i gang utdeling av Nalokson neseppray, blant annet Skottland, og i USA er dette utbygd i mange delstater (UNODC 2014). Så langt vi har kunnskap om, er det imidlertid bare Norge som har satt mange tiltak sammen i en helhetlig strategi for å redusere antall overdosedødsfall, og heller ingen andre land enn Norge som har et så ambisiøst mål som en nullvisjon.

1.2 Målsetting for Nasjonal overdosestrategi 2014-2017

Overdosestrategien startet som en samling av tiltak som sammen skulle gjøre at man kunne nå målsettingen. Tiltakene blir presentert i kapittel 2⁶. Hovedmålet var «en årlig nedgang i antallet overdosedødsfall, med en langsiktig nullvisjon». Strategiens tiltak skulle særlig utspille seg i kommunene gjennom lokale handlingsplaner. Gjennom strategien ønsket Helsedirektoratet å:

- *legge til rette for en overgang fra inntak av rusmidler med sprøyte til mindre skadelige inntaksmåter*
- *bistå i utvikling av kommunale handlingsplaner mot overdose gjennom et læringsnettverk i de ni hardest rammede kommunene*
- *gjøre livreddende motgift – nalokson neseppray – tilgjengelig for brukere og andre i et forskningsprosjekt i Oslo og Bergen*
- *styrke det overdoseforebyggende fokuset i eksisterende tiltak, særlig ved*
 - fortsatt utbygging og god kontroll av substitusjonsbehandling i LAR*
 - bedre helhetlig oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunene*
 - økt bruk av individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe*
 - bedre og mer differensierte boligtilbud og oppfølgingstjenester i bolig*
 - strengere kontroll med forskrivning av vanedannende legemidler*
 - årlige oversikter over utviklingen av narkotikadødsfall (Helsedirektoratet 2014:6)*

⁴ <https://www.cdc.gov/drugoverdose/>, <https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0329-drug-overdose-deaths.html>

⁵ «Switch-kampanjen» er navnet på det tiltaket i strategien som innebærer at man vil få personer som injiserer heroin til å inhalere i stedet. Dette vil på lang sikt kunne være effektivt for å redusere heroindødsfall siden injisering bidrar til mange dødsfall. Switch-kampanjen har blitt utvidet til å også innebære andre tryggere inntaksmåter for ulike stoffer.

⁶ I Appendix 1 er en liste over tiltak i overdosestrategien.

Mottoet har vært: «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve». Strategien ble først lansert av Stoltenbergregjeringen i juli 2013, og deretter lansert i Stavanger av den nye regjeringen og helseminister Bent Høie 23. april 2014.

1.3 Forskningsoppdraget

I tillegg til tildelingsbrev av 07.10.13 ble Statens institutt for rusmiddelforskning⁷ (SIRUS) bedt om å gjennomføre en evaluering av overdosestrategien. Oppdraget var blant annet presisert slik (utdrag fra tillegg til tildelingsbrev):

«Evalueringen bør være en prosess/følgeevaluering, men brukerperspektivet bør også stå sentralt. Vi ser for oss en tett oppfølging av hele prosessen rundt strategien under 5-årsperioden. Det vil være sentralt å få informasjon om hvilke kommuner som søker midler, hva de søker om, hvordan de bruker pengene osv. Dessuten er det ønskelig å foreta en intervjuundersøkelse blant personer i risikogruppen i de største byene både før midlene deles ut, samt etter 2 år og 4 år. I tillegg må det forfattes en midtveisrapport om fremgangen i overdosestrategien.»

Det ble bestemt at den delen av overdosestrategien som handler om Nalokson neseppray skulle evalueres av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), som også ledet og gjennomførte naloksonprosjektet. Naloksonprosjektet var en separat prosess som startet i januar 2013, men som er gjort til en del av overdosestrategien.

På grunn av midlene som er avsatt til evalueringen, og kompleksiteten i strategiarbeidet, er det viktig å understreke at en «tett oppfølging av hele prosjektet» ikke har vært mulig i så stor grad som evalueringsforsker kunne ønske i alle faser og i alle deler av strategien. Den avgrensningen som er gjort for prosessevalueringen er beskrevet i kapittel tre om «Problemstillinger, metode og data».

En viktig del av prosessevalueringen har vært underveisformidling. Et ledd i denne underveisformidlingen var Midtveisnotatet som ble levert i juni 2016 til Helse- og omsorgsdepartementet. Innholdet ble også muntlig formidlet i foredrag til pilotkommunenettverket⁸ og den nasjonale arbeidsgruppa⁹. Formålet med notatet var å beskrive overdosestrategien, hvordan evalueringen var blitt gjennomført så langt, hva som var status og noen foreløpige refleksjoner.

1.4 Andre bidrag fra Folkehelseinstituttet på dette området

SIRUS gjennomførte ved starten av strategien, i 2013, en brukerundersøkelse med 1020 personer i de syv største byene i Norge med fokus på overdoser (Gjersing og Sandøy 2014). Dette er «intervjuundersøkelsen» omtalt i tildelingsbrevet, og er ikke en del av prosessevalueringen. Undersøkelsen ble gjentatt i de samme syv byene i september 2017. De overordnede resultatene fra denne undersøkelsen ble publisert i en nettrapport i november 2017 (Gjersing 2017a).

Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet (tidligere SIRUS) publiserer dessuten en årlig oversikt over antall overdosedødsfall og hvilke stoff som er primær

⁷ Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble fra 1.1.2016 innlemmet i Folkehelseinstituttet, og i det følgende er det derfor skrevet at Folkehelseinstituttet har ansvar for prosessevalueringen.

⁸ Pilotkommunenettverket er et læringsnettverk for pilotkommunene i strategien, og beskrevet i kapittel seks.

⁹ Se kapittel 2.2.2 og kapittel 4.2 for en beskrivelse av arbeidsgruppa.

dødsårsak (Gjersing 2017b), men denne rapporteringen er heller ikke en del av denne prosessevalueringen.

1.5 Oversikt over innholdet i rapporten

Dette første kapitlet har beskrevet bakgrunnen for og starten av strategien. I neste kapittel presenteres strategiens innhold kort, organisering og aktører, uten å vurdere dette. Kapittel tre beskriver problemstillinger, metode og data.

Kapittel fire til ni er empiriske kapitler som bygger på datamaterialet. Kapittel fire er en beskrivelse og vurdering av arbeid og organisering på det nasjonale nivået, med prosjektledelse, arbeidsgruppa, begrepsbruk i strategiarbeidet, planlegging og gjennomføring av strategien og sammenligning med andre kampanjer. Kapittel fem er en beskrivelse og vurdering av Pilotkommuneprosjektet. Kapittel seks beskriver pilotkommunenettverket og rollen til KoRus'ene. Kapittel sju er en beskrivelse og vurdering av de tre «stolpene» i strategiarbeidet: «Switch-kampanjen», lavterskel LAR-behandling og Nalokson neseppray. Kapittel åtte presenterer en del av de andre tiltakene som har vært en del av strategien. Kapittel ni er kalt «måloppnåelse, statistikk og prosesser», og diskuterer statistikken over antallet døde og andre sider av måloppnåelse i strategien.

Kapittel ti gir en oppsummering av strategiarbeidet sett i forhold til forsknings-spørsmålene og målsettingene som ble satt i starten av strategiperioden.

I Appendix 1 finnes en oversikt over tiltakene i strategien, og i Appendix 2 beskrives de ni pilotkommunene.

2 Hovedelementene i Nasjonal overdosestrategi

Dette kapitlet vil presentere overdosestrategien, med målsetting, organisering og aktører. Intensjonen med strategien er utfyllende beskrevet i «Strategidokumentet»¹⁰ (Helse- direktoratet 2014), som angir utgangspunktet for strategiarbeidet. Flere av aktørene har påpekt at dette har vært et nyttig dokument fordi strategien omfatter en uoversiktlig prosjektflora med mange ulike tiltak. I dette kapitlet vil jeg kun skissere hovedtrekkene slik at leseren har en viss innsikt i de ulike delene av det mangfoldige strategiarbeidet. Kapitlet bygger i all hovedsak på dokumentanalyse, som er beskrevet i kapittel 3.2.4.

2.1 Målsettinger for strategiarbeidet

De viktigste målene er formulert forskjellig ulike steder i Strategidokumentet. En formulering er allerede nevnt i kapittel 1.2 i denne rapporten, og et annet sted i Strategidokumentet står dette som mål:

«Hovedmålet for strategien er å redusere antallet overdoser med dødelig utgang blant annet ved å komme til med livreddende hjelpetiltak etter overdoser så raskt som mulig

Andre mål er å medvirke til

- *å myndiggjøre brukerne*
- *å redusere antall overdoser, også de som ikke er dødelige*
- *å redusere alvorlig helseskade som følge av overdoser*
- *å bedre oppfølgingen etter ikke-dødelige overdoser*
- *å bedre vurderingen av selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak i overdosesammenheng*
- *å bedre hjelpetilbudet til pårørende og nærstående som har behov for bistand etter overdosedødsfall» (Helsedirektoratet 2014:9)*

Delmålene er litt ulikt formulert ulike steder i Strategidokumentet. Det kan være et uttrykk for at det er mange målsettinger på så ulike nivå at det ikke er enkelt å være konsekvent på hvilke målsettinger som nevnes i enhver anledning.

2.2 Organisering av strategiarbeidet og beskrivelse av aktørene

Overdosestrategien består av mange tiltak og mange aktører. Samlet sett utgjør de innsatsen i overdosestrategien, og de er valgt fordi de på ulike måter er tenkt å være virksomme når det gjelder problemdefinisjonen og målsettingen: For mange dør av overdose i Norge, og det langsiktige målet er en årlig nedgang mot en nullvisjon.

2.2.1 Tiltak

Overdosestrategien kan ses på som en paraply for mange ulike tiltak. Tiltakene har blitt presentert på ulike måter, og også i denne rapporten vil de bli presentert ulikt ulike steder. Noen tiltak har eksistert forut for strategiperioden, mens andre er startet opp i regi av strategien. Appendix 1 gir en oversikt over alle tiltak som har vært knyttet til overdosestrategien i perioden 2014-2017.

¹⁰ Hele tittelen på Strategidokumentet er «Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»».

Kapittel fem i Strategidokumentet (Helsedirektoratet 2014:34-46) gir en presentasjon av alle tiltakene i starten av strategiperioden. Her er de listet slik de er gjengitt i dokumentet:

1. *Pilotkommuneprosjekt¹¹*
2. *Nalokson¹² til brukere og lekfolk*
3. *Pasientsikkerhetskampanjen – forebygging av overdose etter utskrivning fra TSB¹³ og etter løslatelse*
4. *Switch – fra injisering til inhalering*
5. *31. august – verdens overdosedag*
6. *Nettverk av gatenære tiltak*
7. *Fortsatt utbygging av LAR*
8. *Helhetlig oppfølging og behandling, utveksling av informasjon, selvmordsforebyggende tiltak*
9. *Samle pårørende erfaringer*
10. *Sikrere forskrivning av vanedannende legemidler – fastlegens rolle*
11. *Statistikkrapportering*
12. *Overdoseovervåkning*
13. *Følgeevaluering*
14. *Nettside*

En annen tiltaksoversikt er delt inn i sju (Helsedirektoratet 2014:7), og denne er mer brukt underveis i strategiarbeidet. Her er det også spesifisert hvem som har ansvaret for tiltakene:

1. *Endre brukerkultur (Switch-kampanjen)*
2. *Styrke brukerne (utdeling av nalokson, kameratredning, pasientsikkerhetskampanjen)*
3. *Styrke tjenestene (pilotkommuneprosjektet, nettverk av gatenære tiltak, utbygging av LAR, helhetlig oppfølging og behandling, taushetsplikt, informasjonsdeling, selvmordsforebyggende tiltak)*
4. *Ivaretagelse av pårørende (erfaringshefte om bistand, nasjonal minnedag 31. august)*
5. *Forskning (følge/prosess-evaluering, naloksonprosjektet)*
6. *Opplysning (nettside)*
7. *Statistikk (rapportering og overdoseovervåkning)*

Strategien er også blitt presentert av prosjektleder med tre «hovedstolper» med ulikt tidsperspektiv. Nummer en er mest langsiktig, og nummer tre mest kortsiktig. De blir beskrevet i kapittel 7:

¹¹ Ni pilotkommuner ble gitt mulighet til å søke på midler til prosjektstillinger.

¹² «Nalokson» refererer til Nalokson nesespray, en hurtigvirkende motgift som kan gis i nesespray til personer som har overdosert på opioider.

¹³ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling forkortes TSB.

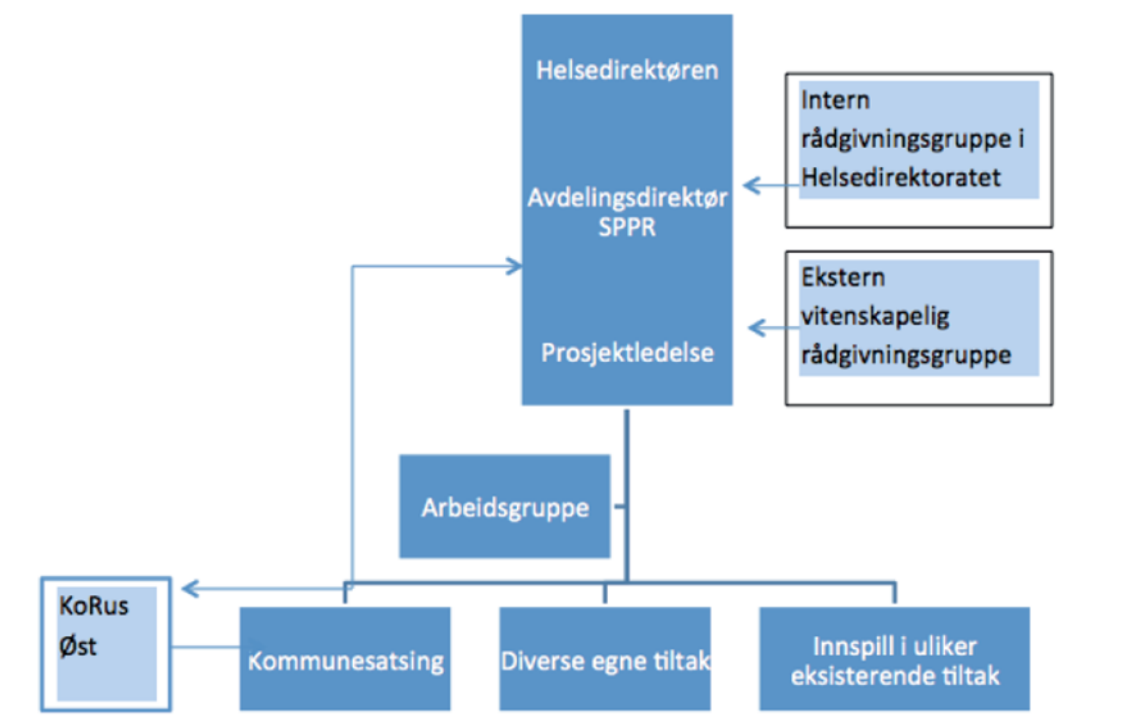
1. *Tryggere inntak (tiltak: Overgang fra injisering til sikrere inntaksmåter - Switch-kampanjen)*
2. *Behandling (tiltak: Styrke lavterskel LAR)*
3. *Øyeblikkelig hjelp (tiltak: Utdeling av Nalokson nesespray + opplæring i førstehjelp)*

Flere tiltak eksisterte forut for overdosestrategien. Det er for det første «Switch your habits», eller «Switch» i lista over, som ble til «Switch-kampanjen» i overdosestrategien. Andre eksempler er lavterskel LAR-behandling, Pasientsikkerhetskampanjen og markeringen av Verdens overdosedag. Verdens overdosedag¹⁴ ble markert for første gang i Norge i 2013 av Foreningen for Human narkotikapolitikk (FHN), og ble en del av strategien i 2014.

Mange av tiltakene vil bli beskrevet og reflektert rundt i egne delkapitler i denne rapporten (kapittel fire, fem, seks, sju og åtte).

2.2.2 Organisering og aktører på det sentrale nivået

Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å organisere overdosestrategien i perioden 2014-2017. Mange ulike beslutningsnivåer er involvert i strategien. En figur fra Strategidokumentet (Helsedirektoratet 2014:49)¹⁵ beskriver organiseringen sett fra Helsedirektoratets ståsted da strategien ble planlagt:



Figur 2: Illustrasjon av projektorganiseringen i 2014. Kilde: Statusrapporten (Helsedirektoratet 2014)

Prosjektledelsen har bestått av ansatte i Helsedirektoratet. Arbeidsgruppa har hatt 17 medlemmer, og er beskrevet i kapittel fire. Det som i figuren over er kalt «Kommunesatsning» er i denne rapporten kalt «Pilotkommuneprosjektet», og blir omtalt i kapittel fem. Aktørene på kommunalt nivå er også beskrevet i dette kapittelet i 2.2.4.

¹⁴ Se kapittel 8.2 for utfyllende beskrivelse av markeringene av Verdens overdosedag.

¹⁵ Dette er altså en figur som prosjektledelsen har laget, og vil bli kommentert i forbindelse med projektorganisering i kapittel 4.

I tillegg til nivåene i denne figuren kan man legge til et nivå under Kommunesatsningen og de ulike tiltakene. Under kommunenivået er personer i overdosefare som er den viktigste målgruppen for mange av tiltakene (Helsedirektoratet 2014:10). Over Helse-direktoratet kunne Helse- og omsorgsdepartementet vært tegnet inn. De er oppdragsgivere for prosjektet, og de bestilte prosessevalueringen. Sett fra et evalueringssynspunkt kunne denne figuren fått en annen utforming. KoRus'ene burde vært synliggjort, ikke bare KoRus-Øst. Dette vil bli diskutert i kapittel fem.

Den interne rådgivningsgruppen i Helsedirektoratet var i utgangspunktet en gruppe ansatte som skulle være en støtte for prosjektledelsen, men siden mange av dem ikke jobber i de aktuelle avdelingene lenger, ble det, ifølge prosjektledelsen gjennomført rådspørring mer ad hoc når det har vært behov for det.

Den eksterne vitenskapelige rådgivningsgruppa var tenkt sammensatt av representanter fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Sykehuset Innlandet, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Folkehelseinstituttet. Fem personer ble spurt om å sitte i en slik gruppe, og alle sa ja. På grunn av at to av dem ble involvert i ulike oppdrag knyttet til strategiarbeidet, ble det ikke de fem som opprinnelig var spurt. Representantene har heller ikke vært i møter som egen rådgivningsgruppe, men har ifølge prosjektleder vært rådspurt individuelt når det har vært behov for det. Av ulike grunner ble denne gruppa aldri innkalt til formelle møter, og har derfor ikke hatt møter som egen rådgivningsgruppe. I kapittel 4.1 beskrives begrunnelsene for at det ble slik, og hvilke konsekvenser det kan tenkes å ha hatt.

Den nasjonale arbeidsgruppa ble oppnevnt i slutten av 2013. Foruten prosjektleder og prosjektmedarbeider fra Helsedirektoratet, var det fleste medlemmene fagfolk, fra forskning, administrasjon, brukerorganisasjoner og gatenært arbeid. Medlemmene i arbeidsgruppa var fra starten:

- Prosjektleder og prosjektmedarbeider i Helsedirektoratet
- En professor fra Høgskolen i Buskerud
- En medarbeider i Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune
- En profesjonell brukermedvirker, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
- En avdelingsdirektør, Velferdsetaten, Oslo kommune
- Et styremedlem i Fagrådet, rusfeltets interesseorganisasjon og leder i brukerforeningen MARBORG
- Lederen i Foreningen for Human Narkotikapolitikk
- En ansatt i ambulanseavdelingen, Oslo sentrum
- En etatsjef, Etat for psykisk helse og rustjenester, Bergen kommune
- Lederen for overdosetiltak TSB i Pasientsikkerhetskampanjen og fagdirektør Stiftelsen Bergensklinikkene
- Lederen av FunkisHuset Sandnes kommune og initiativtaker til SWITCH
- En virksomhetsleder, KoRus-Øst
- En overlege, LAR Innlandet
- En politioverbetjent, Bergen sentrum politistasjon
- Generalsekretæren i Landsforeningen Mot Stoffmisbruk (LMS)
- En regionleder, Frelsesarmeens rusomsorg

Kommunikasjonsmedarbeider har deltatt på flere av møtene i arbeidsgruppa etter at hun kom med i arbeidet i 2015.

Alle medlemmene ble invitert til å komme med innspill da prosjektleder utarbeidet et mandat for arbeidsgruppa. Under er dette mandatet for arbeidsgruppa gjengitt:

<p>Arbeidsgruppas oppgaver</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsgruppa er Helsedirektoratets rådgivningsorgan når det gjelder overdosespørsmål. • Arbeidsgruppas hovedoppgave er å gi råd til Helsedirektoratet når det gjelder utforming av overdosestrategien og bistå i gjennomføringen. • Det forventes at arbeidsgruppas medlemmer <ul style="list-style-type: none"> ○ bringer sin kunnskap om overdoseproblematikk inn i arbeidsgruppas drøftinger ○ sprer kunnskap om strategien, dens tiltak og oppgaver i sine nettverk ○ påtar seg etter evne å innlede om overdosespørsmål på konferanser og møter der det er naturlig • Arbeidsgruppa står fritt i å uttale seg om overdosespørsmål uavhengig av Helsedirektoratets oppdrag.
<p>Rammebetingelser</p>	<p>Arbeidsgruppa møtes minst to ganger i året.</p> <p>Etter behov kan deler av arbeidsgruppa utgjøre undergrupper på utvalgte områder.</p>

2.2.3 Aktørene på mellomnivået – de regionale kompetansesentrene

Alle de syv regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus'ene) i Norge har vært involvert i arbeidet med overdosestrategien. KoRus-Øst har hatt en særstilling som aktør i strategiarbeidet, fordi de har hatt ansvar for å etablere og organisere pilotkommunenettverket. Selve tilskuddsordningen har vært organisert fra Helsedirektoratet sentralt. Som beskrevet over, kunne rollen til de syv KoRus'ene vært synliggjort bedre i figuren i Strategidokumentet.

En person fra hvert KoRus har vært med på samlingene i pilotkommunenettverket. For tre av kompetansesentrene har det vært utskifting i hvem som har deltatt. KoRus'ene har vært pålagt gjennom tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet å delta i arbeidet med overdosestrategien, og å følge opp pilotkommuner i sin region. KoRus-Øst har i tillegg hatt andre oppdrag i strategien, og dette vil bli beskrevet i de empiriske kapitlene.

Alle KoRus'ene bortsett fra KoRus Nord har hatt «sine» pilotkommuner som de har fulgt opp i hele strategiperioden. I flere av regionene har det også underveis blitt etablert regionale nettverk som har møttes i tillegg til de nasjonale samlingene i pilotkommunenettverket.

2.2.4 Aktørene på det kommunale nivået

Omtrent 40 % av strategibudsjettet er brukt på pilotkommuneprosjektet hvert av de fire årene i strategiperioden. De viktigste aktørene på det kommunale nivået har vært de

prosjektansatte i de ni pilotkommunene. De ni kommunene har vært Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Drammen, Asker, Porsgrunn, Fredrikstad og Arendal. De fikk mulighet til å søke på tilskuddsordningen og ble kalt «pilotkommuner» fordi de i 2011 var registrert med fem eller flere overdosedødsfall. Dette var de eneste kommunene i Norge som i 2011 hadde fem eller flere dødelige overdoser.

Tilskuddene til pilotkommunene kom inn i en kommuneøkonomi som var relativt stram mange steder. Flere fra kommunene har beskrevet bidraget til opprettelse av midlertidig prosjektstilling som kjærkomment. Mange sentralt initierte prosjekter har et krav om kommunal egeninnsats, for eksempel en 50/50 finansiering. I pilotkommuneprosjektet ble det ikke satt et slikt krav. De kommunene som fikk midler til 50 % stilling og som ønsket å ha en person i 100 %, måtte imidlertid finne annen finansiering til de resterende 50 %.

Aktørene på kommunalt nivå i de ni pilotkommunene i strategiarbeidet har vært ansatt i hele og halve prosjektlederstillinger finansiert av strategien. I tillegg har de fleste pilotkommunene hatt med en overordnet ansatt i pilotkommunenettverket. Ansatte i «kameratkommunene»¹⁶ har også deltatt i pilotkommunenettverket. Av kameratkommunene har noen i tillegg hatt med en ekstra ansatt i lavterskeltiltak eller lignende på nettverkssamlingene.

De prosjektansatte i pilotkommunene har hatt ulik bakgrunn, både når det gjelder utdanning og hvilken stilling de kom fra eller var i under strategiperioden. Deres kunnskap og kompetanse er aktør-betingelser som har vært avgjørende for arbeidet på det kommunale nivået.

Det har vært ulike rammer for arbeidet i pilotkommunene. Noen har valgt en prosjektorganisering med midlertidig prosjektstilling, mens andre har valgt plassering i den ordinære kommunale strukturen, ofte i et lavterskeltiltak. Begge måtene å organisere arbeidet på har sine fordeler og ulemper. Dette vil bli diskutert i kapittel fem.

¹⁶ «Kameratkommune» er en betegnelse som ble brukt i pilotkommunenettverket på de kommunene som ikke fikk tilbud om å søke på tilskuddsordningen, men som selv ønsket å starte overdoseforebyggende arbeid i sin kommune. Disse er beskrevet i kapittel 6.3.

3 Problemstillinger, metode og data – om prosessevaluering

Dette kapittelet vil først presentere problemstillingene for prosessevalueringen. Deretter følger en gjennomgang av datamateriale som bygger på tre ulike metoder: Deltakende observasjon, kvalitative intervjuer og dokumentanalyse.

3.1 Problemstillinger og forskningsspørsmål

Den overordnede problemstillingen er to-delt, og følger naturlig av at oppdraget er en prosessevaluering:

Hvordan gjennomføres arbeidet med Overdosestrategien?

Hvilke rammebetingelser påvirker iverksettelsen og gjennomføringen av de ulike tiltakene?

I tillegg er det mange underordnede problemstillinger på nasjonalt og kommunalt nivå.

På det nasjonale nivået: Hvilke tiltak ble igangsatt for å redusere antall overdoser? Hvordan påvirket møtene i arbeidsgruppa arbeidet med overdosestrategien? I hvilken grad, og eventuelt på hvilken måte har strategiarbeidet bidratt til større oppmerksomhet rundt overdoseproblemet? Hvordan ble strategien påvirket av innspill fra rådgivningsgrupper? På hvilken måte har strategiarbeidet inkludert brukerstemmene til å bli en del av arbeidet? Hvordan samarbeidet de ulike delene av strategien?

På kommunalt nivå: Hvordan har prosessene i de ni kommunene vært med tanke på å arbeide med målet for tilskuddsordningen? Hvor mange av de ni kommunene søkte midler til stillinger, og hvordan ble arbeidet gjennomført lokalt i den enkelte kommune i? Har pilotkommunene utviklet lokale handlingsplaner for overdoser? I så fall hvordan, er de forankret? Hvilke konkrete tiltak har strategiarbeidet ført til i de ni kommunene?

Noen av problemstillingene er direkte tatt ut fra tillegg til tildelingsbrevet¹⁷, mens noen er lagt til av evalueringsforsker. Dette er en følge av at oppdragsgiver ikke hadde oversikt over utarbeidelsen av strategien da evalueringsoppdraget ble gitt.

Problemstillingene besvares i kapitlene fire til ni, og oppsummeres i kapittel 10. I kapittel fem og seks blir alle problemstillingene på det kommunale nivået besvart. Problemstillingene på det nasjonale nivået blir hovedsakelig besvart i kapittel fire, men også delvis i kapittel sju og åtte. I tillegg vil evalueringen også belyse andre relevante tema som har kommet opp underveis i strategiperioden og som har hatt betydning for helheten.

3.2 Metode - prosess/følgeevaluering

Helse- og omsorgsdepartementet bestilte en *prosess/følgeevaluering*. Slik evaluering er fokusert på prosess, er dialogorientert og undersøker rammebetingelser (barrierer og føringer). Rammebetingelsene kan sorteres langs to akser. Langs den ene akse kan vi skille mellom strukturbetingelser, som for eksempel ressurser og arbeidsdeling, og aktørbetingelser, som for eksempel kompetanse og holdninger. Langs den andre akse har vi pull-faktorer og push-faktorer (Gambetta 1987), eller barrierer og føringer (Baklien og

¹⁷ Se kapittel 1.3 for tekst i tillegg til tildelingsbrevet.

Carlsson 2000). Dette er faktorer som bidrar eller hemmer at målsettingen blir nådd. Strukturene og aktørene avgjør sammen utfallet på den studerte prosessen. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser kan også kalles mulighetsstrukturer (Martinussen 1984:128), og disse kan også virke indirekte gjennom aktørene ved å gi dem handlingsrom.

Som nevnt står strukturer og aktørers handlingsrom sentralt i evalueringen (Baklien 2004, Patton 1990). Prosessevalueringen dreier seg om hvordan rammebetingelsene fremmer eller hemmer utviklingen av tiltaket. Dette innebærer at forskningen er i kontakt med dem som evalueres, heller enn en instrumentell teknikk (Visse, Abma og Widdershoven 2012). Prosessevaluering og følgeforskning (også kalt formativ dialogbasert prosessevaluering) er ikke nødvendigvis to motsetninger, men innebærer ulikt fokus på det formative elementet og på betydningen av dialog (Halvorsen, Madsen og Jentoft 2013), og det er ofte gradforskjeller mer enn store forskjeller. At dette er en prosessevaluering og ikke følgeforskning, innebærer at det formative aspektet ikke er like gjennomgående som det ville vært i følgeforskning. Rammene for evalueringen har ikke gitt rom for tett oppfølging fra uke til uke i alle deler av strategiarbeidet. Den har likevel hatt et formativt element og vært dialogbasert, noe prosessevalueringen ikke nødvendigvis *må* være. Evalueringen vil i det følgende bli omtalt som *prosessevaluering*, og den som har utført evalueringen omtales som *evalueringsforsker*.

Prosessevaluering er orientert mot innsikt, forståelse og læring. Denne formen for evaluering er opptatt av hvordan en kan forbedre en innsats underveis, og «selve prosessen og iverksettingen av den er i søkelyset, og den prosessorienterte retningen kjennetegnes også ved at organiseringen av tiltak blir studert, analysert og vurdert» (Sverdrup 2002:32). En prosessevaluering tar vanligvis utgangspunkt i kvalitative data og spør «hvorfør ting blir som de blir» (Baklien 1993). For prosessevalueringen av overdosestrategien innebar det at evalueringsforsker deltok på, og observerte i, sentrale møter og prosesser. Med et blikk utenfra kunne det gis innspill til prosjektledelsen og andre relevante aktører om utviklingen av strategien. Evalueringsforskeren skal gjøre de ansatte bedre i stand til å nå målene, og samtidig evaluere det de gjør. Dette er en utfordrende rolle å ha fordi en skal bidra til utviklingen samtidig som en skal vurdere det som gjøres (Baklien og Skatvedt 2013, Gamble 2008). Prosessevalueringens primære mål er utvikling og læring, ikke først og fremst vurdering av måloppnåelse (Patton 1990, Patton 2011, Baklien 2004). I dette strategiarbeidet har det vært relativt enkelt å lese av statistikken hvordan utviklingen har vært, uten at statistikken har kunnet fange hele bildet av hva som har skjedd i perioden.¹⁸

Underveis-dialogen med prosjektledelsen har oftest vært i tilknytning til møtene i arbeidsgruppa eller pilotkommunenettverket. Der har evalueringsforsker kommet med innspill til det videre arbeidet. M.Q. Patton vektlegger at det å være i en slik dialog over tid i seg selv gir utslag på arbeidet: «Helping people learn to think evaluatively can make a more enduring impact from an evaluation than use of specific findings generated in that same evaluation» (Patton 2006:28).

Prosesen som er studert er ikke knyttet til *ett* tiltak på *ett* sted som kan følges på daglig basis, men til en mangfoldig prosjektflora med mange ulike deltiltak¹⁹. Det har derfor vært nødvendig å gjøre strategiske valg på hvilke prosesser som skal følges. Av tidshensyn, har evalueringsforsker fulgt utvalgte sentrale prosesser i strategiarbeidet. Dette har i hovedsak vært møtene i pilotkommunenettverket (møter over to dager to ganger i året i fireårsperioden), arbeidsgruppa (to møter i året i fireårsperioden), markeringen av Verdens

¹⁸ Kapittel 9 diskuterer dette.

¹⁹ Se kapittel to og Appendix 1 for en oversikt over tiltakene.

overdosedag (ulike steder i Norge hvert år), de årlige LAVterskelkonferansene (over to dager en gang i året) og epostkorrespondanse og formelle dokumenter som evalueringsforsker har fått tilgang til. I tillegg er de andre tiltakene fulgt til en viss grad gjennom arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket. Hvilke deler av arbeidet som ble fulgt ble diskutert med prosjektledelsen tidlig i strategiperioden. Prosjektleder, prosjektmedarbeider og kommunikasjonsmedarbeider i Helsedirektoratet har stilt informasjon til rådighet, og har blitt intervjuet flere ganger både underveis og mot slutten av strategiperioden.

De primære datakildene for prosessevalueringen er deltakende observasjon, intervjuer og dokumentanalyse, noe som følger naturlig av at det er en prosessevaluering (Fangen 2010, Sverdrup 2014, Baklien 2004). Det er også gjennomført formelle intervjuer og mange feltsamtaler på ulike møtesteder for arbeidet med strategien.

3.2.1 Intervjuer og feltsamtaler

I løpet av strategiperioden har til sammen 32 personer blitt intervjuet. Dette inkluderer prosjektansvarlig, de tre i prosjektledelsen, 10 av de mest sentrale personene i arbeidsgruppa gjennom fireårsperioden, syv ansatte i KoRus'ene og 11 ansatte i pilotkommunene²⁰. De fleste intervjuene er gjort ansikt til ansikt, men noen er også gjort over telefon. Flere er også intervjuet flere ganger i løpet av strategiperioden, og i de kommunene der det har vært flere ansatte, har evalueringsforsker intervjuet alle som har innehatt stillingen i pilotkommunen. De som har sittet i arbeidsgruppa over tid er alle intervjuet, og også noen av dem som har sluttet underveis. Alle ansatte i KoRus som var ansvarlig for arbeidet med strategien er intervjuet, bortsett fra en som ikke var tilgjengelig på grunn av sykdom. Til sammen utgjør dette 40 intervjuer. I tillegg til intervjuene har evalueringsforsker hatt mange uformelle feltsamtaler underveis i perioden det har vært gjort deltakende observasjon.

Noen av intervjuene med prosjektledelsen er gruppeintervju, men de aller fleste er gjennomført som individuelle intervju. De formelle intervjuene har vært semi-strukturerte, med forberedte tema, men med en fleksibel rekkefølge, noe som gir dem som intervjues muligheten til å snakke fritt ut fra sitt perspektiv. Intensjonen er en reell dialog der begge parter er kunnskaps- og meningsproduserende (Jfr. Holstein og Gubrium 2004, Holstein og Gubrium 2010). Lengden på intervjuene varierte ut fra hvor mye informantene hadde å snakke om. I avtalte intervjuer er lyden tatt opp digitalt. Denne rapporten navngir ikke aktørene, men enkeltpersoner kan likevel noen steder bli identifisert på grunn av stilling. Der det kan fremgå av teksten hvem som har kommet med direkte sitat, er dette sendt på e-post til vedkommende for godkjenning.

Feltsamtalene har vært med mange ulike deltakere i nettverk og arbeidsgruppa. Feltsamtaler er en type intervju som ikke er forhåndsavtalt, og som ikke blir opptatt på bånd, men som likner mer på dagligdags prat (Aase og Fossåskaret 2014). Feltsamtaler er uformelle, og oppstår for eksempel ofte i kaffepauser eller i lunsjen, eller som i denne evalueringen gjennom pausesamtaler på møtedager med arbeidsgruppa og i pilotkommunenettverket. Slik er den mangfoldige strategien forsøkt fanget bedre enn om det bare var en analyse av formelle møter, intervju og dokumenter.

²⁰ Det er ni pilotkommuner, men i to av dem var det utskiftning underveis, og jeg intervjuet også de som sluttet midtveis i Bergen og Trondheim. I tillegg er noen av de ansatte intervjuet flere ganger i løpet av fireårsperioden.

3.2.2 Deltakende observasjon, underveisformidling og forskerrollen

Evalueringsforsker har vært til stede på alle møtene i arbeidsgruppa i perioden 2014-2017 (to møter hvert år) og alle møtene unntatt ett i pilotkommunenettverket i samme periode (2 ganger i året²¹). Møtene har gått over to arbeidsdager og vært avholdt på hotell. Evalueringsforsker har også deltatt i lunsjpauser og på middager. I de første møtene presenterte evalueringsforskeren seg og fortalte kort om prosessevalueringen. I slutten av perioden var ikke dette lenger nødvendig, men pausene ble brukt til å orientere eventuelt nye personer om evalueringsforskerens rolle.

Utenom avtalte presentasjoner har evalueringsforsker holdt seg i bakgrunnen i møtene. Enkelte ganger har forsker kommet med tilbakemeldinger, både avtalte foredrag og spontane tilbakemeldinger. Prosessevaluering er ikke aksjonsforskning, det vil si at forsker ikke er en del av selve intervensjonen eller tiltaket, men kommer med innspill på bakgrunn av å ha vært tilstede i prosesser og møter (Baklien 1993, Baklien 2000, Baklien 2004). At det ikke er aksjonsforskning, betyr også at forsker ikke deltar i arbeidet, og dermed heller ikke har ansvar for utfallet av prosjektet som forskes på. En grunnleggende ide er at forskerne ikke er ansvarlige hovedaktører, men heller ikke nøytrale betraktere (jf. Baklien 1993). Forholdet mellom nærhet og distanse står sentralt i en prosessevaluering.

Å være tilstede og bidra med tilbakemeldinger underveis, men ikke være en del av selve intervensjonen, er en utfordrende rolle som hele tiden er under forhandling. For eksempel var det nødvendig å være tydelig underveis i strategiperioden på at evalueringsforsker *ikke* skulle skrive «Veiviseren»²² eller «Håndboka» som det ble kalt på det tidspunktet. En rolle som forsker i en evaluering kan ikke kombineres med å gå inn å jobbe i strategiarbeidet. Cronberg skriver at evalueringsforsker lett kan bli en «søppelbøtte» for all frustrasjon som deltakerne har i et prosjektarbeid (Cronberg 1992:255). I dette prosjektet var det mye entusiasme og engasjement i alle ledd, og forsker har i veldig liten grad vært søppelbøtte for deltakernes frustrasjoner. I stedet har det noen ganger vært krevende å ha rollen som den som ofte stiller de kritiske spørsmålene, og som ikke bare skal bli revet med av entusiasmen.

Evalueringsforsker i denne evalueringen har etterstrebet en rolle som både er tett på og likevel har en viss distanse. Dette kan være en vanskelig balansegang. Dag Album beskriver det slik:

«En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke kunne forstå de utforskede verden. En forsker som ikke kommer fjernt nok fra dem, vil ikke kunne klare å oppdage og sette ord på det selvfølgelig, heller ikke å løfte analysen fra det trivielle.» (Album 1996:240-241)

Å være evalueringsforsker innebærer å undersøke roller, strukturer og rammebetingelser, heller enn personer. I evalueringer som denne er det også viktig å reflektere over at aktører ikke er objekter, men aktører med egne agendaer for hva de ønsker å snakke om, for eksempel i intervjuer (Jacobsson og Åkerström 2012, Baklien og Skatvedt 2013). At aktører er i ulike maktrelasjoner, påvirker også hva de ønsker å snakke om. Det er helt naturlig og legitimt å ønske å fremme sitt eget syn (Järvinen 2001), og det er forskeren sin jobb å vurdere og reflektere over det som kommer frem gjennom intervjuer og deltakende observasjon.

²¹ På det ene møtet i pilotkommunenettverket 2015 møtte vikar fra SIRUS.

²² Veiviseren er et produkt av pilotkommuneprosjektet, og viser eksempler fra pilotkommunene på overdoseforebyggende arbeid. Veiviseren er beskrevet i kapittel 6.6.

Evalueringsforsker har hatt dialog med prosjektledelsen underveis i hele fireårsperioden, og gitt tilbakemeldinger på flere tidspunkt i prosessen. Ofte var de et resultat av at det ble spurt om vurderinger. Tilbakemeldinger er også gitt både i arbeidsgruppemøter, pilotkommunenettverket og i mer uformelle sammenhenger. Dette har vært innspill fra et utenfraperspektiv, siden forsker ikke direkte har medvirket til debatter og prosesser i arbeidet. Disse innspillene omtales som underveisformidling. Forskeren har også vært en diskusjonspartner for prosjektledelsen om for eksempel formidling av tallgrunnlaget/statistikk over antallet døde, begrepsbruk og andre forhold. Evalueringsforsker har også holdt flere foredrag om utviklingen i arbeidet tilpasset deltakerne i ulike settinger. Tilbakemeldinger fra ansatte både lokalt og nasjonalt tyder på at tilstedeværelsen i strategiarbeidet har fungert etter intensjonen, og at det har vært et bidrag som har gjort en forskjell i arbeidet, uten å ta for stor plass.

Evalueringsforsker har dessuten deltatt på arrangement på Verdens overdosedag 31. august, i ny by hvert år (Oslo 2014, Bergen 2015, Fredrikstad 2016, Asker 2017). I tillegg deltatt på LAVterskelkonferansen i 2014, 2015, 2016 og 2017. Forsker har også deltatt på tiltak knyttet til overdosestrategien, for eksempel Switch-kurs på Dalsbergstien Hus i Oslo.

3.2.2.1 *Midtveisnotat*

I juni 2016 ble det i tråd med bestillingen fra departementet levert et Midtveisnotat til Helse- og omsorgsdepartementet. Innholdet ble også presentert i foredrag for deltakerne i arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket. Slik underveisformidling er en del av prosess-evalueringens formative element (Baklien 2004). Departementet bad også spesifikt om det i oppdraget. Helsedirektoratet fikk kopi av notatet. Intensjonen var å beskrive den første halvdel av strategien, men hva som var midtveis i denne strategiperioden var ikke så lett å gi et entydig svar på. Bevilgningen startet fra kalenderåret 2013, og strategien ble da planlagt i Helsedirektoratet fra 2013. De fleste tiltakene startet i 2014. I Strategidokumentet står det i overskriften 2014-2017, selv om dette utgjør fire og ikke fem år. Som nevnt foran ble strategien lansert både i 2013 og 2014, i 2014 som en fireårig strategi. Årsskriftet 2015/2016 var derfor naturlig å betrakte som midtveis i prosjektet, og det ble derfor levert midtveisnotat for perioden 2014-2015, mens denne rapporten i tillegg beskriver og vurderer årene 2016 og 2017.

3.2.3 *Dokumentanalyse*

Sentrale dokumenter og e-postkorrespondanse var også en del av datamaterialet. Særlig viktig var Strategidokumentet (Helsedirektoratet 2014), kommunenes årlige rapportering til Helsedirektoratet, formelle dokumenter og referater fra møter evalueringsforsker ikke var tilstede på, samt e-poster mellom ulike personer om diverse tiltak. Alle som jobber med strategien og deltakerne i arbeidsgruppa ble oppfordret til å sende e-post til eller sette forsker i kopi på e-poster som kunne være viktige for prosessevalueringen. Dokumentanalysen har pågått over hele fireårsperioden. Flere har påpekt at det er vanskelig å vurdere hva som er relevant å sende videre for prosessevalueringen, men det er ikke grunn til å tro at noen systematisk holdt informasjon unna evalueringen.

3.2.4 *Det samlede datagrunnlaget*

Informasjonen fra intervjuene, feltsamtalene, den deltakende observasjonen og dokumentanalysen gir til sammen et godt grunnlag for å innenfor rammene av evalueringen tegne et så helhetlig bilde som mulig av aktiviteten i et mangfoldig strategiarbeid. Notatene fra intervju, feltnotater og deltakende observasjon er lest gjennom

gjentatte ganger, og analysen av datamaterialet gir innsikt i prosessene i overdosestrategien. Datainnsamlingen ble formelt avsluttet 31.12.2017. Informasjon fra rapporteringen fra Pilotkommunene for 2017, som hadde rapporteringsfrist 31.3.2018, er inkludert i rapporten. Statistikken over antall døde av overdose for 2016 som ble frigjort i desember 2017 er det siste tallgrunnlaget som er tatt med i denne rapporten.

På tross av et stort datatilfang kan likevel en slik mangfoldig strategi ikke bli beskrevet i detalj og dybde i alle ledd med de tidsmessige begrensningene evalueringforskeren var underlagt. Derfor ble det i samarbeid med prosjektledelsen valgt ut enkelte sentrale deler av strategiarbeidet som er fulgt tett i fireårsperioden. Dette var møtene i pilotkommunene-nettverket og arbeidsgruppa, markeringen av Verdens overdosedag og dokumentanalyse underveis i fireårsperioden. De andre tiltakene i strategien er fulgt til en viss grad gjennom pilotkommunenettverket og arbeidsgruppa, i tillegg til e-postkommunikasjon mellom ulike aktører i strategiarbeidet. Evalueringforsker har også vært åpen for problemstillinger som har kommet til underveis, og i tillegg til problemstillingene i prosjektskissa sett på både intenderte og uintenderte virkninger av tiltakene i strategien.

I denne rapporten er det evalueringforsker sine vurderinger på bakgrunn av det samlede datagrunnlaget som kommer til uttrykk med mindre det eksplisitt sies at det er noen andre sin vurdering.

Evalueringprosjektet er meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for Folkehelseinstituttet.

4 Overdosestrategiens innhold og refleksjoner rundt prosessene – det nasjonale nivået

Dette kapittelet beskriver organiseringen av overdosestrategien. Det knyttes også noen refleksjoner til de ulike delene og prosessene på nasjonalt nivå. Datagrunnlaget er deltakende observasjon, intervju og dokumentanalyse.

Rammebetingelsene var både fremmende og hemmende for arbeidet, og dette vil bli utdypet i det dette og de neste kapitlene. Evalueringen tar utgangspunkt i både struktur- og aktørnivå, og dette vil synliggjøres i de kommende empiriske kapitlene.

Først i dette kapittelet beskrives organiseringen av strategien, prosjektledelsen og arbeidsgruppa og dens arbeid. Deretter framheves noen tema som har vært viktige på det sentrale nivået, planlegging og gjennomføring av arbeidet, begrepsbruk og sammenligning med trafikksikkerhetskampanje og andre kampanjer.

4.1 Prosjektorganiseringen og ledelsen av strategiarbeidet

Overdosestrategien ble lansert to ganger, av ulike helseministere fra ulike regjeringer, første gang i 2013 og deretter i 2014. Det de fleste tenker på som *lanseringen* av strategien, skjedde 23. april 2014 i Stavanger, ved helseminister Bent Høie som lanserte en fireårig strategiperiode. Like før lanseringen var Strategidokumentet oversendt departementet fra Helsedirektoratet. Overdosestrategien ble organisert fra Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og omfattet en rekke ulike tiltak. Det kan se ut som at overdosestrategien har samlet det meste som kan tenkes å ha mulig effekt på målsettingen om færre døde av overdoser. I denne helheten er få eller ingen forslag til delprosjekter valgt bort. Mange av tiltakene var lite kostnadskrevende, og det var derfor heller ikke nødvendig å si nei til noen prosjekter. Den årlige bevilgningen til strategien har vært 10 millioner kroner, der to av tiltakene til sammen har fått mer enn 80 % av den totale summen. Dette er Pilotkommuneprosjektet²³ (ca. 4,3 millioner årlig) og Nalokson neseppray²⁴ (ca. 4 millioner årlig).

I januar 2014 søkte de ni pilotkommunene på midler til stillinger for lokalt overdoseforebyggende arbeidet, og i løpet av 2014 ble det ansatt personer i stillingene. Noen steder gikk dette raskt, mens ansettelsen i andre kommuner tok lengre tid. Naloksonprosjektet kom i gang med utdeling av «nalokson kit» i løpet av sommeren 2014. Arbeidet kom med andre ord i gang i løpet av første halvår 2014, i den perioden strategien ble lansert for andre gang.

Helsedirektoratet har planlagt og gjennomført arbeidet med overdosestrategien²⁵. Avdelingsdirektør for avdeling psykisk helsevern og rus i divisjon spesialisthelsetjenester har vært prosjektansvarlig, og seniorrådgiver i samme avdeling har vært prosjektleder i hele strategiperioden 2014-2017. Prosjektleder var også sentral i planleggingen av strategien i 2013. I 2014-2017 har prosjektmedarbeider fra avdeling psykisk helse og rus i divisjon primærhelsetjenester vært ansatt i en stillingsprosent og prosjektmedarbeider på kommunikasjon/nettløsninger har også vært tilknyttet strategien fra januar 2015 og ut strategiperioden. Prosjektansvarlig i Helsedirektoratet har hatt en overordnet rolle, mens prosjektledelsen med prosjektleder og prosjektmedarbeider, i ulike stillingsprosenter, har

²³ Se kapittel 5.

²⁴ Se kapittel 6.3.

²⁵ For en oversikt over prosjektorganiseringen, kapittel 2.3.2.

jobbet konkret med planlegging og gjennomføring. Prosjektleder har jobbet ca. 60 % i perioden. Prosjektmedarbeider har jobbet ca. 25 %, og en medarbeider fra Helse- direktoratets kommunikasjonsavdeling som ble med i prosjektgruppen fra januar 2015, har jobbet ca. 50 % i 2015, ca. 20 % i 2016 og ca. 15 % i 2017. Stillingsandelene fra Helsedirektoratet har vært finansiert over overdosestrategiens budsjett.

En figur som viser den planlagte prosjektorganiseringen er gjengitt foran i kapittel 2.2.2. Ikke alt har blitt slik det opprinnelig var tenkt. Inntrykket er at overdosestrategien var forankret høyt oppe i Helsedirektoratet helt fra begynnelsen, og dette blir bekreftet av prosjektansvarlig i direktoratet. Dette innebærer at prosjektet har vært fulgt tett opp. Forankringen har vært en rammebetingelse som har gjort det mulig å fronte en del kontroversielle tiltak i regi av strategien. Prosjektansvarlig sier også at Helsedirektoratets ledelse sluttet seg til at dette var et viktig område å satse på. At strategien var forankret høyt oppe i direktoratet påvirket også prosjektledelsens arbeid, ved at de i mindre grad måtte forsvare viktigheten av arbeidet.

Underveis har det skjedd tilpasninger av målsettingene og tiltakene. Dette kunne vært en svakhet ved arbeidet, men har i stor grad vært gode tilpasninger, sett fra evaluerings- forskers synspunkt. Blant annet ble fengselsprosjektet tillagt mer vekt etter nye forskningsfunn fra SERAF der en fant en forhøyet risiko for overdosedød etter løslatelse fra fengsel også i Norge (Bukten, Stavseth, Skurtveit, Tverdal, Strang og Clausen 2017), og bekreftet nok en gang at dette er en viktig problemstilling, noe som også i Norge er vist tidligere (Ødegård, Amundsen, Kielland og Kristoffersen 2010). Enkelte andre deler av målsettingene og tiltakene fra starten har blitt tillagt mindre vekt. For eksempel har strategiarbeidet i mindre grad enn først tenkt hatt fokus på selvmordsforebyggende tiltak. I Strategidokumentet står det at Helsedirektoratet, kommunene og helseforetak er ansvarlige for å styrke tjenestene ved selvmordsforebyggende tiltak, og på dette punktet har det vært lite aktivitet bortsett fra at prosjektleder har deltatt i en gruppe i Helse- direktoratet for en strategi mot selvmord. Overdosestrategien har også gitt i oppdrag til Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) om å gå gjennom litteraturen på feltet for å finne ut mer om risikoforståelse blant personer som injiserer rusmidler, og hvilke implikasjoner dette kan ha for overdoseforebygging.

Oversikten over tiltakene kunne med fordel vært presentert bedre i Strategidokumentet. Noen oversikter over tiltak har også vært rotete, fordi tiltakene er på ulike nivå. Ett eksempel er 14-punktlisten i kapittel 2.2.1. Et forsøk på å lage en fullstendig liste over tiltak i strategiperioden er gjengitt i Appendix 1.

Prosjektleder har helt siden starten vært viktig for utvikling og gjennomføring. Han har hatt oversikten over de ulike delene av overdosestrategien, har ledet arbeidsgruppa og vært sentral i alt som har hatt med pilotkommunenettverket å gjøre. Han har gjort dette arbeidet som noe av det siste i sin yrkeskarriere, og hans lange erfaring og brede kompetanse har kommet prosjektet til gode. Prosjektleder er også en engasjert og synlig fagperson, og han har i stor grad vært kreativ utover det mange forventet ut fra rollen. I løpet av strategiperioden har han også reist rundt i ulike deler av landet og hospitert for å se hvordan arbeidet har vært gjort lokalt. Alle pilotkommunene har hatt besøk av ham, og han har hatt et klart og uttalt mål om å lære av det lokale arbeidet.

Prosjektleders sentrale rolle, engasjement og erfaringsbredde har i stor grad vært positivt for strategiarbeidet. Selv om en slik ledelse hovedsakelig har vært positivt for strategien, kan den likevel også ha ulemper eller baksider. En mulig bakside av mye erfaring, kompetanse og engasjement, er mindre grad av struktur. En annen mulig bakside er at

noen beslutninger kan ha vært tatt uten å kommunisere med andre. Ett eksempel på dette er at en vitenskapelig rådgivningsgruppe ikke ble etablert som en rådgivningsgruppe. Prosjektleder bad om råd fra enkeltpersoner som var tenkt inn i rådgivningsgruppa når han selv tenkte det var nødvendig, i stedet for at en gruppe ble konsultert og kunne høre hverandres argumenter. Ett eksempel på en avgjørelse som fikk kritikk, var pengestøtten til skriveprosjektet i Østfold²⁶. Det har imidlertid vært få kritiske bemerkninger til beslutninger tatt av prosjektleder.

Når evalueringen har vært opptatt av prosjektleders rolle, er det fordi denne rollen har vært en sentral rammebetingelse på aktørnivå. Dersom Helsedirektoratet skal ansette en ny prosjektleder, vil de måtte revurdere organiseringen av arbeidet. Dersom en for eksempel har en prosjektleder med mindre erfaring, vil det kunne være en god ide å etablere en styrings- eller referansegruppe med beslutningsmyndighet for å sikre gode rammebetingelser for det videre arbeidet.

Den eksterne vitenskapelige rådgivningsgruppa som er del av figuren i kapittel 2.2.2 har som nevnt ikke fungert slik det var planlagt. Personene ble formelt spurt om å sitte i en slik rådgivningsgruppe. Av ulike grunner ble denne gruppa aldri innkalt til formelle møter og har derfor ikke hatt møter som egen gruppe. Ifølge prosjektleder har medlemmene vært rådspurt individuelt når det har vært behov for det, og har også møttes i andre fora. I følge prosjektansvarlig kan dette en fungere dersom prosjektleder er dyktig og har tilstrekkelig oversikt på feltet, men som åpenbart vil være problematisk dersom prosjektleder av en eller annen grunn må byttes ut. Denne måten å organisere arbeidet på krever mer av prosjektleder enn å ha en rådgivningsgruppe der medlemmene korrigerer hverandre. Uansett hvor god oversikt og kunnskap prosjektleder har hatt, vil det være et tilleggselement at de som blir brukt som vitenskapelige rådgivere hører hverandres meninger og argumenter, og oppdaterer hverandre om forskningsfronten på ulike deler av fagfeltet. Uansett hvor god oversikt prosjektleder har, så skal ikke verdien av en gruppe av eksperter som hører hverandres argumenter samlet undervurderes.

Den interne rådgivningsgruppa i Helsedirektoratet har heller ikke fungert som en gruppe. I følge prosjektleder er dette delvis fordi personene sluttet i direktoratet, og delvis fordi det ikke ble opplevd som et behov. Også her har det vært spurt om råd og samtaler mer ad hoc. Prosjektleder mener at det bare delvis har fungert godt, og at det for eksempel burde blitt frigjort en jurist fra Helsedirektoratet tidlig i perioden til å være med og lede strategien.

Det at de rådgivende gruppene ikke har fungert som grupper, kan ha bidratt til at de tre ansatte i direktoratet har hatt mer makt, for eksempel til å bestemme hva som skal tildeles midler fra budsjettet. Kontakten med personene som var tenkt inn i en rådgivende gruppe har prosjektleder kommunisert direkte med når det har vært konkrete spørsmål. Fra et evalueringssynspunkt er dette en svakhet ved strategiarbeidet, fordi flere stemmer kunne vært hørt i viktige spørsmål.

Prosjektleder, og andre, har delt av sin kunnskap, og satt andre foran seg selv i arbeidet med strategien. Det har fremmet arbeidet på aktørnivå. Mange har uttrykt at deres egen arbeidsinnsats ikke er det viktige, men at målet med færre overdosedødsfall er det viktigste. Ett eksempel er en ansatt i ett av KoRus'ene som sa at han mente at det ikke er deres fortjeneste (KoRus) at arbeidet lokalt og regionalt gikk bra, men at de ansatte i pilotkommunene var de som skulle takkes for innsatsen.

²⁶ Se kapittel 8.4.

De fleste har vært veldig fornøyde med prosjektledelsen. En av de ansatte i pilotkommunene sier dette om prosjektlederen:

«Jeg syns ledelsen har fungert kjempefint. Jeg kjente ikke prosjektleder fra før. Men jeg er kanskje litt forutinntatt av toppbyråkratiet, og prosjektlederen stemmer ikke med mine fordommer (ler). Han er også et eksempel på den todelte kompetansen. På den ene siden representerer han forskning/akademia/byråkratiet/forvaltnings-systemet, men på den andre siden representerer han gatenær kompetanse og praksisbasert erfaring. Det viktige er at han klarer å forene de to. Det er jo genialt. Og da mener jeg vi har størst sjanse for de treffsikre tiltakene som gir måloppnåelse og effekt. Når vi klarer den komboen der. Og denne vennligheten, å være lyttende overfor kommuner, inviterende, muliggjørere, og den støtten. For det er ensomt noen ganger fordi du sitter nederst ved bordet. Hver gang jeg ringer, hver gang jeg tar kontakt med prosjektleder, hver gang jeg sender en e-post, får jeg alltid svar, han er alltid støttende. De gjør så godt de kan i Helsedirektoratet.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Holdningen prosjektledelsen har vist, har vært en aktørbetingelse på sentralt nivå som har bidratt til at arbeidet med strategien og samarbeidsrelasjonene har fungert godt. En fra arbeidsgruppa sier først noe av det samme som personen over, og fremholder deretter at det har vært et godt team fra Helsedirektoratet som har jobbet med strategien:

«Ingen kunne erstatta prosjektleder i den rollen. Han har en erfaringsbredde som er unik, og en innlevelsesevne. En evne til å få med folk og få struktur på ting. Ledelsen har fungert veldig godt. Det er gode virkemidler å følge ting litt med dikt og film, være kreativ. Og prosjektmedarbeider styrer butikken. Kommunikasjonsmedarbeideren er flink på sine greier. Prosjektlederen bærer dette. Til sammen er de et veldig godt team.» (Medlem i arbeidsgruppa)

I intervjuene beskriver mange personer i pilotkommunenettverket de ansatte i direktoratet som lite byråkratiske, trivelige, tålmodige, ordentlige og lett tilgjengelige. Det gjelder både prosjektleder, prosjektmedarbeider og kommunikasjonsmedarbeider. En sier det slik:

«Jeg vil gi ros til ledelsen i Helsedirektoratet. De har fått til en god atmosfære i arbeidet, de som har skoene på er de som skal høres.» (Medlem i arbeidsgruppa)

Flere har også påpekt at verdigrunnet for prosjektledelsen, deltakerne i arbeidsgruppa og de som har vært med i pilotkommunenettverket, har vært likere enn de på forhånd hadde forventet. Forventningene var annerledes fordi personene representerer ulike beslutningsnivåer.

Det er imidlertid ikke alle som har vært helt fornøyd med prosjektledelsen. Innvendingene går på at de har vært for unyanserte i å kaste seg på nye trender. For eksempel i starten var det et mantra at alle pilotkommunene burde etablere Helse- og overdoseteam²⁷, mens flere av pilotkommunene hadde tanker om andre grep som kunne være bedre tilpasset de lokale forholdene. Noen i pilotkommunenettverket syntes også at prosjektleder kunne være litt vel uformell noen ganger, og at dette gjorde at det ble litt for lite struktur på møtene. Noen mente også at arbeidsgruppa kunne vært bedre organisert slik at det ble gjort arbeid mellom møtene. Enkelte fra KoRus mente at de i for liten grad fikk informasjon, og at de måtte spørre pilotkommuner om de nyeste oppdateringene i

²⁷ Etter modell fra Trondheim.

strategiarbeidet. Andre sa at arbeidet i pilotkommunene i for stor grad ble sammenlignet, og at dette skapte unødvendig konkurranse-stemning mellom kommunene.²⁸

Helhetsinntrykket er likevel at veldig mange var overrasket over hvor godt samarbeidet med prosjektledelsen fungerte, ut fra forventninger om ulike syn på bakgrunn av ulike forvaltningsnivå. Mange satte pris på informative e-poster fra prosjektleder («sommerbrev», «vinterbrev» osv.). Disse «brevene» informerte om hva som hadde skjedd på sentralt hold i arbeidet, samt lenker til nyhetssaker og forskning både nasjonalt og internasjonalt.

Tiltak som bestemmes sentralt og skal iverksettes lokalt, kan skape konflikt mellom det sentrale og lokale nivået, men i dette tilfellet har dette vært nærmest konfliktløst. Samarbeidet mellom de ulike aktørnivåene i strategiarbeidet har heller vært oppsiktsvekkende lite konfliktfylt. En av årsakene kan være at prosjektleder har hatt egenskaper som evalueringslitteraturen framhever som viktige i lignende prosjekter. Det dreier seg blant annet om å kunne administrere prosjektet, å være fagformidler, å tilrettelegge for dialog, å være nettverksbygger og inspirator, veilede og se enkeltmennesker (Baklien og Carlsson 2000).

Som nevnt, har engasjement vært en viktig drivkraft i arbeidet med overdosestrategien. Engasjement er ifølge Skjervheim (1996) en grunnstruktur i den menneskelige tilværelse. Mennesker kan velger hva å engasjere seg i, og dette er noe alle mennesker forholder seg til (Skjervheim 1996). Baksiden av mye engasjement og entusiasme fra prosjektleders side, er at det kan hende man ville fått til mer ved å være mer strukturert og ikke handle fullt så raskt på nye ideer. Noen har uttalt at det av og til har vært litt «hurra-meg-rundt» og «ting blir tatt litt for mye på hælen», og at baksiden av entusiasme kan være lite struktur. Dette kan være en barriere for strategiarbeid. Prosjektmedarbeider i Helse-direktoratet som har samarbeidet tett med prosjektleder har imidlertid vært mye mer strukturert, og bidratt til et mer nyansert helhetsbilde. I følge prosjektansvarlig utfyller de to hverandre godt i arbeidet med strategien. Det er også bemerket fra ansatte i pilot-kommunene og i KoRus'ene at de ansatte i Helsedirektoratet som har jobbet med strategien har utfyllt hverandre på en god måte og hatt ulike styrker.

4.1.1 Mennesker som viktige ressurser i endringsarbeid

En av de viktigste rammebetingelsene for strategiarbeid generelt er at menneskene som jobber i sentrale posisjoner er engasjerte og gjør en god jobb. I tillegg må aktørene ha handlingsrom. Hvordan prosjekter som et strategiarbeid utvikler seg vil alltid være avhengig av hvilke personer som er involvert, både de som er ansatt, og de som blir spurt om å sitte i diverse utvalg. Betydningen av personfaktoren er beskrevet i tidligere evalueringer (se f.eks Baklien, Pape, Rossow og Storvoll 2007).

Menneskene har vært den viktigste ressursen i arbeidet med overdosestrategien, og en stor del av pengene er brukt til lønnsmidler. Dessuten var arbeidsoppgavene knyttet til strategien formulert såpass vagt at det har vært stort handlingsrom for dem som har jobbet med strategien. Det er både fordeler og ulemper med at enkeltmennesker er den viktigste ressursen. Det gjør arbeidet sårbart, men overdosestrategien har involvert veldig mange engasjerte personer som har gjort en (over gjennomsnittet) god jobb. Dette gjelder ikke bare i Helsedirektoratet. Også lokalt har det vært mange engasjerte personer.

²⁸ Mer om dette i kapittel 5.3.

Prosjektlederne i pilotkommunene jobbet aktivt med å få med riktige personer. En av prosjektlederne sier dette om utvelging av personer til arbeidsgruppa lokalt i kommunen:

«Jeg la opp til en dialog om hvem som er best egnet. Jeg har tidligere drevet såpass mye med prosjektarbeid, at jeg vet at det er mye daukjøtt, eller folk som ikke er til stede eller er engasjert, eller har tid. Og da respekterer jeg det, men da kan du gå ut av døra, for da har jeg ikke bruk for deg. Skal du være med her, så må du være med. Da fikk vi en veldig fin gruppe.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Sitatet illustrerer hvordan enkeltpersoner har jobbet for at arbeidet skulle bli preget av gode aktører i viktige posisjoner, fra lokalt til sentralt nivå. Det hjelper imidlertid ikke med gode folk hvis ikke strukturene gir handlingsrom til å gjennomføre tiltakene. Arbeidet i kommunene vil bli beskrevet mer i dybden i kapittel fem.

Personene i arbeidsgruppa ble plukket ut av prosjektledelsen i Helsedirektoratet, og ble spurt på bakgrunn av den erfaringen de hadde, ikke kun som en representant for en institusjon som kunne stille med en vara. Dette kan ha vært et godt grep for å sikre at de personene som ble spurt om å sitte hadde et engasjement for saken. På den andre siden kan en ha mistet viktige stemmer som prosjektledelsen ikke kjente til.

Oppsummert ser det fra evalueringsforskers synspunkt ut som om arbeidet i stor grad har vært personavhengig, men at det også har vært solid forankret i Helsedirektoratet.

4.2 Den nasjonale arbeidsgruppa

Arbeidsgruppa, også kalt AU, ble oppnevnt av Helsedirektoratet i 2013 og bestod av oppnevnte medlemmer. Personene ble valgt ut fra erfaring, men enkelte også på grunn av posisjonen i de institusjonene de jobbet i. De satt i arbeidsgruppa som enkeltpersoner oppnevnt ved navn, men representerte i ulik grad en institusjon. Det har vært noen personutskiftinger i gruppa. Når personene av ulike grunner gikk ut av arbeidsgruppa, ble de noen ganger erstattet med en annen person fra samme organisasjon, mens de andre ganger ble erstattet med en med lignende type erfaring. For eksempel var det slik at en person i politiet i Bergen ble erstattet med en ny fra samme politikammer når medlemmet gikk av med pensjon. Prosjektleder for overdosestrategien bestemte i samråd med kollegaer i Helsedirektoratet hvem som skulle utnevnes.

Data om arbeidsgruppa bygger på evalueringsforskerens deltakelse på alle arbeidsgruppas møter, feltsamtaler, intervjuer og e-poster om ulike prosesser i tilknytning til arbeidsgruppemøtene.

På initiativ fra arbeidsgruppa utarbeidet Helsedirektoratet i 2014 et mandat for gruppas arbeid. Mandatet er gjengitt i kapittel 2.2.2. Mandatet presiserer at arbeidets ramme er norsk lov. Bakgrunnen var at det allerede på første møte kom opp diskusjon om legalisering, og mulighet for å utarbeide resolusjoner fra gruppa.

I etterkant har det kommet kritikk fra enkelte av medlemmene mot at mandatet har vært for uklart, og at medlemmene kunne tatt og/eller blitt gitt mer ansvar for å gjøre noe mellom møtene. Enkelte mener at mandatet kunne vært sterkere slik at man kunne fått bestemt litt mer, kunne da «holdt kommunene litt mer i tøylene», som et medlem uttrykte det.

Arbeidsgruppa har hatt et overordnet fokus på strategiarbeidet, og har underveis vurdert om arbeidet har vært på riktig vei. De har også aktivt forholdt seg til ny forskning, både

nasjonalt og internasjonalt. Likevel har det vært en svakhet at ingen av medlemmene i arbeidsgruppa har hatt et spesifikt ansvar for å overvåke forskning på området, utover det en selv følger med på på grunn av egen forskning eller interesse. Dette vil kunne være et ansvar som kan fordeles i det videre arbeidet, eventuelt at personer har ansvar for ulike deler av feltet. Noen har uttalt at det har vært et uutnyttet potensiale i at personer i arbeidsgruppa kunne hatt oppgaver mellom møtene, og at de kunne bidratt mer. For eksempel nevner en i arbeidsgruppa at ett medlem kunne hatt ansvar for å ha oversikt over kunnskap og ny forskning, og fast legge dette frem på møtene. De har til en viss grad gjort det, men ikke på en systematisk måte.

Det har ifølge prosjektleder i etterkant av oppnevningen kommet opp kritikk mot at enkeltpersoner ble oppnevnt som medlemmer i gruppa i kraft av sitt arbeid, og ikke som representanter for organisasjoner. Det er både styrker og svakheter ved denne måten å organisere arbeidsgruppa på. Det kan argumenteres for at organisasjonene selv burde bestemme hvem som skal representere dem til enhver tid, og dette ville også kunne løst utfordringer knyttet til forfall til møtene. Samtidig kunne det gi mindre kontinuitet i arbeidsgruppa, siden det da ville være enklere å sjonglere innad i en organisasjon hvem som møtte. I enkelte diskusjoner i arbeidsgruppa har det blitt sagt at «dette blir behandlet konfidensielt». Den første delen av hvert møte ble ikke referatført, og her ble det åpnet for å komme med personlige uttalelser. Det kan argumenteres for at det har vært enklere å etablere og opprettholde en konfidensiell tone i gruppa fordi det i stor grad har vært de samme personene på møtene. Spørsmålet er om den konfidensielle tonen har vært avgjørende for arbeidet.

Det har ikke vært mulighet til å sende vara til møtene, og dette har gjort at enkelte organisasjoner over lengre tid ikke har vært representert i arbeidsgruppa fordi den som egentlig skulle møtt har vært syk. Dette er naturlig, men har helt klart vært uheldig, både for de organisasjonene som da ikke har vært representert, men også for gruppa siden noen stemmer da har vært fraværende. Enkelte av medlemmene i arbeidsgruppa har i intervju hevdet at sammensetningen av gruppa kunne vært bedre, og at særlig brukerrepresentasjonen kunne vært bedre. Brukermedvirkning og brukerrepresentasjon er tema i kapittel 8.1.

En annen kritikk har vært at prosjektleder i stor grad har valgt ut personer han kjente fra før, og at dette kunne føre til en maktkonsentrasjon. Samtidig har prosjektleder jobbet på rusfeltet såpass lenge, at det skal litt til at han ikke kjente til de mest aktuelle personene.

Etter at mandatet og Strategidokumentet ble ferdigstilt, har gruppa i mindre grad vært preget av å være en arbeidsgruppe. Et av medlemmene i gruppa sa det slik:

«Arbeidsgruppa kunne stoppet sitt arbeid etter at Strategidokumentet var ferdig skrevet. Da kunne det blitt opprettet en ekspertgruppe eller referansegruppe eller styringsgruppe som hadde et litt annet mandat. Den kunne i prinsippet også hatt litt annerledes sammensetning. Det ville da blitt noen andre forventninger til hva det å sitte i gruppa innebar.» (Medlem i arbeidsgruppa)

Som nevnt i sitatet over, kunne strategien hatt en styringsgruppe. Kanskje ville det ført til at avgjørelser som har blitt tatt i prosjektledelsen, hadde blitt tatt der. Å omtale det øverste organet i arbeidet for «arbeidsgruppa» og «AU» er et eksempel på rotete språkbruk, som også kan tilsløre hva som skal skje i gruppa. Navnet arbeidsgruppe indikerer at det skal skje et arbeid. Det meste av arbeidet i arbeidsgruppa har imidlertid skjedd på møtene som har vært avholdt over en til to dager to ganger i året. I møtene har

det vært lagt opp til mye tid til diskusjon av, og innspill til, det videre arbeidet med overdosestrategien. Sett under ett har arbeidsgruppa hatt et høyt kunnskapsnivå om feltet, og det har ofte vært gode faglige diskusjoner der mange ulike stemmer har kommet frem. Noen av medlemmene har uttalt at de har tenkt at nå er de med å stake ut veien for viktige spørsmål. At arbeidsgruppa har spredt kunnskap om overdosestrategien i sine nettverk, har bidratt til å løfte oppmerksomheten rundt tema både lokalt og nasjonalt. For eksempel har noen av medlemmene holdt foredrag på konferanser der de har presentert overdosestrategien. Arbeidsgruppa initierte også sammen med prosjektledelsen en todagers konferanse i Bergen i 2015 med tema overdose. Flere av medlemmene i arbeidsgruppa satt i komiteen for konferansen.

I mandatet står det at arbeidsgruppa skal være et rådgivningsorgan for Helsedirektoratet, men det er ikke ytterligere spesifisert i hvor stor grad prosjektledelsen i Helsedirektoratet måtte ta rådene fra arbeidsgruppa til følge. Dette har også i enkelte saker vært uklart for medlemmer av gruppa, spesielt knyttet til enkelte økonomiske prioriteringer og budsjettspørsmål. Denne gruppa som noen ganger kalles AU (betegnelse som ofte brukes som forkortelse for arbeidsutvalg for et styre) og noen ganger arbeidsgruppe, kunne også hatt andre navn. Referansegruppe eller ekspertgruppe er nærliggende. En ytterligere diskusjon av navnet kommer i kapittel 4.4, fordi det har vært diskutert.

Forfall til møtene i arbeidsgruppa har vært en utfordring. Til ett møte kom bare 12 av 17 medlemmer, og flere av dem kom kun til dag 2. Arbeidsgruppa består av travle personer, og det kan virke som om møtene i ulik grad ble prioritert av medlemmene. Det har vært tilfeller av forfall til møtene der det er tydelig at andre oppgaver er prioritert fremfor deltakelse i arbeidsgruppa. Dette, i tillegg til sykdom, har ført til at det på noen møter har vært få personer. Utfordringen med forfall til møtene har tiltatt utover i strategiperioden. Det kan se ut til at noen av medlemmene syntes det ble mindre viktig å sitte i en arbeidsgruppe etter hvert som arbeidet kom mer i gang. Dersom arbeidsgruppa hadde blitt omstrukturert underveis i perioden til å i større grad være en styringsgruppe eller referansegruppe, kunne kanskje flere møtt i gruppa, som har vært viktig for utviklingen i strategiarbeidet.

Personer i arbeidsgruppa har underveis også etterspurt mer informasjon om pilotkommunenettverket. En sterkere sammenheng og samspill mellom disse to sentrale forane kunne vært en fordel, både for overføring av informasjon, men også for å se engasjementet i andre deler av strategiarbeidet. Etter innspill fra evalueringsforsker, ble møtene fra høsten 2016 samlokalisert. Dette bidro til at det i større grad ble overført kunnskap på tvers av arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket. I 2016 ble det startet planlegging av studietur, men denne ble senere avlyst på grunn av økonomiske hensyn.

Arbeidsgruppa startet tidlig å diskutere videreføring av deler av strategiens tiltak, initiert av prosjektledelsen. Både medlemmene i arbeidsgruppa og prosjektledelsen har hatt et engasjement for prosjektet og strategiens ulike deler utover at dette er noe de *må* gjøre. Ved å tidlig tenke videreføring av arbeidet, med ulike strategier med og uten statlige midler, har prosjektledelsen gjort at implementeringen av viktige tiltak har vært enklere. Dette er ikke selvsagt i et strategiarbeid, der ledelsen i andre prosjekter tydelig har tenkt fra et bestemt år til et annet bestemt år, og så er prosjektet ferdig (Baklien, Pape, Rossow og Storvoll 2007). I dette tilfellet har prosjektledelsen sørget for å tenke langsiktig helt fra starten, selv om de ikke har visst om bevilgningen ville fortsette. Prosjektleder har kommentert langsiktigheten slik: *«Dette er et langt og seigt arbeid, og vi kan ikke forvente resultater på kort sikt.»*

Prosjektleder har flere ganger uttalt at han ønsket å være «lite byråkratisk». Som nevnt foran, har mange satt pris på prosjektleders ubyråkratiske arbeidsform. De har utdypet dette med at ikke alt har trengt å vært diskutert inngående før man har startet delprosjekter. Enkelte ganger har denne ubyråkratiske stilen gått såpass langt at han har fått reaksjoner på avgjørelser i arbeidsgruppa, på saker som kanskje burde vært diskutert med flere. Ett eksempel er tildelingen av 400 000 kroner til Skriveprosjektet i Østfold²⁹ uten at det ble tatt opp i arbeidsgruppa. Etter at prosjektet var i gang påpekte arbeidsgruppa at man flere andre steder i landet hadde lignende skriveprosjekter som ikke fikk midler knyttet til seg.

De fleste sier at de har opplevd det å sitte i arbeidsgruppa som veldig positivt. Her er en uttalelse fra en som har deltatt hele perioden:

«Det har føltes som om vi har vært felles om noe viktig. Jeg har nesten ikke tenkt at jeg har sittet i en formell gruppe, mer en kameratgjeng. Tenker at vi har vært felles om noe viktig i arbeidsgruppa. Relasjonene, og de prosessene i gruppa. Vennlighet fra ledelsen sin side. De har gitt inntrykk av at ingenting er dumt, ingenting er mindre verdt. Det er ikke noe som er mindre verdt av perspektivene, selv om det ofte er sånn at forskning kan få en slagside. Ulike kunnskapsgrunnlag er likestilt i arbeidsgruppa, det er noe av det som har vært veldig bra.» (Medlem i arbeidsgruppa)

Et innspill til videre arbeid med overdosestrategi, er spørsmålet om en arbeidsgruppe, styringsgruppe eller referansegruppe i større grad kan bestå av de som drifter de ordinære tjenestene på ulike nivåer, siden overdoseforebyggende arbeid først og fremst skal foregå i de ordinære tjenestene. Neste skritt vil være å få tiltakene lokalt over i en implementeringsfase, og da vil representanter fra de ordinære tjenestene være sentrale. Kanskje er det også en ide å ha flere forskere i arbeidsgruppa, for å få enda mer fokus på kunnskapsgrunnlaget. I tillegg er det sentralt å sikre brukerrepresentasjon.

4.3 Planlegging og gjennomføring av strategien

Stort sett fungerte planleggingen og gjennomføringen av strategien tilfredsstillende og godt. Flere aktører, både lokalt i pilotkommunene og nasjonalt i arbeidsgruppa, mener imidlertid at deler av overdosestrategien kunne vært mer planlagt og klargjort fra Helsedirektoratet før strategiperioden startet formelt i 2014. Dette kan ses i sammenheng med litt utydelig prosjektledelse fra starten av perioden, samtidig som prosjektleder mente at det lokale handlingsrommet var viktig. Flere av de ansatte i pilotkommunene var fornøyd med at elementer kunne endres og formes underveis. Dette handler også om balansen mellom sentral styring og lokalt handlingsrom (Baklien 2004).

Det var vanskelig særlig for KoRus'ene at strategien var såpass lite styrt fra sentralt hold i starten av perioden. Under er et sitat fra ansatt i KoRus-Øst, som i 2014 hadde ansvaret for planlegging og gjennomføring av pilotkommunenettverket:

«Vi hadde fått gjort mer hvis ting hadde vært mer planlagt. Det er litt sånn gjennomgående, ting har blitt formet etter hvert. Og så har det kanskje vært en bevisst strategi, fordi det ikke har vært gjort før. Men det har gjort at vi har brukt mye tid på å avklare en del. Rollen til KoRus, innholdet i pilotkommuneprosjektet, avklaringer med lovverk, kunne vært gått en runde med før strategien startet, så kunne vi heller jobbet med andre ting.» (Ansatt i KoRus)

²⁹ Se kapittel 8.4.

Det var en utfordring at det var mange tiltak i strategien³⁰, på mange ulike nivå, og også at det var mange personer inkludert i arbeidet. Det var viktig at alle dro i samme retning, og at det ikke oppstod for mye frustrasjon. Bortsett fra frustrasjon i pilotkommunenettverket knyttet til juridiske avklaringer og litt frustrasjon på grunn av sammenligning av kommuner³¹, så det ut til at dette har lyktes i stor grad. Som tidligere omtalt var engasjementet en viktig drivkraft i strategiarbeidet. Det blir viktig å holde på dette engasjementet i det videre arbeidet med nye kommuner.

Det er ikke unaturlig at det er en spenning mellom de som er ansvarlige for de ulike tiltakene i en såpass bred strategi med så mange tiltak og nivåer. Slike spenninger har blitt neddempet fordi personene har kommet godt overens. Et eksempel på slike spenninger har vært at forskjellige deler av strategiarbeidet har blitt holdt frem som «det viktigste». I muntlige presentasjoner av strategien, er ulike tiltak som nevnes når «hovedpilarene» har blitt listet opp. På lanseringen i Stavanger ble pilotkommuneprosjektet trukket frem som tiltak nummer en, av statsråd Bent Høie. De ansatte i Helsedirektoratet jobber i ulike divisjoner og avdelinger (spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste og kommunikasjonsavdeling), og legger naturlig nok vekt på ulike tiltak når strategien presenteres.

Overdosestrategien har vært en prosess der representantene for pilotkommunene og de ansatte fra Helsedirektoratet har nærmet seg hverandre over fire år. Dette er et godt eksempel på et prosjekt der et sentralt initiativ er igangsatt lokalt, og der en har kompetansesentre som mellomledd. Dette er heller ikke første gangen noe lignende skjer i en slik prosess, og likhetene mellom slike prosjekter er også interessante. I dette arbeidet har det vært overraskende få konflikter mellom sentrale og lokale aktører. I andre prosjekter der nasjonalt og lokalt nivå skulle samarbeide tett, har det vært langt mer konfliktfylt (se for eksempel Baklien, Pape, Rossow og Storvoll 2007).

Økonomien og budsjettene i strategiarbeidet har vært overraskende lite diskutert, og prosjektleder har uttalt at han tenker at ti millioner årlig ikke er lite penger. Enkelte medlemmer i arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket har i intervjuer og feltsamtaler gitt uttrykk for at det er trange økonomiske rammer for strategien. Ti millioner per år er ikke mye sett i forhold til aktivitetsnivået og ambisjonene. De ti millionene inkluderer stillingsmidler til de ansatte i Helsedirektoratet, drøyt fire millioner til Pilotkommuneprosjektet og fire millioner til Nalokson neseppray. Eksempler på utslag av trange økonomiske rammer er at det ikke var midler til å gi flere kommuner enn Oslo og Bergen Nalokson neseppray i starten. Det var heller ikke midler til å gi flere kommuner enn de som var pilotkommuner midler (kameratkommunene), selv om de gjerne ønsket det. LAVterskelkonferansen ble utsatt delvis på grunn av trange økonomiske rammer. En studietur for Arbeidsgruppa ble også lagt på is på grunn av økonomiske hensyn. Overdosestrategien er ambisiøs med mange delprosjekter sett i forhold til midlene som følger med. Strategien er også ambisiøs på det endelige målet, en årlig nedgang og en langsiktig nullvisjon.

Mottoet «Ja visst kan du bli rusfri - men først må du overleve», har vært brukt mye i strategiarbeidet. Flere er kritisk til at arbeidet har hatt for lite fokus på den første delen av mottoet, og for mye på overlevelses-delen. Noen mener at rehabiliteringsdelen ikke har vært berørt i det hele tatt. Det er et stort potensiale her i å se mer på rehabilitering, bedring og endring, og ikke kun skadereduksjon. På den andre siden kan man si at dersom man hadde fokusert like mye på begge delene av mottoet, hadde man nok ikke fått gjennomført så mye som man har fått til på skadereduksjon. Enkelte mener at

³⁰ Se Appendix 1 for en oversikt.

³¹ Se kapittel 5.3.

overdosestrategien har vært for snever, og at man burde sett på overdødelighet mer generelt for personer med rus- og psykiske helseplager. Kanskje bør man fokusere bredere på overdødelighet siden mange av dem som dør i målgruppa dør av somatisk sykdom (Degenhardt, Bucello, Mathers, Briegleb, Ali, Hickman 2011).

Mangelen på tilrettelagte boliger er også et tema som med fordel kunne fått mer plass i gjennomføringen av strategien. To studier viser at overdoser rammer bostedsløse brukere oftere (Rossow og Lauritzen 1999, Miller 2006), og boligmangel har i mange av pilotkommunene vært et viktig tema. Kanskje kan dette tema i større grad løftes frem på det nasjonale nivået i det videre arbeidet.

Overdosestrategien har som nevnt mange delprosjekter eller tiltak, og det har vært en utfordring å binde de ulike delene sammen. Et grep som kunne vært gjort tidligere i strategiperioden, var å ha møtene med arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket på samme sted og tid, slik at noe av programmet var felles. Man kan tenke at en slik fellessamling vil kunne gi synergieffekter. Flere vil kunne få mer kunnskap og forståelse av andre deler av strategiarbeidet som kan inkluderes i eget arbeid videre. En slik samlokalisering av møtene ble først gjort i november 2016. Nesten alle har vært utelukkende positive til samlokaliseringen av møtene, selv om noen påpekte at det med fordel kunne vært strammere struktur på møtedagene. En utfordring med samlokaliseringen er å få til at det ikke blir oppfattet som om arbeidsgruppa er invitert inn i pilotkommunenettverket, men at det er mer likeverdig at alle kan være delaktige i diskusjonene.

Inntrykket er at prosjektledelsen i hovedsak har klart å skape åpne, transparente prosesser som i liten grad har opplevdes byråkratiske. I intervjuer ved avslutningen av overdosestrategien i 2017, var det ingen som kom opp med viktige anliggender som ikke også var luftet underveis. Selvsagt var det fra enkelte noe misnøye med enkelte deler av prosessen, men det meste av dette har kommet opp underveis, og har blitt plukket opp gjennom deltakende observasjon.

4.4 Begrepsbruk i et mangfoldig strategiarbeid

En klar begrepsbruk er avgjørende i en så mangfoldig strategi og begrepsbruken i strategien har generelt vært en utfordring. Alle involverte må forstå hvilket tiltak som blir omtalt. Flere har kommentert at begrepsbruken underveis i strategiperioden har blitt opplevd litt tilfeldig og lite gjennomtenkt, og at flere benevnelser om samme tiltak eller gruppe kunne være forvirrende. I tillegg ble det brukt mange forkortelser som også bidro til forvirring. Mange har etterlyst en mer entydig begrepsbruk, i alle fall gjelder dette for arbeidsgruppa/AU, pilotkommunenettverket og Verdens overdosedag.

Navnet *Nasjonal arbeidsgruppe* (Helsedirektoratet 2014:50) er en betegnelse som oppleves tilfeldig. Et av medlemmene i gruppa spurte tidlig i strategiperioden om det like gjerne kunne kalles en referansegruppe eller en ekspertgruppe. Prosjektledelsen har også ved flere anledninger kalt gruppen for *nasjonal ekspertgruppe*. På ett arbeidsgruppemøte tidlig i strategiperioden sa prosjektleder dette: «Vi er den nasjonale ekspertgruppa, og vil bli spurt hva vi mener». Sett utenfra er det ikke tvil om at arbeidsgruppa kan kalles en nasjonal ekspertgruppe. Medlemmene av arbeidsgruppa har mye kunnskap og ekspertise. Å kalle det en ekspertgruppe eller referansegruppe på papiret ville gitt mer innflytelse til gruppa.

Pilotkommuneprosjektet og pilotkommunenettverket har også hatt ulike betegnelser: Pilotkommunenettverket, pilotkommunesamling, læringsnettverket, kommunenettverket,

overdosekommunenettverket, overdosenettverket, fagnettverket. Pilotkommuneprosjektet har også blitt kalt pilotkommunesatsningen. Pilotkommuner har blitt kalt prosjektkommuner, osv. De ulike betegnelsene har for eksempel bidratt til at personer i pilotkommunenettverket ikke har skjønt at det har vært snakket om dem når «fagnettverket» ble omtalt, og dette skapte unødvendig forvirring.

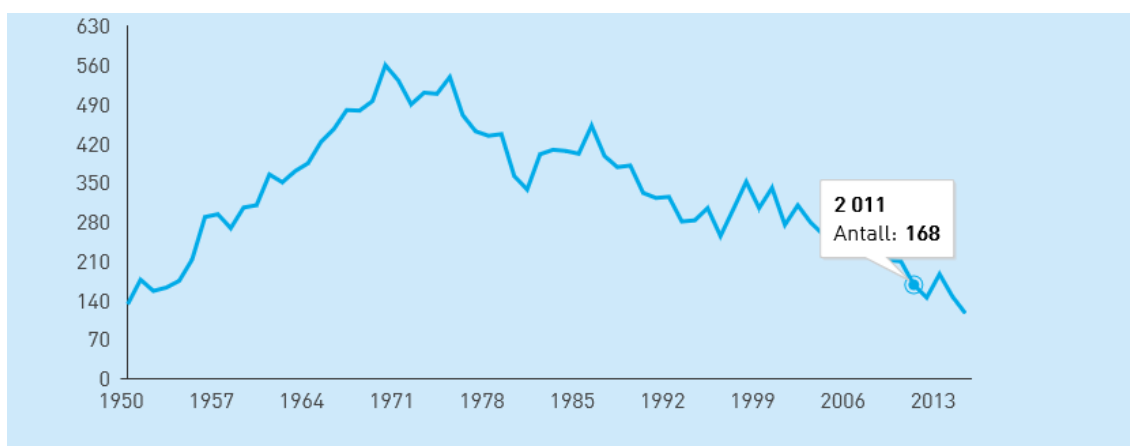
«Verdens overdosedag 31. august» er det navnet som oftest blir brukt om den årlige markeringen, men denne har også blitt kalt «den internasjonale overdosedagen 31. august», «nasjonal minnedag 31. august», «minnedagen» og annet. Ulike begreper kan føre til forvirring og usikkerhet om hva som blir omtalt, og gjøre at arbeidet ikke blir så synlig som det er potensiale for. Det har tidligere vært arrangert andre minnedager for personer med rusproblemer som har gått bort, og derfor er det viktig å fremheve at dette er en internasjonal markering.

Mangfoldet i overdosestrategien nødvendiggjør en presis begrepsbruk. Flere delaktige i strategiarbeidet har reagert på at det var en noe tilfeldig bruk av begreper. Da blir det vanskelig for andre enn de som er i den innerste sirkelen å forstå hva det snakkes eller skrives om. En av de ansatte i pilotkommunene sa, etter to år i pilotkommunenettverket, at hun fremdeles ikke hadde oversikt over hva AU var. Det er jo ikke veldig merkelig, siden «AU» oftest er brukt som en forkortelse for arbeidsutvalg i et styre, det vil si de som forbereder styremøter, og ofte består av leder og nestleder. Dersom begrepsbruken hadde vært gjennomgående/konsistent, hadde trolig også forvirringen rundt navnet på arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket vært mindre. Dette kan også ha sammenheng med uklart mandat og roller. En gjennomtenkt begrepsbruk handler om tydelig prosjektledelse. Flere etterlyser mer tydelighet i begrepsbruk.

4.5 Sammenligning med trafikksikkerhetskampanje og andre kampanjer

Et av de mest kreative grepene som er gjort for å få oppmerksomhet rundt overdosestrategien fra sentralt hold, er prosjektleders sammenlikning med helsekampanjer som befolkningen har hørt om før. Mest brukt er sammenlikningen med antallet drepte i trafikken. Den ble først gjort av Stian Biong i «Oslo-rapporten» (Gjersing m.fl. 2011), men har blitt videreutviklet gjennom overdosestrategien. Prosjektleder har ved en rekke anledninger, og på ulike måter, sammenlignet det overdoseforebyggende arbeidet med både trafikksikkerhetsarbeidet, fjellvettreglene og snublesteinene etter Holocaust/andre verdenskrig. Dette har trolig skapt en større forståelse for overdoseproblemet ved å sette det inn i en annen kontekst, og skape et annet narrativ.

Sammenlikningen med trafikksikkerhetsarbeidet ble først lansert. Prosjektleder kom opp med ideen med nullvisjon for overdosedødsfall, en ambisiøs målsetting som kan sees i sammenheng med den tilsvarende visjonen når det gjelder trafikksikkerhet. Dette har flere reagert positivt på, spesielt når det gjelder å sammenligne med et fenomen som ikke har den samme stigmatiseringen knyttet til seg som overdosedødsfall har.



Figur 3. Antallet drepte i trafikken i Norge. Kilde Trygg Trafikk.

Som vi ser på figuren over, har Norge klart å få ned antallet trafikkdrepte fra 560 dødsfall i 1970, til 168 personer i 2011. Dette har de blant annet klart ved å etablere en ambisiøs nullvisjon der man sier at målet er null drepte og null hardt skadde i trafikken. Siden 2003 har færre mennesker mistet livet i trafikken enn etter inntak av narkotika. I følge Trygg Trafikk ble det i EU i 2001 satt som mål at antall trafikkdøde skulle halveres i løpet av en tiårsperiode. Dette klarte mange av landene.³² Kanskje kan en ny strategiperiode ha en målsetting som er tallfestet i en periode som er mer langsiktig enn en «årlig nedgang». Årlig nedgang skaper et fokus på neste års tall som er både mindre realistisk med tanke på å få en nedgang, og mindre interessant enn å se på for eksempel en tiårsperiode. Det kan flytte oppmerksomheten bort fra det kortsiktige perspektivet i et arbeid som på kort sikt ikke vil kunne gi store endringer.

Prosjektleder har også ønsket seg sprøytevevregler etter modell fra fjellvettreglene. Dette vil mest sannsynlig kunne fungere på samme måte som med trafikksikkerhets-sammenligningen, nemlig å føre til at flere tenker på overdoserisiko mer likt som annen type risiko.

I tillegg har prosjektleder mot slutten av strategiperioden sammenlignet antallet døde av overdose med antallet jøder som ble deportert under andre verdenskrig. Ved å stille spørsmålet «Når er mange mange?» viser prosjektleder til snublesteinene som er lagt ned i brostein i norske kommuner der jøder som ble drept under andre verdenskrig bodde. Prosjektleder spurte i et foredrag hvordan fortauene i norske byer og tettsteder hadde sett ut hvis vi hadde laget snublesteiner for alle som har mistet livet av overdose. Dette er igjen et forsøk på å omdefinere og konstruere et annet narrativ rundt problemet med dødelige overdoser. En annen metafor prosjektleder har brukt, er at en bør se på de som er døde av overdoser som krigsofre i «The War on Drugs».

Å sammenligne med helsekampanjer som er kjent for mange har gitt økt oppmerksomhet, men viktigst er kanskje at det kan bidra til å gi mer verdighet til risikograppa. Det kan også muligens bidra til at denne gruppa i praksis i større grad blir behandlet som en hvilken som helst annen pasientgruppe i helsevesenet. Kanskje kan nullvisjonen også være med å tone ned stigma rundt målgruppen. Gjennom å sammenligne med helsekampanjer har prosjektledelsen i stor grad omdefinert diskursen og fortalt en annen fortelling om overdoseproblemet.

³² Kilde: <https://www.tryggtrafikk.no/tema/ulykkesstatistikk/internasjonalt-trykksikkerhet/>

4.5.1 Nullvisjonen

På den ene siden kan man si at den som setter seg et såpass ambisiøst mål som en nullvisjon på dette kompliserte feltet, er dømt til å mislykkes. Som Baklien (2017) kalte en artikkel i Nytt norsk tidsskrift: *Den som sparker etter månen, havner på ryggen*.

Evalueringsforsker vil i denne sammenheng imidlertid argumentere for at overdosestrategien ikke har havnet på ryggen, på tross av at de på mange måter har sparket etter månen ved å angi en langsiktig nullvisjon som mål. Så lenge det er politisk vilje til å holde trykket på problemet med overdosedødsfall, er det mye å vinne på å være ambisiøs på målsettingen. Dette gjelder både for den langsiktige nullvisjonen, og den årlige nedgangen, i hvert fall så lenge det ikke får negative konsekvenser ved at budsjettene kuttes når tallene ikke går nevneverdig ned. Til nå ser det ikke ut til at det får negative konsekvenser, heller at man ser at problemet med overdoser trenger langvarig oppmerksomhet og innsats for å lykkes.

Noen av dem som er intervjuet er imidlertid negative til nullvisjonen, og mener at det gir arbeidet mindre mestringfølelse når tallene ikke går nevneverdig ned verken nasjonal eller lokalt. En av de som er involvert i strategiarbeidet sier dette om nullvisjonen mot slutten av perioden:

«Jeg har forståelse for politiske nullvisjoner, men det er lite egnet som faglig styringsverktøy. Vi kommer alltid til å gå på trynet på grunn av nullvisjonen, det er dømt til å mislykkes».

Disse synspunktene må selvsagt tas på alvor, og kanskje må det kommuniseres bedre fra ledelsen at selv om man har en nullvisjon, så er det den langsiktige gode jobbingen med tiltak som er det viktige.

Andre er uenige i denne kritikken av nullvisjonen, og mener at en nullvisjon er et positivt og ambisiøst mål, som gjør at man kanskje kan få bedre innsats enn om man satte seg en mer moderat langsiktig målsetting.

5 Pilotkommuneprosjektet – arbeidet på det lokale nivået

I dette kapittelet vil organiseringen av strategiarbeidet på det lokale og regionale nivået presenteres og diskuteres. Datagrunnlaget er deltakende observasjon i pilotkommunenettverket³³, intervjuer og dokumentanalyse.

Pilotkommuneprosjektet handlet fra starten av strategiperioden om å sette i gang overdoseforebyggende tiltak i kommuner med størst overdosebelastning, og har vært en av hovedsatsningene i overdosestrategien. Pilotkommuneprosjektet er budsjettmessig det største enkelttiltaket i strategien, med en årlig utgift på omtrent 4,3 millioner.

Dette kapittelet beskriver pilotkommunene og punkter på tvers av de ni pilotkommunene. Først drøftes litt generelt om pilotkommuneprosjektet og tilskuddsordningen, deretter gis en gjennomgang av en del tema på tvers av pilotkommunene.

Alle pilotkommunene har hatt oppfølging og støtte underveis i strategiperioden fra sitt KoRus (kompetansesenter Rus). Under vises en oversikt over pilotkommunene i overdosestrategien, med tilhørende KoRus. Seks av de sju regionale kompetansesentrene på rusfeltet har hatt egne pilotkommuner. I region Nord har Tromsø og Bodø vært såkalte «kameratkommuner»³⁴.

Pilotkommune	Kompetansesenter
Oslo	KoRus – Oslo
Bergen	KoRus - vest Bergen
Trondheim	KoRus - Midt-Norge
Stavanger	KoRus - vest Stavanger
Drammen	KoRus – Sør
Asker	KoRus – Øst
Porsgrunn	KoRus – Sør
Fredrikstad	KoRus – Øst
Arendal	KoRus – Sør

Figur 4. Pilotkommunene og KoRus'ene.

5.1 Tilskuddsordningen til pilotkommunene

Tidlig i strategiperioden ble det etablert en tilskuddsordning der kommuner som hadde fem eller flere overdosedødsfall i 2011 kunne søke midler til overdoseforebyggende arbeid. Søknadsfrist var i januar 2014. Dette gjaldt de ni kommunene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Drammen, Asker, Porsgrunn, Arendal og Fredrikstad. Alle kommunene søkte og fikk midler til stillinger for årene 2014-2017. Oslo og Bergen kunne søke midler til en hel stilling. De resterende sju mindre kommunene fikk mulighet til å søke om midler til halve

³³ Som er tema i kapittel 6.

³⁴ Se kapittel 6.3.

stillinger. Som nevnt foran ble det ikke stilt krav om egen finansiering fra kommunens side. At Oslo og Bergen fikk midler til en hel stilling og de øvrige sju en halv stilling har vært diskutert. Stillingene ble knyttet spesielt til overdoseforebyggende arbeid innad i kommunene. I tillegg har enkelte andre kommuner, med færre enn 5 overdosedødsfall i 2011 (og som dermed ikke fikk mulighet til å søke), ønsket å være med i pilotkommunenettverket som ble utviklet som en del av pilotkommuneprosjektet³⁵. Dette gjelder Tønsberg, Tromsø, Skien og Bodø, som ble kalt «kameratkommuner».

Målene for tilskuddsordningen ble formulert slik (Helsedirektoratet 2014:35):

1. Kartlegge overdoser og overdosedødsfall i kommunen og omstendighetene rundt samt lage en årlig rapport basert på kartleggingen.

2. Utarbeide lokale handlingsplaner mot overdoser i kommunen. Planen med tilhørende tiltak skal utarbeides i samarbeid med sentrale og berørte parter i den enkelte kommune som bruker- og pårørendeorganisasjoner, aktuelle kommunale etater, aktuelle spesialisthelsetjenester som ambulansetjenesten og legevakt, frivillige organisasjoner, politiet, kriminalomsorgen, øvrige aktuelle samarbeidspartnere.

Sett i ettertid er ikke dette konkrete mål, og kunne kanskje heller vært formulert som midler for å nå målene i kommunene. Kanskje skulle pilotkommunene fra starten av strategiperioden i større grad blitt utfordret på å formulere egne, lokale mål. Noen av pilotkommunene har gjort dette. Å kartlegge og utvikle handlingsplaner er mer midler for å nå ett mål, enn mål i seg selv. Målsettingen vektlegger at man skal styrke kapasitet og kompetanse i de kommunene som i et gitt år hadde størst overdosebelastning. Det har i stor grad skjedd, men spørsmålet er om dette er et mål eller et middel for å nå et mål.

Tilsettingen av lokale prosjektledere var avgjørende for pilotkommuneprosjektet, og det var sentralt at kommunene klarte å rekruttere personer som både hadde den kompetansen som trengtes, og som hadde integritet og legitimitet nok i kraft av posisjonen til å lykkes med jobben som prosjektleder. Dette vil kunne kreve ulike egenskaper i en liten og en stor kommune, eller ut fra hvilken organisering vedkommende ble en del av. Dette henger sammen med forankring. Kort sagt var kompetansen som var etterspurt i disse prosjektlederstillingene nærhet til og kunnskap om feltet på gateplan, samtidig som de måtte være strukturert nok til å jobbe med planarbeid.

Da Bent Høie lanserte strategien i Stavanger i april 2014, var som nevnt pilotkommunesatsningen det første han vektla i arbeidet med overdosestrategien. Dette har av de ansatte i pilotkommunene blitt oppfattet som at pilotkommuneprosjektet er vurdert som viktig i arbeidet med strategien.

Som beskrevet tidligere, var tidspunktet for ansettelse i stillingene forskjellig i de ulike kommunene. Dermed kom kommunene i gang med det overdoseforebyggende arbeidet på ulike tidspunkt. Trondheim var i en særstilling siden de allerede hadde et Helse- og overdoseteam, og de valgte å styrke overdoseteamet heller enn å ansette en ny person i den halve stillingen. Oslo valgte å ansette to personer midlertidig fra juni 2014 og bruke midlene som ble gitt for 2014 til 180 % stilling i siste halvår av 2014. Fra 2015 fortsatte den ene av de to i 100 % stilling.

Oslo har meldt inn flere ganger at de mener at midler til en stilling er for lite for Oslo som har 15 bydeler og overlegent flest innbyggere, og dermed opererer under andre forhold

³⁵ Pilotkommunenettverket presenteres i kapittel 6.

enn de andre byene. De mener at ressurser bør beregnes ut fra størrelsen på byen, og at de femten bydelene og storbyutfordringer ikke er tatt høyde for i beregningen av en stilling for hovedstaden. I Oslo skal arbeidet med personer med rusproblemer ut i bydel, og da er det en utfordring at ingen jobber spesifikt med overdoseproblemet i bydelene. De ansatte i de øvrige pilotkommunene har gitt inntrykk av å være glad for de tilgjengelige midlene. De ni kommunene som ble valgt ut som piloter for overdoseforebyggende arbeid lokalt varierer veldig i størrelse.

At stillingene i pilotkommunene var prosjektstillinger, var en utfordring i noen kommuner og kunne vært negativt. Men i de fleste pilotkommunene hadde prosjektleder/medarbeider en fast stilling som hun hadde permisjon fra. Dette gjorde det lettere å ha et midlertidig tidsperspektiv på jobben. Flere av de ansatte i pilotkommunene har uttrykt at de har vært veldig fornøyd med å ha jobben som prosjektleder, selv om det har vært frustrerende, særlig i starten. En av de ansatte i en pilotkommune uttalte det slik: *«Dette er den gøyeste makabre jobben du kan ha i Norge.»*

Flere andre sluttet seg til utsagnet. Selv om mange mente at jobben var interessant, var det også mange utfordringer. De fleste av de ansatte i pilotkommunene mente at den største utfordringen var taushetspliktbestemmelsene³⁶ som ikke var avklart før pilotkommuneprosjektet startet.

Pilotkommunene er veldig ulike, både når det gjelder styring av kommunen og rammebetingelser generelt. Kommunene er beskrevet i Appendix 2. Forskjellen på Porsgrunn med ca. 36 000 innbyggere og Oslo med over 600 000 er betydelige både når det gjelder størrelse og demografi, og også spesifikt når det gjelder overdoseproblemet. De ni pilotkommunene har derfor også valgt ulike måter å jobbe med overdosearbeidet på, både når det gjelder organiseringen av arbeidet og utviklingen av de lokale handlingsplanene. Ikke bare vil det være stor forskjell på hvordan en stor og en mindre by utformer arbeidet, men det vil også kunne være ulik kommunal organisering i byer som er omtrent jevnstore, og det vil derfor kunne være naturlig å organisere arbeidet med overdoser på ulik måte. Som en av de ansatte i en pilotkommune sa: *«vi rister støvet av gamle gode ideer i stedet for å finne opp kruttet på nytt»*. Mange av pilotkommunene ønsket å satse på tiltak og prosjekter som allerede eksisterte i kommunen, fremfor å etablere noe nytt. Tidligere evalueringsforskning viser at dette ikke er uvanlig (Baklien, Pape, Rossow og Storvoll 2007).

Arbeidet med overdosestrategien har vært forankret ulikt i de ni kommunene. Mange av de ansatte i pilotkommunene har vært opptatt av hvor i kommunen de er plassert, både på organisasjonskartet, men også hvor de fysisk har kontor, og følgene dette har fått for arbeidet deres. I noen kommuner har det vært viktig å være organisert så nær rådmann som mulig. Andre steder har det vært en fordel å være nærmere gateplan. Ulike organiseringer kan gi ulike arbeidsformer for strategiarbeidet. I noen av de mindre pilotkommunene har det vært kartlagt både fatale og ikke-fatale overdoser, mens i de største byene har det ikke vært ressurser til å se systematisk på de ikke-fatale overdosene. Noen pilotkommuner har hatt både referansegruppe, styringsgruppe, arbeidsgruppe, og andre har hatt en av disse gruppene. Noen av pilotkommunene har også startet med noen typer grupper, og endret underveis i perioden.

³⁶ Mer om dette i kapittel 6.2.

Alle pilotkommunene har jobbet med kartlegging lokalt på en eller annen måte, og alle kommunene har rapportert til Helsedirektoratet³⁷. (Punkt 1: *Kartlegge overdose og overdosedødsfall i kommunen og omstendighetene rundt samt lage en årlig rapport basert på kartleggingen*). Alle pilotkommunene har jobbet med å utarbeide handlingsplaner, selv om Oslo og Asker ikke har ferdigstilt arbeidet (Punkt 2: *Utarbeide lokale handlingsplaner mot overdose i kommunen*). Noen kommuner har egne handlingsplaner, mens andre har lagt det inn i en felles rusmiddelpolitisk handlingsplan, og i disse tilfellene har det blitt ulike resultater. Noen av utkastene til handlingsplaner har blitt kuttet ned til noen få ord, mens andre har lengre planer. Også her er spriket stort mellom de ni kommunene.

I tillegg har alle pilotkommunene jobbet med å etablere eller videreutvikle gode samarbeidsrelasjoner for det overdoseforebyggende arbeidet. Her har noen kommuner fått på plass et velfungerende system, mens det i andre kommuner forut for strategien har vært et ikke-eksisterende samarbeid på tvers. I de sistnevnte kommunene har de ansatte brukt mye tid på å bygge samarbeidsrelasjoner. Noen pilotkommuner sliter ved avslutningen av strategiperioden fremdeles med uløste utfordringer i samarbeidet med AMK og/eller spesialisthelsetjenesten.

Ansatte i pilotkommunene rapporterte at arbeidet i starten var frustrerende siden mange ting var uavklart, selv om mange også mener at Strategidokumentet (Helsedirektoratet 2014) var nyttig og har fungert godt for å gi retning til arbeidet. Spesielt gjaldt frustrasjonen utfordringer knyttet til taushetspliktbestemmelsene³⁸. Flere av de ansatte i stillingene i pilotkommuneprosjektet beskriver pilotkommunenettverkssamlingene som høydepunkter i arbeidet.

En annen frustrasjon har vært samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Noen trekker det frem som den største utfordringen. Flere av de ansatte i pilotkommunene mener at det kommunale systemet i større grad er tilpasset brukergruppen enn det spesialisthelsetjenesten er. Overfor gruppa med personer med opiatavhengighet er det spesielt viktig å være fleksibel, og spesialisthelsetjenesten har i noen av kommunene vist seg lite fleksibel med tanke på behandling av personer i overdosefare.

5.1.1 Om brukerne - aktørene pilotkommunene jobber for

Alle de prosjektansatte i pilotkommunene var engasjerte i målgruppa for tiltakene. Dette er i stor grad beskrevet som en gruppe med personer med rus- og psykisk helseproblemer. De fleste prosjektansatte hadde erfaring med å jobbe med målgruppa. Dette er en gruppe som har mange behov, og som er i fare for å dø av overdoser. En av de ansatte sier dette: *«Vi skal jo redde liv og helse, først og fremst»*.

I alle pilotkommunene mener de som jobber med overdoseforebygging at det er en utfordrende målgruppe å jobbe med. Dette er også vist i en annen evaluering av tiltak for en lignende målgruppe (Skatvedt og Edland-Gryt 2012). Samtidig var ikke det at det var utfordrende utelukkende negativt, og de var engasjert i jobben sin. En ansatt i en av pilotkommunene sier dette:

«Det er krevende å leve med hvor stor svikt vi har overfor så syke mennesker. Og at selv om ingen vil det, eller kanskje ikke mener det, så er det resultatet at i Norge

³⁷ De kommunene som er invitert med i pilotkommunenettverket utenfor tilskuddsordningen kan ikke pålegges å rapportere til Helsedirektoratet, men oppfordres likevel til å rapportere. Det har variert i hvor stor grad disse kommunene har rapportert.

³⁸ Se kapittel 6.2.

snakker vi om sosial ulikhet i helse, man er opptatt av sosial ulikhet i helse, men når man faktisk står overfor det, så blir man handlingslamme, dette gjelder virkelig ROP³⁹-pasientene. Og det er sant at de dør av somatikken, de er så dårlige. Å se at syke folk blir så lite tatt vare på er utfordrende. Tiltakene virker ikke, for de er rettet mot normalbefolkningens behov. Det er krevende å være pasient, du må være din egen helsesekretær, og ROP-pasientene er nærmest rettsløse. De er ikke i klageregisteret, om de klager, så klarer de ikke å stå i klageløpet. Det er en armod, en fattigdom som er skjellsettende å stå i på gateplan.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Det er helt tydelig at mange av de ansatte i pilotkommunene har et sterkt engasjement for oppgaven. Flere har tidligere jobbet i tiltak for målgruppa. En av de ansatte i pilotkommunene utdypet mot slutten av strategiperioden hvorfor jobben var opplevd som meningsfull tross alvoret i tematikken. Hun la vekt på at man kunne se resultater på mange ulike felt når en hjelper personer som lever i overdosefare:

«Det beste med denne jobben er å se at det nytter, at det virker. At det man setter lys på blir opplyst. Vi har fått mer kompetanse, det er ikke under teppet, det er åpent i registersystemer, det er ikke sånn at vi ikke vet, vi vet, vi har tall, vi har fått tiltak opp å gå. Og vi skjønner at hver for oss så får vi det ikke til, vi må gå sammen for å forandre på samfunnet vårt, for det som er fantastisk, er jo også at det verste med rusen er også det beste. Det verste er at det er så sammensatt. Du mister så mye når du ruser deg, du mister økonomi, jobb, familie, du begynner med kriminalitet, til slutt så mister du forstanden, og det får store konsekvenser for pårørende og nabolag og for alt. Men hjelper du, så hjelper du alt også. Det blir bedre nærmiljø, det blir færre på legevakta, det blir færre i fengslet, politiet kan konsentrere seg om andre ting. Da får du jo også alt tilbake i det gode. Det er jo helt fantastisk denne effekten av jobbingen.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Det kan virke som om de som er ansatt lokalt, og som er nærmest personene i målgruppa, har et bredere perspektiv på problemkomplekset enn de som jobber på nasjonalt nivå, det vil si at de tenker på mer enn overdosefare og død. Dette er på en måte helt naturlig, siden de jobber tett på livene deres. For at personene i målgruppa skal opparbeide tillit til hjelpere, er et bredere perspektiv ofte nødvendig, fordi mange i denne målgruppa er preget av mistillit til det offentlige systemet (Edland-Gryt og Skatvedt 2013). Mange av de ansatte i pilotkommunene fremhevet at jobben var meningsfull og at de bidro til endringer de mente var viktige i sin kommune. De har et sterkt engasjement for målgruppa, ikke minst fordi de ser personene som hele mennesker. De legger vekt på å være noe for dem som har rusproblemer, i en holistisk forstand, og samtidig har de gjennom strategiarbeidet fokusert på en liten del av problematikken, forebygging av overdoser. Det kan virke som om mange av tiltakene i strategien har vært med på å gi en type positiv oppmerksomhet til dem som har jobbet med det. Flere sier at de syns at arbeidet med strategien har bidratt til å redusere stigma knyttet til rusproblemer, blant annet gjennom arbeidet med verdens overdosedag, utdelingen av Nalokson neseppray (også via politiet og vektere), konferanser og mediedekning.

5.2 De ni pilotkommunene

De ni pilotkommunene er presentert kort hver for seg i Appendix 2. Som nevnt i metodekapittelet, har rammene for evalueringen ikke tillatt at ni kommuner har blitt fulgt tett samtidig i strategiperioden. Beskrivelsen vil derfor baseres på det som har kommet

³⁹ ROP blir brukt som en forkortelse for rus- og psykiatri.

frem i pilotkommunenettverket, besøk i kommuner, og på intervjuer med prosjektledere eller prosjektmedarbeidere i de ni kommunene.

De ni pilotkommunene hadde et svært ulikt utgangspunkt for arbeidet. Kommunene er ulike langs mange dimensjoner som størrelse, folketall og demografiske utfordringer. Oslo har slitt med mange overdosedødsfall i mange år, mens enkelte av pilotkommunene visste ikke om at de hadde overdosedødsfall da Helsedirektoratet kontaktet dem og fortalte om den nasjonale strategien.

Alle kommunene har rapportert hvert år til Helsedirektoratet på pengene de har fått gjennom tilskuddsordningen. I tillegg har Porsgrunn skrevet en avslutningsrapport etter endt strategiperiode, siden de ikke lenger ønsker å søke om egne midler til stilling, men skal etablere arbeidet i det ordinære kommunale apparatet. Der det står «ting som gjenstår» i Appendix 2, visste man ved avslutningen av strategiperioden at det ble forlengelse. Derfor har pilotkommunene jobbet med saker de vet vil fortsette i året som kommer, selv om strategiperioden 2014-2017 er over.

Mange av pilotkommunene var i starten frustrert fordi de opplevde rammene for pilotkommuneprosjektet som for uklare. Flere har endret syn på dette underveis, og en sier det slik mot slutten av perioden:

«Når jeg i dag sitter og ser tilbake, mener jeg at noe av styrken til prosjektet nettopp har vært de uklare føringene fra Helsedirektoratet. Det har gjort det mulig å tilpasse arbeidet til vår egen kommune.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Mot slutten av strategiperioden oppsummerer prosjektleder i Helsedirektoratet at erfaringen har vist at nettverk av pilotkommuner er en god læringsmodell. Men de har også erfart at norske kommuner er ulike og at det er mange veier til målet.

Sett i ettertid var målsettingene for pilotkommuneprosjektet kanskje litt for svakt formulert, og for generelle. Kanskje burde pilotkommunene vært oppfordret til å formulere egne målsettinger ut fra lokale forhold, i tillegg til å følge opp de generelle målene for tilskuddsordningen. Dette handler om den viktige balansen mellom sentral styring og lokalt handlingsrom. En åpning for å definere lokale målsettinger kunne kanskje stimulert til bedre lokalt forankret arbeid. Med begrensede ressurser i det lokale arbeidet vil de fleste prioritere det arbeidet de belønnes for (jf. Lipsky 1980). Intervjuer med de ansatte i pilotkommunene forteller at det er stramme rammer i kommunene. For eksempel kan det være krevende å jobbe med et tema som Switch-kampanjen som kanskje ikke er mulig å se noe særlig resultat av på kort sikt. Siden pilotkommunene er så ulike, så ulikt organisert, og har ulike behov (også på rusfeltet), kunne en formulering av egne målsettinger fått prosjektlederne til å reflektere over hva som er de lokalt største utfordringene, og ut fra det formulere konkrete mål. Til en viss grad har de gjort noe av dette i de lokale handlingsplanene i de kommunene som har hatt mest konkrete planer, men man kunne kanskje fått mer ut av dette dersom de ble målt på lokale målsettinger, ikke de generelle punktene med kartlegging og utarbeiding av handlingsplan⁴⁰. På den måten kunne man også unngått situasjonen i Trondheim der prosjektleder i starten tenkte at «her har vi jo egentlig nådd målsettingen». De hadde allerede et Helse- og overdoseteam som jobbet konkret med overdoser, men det er jo alltid mulig å finne målsettinger som ikke er oppnådd på dette feltet.

⁴⁰ Se kapittel 5.1 for en beskrivelse av målsettinger.

Flere av de ansatte i pilotkommunene sier at de er stolte over den jobben de har gjort lokalt. Bare en mann har jobbet i stillingen som prosjektleder/prosjektmedarbeider i en pilotkommune i strategiperioden, og han byttet jobb midtveis. Ni kvinner har det siste året vært i stillingen som prosjektleder/prosjektmedarbeider i de ni pilotkommunene. Som nevnt har alle pilotkommunene rapportert årlig til Helsedirektoratet. Omfanget av rapporteringen har imidlertid variert mye.

5.2.1 Utarbeidelse av lokale handlingsplaner og kartlegging lokalt

Utviklingen av lokale handlingsplaner for overdoseforebyggende arbeid har vært gjort på ulike måter i de ulike pilotkommunene, og med varierende hell for det lokale overdoseforebyggende arbeidet. I noen kommuner har arbeidet med handlingsplanen vært nærmest som et lokomotiv, i andre har det vært en stor utfordring å i det hele tatt få til en handlingsplan. Utfordringene har bunnet i enten at det har tatt lang tid med tillatelse til å gjennomføre kartlegging som burde gjøres først (Asker), eller at byens geografiske utstrekning og organisering har vanskeliggjort arbeidet med handlingsplan. Særlig i Oslo har det vært en stor utfordring å finne en god måte å jobbe med handlingsplaner, siden dette ideelt sett skal gjøres lokalt i de 15 bydelene.

Det er imidlertid ikke slik at de kommunene som har kunnet krysse av i boksen for politisk vedtatt handlingsplan, er de som nødvendigvis har jobbet best og mest langsiktig for lokale planer for det overdoseforebyggende arbeidet. For prosessevalueringen er det også relevant å spørre hva en handlingsplan er, og hva som skal være et minstemål for å i det hele tatt kunne si at det er en plan. For eksempel fikk Trondheim kommune redusert sin handlingsplan til et lite avsnitt i overordnet områdeplan for Rus og psykisk helse, men de kan krysse ut for å ha noe som er politisk vedtatt. Er dette nødvendigvis et bedre resultat enn å utarbeide handlingsplan i 2018 i en kommune der en har ventet på offentlige godkjenninger for kartlegging, og ønsket å bygge handlingsplanen på kartleggingen for å få den best mulig? Her må en se på de lokale prosessene for å vite nok om hva som er gjort, og uten å ha hatt mulighet til å følge alle ni pilotkommunene tett over tid, er det vanskelig å si noe om innholdet i prosessene bortsett fra det de selv sier og skriver. Noen er bedre enn andre på å ordlegge seg, så en vurdering av framleggingen av arbeidet vil kanskje ikke heller være rettfærdig.

Noen av kommunene mener at de er «passe store» for å gjennomføre en god kartlegging av overdoser, som var en av oppgavene pilotkommunene fikk. Særlig gjelder det enkelte av de mindre pilotkommunene som har lagt vekt på at de ikke er så store at det er uoversiktlig, og samtidig store nok til at ikke «alle kjenner alle». Noen av de ansatte i pilotkommunene mener at størrelsen på kommunen i stor grad påvirker i hvor stor grad samfunnet er «tett» eller «løst» organisert, og knytter dette til normstrukturer, på godt og vondt (jf. Christie 1974). Prosjektleder i Fredrikstad uttalte at kommunen var «passe stor», og med det både passe tett og passe løs til at det overdoseforebyggende arbeidet har fungert godt. Man vet til en viss grad hvem som jobber i andre deler av tiltaksapparatet, og dette gjør kanskje samhandlingen enklere enn i en storby. På den andre siden har Oslo flere ganger i pilotkommunenettverket snakket om det problematiske med å drive overdoseforebygging med en stilling i en by med 15 store bydeler. Utfordringen gjelder både det organisatoriske, men det er også utfordrende fordi de aktuelle personene i det såpass «løse» samfunnet ikke er like enkle å ha oversikt over. Selv om ressurser også selvsagt er viktige, så kan kommunestørrelse, og i hvilken grad de er tette og løse samfunn, ha bidratt positivt eller negativt til det overdoseforebyggende arbeidet lokalt.

5.3 Likheter og forskjeller i løsninger og organisering i kommunene

Det er flere forskjeller i hvordan kommunene har organisert arbeidet, basert på tildelingen av midler til halve og hele stillinger. Den kanskje viktigste forskjellen er om kommunen har valgt å ansette noen spesifikt i en stilling for å løse bestillingen fra Helsedirektoratet, eller om de har integrert det fullstendig i det allerede eksisterende arbeidet med gruppen som er utsatt for overdosefare.

Sett i forhold til andre evalueringer av tiltak i kommuner, kan man si at det som ble gjort i pilotkommunene er nokså likt, til tross for at kommunene er ulike når det gjelder størrelse, styring og utgangspunkt. I et annet prosjekt som ble prøvd ut i fem kommuner, ble det store variasjoner i hva som skjedde i kommunene på tross av at utgangspunktet var mer likt (Baklien 1989).

Utenom de tre største byene, var det ikke fra før strategien noe spesielt overdoseforebyggende arbeid i disse kommunene. Her går skillet mellom de tre største byene, Oslo, Bergen og Trondheim, og de seks mindre byene. Et annet skille går mellom de to største byene som fikk hele stillinger, mens de sju mindre byene fikk en halv stilling via tilskuddsordningen.

Noen pilotkommuner valgte prosjektorganisering, og andre plassering i den ordinære kommunale strukturen. Dette har hatt ulike fordeler og ulemper. Noen kommuner bygget på etablerte strukturer og samarbeidsrelasjoner som fungerte, mens andre begynte mer forfra. For de som hadde flere tiltak fra før, har dette vært en fordel. Trondheim var den eneste kommunen som hadde et Helse- og overdoseteam da strategiarbeidet startet i 2014. Det vanligste i pilotkommunene var tradisjonell prosjektorganisering, noe som innebar at prosjektet var organisert på siden av den ordinære kommunale strukturen. En slik organisering er gjerne betegnet som en midlertidig modifikasjon av den eksisterende organisasjonen, rettet inn på en tidsavgrenset engangsoppgave (jf. Ryen 1993).

Hvor det overdoseforebyggende arbeidet har vært plassert og forankret i de ulike pilotkommunene har hatt konsekvenser i strategiperioden, men vil også få betydning på lenger sikt. På en måte kan man si at det i selve strategiperioden har vært krevende for dem som har vært plassert nært praksis, og spesielt gjelder dette måten de har organisert arbeidet i Trondheim på. Der har den ansatte ikke vært frikjøpt i 50 %, men gjort arbeidet med overdosestrategien i tillegg til vanlig arbeid, frikjøpt for møter og reiser, men ellers i normal stilling som en del av Helse- og overdoseteamet. De som har vært ansatt spesifikt for arbeid med overdosestrategien, og vært frikjøpt helt fra annet arbeid (og kanskje også sitter på et kontor unna gatearbeid) i strategiperioden har hatt en relativt sett enklere jobb. De har fått mer tid til å fordype seg i arbeidet med strategien og oppgavene knyttet til å være pilotkommune. På lengre sikt vil derimot Trondheim kommune kanskje ha enklere for å inkorporere arbeidet med overdoser i det ordinære arbeidet, siden det hele tiden har vært en del av det som gjøres. Asker og Arendal vil for eksempel ha en vanskeligere jobb dersom midlene knyttet til strategiarbeidet skulle reduseres eller falle bort. Som nevnt ønsket ikke Porsgrunn å videreføre stillingen til overdoseforebygging etter 2017. Dette har mange stilt spørsmålsteget ved, særlig fordi personen som jobbet i 50 % i strategiperioden, kunne tenke seg å fortsette. De ansatte i pilotkommunene har i ulik grad vært åpne for å få råd fra andre kommuner, og å hospitere hos hverandre, noe Helsedirektoratet har oppfordret til.

På lang sikt vil det kunne være av betydning å ha arbeidet forankret høyt oppe i den kommunale strukturen. Fordi finansieringen er midlertidig, vil det ha betydning dersom

det blir kutt i de økonomiske rammene. Det er noe alt prosjektarbeid må ta høyde for, også overdoseforebyggende arbeid.

Det har selvsagt vært enklere å organisere arbeidet og ansette noen nye spesifikt i stillingen når man har midler til en hel stilling (Oslo og Bergen). En person som jobber halv stilling med overdosestrategien må i de fleste tilfeller ha en annen 50 % stilling, og dette kan være utfordrende å få til i praksis. De fleste av dem som har hatt halve stillinger, sier at det har vært krevende.

Hvordan det lokale politiske trykket på rusfeltet generelt og overdoseproblemet spesielt var i pilotkommunene, har også spilt inn. Spesielt i Bergen har det vært et tydelig politisk press på utvikling av rusfeltet. I tillegg har media vært veldig opptatt av temaet. Dette til sammen har bidratt til at de som jobbet med overdosestrategien får inntrykk av at det er høyt prioritert. Dette har spilt positivt inn på arbeidet i Bergen. Også i andre byer har både politikere og media hatt mye fokus på rusfeltet.

Det har vært mange synergieffekter mellom pilotkommunene, og dette vil beskrives i kapittel seks om pilotkommunenettverket. Det har imidlertid også vært en del fremheving av enkeltkommuner, noe som har ført til en viss konkurransestemning. En sammenligning av arbeidet i de ulike pilotkommunene er ikke en enkel øvelse fordi de lokale forholdene er så ulike. Tre av kommunene som kanskje i størst grad har blitt fremholdt med eksempler på gode tiltak lokalt, hadde alle tre flere overdosedødsfall i 2016 enn i 2015. Dette sier litt om hvor vanskelig dette er. Mange ganger har det vært sagt «look to Trondheim», «look to Bergen», «look to Drammen» osv. En oppfordring til det videre arbeidet er at man i større grad legger ved siden av hverandre de ulike kommunene, i stedet for å snakke på en måte som bidrar til å rangere de ulike kommunenes innsats. Det er to hovedgrunner til dette. Det ene er at de kommunale realitetene er ulike og ikke sammenliknbare. Den andre er at det er veldig vanskelig å måle kvaliteten på de tiltakene som iverksettes uten å følge hver enkelt kommune i arbeidet tett, og dermed ganske umulig å sammenligne overdoseforebyggende arbeid mellom ulike kommuner. En kan spekulere i om denne konkurransesituasjonen mellom kommunene kan være en konsekvens av at det ikke har vært store konflikter mellom det lokale og sentrale nivået. De har i liten grad hatt en felles fiende i det sentrale nivået. Denne konkurransestemningen mellom pilotkommunene er likevel uheldig for et godt og langsiktig arbeid. Samtidig er det viktig å understreke at det også har vært et godt samarbeid mellom pilotkommunene, og dette vil beskrives i kapittel seks.

Som nevnt har alle pilotkommunene hatt engasjerte ansatte. Engasjementet og entusiasmen i den enkelte kommune og i pilotkommunenettverket har vært en av aktørbetingelsene som har vært en suksessfaktor, og som har hatt stor betydning for det arbeidet som er utført. En av de ansatte i pilotkommunene sa om en av arbeidsoppgavene «det skal jeg gjøre i sommerferien når jeg har litt bedre tid». Det har som tidligere nevnt vært engasjement på alle nivåer i strategiarbeidet – fra Helsedirektoratet til KoRus'ene til kommunene og i arbeidsgruppa. Det har vært entusiasme i ulik grad, men samlet sett i større grad enn man kanskje kan forvente ut fra de strukturelle rammebetingelsene.

6 Pilotkommunenettverket og rollen til KoRus'ene

Dette kapittelet beskriver Pilotkommunenettverket og det regionale nivået med KoRus'ene. Pilotkommunenettverket er et læringsnettverk for pilotkommunene i overdosestrategien. Begrepene «kameratkommune» og «utviklingskommune» vil bli forklart og diskutert. I tillegg vil rollen til de sju KoRus'ene og Veiviseren bli beskrevet.

6.1 Utvikling av et pilotkommunenettverk

Pilotkommunenettverket har hatt som mål å bistå kommunene i arbeidet med å nå målene for pilotkommuneprosjektet. I tillegg til de ni pilotkommunene, har andre kommuner som har meldt sin interesse blitt invitert med. Dette var Tromsø, Skien, Tønsberg og Bodø. Dette har vært en slags minikonferanse for de 40 personene som vet mest om overdoser på kommunalt nivå. Mange av de ansatte i pilotkommunene har uttalt at nettverket har vært viktig siden de i stor grad har jobbet alene i det lokale arbeidet. Nettverkssamlingene har i løpet av perioden utviklet seg til å bli veldig viktige for de ansatte på lokalt (pilotkommunene) og regionalt (KoRus) nivå. De og det arbeidet de gjorde ble sett av hverandre, og de ble sett av prosjektledelsen.

KoRus-Øst fikk i oppdrag å drifte pilotkommunenettverket. Det besto i å organisere samlingene i nettverket praktisk og faglig, og å være bindeledd mellom Helsedirektoratet (prosjektledelsen) og kommunene. KoRus-Øst sin rolle ble i starten oppfattet som litt uklart⁴¹, men de opplevde samtidig å få spillerom til å utforme rollen. Det har vært ulike personer fra KoRus-Øst som har hatt ansvaret for arbeidet med overdosestrategien, og det har naturligvis påvirket hvordan oppgavene har blitt utført. Det kunne med fordel ha vært samme person som hadde hatt ansvaret for pilotkommunenettverket over tid. KoRus sin innsats med organiseringen har vært av varierende karakter, og pilotkommunene har gitt tilbakemelding på at det har vært forskjell på hvem som har ledet nettverket når det gjelder tilgjengelighet på e-post ved spørsmål i forbindelse med arbeidet⁴².

Pilotkommunenettverket har hatt samlinger over to dager vår og høst i 2014, 2015, 2016 og 2017, til sammen 16 dager. Samlingene har vært på hotell, med middag på kvelden første dag. Mange har uttrykt at det sosiale har vært av stor betydning. På samlingene har vanligvis den som er prosjektansatt i pilotkommunene og en til fra hver kommune deltatt. Noen kommuner har hatt tre personer med på enkelte møter. I tillegg har en representant fra hvert KoRus deltatt, og to eller tre fra KoRus-Øst. Rollen til representantene fra KoRus i nettverkssamlingene har vært å ha et litt mer overordnet perspektiv, og å bidra i diskusjonene.

I starten av pilotkommunenettverket ble det gitt beskjed om at det ble for lite tid til å snakke om hva som skjedde i de ulike kommunene på samlingene. Dette førte etter hvert til at det ble satt av flere timer til presentasjoner av status i kommunene. Dette ble opplevd som veldig nyttig for de ansatte i pilotkommunene, og også etter hensikten, siden nettverket er en arena for å lære av hverandre. Deltakerne har også uttalt at dette har vært viktig for å anerkjenne forskjellen mellom kommunene og det arbeidet som gjøres lokalt. Pilotkommuneprosjektet og pilotkommunenettverket har vært en prosess der det var mye klaging og frustrasjon i starten, særlig knyttet til uklarhet rundt taushetspliktbestemmelsene⁴³. Representanter fra flere KoRus'er har uttalt i ettertid at de var litt

⁴¹ Se kapittel 4.3.

⁴² For mer om KoRus se kapittel 6.5.

⁴³ Se kapittel 6.2.

betenkt over nettverket i starten. De opplevde både at det var mye klaging over uklarheter og stor avstand mellom de ansatte i pilotkommunene og representantene fra Helse- direktoratet. Denne avstanden har minket betraktelig underveis, og samlingene har i økende grad vært preget av entusiasme og pågangsmot for å jobbe med overdoseproblematikken lokalt og nasjonalt.

I starten av strategiperioden ble oppdraget til pilotkommunene omtalt som vidt av flere av de prosjektansatte i kommunene. Prosjektleder i Helse- direktoratet sa i intervjuer at det delvis var intendert at oppdraget skulle være vidt, slik at kommunene selv kunne være med på å definere hva som skulle gjøres. Flere av de ansatte i pilotkommunene mente at samlingene i nettverket bidro til å tolke oppdraget:

«Jeg tenker vel også at fordi oppdraget er såpass vidt, vil det også være litt personavhengig hvordan vi tolker det og hva vi setter fokus på. Det (pilotkommunenettverket) er noe som har gjort det lettere å tilpasse til den enkelte kommune da det er stor forskjell i størrelse hos oss som er med.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Mange av de ansatte i pilotkommunenettverket var veldig positive til måten nettverket har fungert på. De mente det har vært organisk i større grad enn de hadde trodd da de startet. Selv om alle hadde noen kritiske innvendinger til Helse- direktoratet i starten, er hoved- inntrykket at de ansatte i pilotkommunene har vært positive til nettverket. Ett av punktene det har kommet kritikk på, er at «runden» der pilotkommunene orienterer om arbeidet, etter hvert ble for lang og med for uklar bestilling. Det har tatt opp til tre timer, og særlig mot slutten av strategiperioden har det også vært slik at man i stor grad har hørt det som sies før. Med en tydeligere «bestilling» til hva prosjektlederne skulle si noe om, hadde det vært mer interessant for alle å høre på. Samtidig fulgte ikke alle «bestillingen» da det i større grad ble konkretisert hva en skulle snakke om i «runden».

På grunn av ulikhetene mellom kommunene, har det også vært store forskjeller i hva som er relevant for de enkelte å få ut av nettverket. Derfor har det vært en utfordring å plan- legge samlinger som var interessante for alle. En løsning som ser ut til å ha fungert har vært å ha minst to ulike tema på hver samling. Eksempler på tema på samlingene har vært de juridiske utfordringene knyttet til å kartlegge overdoser på kommunenivå og arbeidet med Veiviseren⁴⁴. Av kritikk mot samlingene, kan nevnes at representanter for Oslo kommune har kommet med tilbakemelding på at tema som kun er av interesse for de mindre kommunene med fordel kan tas opp i de regionale nettverkene i stedet. Siden Oslo er den klart største byen i Norge, er en del problemstillinger fra mindre pilotkommuner lite relevante for dem. Prosjektledelsen har imidlertid uttrykt at de er veldig godt fornøyd med hvordan nettverket har samlet og videreutviklet arbeidet i de ni pilotkommunene.

Samlingene har vært arrangert i ulike byer, og det har vært lagt opp til ekskursionsjoner til lokale relevante lavterskeltiltak som for eksempel Straxhuset i Bergen, Sprøyterommet i Oslo, Helse- og overdoseteamet i Trondheim, Stasjonen i Stavanger, og Senter for rusforebygging i Drammen. Mot slutten av strategien ble samlinger lagt til Gardermoen av praktiske og økonomiske hensyn.

Arbeidet i pilotkommunene har i stor grad gått i den retningen Helse- direktoratet ønsket med tilskuddsordningen, selv om det også har vært stilt spørsmål ved hvordan enkelte pilotkommuner har valgt å løse oppgavene på. Ett eksempel er Trondheim kommune som i starten av strategiperioden mente at de allerede hadde nådd målsettingen for arbeidet,

⁴⁴ Se kapittel 6.6.

og som ikke opprettet noen egen stilling for strategiarbeidet. At kommunene i stor grad har fått til godt arbeid i løpet av strategiperioden, kan skyldes at prosjektledelsen og KoRus-Øst har lyktes med å la «1000 blomster blomstre». Prosjektledelsen sier at de bevisst har brukt mer gulrot enn pisk. De har i stor grad anerkjent ulikheten og latt pilotkommunene ha tro på det som naturlig har vokst frem lokalt, med store variasjoner i både arbeidsform og innhold. De ansatte i pilotkommunene sier de har opplevd stort handlingsrom lokalt, og at arbeidet har kunnet vokse frem «bottom-up». Det betyr i denne sammenhengen at det har vokst ut av de lokale behovene, og ikke er bestemt ovenfra.

Pilotkommunenettverket har blitt satt stor pris på av de ansatte i kommunene, både de som har fått midler og de kommunene som deltok uten å ha fått støtte fra Helse-direktoratet (Tønsberg, Skien, Tromsø, Bodø). En sier dette om nettverket:

«Det er fint med de nasjonale samlingene. Et sted å plassere frustrasjon og få svar, samtidig som det er tatt opp relevante tema.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Pilotkommunenettverkssamlingene har også vært en sosial arena for de ansatte i pilotkommunene. Det har vært et stort engasjement selv om flere fra pilotkommunene har fortalt at de i utgangspunktet var veldig skeptiske til å delta i et nettverk; «*enda et «prateforum» som jeg må bruke tid på*». De ble raskt positivt innstilt, og så allerede før halvgått periode på samlingene som lyspunkter:

«Pilotkommunenettverket har vært helt uvurderlig. Vet ikke hvordan det hadde gått uten. Jeg var skeptisk til nytten i forkant, men både faglig og kollegialt har dette vært veldig bra. Det gjør en forskjell for meg som jobber i en forholdsvis liten kommune hvor jeg er den som er mest interessert i temaet.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

I tillegg til engasjement, har humor vært en overraskende viktig faktor i pilotkommunenettverket. Flere av de ansatte i pilotkommunene legger vekt på at samlingene har vært givende faglig, men i tillegg morsomme innslag i en relativt ensom arbeidshverdag lokalt i pilotkommunene. Det kan ha vært en suksessfaktor for pilotkommunenettverket at det har vært stabilitet med hensyn til personene som har vært ansatt i pilotkommunene og stabilitet i at alle har kommet på samlingene hver gang. Også blant de ansatte fra KoRus har det i stor grad vært de samme personene som har kommet på alle samlingene. Dermed har personene blitt godt kjent, og flere av de ansatte i kommunene har gitt tilbakemeldinger på at det sosiale ved å delta på samlingene også har hatt stor betydning. Flere sa at det var viktig å kjenne på at de tilhørte et fellesskap av personer som jobbet med lignende utfordringer, siden de fleste jobbet nokså alene lokalt. Siden mennesker er de viktigste ressursene i strategiarbeidet, er det av stor betydning at de mellom-menneskelige relasjonene er gode, og at de som skal møtes i pilotkommunenettverket har lyst til å komme. Dette har i stor grad skjedd, og det har også utviklet seg vennskap på tvers av pilotkommunene, der flere har kontakt ut over det profesjonelle. Flere sier at dette kan ha stor påvirkning på arbeidsgleden i strategiarbeidet.

Selv om mange av de ansatte i pilotkommunene var positive til nettverket og møtene, så var det også noen som mener at organiseringen av todagerssamlingene kunne vært bedre:

«Noen ganger opplevdes det som vanskelig å få vite hva som egentlig var formålet med samlingen. Mer struktur hadde vært en fordel.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

I dette sitatet viser den ansatte til at det på forhånd kunne vært mer detaljert informasjon om hva som skulle skje på samlingene, og hva deltakerne skulle forberede seg på i forkant.

I tillegg ønsket den ansatte i den ene pilotkommunen at det også underveis i todagers-samlingene var tydeligere styring og retning. Også tidligere informasjon om tidspunkt for samlingene på e-post har vært etterlyst underveis av enkelte i pilotkommunene og i KoRus. Lite struktur kan kanskje i dette tilfellet være baksiden av medaljen av entusiasme og engasjement.

Utover problemene med de juridiske avklaringene, har det vært få frustrasjoner som har kommet frem mellom pilotkommunene og Helsedirektoratet. Unntaket er dette:

«Vi er flere kommuner som står overfor liknende utfordringer for å få igjennom like tiltak og her hadde jeg ønsket at Helsedirektoratet var mer på banen. Jeg opplever at vi kan melde om felles utfordringer i flere kommuner, med ønske om at Helsedirektoratet kan hjelpe oss til en felles avklaring, men dette kommer enten ikke på plass, eller så tar det svært lang tid. I og med at det nasjonale strategiarbeidet utføres parallelt med arbeidet i pilotkommunene bør det være nærliggende å tenke at utfordringer som er felles i flere pilotkommuner også vil være utfordringer i andre kommuner som skal arbeide med overdoseforebygging senere. Det bør være et mål for Helsedirektoratet å hjelpe og arbeide frem sentrale avklaringer som gjør jobben lettere - både for pilotkommunene og kommuner som skal gjøre samme arbeid etter oss.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Som det fremkommer i sitatet, har det vært ønskelig at Helsedirektoratet ved prosjektledelsen tok ansvar tidlig i strategiperioden for å raskt avklare utfordringer som var felles for pilotkommunene. Her kunne kanskje KoRus'ene også inntatt en tydeligere rolle.

Noen av de ansatte i pilotkommunene sa også at de gjerne skulle sett at det var en mer utbredt kultur for deling av det de har jobbet frem lokalt. En utfordring for deling av erfaringer, var at det i starten bare var noen av pilotkommunene tok i bruk «kommunetorget⁴⁵», der det etter planen skulle deles utkast til handlingsplaner og andre dokumenter. Mange av prosessene som pilotkommunene gjorde hver for seg, kunne med fordel deles med andre kommuner. Noen ansatte sa de skulle ønske at deling av erfaringer kom i gang tidligere i strategiperioden, og at bruken av «kommunetorget» var mer utbredt blant pilotkommunene. Det arbeidet de gjør lokalt i kommunene er i stor grad overførbart til andre, i alle fall der kommunestørrelse og struktur er noenlunde like. De ansatte sier at de i større grad enn de først tenkte hadde utbytte av å delvis kopiere andre kommuners gode ideer. Siden dette ikke er (i alle fall ikke burde være) en konkurranse mellom kommunene, må dette ses på som en fordel som kanskje kunne vært utnyttet enda bedre.

Prosjektleder sier at han har brukt pilotkommunenettverket som en rådgivende gruppe. Han har noen ganger testet ut nye ideer, og også fått gode ideer underveis i samlingene.

Oppsummert har pilotkommuneprosjektet vært et av de mest suksessfulle grepene i strategiarbeidet. Ved å dele erfaringer fra lokalt arbeid, men også ved å tilby et fellesskap og en sosial arena, har arbeidet i pilotkommunene blitt noe annet enn det hadde vært uten nettverket. Nettverket har gjort pilotkommunene bedre i stand til å nå målsettingene for prosjektet, selv om disse målsettingene kunne vært tydeligere og bedre formulert.

⁴⁵ Kommunetorget er en plattform der en passordbeskyttet kan dele dokumenter.

6.2 utfordringer knyttet til taushetspliktsbestemmelsene

En utfordring og begrensende faktor i pilotkommunenettverket har vært knyttet til taushetspliktsbestemmelsene. I Strategidokumentet står det «I arbeidet med strategien erfarer Helsedirektoratet at lovverket rundt taushetsplikt og nødrett praktiseres ulikt fra kommune til kommune.» Litt videre heter det «Økt fokus på tettere individuell oppfølging av høyrisiko for overdose vil være viktig. Virkemidler vil være (...) en smidig forståelse av taushetspliktsbestemmelsene når menneskeliv er i fare». (Helsedirektoratet 2014:26).

Disse utfordringene ble allerede adressert i Oslo-rapporten (Gjersing et al. 2011) da de gjennomgikk alle dødelige overdoser i Oslo i perioden 2006-2008. Det kunne i større grad vært forberedt før overdosestrategien startet.

En prosessevaluering ser på rammebetingelsene for det som studeres, og herunder barrierer og føringer. En barriere for pilotkommunene har vært at det tok tid før de juridiske avklaringene rundt taushetsplikten ble avklart, og at det fremdeles ved strategiperiodens utgang ikke eksisterte en god løsning. Med unntak av Trondheim kommune, kunne ikke kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utveksle informasjon på grunn av taushetsplikt-bestemmelsene.

I Trondheim kommune mener de å ha løst denne utfordringen, og kaller løsningen «Trondheimsmodellen». Den innebærer at ambulansetjenesten gir beskjed til Helse- og overdoseteamet i Trondheim når de har hatt overdoseutrykning slik at teamet neste dag kan ta kontakt og følge opp personen. I Trondheim mener de at utallige kaffekopper og god dialog har vært det viktigste i tillegg til samarbeidsavtalen som har eksistert lenge.

I Veiviseren er dette tatt opp med utgangspunkt i samtykke og rutinemessig utveksling av helseopplysninger. Dersom en person ikke kan samtykke til kontakt med annet hjelpeapparat, skal man bare kunne utveksle informasjon når det er fare for liv og helse. I et brev til Arendal kommune i 2015 definerte juristene i Helsedirektoratet en overlevd overdose som «i akutt fare for en ny dødelig overdose». Det har imidlertid ikke kommet et rundskriv eller annen juridisk tekst som gjelder for hele landet. Denne utfordringen har vært en strukturbetingelse som skapte en del frustrasjon, men også stor grad av engasjement i pilotkommunenettverket. Utfordringene rundt taushetspliktsbestemmelsene i lovverket har vært vedvarende gjennom hele strategiperioden, selv om det kom noen avklaringer i et brev fra Helsedirektoratet til Arendal kommune. I utarbeidelsen av Veiviseren⁴⁶ har det vært tatt opp at det er for dårlig å bare ha juridisk vurdering i et brev fra direktoratet til en enkelt kommune å forholde seg til når det gjelder unntak fra lovteksten. Her mener evalueringsforsker (og mange andre aktører) at det bør komme et rundskriv der tolkningen av loven for disse tilfellene av overdoseproblemet blir gitt unntak på grunn av fare for liv og helse. Først da kan alle norske kommuner opptre på lik måte som Trondheim når det gjelder personer i overdose som står i fare for å ta en ny overdose.

Flere pilotkommuner opplevde at det var frustrerende med uavklarte juridiske spørsmål knyttet til det å følge opp personer i etterkant av en overdose, og også det å kartlegge omstendighetene rundt personer som var døde av overdose. En prosjektansatt sa dette:

«Denne tematikken knyttet til juridiske avklaringer tok unødvendig mye tid og fokus langt inn i strategiperioden.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

⁴⁶ Se kapittel 6.6.

«Utfordringer rundt taushetsplikt burde vært avklart før prosjektet sin oppstart. Dette har tatt tid, og skapt mye frustrasjon. Dette gjelder både kartleggingen av overdosedødsfall og oppfølging av dem som har tatt en overdose.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

En av de ansatte i pilotkommunene uttalte at det var en frustrerende periode før de første juridiske avklaringene kom, men sett i ettertid var den perioden kanskje nyttig likevel. Hun satte pris på at Helsedirektoratet satte i gang strategien uten at alt var lagt opp på forhånd. Det ga mulighet til å være med å utforme strategiarbeidet. Utvikling av lokale prosjekter trenger en balanse mellom sentral styring og lokalt handlingsrom. I dette tilfellet uttrykker den ansatte at det var nyttig å få større handlingsrom lokalt enn først antatt. Mange er likevel uenige i dette, og mener at det burde vært jobbet med det juridiske og avklart tydeligere innledningsvis i strategiperioden.

En av de ansatte i pilotkommunene oppsummerer problemet slik:

«I starten var vi redde og usikre og forvirra. Staten var selv ganske forvirra, og det er de jo ennå! Vi tviholder på det brevet (Arendal), legger alle eggene i den kurven og bare peiser på, hvis ikke får vi ikke gjort en dritt! Vi kan ikke leve med en fordummende ødeleggende fortolkning av taushetsplikten, som gjør at kua dør rundt oss mens gresset gror. De kan komme med rundskriv, selv om lovens bokstav ikke endres, så endres jo fortolkningen av loven i takt med tida. De må by på en annen fortolkning av loven. Man kunne kommet med et rundskriv her. Det er snakk om livredning, for eksempel når de kommer ut av fengsel, sånn at de kan varsle oss sånn at vi kan gi frivillige tilbud til de som står i fare for å dø av overdose. Hvis vi skal fortsette å fortolke loven så strengt, så kan de bare glemme det. Da har de kappet av oss hendene sånn at vi ikke kan gjøre noe, for de kommer ikke til oss, de er for syke. Vi må ha et lovverk som gjør at vi kan reagere.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

Dette er kritikk av Helsedirektoratet, og dette ble også omtalt på den seneste LAVterskelkonferansen i 2017. I en av plenumsforelesningene ble dette sagt av en overlege i anestesi:

«Det er så enkelt. Enten så bryter Trondheim og Fredrikstad loven, eller så klarer ikke Drammen å følge loven. Dette må løftes opp på departementsnivå. Er vi fremdeles her (uten en avklaring) etter fire år?»

Dette er klar tale foran 200 personer som alle jobber med lavterskel helsearbeid for personer med rusproblemer. En av medlemmene i arbeidsgruppa sier dette i intervju om det samme temaet:

«Vi kan lære en del av de kommunene som har kommet langt – Trondheim for eksempel. Det er på en måte jussen versus sunn fornuft. Det er kartet og terrenget, vi må tilpasse forskriftene etter hva som fungerer. Kartet er jussen og Trondheim er terrenget. Det ligner på juristeri? Jussen går i veien for å gjøre livreddende tiltak. Vi ser ikke dette for noen annen gruppe i Norge.» (Medlem i arbeidsgruppa)

I det videre overdoseforebyggende arbeidet er det en klar oppfordring at det blir utarbeidet et rundskriv som avklarer tolkningen av loven når det gjelder taushetspliktbestemmelsene for den aktuelle gruppa.

6.3 Kameratkommuner og utviklingskommuner

I strategiperioden har de kommunene som ikke ble valgt ut som pilotkommuner⁴⁷, men som hadde et ønske om å delta i pilotkommunenettverket, kalt «kameratkommuner». Dette var i starten Tønsberg, Skien og Tromsø. Etter hvert har Bodø også kommet med i pilotkommunenettverket, og Skien har falt fra. Kameratkommunene har vist engasjement, både gjennom muntlig deltakelse i nettverket, men også ved av at de stiller på nettverks-samlingene gang på gang uten at de har fått prosjektmidler til sin kommune. Særlig Tønsberg og Tromsø har deltatt jevnlig i samlingene i nettverket. Skien var med i starten av strategiperioden, mens Bodø kom med etter 2016.

Kameratkommunene har til forskjell fra pilotkommunene ikke kunnet søke på tilskudd til arbeid i egen kommune. Kameratkommunene har likevel bidratt vesentlig inn til fellesskapet i nettverket. På samlingene har også kameratkommunene fortalt fra arbeidet i sin kommune i «runden», selv om det ikke har vært noen krav til hva de skulle utføre lokalt. Dette har gitt nyttig informasjon til nettverket om hva som skjer i kommuner uten statlig tilskudd. Kameratkommunene har fått dekket reise og opphold på samlingene av strategien, og dette skal heller ikke undervurderes i en stram kommuneøkonomi.

Til sammen har strategien arbeidet i og med 14 kommuner. I tillegg til pilotkommunene og kameratkommunene er Sandnes den fjortende kommunen. Der har det vært jobbet med Switch-kampanjen⁴⁸. I disse 14 kommunene bor omtrent en tredjedel av den norske befolkningen, og grovt sett halvparten av overdosedødsfallene skjer i disse 14 kommunene til sammen. Det betyr samtidig at omtrent halvparten av overdosedødsfallene i Norge skjer i andre kommuner enn de overdosestrategien har nådd ut til i løpet av strategiperioden. Dette skal utvides fra 2018, først til de kommunene som har størst overdosebelastning. Det gjenstår å spre erfaringene til rundt 200 svært ulike kommuner som har hatt overdoser. Mange av disse har få årlige dødsfall.

«Utviklingskommuner» er navnet som er gitt til disse kommunene som strategiarbeidet ønsker å nå i neste fase, fra 2018. Utviklingskommunene er identifisert ved å se på overdosetallene for de siste årene. Pilotkommunene skal ha en fadderrolle for hver sine utviklingskommuner, der de med hjelp av Veiviseren skal guide nye kommuner i lokalt overdoseforebyggende arbeid. Dette arbeidet starter i 2018, og er tenkt videreført etter dette også. I tillegg til de opprinnelige pilotkommunene (9) og kameratkommunene (4), er nå ytterligere 17 kommuner tenkt med i kommunenettverket. I disse 30 kommunene skjedde ca. 70 % av alle overdosedødsfallene i Norge i 2016.

Det viser seg for øvrig at noen kommuner har hatt overdoseforebyggende arbeid uten at det har vært kjent for andre i overdosestrategien. Et eksempel er Horten⁴⁹, som uten å være verken pilotkommune eller kameratkommune har drevet overdoseforebyggende arbeid lokalt. I 2018 vil de få invitasjon fra Helsedirektoratet og sin fadderkommune til å søke tilskudd som utviklingskommune i det videre strategiarbeidet. Dette sier også noe om hvor vanskelig det er å ha oversikt på dette feltet.

⁴⁷ Det vil si at de hadde færre enn fem overdosedødsfall i 2011, men de kan ha hatt flere enn enkelte pilotkommuner i 2010 eller 2009.

⁴⁸ Se kapittel 7.1.

⁴⁹ Se <https://www.gjengangeren.no/rus/narkotika/horten-kommune/farre-overdosedodsfall-i-horten-vi-vil-jo-helst-at-det-ikke-skal-vare-noen-i-det-hele-tatt/s/5-60-234764?key=2018-01-31T09:34:10.000Z/retriever/bb80d4dc22815baa05fe5858fbc11dfc01d33bea>

6.4 Ulik virkelighetsoppfatning mellom Helsedirektoratet og pilotkommunene?

Da de ansatte i pilotkommunene for første gang møtte representantene fra Helsedirektoratet i et todagersmøte i pilotkommunenettverket høsten 2014, var det ulike virkelighetsoppfatninger som møtte hverandre. I tillegg til at de hadde ulikt bilde av virkeligheten på grunn av arbeid i ulike organisasjoner, var noen også forutinntatte om hvordan de var ulike fordi de jobbet på ulike nivåer. Dette har flere ansatte i pilotkommunene fortalt om i intervjuer og feltsamtaler. Dette påvirket som nevnt de første møtene i pilotkommunenettverket, som var preget av frustrasjon.

Noe av grunnen til at de hadde, og fremdeles til dels har, ulike virkelighetsoppfatninger, er at de jobber på ulike måter i forvaltningen av fellesskapets utfordringer. Ulike virkelighetsoppfatninger kan gi ulikt handlingsrom og ulik grad av makt fordi den som kan definere den rådende virkelighetsoppfatningen har en viss makt over grensene for handlingsrommet. Mange av de ansatte i pilotkommunene har jobbet nært gateplan, og kan identifiseres som bakkebyråkrater i Lipsky's terminologi (Lipsky 2010). De er tett på problemet med overdosedød på individnivå, og ser problemet fra dette synspunktet. Rollen som bakkebyråkrat er kjennetegnet av store arbeidsmengder, få tilgjengelige ressurser og motstridende og konfliktfylte mål. Et eksempel på dette er at de samtidig som de har jobbet i frontlinja, også skulle jobbe på et organisatorisk nivå og utvikle planer for arbeidet med overdoseproblemet lokalt. Dette er en kompleks rolle, og kan ha påvirket at de har kjent på motstridende mål i arbeidet. Når deres virkelighetsoppfatninger i noen grad har blitt mindre forskjellig fra dem fra Helsedirektoratet i løpet av den perioden de har jobbet med strategiarbeidet i pilotkommunene, kan det være fordi de har jobbet med planarbeid i tillegg til å være bakkebyråkrater. De har nærmet seg hverandre på disse fire årene på grunn av konkret jobbing rundt de lokale forholdene i de ni pilotkommunene og samtidig hatt fokus på det nasjonale og internasjonale bildet av overdoseproblemet.

Oppfatningen av hva en byråkrat i Helsedirektoratet er, har endret seg for veldig mange på kommunenivået. Mange snakket eksplisitt om dette i intervjuer uten at det var et tema på forhånd. At personer på både det kommunale, regionale og sentrale nivået i Helsedirektoratet har jobbet sammen mot et felles mål i overdosestrategien, har bidratt til at de har lært mye om hverandres virkelighetsoppfatning. En av grunnene er at prosjektleder har hospitert i alle pilotkommunene, der han har ønsket å lære av det lokale arbeidet.

6.5 KoRus'ene sin rolle og kommunikasjonen mellom Helsedirektoratet og KoRus'ene

De syv regionale kompetansesentre på rusfeltet i Norge (KoRus) har hatt en sentral og viktig rolle i implementeringen av overdosestrategien. Det har eksplisitt stått i oppdragsbrevene fra Helsedirektoratet til KoRus'ene at de skal jobbe med oppfølging av pilotkommunene i sitt område⁵⁰.

Alle KoRus'ene har hatt representanter i pilotkommunenettverket, men to av de sju KoRus'ene har i tillegg hatt oppgaver utover dette. Flere mener at rollen til KoRus'ene har vært for lite tydelig fra Helsedirektoratet og burde vært klarlagt bedre fra starten. I tillegg har det vært uttrykt kritikk av at KoRus'ene i for liten grad har fått informasjon fra Helsedirektoratet, at informasjonsflyten fra sentralt hold har gått til pilotkommunene (og

⁵⁰ En tabell med oversikt over hvilke pilotkommuner som hører til hvilket KoRus, står i innledningen til kapittel fem (figur 4).

arbeidsgruppa), og for lite til KoRus'ene. Flere av representantene for KoRus sier dette. Noe av grunnen til disse uklarhetene kan nok være at ett av KoRus'ene⁵¹ har hatt et hovedansvar for pilotkommunenettverket og nyhetsbrev.

Flere av de som har jobbet med overdosestrategien fra de sju KoRus'ene sier at de har reagert på at informasjonsflyten mellom Helsedirektoratet og dem har vært for dårlig. De har flere ganger opplevd at de har måttet spørre pilotkommunene om informasjon de burde hatt, og det har også vært en situasjon der en fylkesmann hadde fått informasjon som burde vært gitt KoRus samtidig, slik at de var orientert. Det kan virke som om prosjektledelsen i størst grad har hatt aktive informasjonskanaler til de ni pilotkommunene og arbeidsgruppa, og de to KoRus'ene som de har samarbeidet tettest med (KoRus-Øst og KoRus Oslo). De to KoRus'ene har oppgitt at de har mottatt mye informasjon.

Både pilotkommunene og KoRus'ene har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om at det var for dårlig informasjon om Naloksonprosjektet. Flere ble kjent med oppstart i deres område gjennom media. Mangelfull informasjon er demotiverende. For de ansatte i KoRus vanskeliggjør det oppfølgingen av pilotkommunene, og det kan også gi et inntrykk av at de ikke er så viktige, noe som står i kontrast til oppdraget i tildelingsbrevet om å jobbe med overdosestrategien.

Noen av de ansatte i KoRus mener at dersom rollen deres var tydeligere definert og fremhevet, ville det også vært enklere å vite hvordan de skulle forholde seg til pilotkommunene i deres område. For eksempel var det uklart for noen om de hadde myndighet til å si at «deres» pilotkommuner skulle gjøre ting annerledes. Enkelte mente at Helsedirektoratet i for liten grad involverte KoRus'ene i arbeidet med strategien. Et forslag var at en i større grad utviklet egne arenaer for de ansatte i de sju KoRus'ene i løpet av samlinger i pilotkommunenettverket, slik at de kunne diskutere seg imellom. På denne måten vil også rollen til KoRus i arbeidet kunne bli tydeliggjort.

Selv om det ikke var planlagt fra starten av, har det i flere regioner utviklet seg regionale nettverkssamlinger (for eksempel «Nettverk Sør») som også har møttes to eller tre ganger i året. Slik ble det til sammen flere samlinger i året der de som jobbet i kommunene møttes og snakket med andre med samme type utfordringer og oppgaver regionalt. Til sammen er rundt 30 kommuner med i lokale nettverk ved utgangen av strategiperioden. Flere av pilotkommunene trakk frem dette som gode møteplasser: «*Her blir det jobbet, det kommer fram masse innspill, og vi kan plukke fram det beste hos hverandre*». Dette er et sterkt signal om at pilotkommuneprojektet fungerer utover det som først var planlagt. Flere fra KoRus'ene har gitt uttrykk for at de har blitt imponert over arbeidet i pilotkommunene.

Siden Norge er et langstrakt land med mange små kommuner, vil det være ulike utfordringer i ulike deler av landet. I Nord-Norge er det få kommuner der overdoseproblematikk i seg selv er stort nok til at personer i kommunen kan bruke mye av sin tid på det. Ulike tilnærminger vil være viktig i de ulike delene av landet i det videre arbeidet. Fra pilotkommunene var de fleste fornøyde med å ha «sitt» KoRus på laget for å utvikle arbeidet lokalt, selv om ikke alle kommunene var like fornøyd med KoRus'ene. Noen av prosjektlederne sa også at de i grunnen ikke hadde så mye behov for KoRus.

⁵¹ KoRus-Øst har hatt dette oppdraget, men KoRus Oslo har også vært involvert i arbeidet med nyhetsbrevene.

6.5.1 Rollen til KoRus-Øst

KoRus-Øst er det regionale kompetansesenteret som har jobbet tettest med Helsedirektoratet i implementeringen av overdosestrategien. KoRus-Øst har gjennom tildelingsbrevet hatt i oppdrag å drifte pilotkommunenettverket og sende ut nyhetsbrev. I tillegg har KoRus-Øst hatt en sentral rolle i utarbeidelsen av Veiviseren⁵² og gjennomføringen av LAVterskelkonferansene. En representant fra KoRus-Øst har også vært medlem i arbeidsgruppa på grunn av det utvidede ansvaret som er lagt dit. Det siste året i strategiperioden har vært særlig arbeidskrevende for KoRus-Øst på grunn av ferdigstillingen av Veiviseren. I 2017 har det vært månedlige møter mellom Helsedirektoratet og KoRus-Øst. Dette ser ved utgangen av strategiperioden ut til å fungere bra. De har også rapportert årlig til Helsedirektoratet på sitt mandat. Dette kommer i tillegg til at alle KoRus'ene har oppgaver i oppdragsbrevet fra Helsedirektoratet knyttet til oppfølging av «sine» kommuner og deltakelse i pilotkommunenettverket.

Det har vært en utfordring med flere personskifter i rollen som den fra KoRus-Øst som hadde hovedansvaret for oppfølgingen av overdosestrategien. Allerede i 2014 sluttet personen som hadde hatt ansvaret i starten, og dette fikk selvsagt betydning for arbeidet. Totalt har det i perioden vært fem ulike personer i rollen fra KoRus-Øst, inkludert utskiftning av den personen som i utgangspunktet satt i arbeidsgruppa. På grunn av de mange personskiftene har det eksistert en slags dobbeltorganisering med KoRus-Øst og Helsedirektoratet. Når et slikt samarbeid ikke går knirkefritt, blir det å lære opp eller purre på andre opplevd som et dobbeltarbeid.

Dette kan sammenlignes med utfordringen med organisering av prosjektstillinger i pilotkommunene. Spørsmålet er om man skal ansette noen i tillegg, eller legge arbeidet med strategien til allerede eksisterende funksjoner som også vil fungere etter at strategiperioden er over. Noe av den samme utfordringen oppsto da Helsedirektoratet skulle velge om prosjektledelsen skulle gjøre alt arbeidet, eller engasjere folk i KoRus som allerede har mye å gjøre. Slik kunne de utvikle et apparat som kunne stå klart etter strategiperioden for å gjøre den jobben som uansett ikke lenger kan gjøres sentralt fra direktoratet. Eksempler er organiseringen og gjennomføringen av LAVterskelkonferansene og samlingene i pilotkommunenettverket.

De andre KoRus'ene har ikke vært like godt informert om fremdriften i strategiarbeidet. På en side kan man tenke at dette er naturlig, og kanskje skulle KoRus-Øst hatt som en oppgave å informere de andre KoRus'ene om fremdrift og viktige hendelser, siden de var involvert i større grad.

Flere av pilotkommunene kommenterer at organiseringen av pilotkommunenettverket fra KoRus-Øst har vært av varierende kvalitet. Ett eksempel på dette som ble nevnt i et intervju var at på den siste samlingen ble alle KoRus'ene bedt om å si noe om sin rolle, uten at dette var på dagsorden. Noen mente dette var både dårlig bruk av tid, men også urettferdig for dem som helt uforberedt ble bedt om å si noe om hvordan de hadde jobbet foran 50 personer. Sett under ett kunne samlingene med fordel vært bedre organisert. Kommunikasjonen kunne også vært tydeligere på det praktiske rundt gjennomføringen av samlingene. I det videre arbeidet vil det være en fordel å ha en litt tydeligere struktur.

⁵² Se kapittel 6.6.

6.6 Utviklingen av «Overdose - veiviser i lokalt forebyggende arbeid»

Arbeidet med utviklingen av «Overdose – veiviser i lokalt forebyggende arbeid»⁵³ startet i pilotkommunenettverket. Dette verktøyet ble først kalt «Håndbok i overdoseforebyggende arbeid» (foreslått i Helsedirektoratet 2014:36), men senere gitt navnet «Veiviseren» for å vise at dette er noe som skal vise vei for nye kommuner. Arbeidet ble begynt planlagt i pilotkommunenettverket i november 2015, og videreført i 2016 og 2017 i regi av KoRus'ene, pilotkommunenettverket og Helsedirektoratet. På LAVterskelkonferansen 27. november 2017 ble det endelige resultatet lansert. Særlig KoRus-Øst og prosjektledelsen har jobbet frem det endelige produktet. Veiviseren er tilgjengelig digitalt: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-rus/overdose-veiviser-i-lokalt-forebyggende-arbeid>.

Det som først ble kalt «håndboka», skulle oppsummere erfaringer som kunne gjøre det enklere å spre gode måter å jobbe overdoseforebyggende på i flere kommuner. Dette ble sett på som det kommende resultatet fra pilotkommuneprosjektet, og som et konkret og håndfast resultat som skulle gjøre det enklere å spre gode måter å jobbe overdoseforebyggende på til flere kommuner enn pilotkommunene. Gjennom arbeidet med veiviseren har prosjektledelsen og KoRus-Øst klart å samle erfaringer gjennom felles arbeid og møter med de ansatte i pilotkommunene.

Veiviseren skal primært være nyttig for nye kommuner som ikke har startet opp systematisk overdoseforebyggende arbeid, og er tenkt som et utgangspunkt for en praktisk videreføring av strategiarbeidet. Veiviseren er også beregnet på faddere for nye kommuner, og for nye ansatte i kommuner der en allerede har startet arbeidet.

Veiviseren er utviklet i en nettversjon, der det er enkelt å klikke seg videre fra et tema til et annet. Den ble godt mottatt av flere, selv om mange i de kommunene som skal bli «utviklingskommuner» fra 2018 nok ikke hadde satt seg inn i hva dette innebar i det lokale arbeidet da den ble lansert. Et konkret utgangspunkt for det lokale arbeidet kan være et godt holdepunkt når utviklingskommunene skal jobbe med de lokale utfordringene knyttet til overdose. Et kritisk innspill til innholdet av veiviseren, var at det ble henvist til et brev fra Helsedirektoratet til Arendal kommune når det gjaldt hinder for samarbeid på grunn av taushetspliktbestemmelsene⁵⁴. De fra pilotkommunene som var kritiske, mente at dette burde vært avklart på nasjonalt nivå før strategiperioden var ferdig i 2017.

Tiden vil vise i hvor stor grad innholdet i Veiviseren har overføringsverdi til mindre kommuner der problemet med overdoser er mye mindre enn i pilotkommunene og kameratkommunene. Det er ment at den skal brukes i de kommunene som har overdoseutfordringer. Å bygge lokal kompetanse er krevende, ikke minst i de kommunene der personen med ansvar for overdoseforebyggende arbeid, kanskje også skal jobbe med alle andre deler av helse- og sosialfeltet. Veiviseren vil uansett være et nyttig utgangspunkt for godt overdoseforebyggende arbeid lokalt, som et sted å starte.

⁵³ Veiviseren ble kalt «Håndbok» tidlig i strategiperioden, også i Strategidokumentet (Helsedirektoratet 2014).

⁵⁴ Se kapittel 6.2.

7 De tre stolpene - tre hovedlinjer for arbeidet

«Overdosedødsfall - - - smak litt på det ordet. La det et øyeblikk angripe deg, og fortelle om liv som ble avsluttet i fortvilelse og håpløshet. Det gjør rett og slett forferdelig vondt. Statistikken forteller at det i 2015 var 289 narkotikarelaterte dødsfall i Norge. Mange tusen mennesker, familier og nære venner rammes hvert år av at en bror, søster eller venn ikke lenger lever.» (Ane Dahl Torp i filmen «Fotball eller livet»⁵⁵)

Overdosedødsfall er et komplekst og smertefullt samfunnsproblem for alle de som opplever det tett på livet. Underveis i arbeidet med Nasjonal overdosestrategi har det utkrystallisert seg tre «stolper» som har blitt sett på som tre grunnleggende hovedlinjer for å nå målsettingen om færre døde av overdoser, og for på sikt å nå en langsiktig nullvisjon. Dette er:

1. Tryggere inntak (tiltak: Overgang fra injisering til sikrere inntaksmåter - Switch-kampanjen)
2. Behandling (tiltak: Styrke lavterskel LAR)
3. Øyeblikkelig hjelp (tiltak: Utdeling av Nalokson neseppray + opplæring i førstehjelp)

Når prosjektleder har presentert strategien mot slutten av perioden på konferanser og lignende, har de «tre stolpene» gått igjen i presentasjonene om hva som er viktigst med overdosestrategien. Av de tre er det bare Switch-kampanjen som er grundig omtalt i denne rapporten. Lavterskel LAR har i liten grad vært jobbet spesifikt med i strategiarbeidet, og Nalokson neseppray, som er den tredje stolpen, skal evalueres av SERAF. I det følgende vil Switch-kampanjen presenteres og diskuteres, og de to andre stolpene kort bli omtalt.

De tre stolpene er satt opp med tanke på å kombinere en kortsiktighet og langsiktighet i arbeidet med å redusere overdoser og overdosedødsfall. Den første stolpen er den mest langsiktige ved at man ønsker å få brukerpopulasjonen over fra å injisere til å røyke heroin. Den andre stolpen er på «halvkort» sikt viktig for å nå målsetting (flere inn i LAR vil kunne gi færre overdosedødsfall). Den tredje stolpen, Nalokson neseppray, er den mest kortsiktige løsningen på å unngå overdosedødsfall. Alle de tre stolpene er innenfor en skadereduksjonstenkning, og alle tre fokuserer på den andre delen av mottoet til strategien «...men først må du overleve».

7.1 «Switch-kampanjen»

I «Switch your habits», eller Switch-kampanjen⁵⁶ som det kalles, jobbes det med å få brukere av illegale rusmidler til å endre atferd til mindre skadelige – og dødelige – måter å ruse seg på. I Norge har det i størst grad handlet om informasjon om hvordan man kan røyke heroin i folie i stedet for å injisere, noe som gir en mye lavere overdoserisiko (Bretteville-Jensen og Skretting 2010).

⁵⁵ Norsk dokumentarfilm fra 2017 som handler om VM i Gatefotball som ble arrangert i Oslo sommeren 2017, og der markeringen på Verdens overdosedag 31. august var samlokalisert med VM. Dokumentarfilmen ble gitt garanti fra overdosestrategiens midler før den fikk tilskuddsmidler.

⁵⁶ I denne rapporten vil «Switch-kampanjen» bli brukt.

«Mottoet for Nasjonal overdosestrategi «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve», er et sterkt budskap for skadereduksjon som skapte rom for kontroversielle tiltak. Ett av disse kontroversielle tiltakene var Switch-kampanjen, fra oss i Helsedirektoratet som for eksempel ikke støtter mange mindre kontroversielle tiltak som for eksempel snus som skadereduksjon. Men det er viktig å jobbe på denne måten for å få til noe på dette feltet.» (Prosjektansvarlig i Helsedirektoratet)

De som bruker heroin er en annen gruppe enn de som bruker tobakk. Likevel er det en interessant sammenligning når det gjelder råd fra myndighetene. Prosjektansvarlig peker på noe som har vært diskutert flere ganger i løpet av strategiperioden. Skal Helsedirektoratet kunne anbefale røyking av heroin? Dette har vært diskutert innad i direktoratet og det har vært inngått ulike kompromiss, blant annet at videoer som lages ikke skal gjøres allment tilgjengelig.

«Switch» er for øvrig et eksempel på et tiltak som eksisterte forut for overdosestrategien, men som er tatt inn og gjort til en sentral del av arbeidet. Enkelte ganger nevnes Switch-kampanjen helt først når tiltakene i strategien omtales. I strategiarbeidet har det vært enighet fra både det sentrale og lokale nivået at Switch-kampanjen er viktig.



Switch-kampanjen startet i regi av en brukerorganisasjon. I Oslo begynte Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN) å dele ut røykefolie i 2009, og på FunkisHuset på Sandnes har de fra 2010 hatt fokus på det de da kalte «Switch your habits» etter en studietur til Amsterdam, i samarbeid med blant andre Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning i Helse Vest (KORFOR). På FunkisHuset tenker de bredere enn kun å røyke heroin, siden det i området rundt Sandnes fortrinnsvis blir brukt subutex/buprenorfin og andre opioider enn heroin. De har hatt fokus på å svelge, sniffe eller sette stoff i endetarmen som alternativ til injisering, og fokus har vært på ulike stoffer. FunkisHuset har også arrangert seminar for brukere med tema «Switch your habits». Det har vært uttalt i arbeidsgruppa at det er viktig at atferdsendringen i størst mulig grad har utspring blant brukere selv, for å få gjennomslag i brukermiljøene. Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN) har bidratt til dette arbeidet, og dette har vært naturlig siden de var tidlig ute med å adressere dette temaet i Norge.

Tanken med Switch-kampanjen er at dersom man på lang sikt får mange av dem som i dag injiserer til å røyke heroinen, reduseres overdoserisiko betraktelig. En overgang fra

injisering til røyking av heroin har skjedd i mange land – Spania, Portugal og Nederland er eksempler på dette. Det er imidlertid ingen land der en har hatt statlig ledede kampanjer på dette området. En bruker følgende metafor:

«Det vanskelige med arbeidet med overdosestrategien handler egentlig om at vi i stor grad tørker opp på gulvet, i stedet for å skru av krana. Og det er det eneste vi kan gjøre, fordi vi ikke har mulighet til å skru av krana.» (Medlem i arbeidsgruppa)

Brukerkulturen kan være «krana» i denne metaforen. Atferdsendring er vanskelig på individnivå, og enda vanskeligere på gruppenivå. For å få personer i rusmiljøet til å endre atferd, er man avhengig av å ha mange brukere med på laget som vil promotere røyking av heroin fremfor injisering. Gode rollemodeller må gå foran og forklare hvorfor det er attraktivt å røyke heroin fremfor å injisere. Dette vil ha en helt annen appell enn om det kun er hjelpeapparatet som promoterer røyking av heroin. Kanskje bør også avhengigheten til selve injiseringen diskuteres mer åpent. Switch-kampanjen er kanskje det tiltaket som i størst grad kan være med på å skru av krana, og bidra til måloppnåelse for overdosestrategien på lengre sikt.

Switch-kampanjen har vært en del av arbeidet både i arbeidsgruppa og i kommunene i pilotkommunenettverket, uten å være godt systematisert eller formalisert som noe en *må* gjøre på en spesifikk måte. Det snakkes også ofte om «Switch» uten at det blir konkretisert akkurat hva det snakkes om. Trolig kan en gi hverandre gode ideer til tiltak lokalt ved å konkretisere hva som gjøres i forbindelse med «Switch». Rapporteringen fra pilotkommunene tyder på at kommunene i ulik grad jobber med Switch-kampanjen. Det er også uklart hvordan de jobber med temaet. På en samling i pilotkommunenettverket uttalte en av de ansatte i en pilotkommune: *«Ja, og så deler vi ut Switch.»* Utsagnet kom til slutt i presentasjonen i «runden», og ble sagt uten å si noe mer om det. Det kan virke som om det er et punkt på en liste som må *nevnes*. Switch kan lett bli et honnørord på linje med brukermedvirkning, en betegnelse som ikke alltid blir fylt med konkret innhold. Dette bør det jobbes videre med for å ha mulighet til å få gjennomslag for tryggere bruk. I tillegg er det en utfordring at det er begrepet «Switch-kampanjen» som er søkbart på nett, mens de engelske begrepene «Switch your habits» eller kun «Switch» er vanskeligere å få norske relevante søketreff på.

I forbindelse med Overdosekonferansen i Bergen i 2015 ble det laget en film om brukerstemmer på Switch, som kan brukes til undervisningsformål f.eks. i ulike lavterskeltiltak. Filmen ble laget av kommunikasjonsmedarbeider og en til i kommunikasjonsavdelingen i Helsedirektoratet, og har fått mange gode tilbakemeldinger. Det er senere også laget film i samarbeid med Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN), der en viser konkret teknikken når man røyker heroin. Filmen skal kun vises til brukere som injiserer og ønsker å lære om røyking. FHN har også hatt kurs i heroinrøyking i lavterskeltilbud i flere byer, der man viser bretteingen av folie og snakker om temaet. Følgende brukerorganisasjoner har stilt seg bak Switch-kampanjen i tillegg til FHN: MARBORG, RIO, LAR-Nett Norge, proLAR og A-larm Norge.



Det er flere paradokser i dette feltet, og ett av dem som har vært diskutert i arbeidsgruppa, er at arbeidsgruppa skal jobbe etter gjeldende norsk narkotikapolitikk (som ikke tillater røyking av heroin i sprøyterom), samtidig som Switch-kampanjen er et tiltak i strategien. Prosjektledelsen og mange av medlemmene i arbeidsgruppa mener at det er et paradoks at sprøyteromsloven (Sprøyteromsloven, 2004, § 1-9) bare tillater injisering av heroin, og ikke røyking. Samtidig er det et viktig tiltak i overdosestrategien å påvirke brukerkulturen til tryggere inntaksmåter. Prosjektledelsen har gjennom hele strategiperioden sagt at ut fra et overdoseforebyggende perspektiv bør heroinrøyking tillates i sprøyterom. Dette ble også tidlig i perioden avklart med Helsedirektoratets ledelse. Det er i løpet av strategiperioden åpnet sprøyterom i Bergen, uten mulighet til å røyke heroin. Det er ulogisk å promotere Switch-kampanjen når det ikke er lov å røyke heroin i sprøyterommet. Flere politiske partier har varslet at de vil gå inn for brukerrom der en også tillater røyking av heroin.

Noen har fryktet at promotering av røyking av heroin i stedet for injisering kan føre til at stoffet introduseres for personer som ellers ikke ville kommet i kontakt med det, og at disse potensielt kan dø av overdose. Dette er imidlertid en liten risiko, og noe en ofte anerkjenner ved skadereduserende tiltak. Dette har blitt vurdert som en liten risiko siden overdoserisikoen knyttet til injisering av heroin er såpass mye større enn ved røyking. Det legges også vekt på at man promoterer røyking av heroin for personer som *allerede bruker* og injiserer heroin. Dette har vært understreket kraftig fra Helsedirektoratet sin side.

Tilgang på røykefolie var en utfordring tidlig i strategiperioden. Enkeltpersoner måtte betale med bankkort for å få kjøpt folie fra utlandet fordi ingen importerte dette til Norge. Fra slutten av 2015 jobbet Helsedirektoratet og prosjektleder med å få til at et norsk legemiddelfirma tok inn ulikt brukerutstyr (bl.a. røykefolie) for salg i Norge for å gi brukerne og kommunene enklere tilgang. Det har vært dokumentert at det har vært utdeling av folie i 19 kommuner i kommuneundersøkelsen fra 2016 utført av KORFOR (Hustvedt og Nesvåg 2017), selv om folie først ble tilgjengelig på det norske markedet i 2016. Det viser at det er relativt mange som delte ut folie etter nokså kort tid. Folkehelseinstituttet sin syvbyerstudie fra 2017 viste at det ikke var noen store forskjeller i andelen som røyker i stedet for å injisere (Gjersing 2017a). Det kan være at de som har gått over til andre bruksmåter har forsvunnet fra gatene, og dermed ikke er intervjuet i 2017. Dette vil i så fall ikke bli fanget opp som en endring fordi de som blir rekruttert til undersøkelsen rekrutteres på gateplan i de ulike byene.

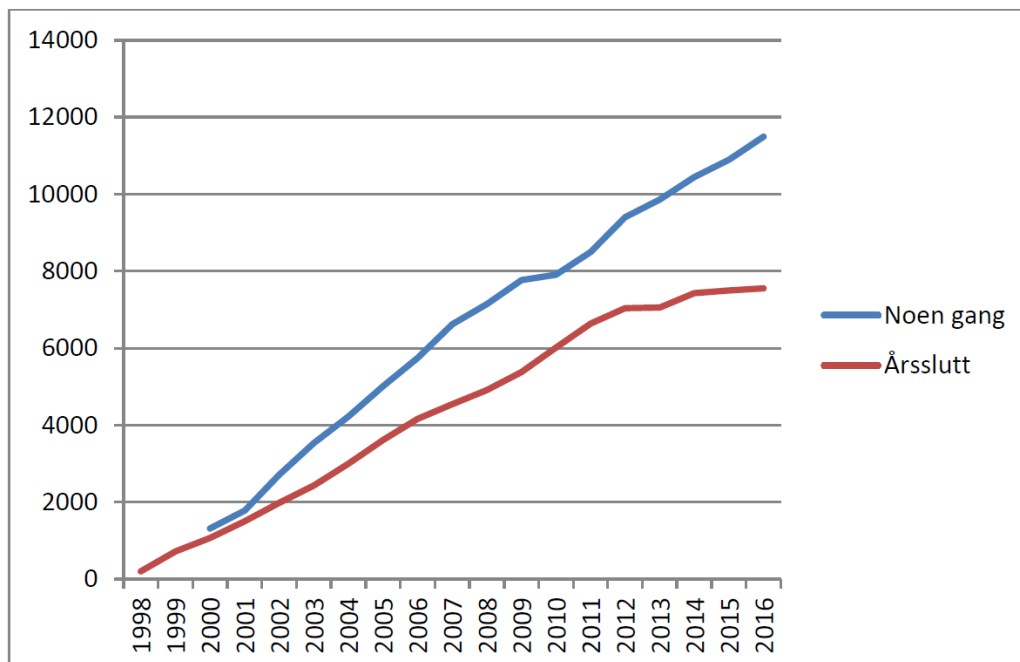
Switch-kampanjen har blitt omtalt som det mest langsiktige målet i strategien. Kanskje er det også det som er vanskeligst å nå. Måloppnåelse avhenger ikke bare av hjelpeapparatet, det må også komme initiativ fra brukergruppa. En overgang til mindre skadelige inntaksmåter må promoterer av de som selv bruker rusmidler. Ett uttrykk for at det er et vanskelig mål, er at det på LAVterkselkonferansen i november 2017 ble satt opp parallellseminar om Switch-kampanjen for å diskutere dilemmaer rundt problemet med å få personer til å «switche». Det kom fire personer utover de som arrangerte seminaret, og det sier kanskje noe om at det i tillegg til å være et vanskelig mål, ikke er det som engasjerer mest. I neste strategiperiode vil det å få til arbeidet rundt Switch på en bedre måte være en av hovedutfordringene i strategiarbeidet.

Et annet tiltak i strategiperioden, har vært at Helsedirektoratet har bestilt en rapport fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) som har tittelen: «Tryggere bruk av rusmidler»⁵⁷ (Bramness og Madah-Amiri 2017). Dette handler bredt om tryggere inntaksmåter, ikke bare for heroin, men for mange substanser.

7.2 Lavterskel Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Både LAR generelt og utbyggingen av lavterskel LAR spesielt har vært diskutert mange ganger i arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket underveis i strategien. Strategien har i liten grad jobbet konkret med utbygging av tilbudet.

En antatt hovedgrunn til nedgangen i dødsfall i perioden i forkant av overdosestrategien, har vært utbyggingen av legemiddelassistert rehabilitering (Amundsen 2015a). Antallet pasienter i legemiddelassistert rehabilitering noen gang og antallet i behandling ved årsslutt i perioden 1998-2016 vises i denne figuren:



Figur 5. Antall pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering. Kilde: Statusrapport for LAR (Waal m.fl. 2017).

⁵⁷ Se kapittel 8.4.

Substitusjonsbehandling reduserer risikoen for overdose og overdosedød (Waal m. fl. 2017). Dette er en av grunnene til at lavterskel LAR er en av stolpene i overdosestrategien. Dersom antallet pasienter i LAR økes, tenker en at antallet overdosedødsfall kan reduseres. Lavterskel LAR er et tilbud om substitusjonsbehandling til opioidavhengige som ikke nås gjennom det ordinære behandlingsapparatet. I denne behandlingen er det ikke krav om en formell søknad til LAR.

Antallet pasienter i LAR-behandling har økt årlig siden det ble et nasjonalt tiltak i 1998 (Waal m. fl. 2017). Det er ikke like klart hvorfor antallet overdosedødsfall ikke har sunket ytterligere etter 2003, mens det har vært en dramatisk økning i antallet pasienter i LAR i samme periode (se figur 4). Det har også vært store endringer i behandlingen siden 1998. Opprinnelig ble kun metadon forskrevet, men siden den gang har både buprenorfin (Subutex) og buprenorfin-naltrekson (Suboxone) blitt tilgjengelig. De nasjonale LAR-retningslinjene anbefaler buprenorfin-naltrekson (Suboxone) som førstevalg (Riksheim m. fl. 2014, Helsedirektoratet 2010). I tillegg var det de første årene strenge inntakskriterier. I 2010 kom de første nasjonale retningslinjene for LAR, men allerede fra 2006 har vi sett flere oppmykninger av reglene for hva som skal til for å tilfredsstillte kravene til å være pasient i LAR. I Oslo ble «Klinikk motivasjon» opprettet i 2006, der opioidavhengige personer som var definert som vanskelige å nå gjennom det ordinære tiltaksapparatet kunne få substitusjonspreparat uten å tilfredsstillte kravene til ordinær LAR. Klinikk motivasjon ble videreført gjennom «Lasso-prosjektet».

I dag finnes såkalt lavterskel LAR i Oslo, Bergen, Stavanger, Østfold og Vestfold (Waal m. fl. 2017). Et arbeidsgruppemedlem har gjennom perioden flere ganger innledet om LAR-behandling i arbeidsgruppa. Han er forsker og har gjort flere studier på LAR, og vært medlem av arbeidsgruppa gjennom hele strategiperioden. Han mener imidlertid at LAR i større grad kunne vært på dagsorden i overdosestrategien, siden det i Strategidokumentet er beskrevet som et viktig tiltak for å få ned antallet overdosedødsfall.

Det kan være flere grunner til at det er begrensninger i hvor mange som vil ha LAR-behandling. Statusrapporten for 2016 skriver om behandling av de som er vanskelig å nå og de som er vanskelig å behandle: «...enkelte som på bakgrunn av kultur eller negative erfaringer er skeptiske til LAR» (Waal m. fl. 2017:63). En grunn kan være kontrolltiltakene for å hindre lekkasje av LAR-medikamenter. Kontrolltiltakene (for eksempel urinprøvelevering) er strenge fordi det er stor overdoserisiko ved bruk av LAR-medikamenter kjøpt illegalt. Kjøperne har ikke nødvendigvis toleranse for den dosen de kjøper. Ett av medlemmene i arbeidsgruppa mener at det i stor grad er rykter om de strenge kontroll-tiltakene som begrenser søkningen til LAR:

«LAR-behandlingen har dessverre et noe dårlig rykte, på samme måte som med legevakta og å ringe AMK. Det er vanskelig å få gjennomslag for å få flere i behandling når det foreligger rykter i rusmiljøet. I tillegg vanskeliggjør ulikheten mellom regioner dette, fordi strengere regler i en region gjør at ryktene kan spres». (Medlem i arbeidsgruppa)

Han mener at det er et potensiale for å få flere av brukerne som er i overdoserisiko inn i lavterskel LAR-behandling. Dersom personer i overdoserisiko ikke søker LAR på grunn av kontrolltiltakene, bør dette være et viktig fokus i det videre arbeidet. Kanskje kan det være en god ide å jobbe sammen med brukerrepresentanter for å endre omtalen av LAR, slik at flere i risikopopulasjonen prøver lavterskel LAR. På samme måte som med Switch-kampanjen kan brukerrepresentanter være viktige for å få til en endring i oppfatning eller kultur.

I det videre arbeidet med overdoseforebyggende arbeid vil det fra evalueringsforskers synspunkt være viktig å jobbe videre med dem som av ulike grunner ikke er i (lavterskel) LAR-behandling, men er i risikopopulasjonen. Det er i denne sammenhengen viktig å kartlegge behovet for denne typen behandling. En studie i en gatepopulasjon av amfetamin- og opioidbrukere gjennomført i 2013/2017 viser at andelen som bruker amfetamin er mye større enn andelen som bruker heroin (Gjersing 2017a). Dette får betydning for hvilket behandlingstilbud gruppen bør få. Dersom mange av dem som ikke er i LAR først og fremst er avhengige av sentralstimulerende midler, og bruker opiater innimellom, vil disse ha økt overdoserisiko når de bruker opiater. De vil likevel ikke kvalifisere til å være i LAR, siden opiatavhengighet er et viktig kriterium for å få innvilget LAR. Mer kunnskap om kjennetegn for risikograppa må prioriteres i det overdoseforebyggende arbeidet. Dette bør diskuteres i det videre arbeidet.

7.3 Nalokson neseppray

Nalokson neseppray er motgift mot opiatoverdose, og har vært ett av de viktigste tiltakene i overdosestrategien. Prosjektet har fått en årlig bevilgning på omtrent 4 millioner. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) har ansvar for både gjennomføring og evaluering av den delen av overdosestrategien. Derfor blir dette tiltaket kun omtalt kort i denne rapporten. Det er skrevet en halvveisrapport fra SERAF, og flere artikler er publisert på utviklingen av programmet med Nalokson neseppray i Oslo og Bergen (se for eksempel Madah-Amiri, Clausen og Lobmaier 2016, Madah-Amiri, Clausen og Lobmaier 2017). Tema i rapporten er hvordan aktørene i strategien ser på Nalokson neseppray som en del av det totale strategiarbeidet.

Tiltaket omhandler utdeling av Nalokson neseppray til brukere, pårørende, fagfolk og andre personer som kan ha bruk for det (Helsedirektoratet 2014:36-38). I tillegg er det viktig å ha en samtale med brukere om overdosehåndtering, og dette skjer i opplæringen. Neseprayen er en fasilitator for en god samtale om førstehjelp ved overdose, og utdeling er avgjørende for å få til slike samtaler. I tillegg er det viktig med slike samtaler fordi brukergruppen sitter på mye kunnskap.

Det startet som prøveprosjekt i Oslo og Bergen i 2014, men det ble raskt etterspurt fra de andre pilotkommunene. Alle pilotkommunene og kameratkommunene har ønsket å ha utdeling av Nalokson neseppray lokalt, og alle har fått det i løpet av 2017.

I Oslo og Bergen har det vært ansatt egne personer for å jobbe med utdeling av Nalokson neseppray fra 2014. Fra 2017 ble det også ansatt en person i Trondheim, blant annet etter innspill fra evalueringsforsker. En viktig del av tiltaket er utviklingen av ny spray, som drives fra NTNU. Den sprayen som har vært brukt i strategiperioden vises på bildet under til høyre:

FDA-godkjent spray er én-dose med 4 mg nalokson i 0,1 ml væske. Pakken selges med 2 stykk spray for 75 USD. SERAF-sprayen er lavere konsentrert (2 mg/2 ml) og inneholder 5 doser med 0,4 mg nalokson per dose à 0,4 ml.

Figur 1a: FDA spray



Figur 1b: midlertidig SERAF spray



Flere mener at Nalokson nesespray symbolsk har vært et viktig tiltak, både fordi det myndiggjør brukerne, men også at det er et sterkt skadereduksjonssignal når for eksempel politiet har sprayen med seg i bilene. En av de ansatte i en pilotkommune sier:

«Det er et glimrende prosjekt. Nesesprøyen er et godt verktøy, både i seg selv, men kanskje viktigere for å sette overdose på kartet over det som er viktig. Det gjør at man får til en samtale – om risiko og om førstehjelp. I tillegg er det sånn at det at for eksempel politiet har nalokson i bilene sine sender ut et ganske sterkt signal om at dette er viktig, og at man er villig til å gå lenger for å redde livene til folk i denne gruppa.» (Ansatt i en av pilotkommunene)

I regi av naloksonprosjektet har det vært flere dagskonferanser i tilknytning til andre konferanser i overdosestrategien. I 2017 ble det for eksempel arrangert en internasjonal dagskonferanse dagen før LAVterskelkonferansen.

Mange i arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket er imponert over måten Nalokson nesespray har blitt «rullet ut på», og i flere kommuner enn først tenkt. Samtidig er noen kritiske, og dette gjelder spesielt til at nesesprøyen blir sett på som et enkelt svar på et komplekst problem. Noen i arbeidsgruppa har hevdet at det representerer en medisinsk reduksjonistisk tilnærming. Mot dette svarer andre at dersom det bare var utdeling av spray, hadde dette vært en legitim kritikk, men på grunn av fasiliteringen av samtaler om overdosehåndtering, er Nalokson nesespray noe mer enn bare utdeling av spray. En utfordring med at få personer ser ut til å ringe 113 når de administrerer nesesprøyen, uroer flere. På sprayemballasjen står det at man *skal* ringe 113, og ikke kun bruke sprayen på grunn av faren for en ny overdose. Selv om flere er veldig positive til Nalokson nesespray, er de ansatte i pilotkommunene imidlertid ikke unisont enige om at Nalokson er et godt tiltak. I det videre arbeidet bør bekymringene rundt hvorvidt brukerne ringer 113 ved bruk av sprayen være på dagsorden.

8 Andre tiltak og viktige elementer i overdosestrategien

Dette kapittelet gir en gjennomgang og vurdering av ulike tiltak og elementer i overdosestrategien som ikke er beskrevet foran. Dette er en oppsamling av tiltak og elementer som ikke lar seg sortere enkelt inn på de nasjonale eller lokale nivåene, og som heller ikke er en del av «de tre stolpene». Ett av de viktigste elementene som går på tvers av alt arbeidet med strategien, er brukermedvirkning. Derfor blir det tatt opp og drøftet først i dette kapittelet. Etter dette vil Verdens overdosedag 31. august bli diskutert, så LAVterskelkonferansen og til slutt andre tiltak i regi av overdosestrategien.

8.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er ikke et eget tiltak, men *myndiggjøring av brukerne* er omtalt i Strategidokumentet (Helsedirektoratet 2014:10). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. En bruker er av Helsedirektoratet definert som en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. Det handler om å bli lyttet til og tatt på alvor ved innspill til helsetilbudet en mottar. Brukermedvirkning har de siste årene vært mye diskutert på rusfeltet, også av brukere selv (Dahl 2011). Også i Opptrappingsplanen på rusfeltet 2016-2020 er brukermedvirkning gjort sentralt, gjennom ett av 77 punkter som regjeringen vil: «styrke brukermedvirkning på systemnivå ved økt bruk av personer med erfaringskompetanse og systematisk samarbeid med bruker- og pårørende-organisasjoner» (Prop 15 S. Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020).

Med brukere menes i denne rapporten personer med ruserfaring. I overdosestrategien handler brukermedvirkning mest om at brukerorganisasjoner på rusfeltet bidrar i ulike deler av strategien. Brukere som har vært medlemmer i arbeidsgruppa over tid er intervjuet til evalueringen.

Brukerperspektivet har stått sentralt i overdosestrategien, og også i evalueringsarbeidet. Evalueringsforsker har ved flere anledninger oppfordret både prosjektledelse, arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket til diskusjon rundt brukermedvirkning og brukerperspektiv i arbeidet med strategien.

Brukermedvirkningen har vært sterk og synlig på nasjonalt nivå i strategien. Tre medlemmer i arbeidsgruppa kom fra ulike brukerorganisasjoner. Prosjektleder i Helsedirektoratet har i mange sammenhenger framhevet at flere av de gode ideene til tiltakene i strategien kommer fra Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN). Eksempler på dette er «Switch your habits», markering av verdens overdosedag 31. august og utdeling av Nalokson neseppray, som alle var ideer som først kom fra brukerorganisasjonen. Også utbyggingen av lavterskel LAR-behandling har vært satt på dagsorden av flere brukerorganisasjoner gjentatte ganger. Prosjektleder har også vært opptatt av at brukerorganisasjonenes rolle og betydning ikke skulle underkommuniseres, og har nevnt det i flere sammenhenger underveis i strategiperioden. Dette kan ses på som brukermedvirkning på en annen og kanskje mer grunnleggende måte, nemlig at Helsedirektoratet er lydhøre for gode ideer som kommer fra brukerorganisasjonene. Helsedirektoratet gjør ikke nødvendigvis dette fordi det er personer som er oppnevnt i et utvalg, men fordi ansatte i Helsedirektoratet er åpne for hva som rører seg på feltet, inkludert i brukerorganisasjonene. På denne måten er brukerorganisasjonene med på å sette dagsorden. Brukerne blir kanskje også i større grad hørt enn om et medlem fra en brukerorganisasjon er oppnevnt til et utvalg, slik brukermedvirkning på rusfeltet i stor grad har vært praktisert tidligere.

Rusfeltet har mange brukerorganisasjoner, og mange av disse har vært involvert i strategiarbeidet både på nasjonalt og lokalt nivå. Sammenliknet med alkoholfeltet, er det mange flere brukerorganisasjoner som jobber med illegale rusmidler. Brukerorganisasjonene er imidlertid ikke alltid enige seg imellom om hva som bør prioriteres i det overdoseforebyggende arbeidet. Dette er en utfordring når brukerrepresentanter skal velges til grupper og utvalg. I mindre kommuner er det kanskje bare en brukerorganisasjon. Da er det på en måte enklere, og samtidig er det da bare en organisasjon sitt syn som blir hørt.

Prosjektleder har hatt flere separate møter med medlemmene i arbeidsgruppa som var brukerrepresentanter, særlig i starten av strategiperioden. Brukerstemmene har kommet frem i filmer som ble laget i forbindelse med konferansen i Bergen, og også senere filmer, for eksempel om røyking av heroin.

I arbeidsgruppa har brukerne vært viktige stemmer i debattene og diskusjonene. De har på en måte vært lokomotivet for å gå lengre i retning av skadereduksjon. Selv om Helsedirektoratet ikke nødvendigvis er enig med de brukerorganisasjonene som ønsker legalisering, så har organisasjonene lyktes i å trekke strategiarbeidet langt i retning av ytterligere skadereduksjon. Eksempler på dette er røykefilmen FHN lagde i samarbeid med Helsedirektoratet, og oppdraget til SERAF om notatet om «Tryggere bruk av rusmidler». Flere av de som er intervjuet, er imponert over hvordan Helsedirektoratet har involvert brukerorganisasjonene. En sier dette:

«FHN har fått ha en progressiv rolle i strategiarbeidet. De har hatt ideene på både Nalokson og Switch. Helsedirektoratet har vært fordomsfrie når det gjelder brukerorganisasjonenes bidrag i strategiarbeidet. På mange måter er det mindre brukerskepsis her (i strategiarbeidet) enn i behandlingssystemet.» (Medlem i arbeidsgruppa)

Selv om det er mye positivt når det gjelder brukermedvirkning, er det imidlertid ikke hele bildet. Flere i pilotkommunenettverket mener at brukermedvirkning er et av punktene strategien har levert dårligst på. Det er usikkert i hvor stor grad brukermedvirkning gjennomsyrrer arbeidet i strategien, og for å undersøke dette nøye, hadde man måttet følge hver enkelt kommune i det konkrete arbeidet. Dette er dermed ikke mulig å gi et fullstendig bilde av i denne rapporten.

Enkelte ganger kan det gis inntrykk av at «brukermedvirkning» mest er et honnørord som bør brukes når det snakkes om arbeidet, og at det i ulik grad gjøres konkret innsats med å få med brukere i arbeidet i de ulike pilotkommunene. På samme måte som Switch-kampanjen kan ha forskjellig innhold, kan de ulike delene av strategien ha ulik oppfatning av hva brukermedvirkningen skal gå ut på. Det kan være slik vi tradisjonelt har forstått brukermedvirkning med medlemmer i arbeidsgruppa og en bruker som åpnet overdosekonferansen i Bergen, men hva skjer konkret i kommunene, i pilotkommunenettverket og i naloksonprosjektet? I intervjuene har det kommet frem flere meninger om brukerrepresentasjon, og det er ulike meninger om hvilket funksjonsnivå personer skal være på for å kunne delta som brukerrepresentanter. Brukerrepresentanter blir i noen tilfeller også kalt «likepersoner», og kanskje kan det vurderes om *likeperson* er et bedre begrep enn brukerrepresentant.

Standarden for brukermedvirkning bør være et tema både lokalt og sentralt i det videre arbeidet. Når man vet at tilbakefall er et problem ved rusmiddelavhengighet, bør kanskje ikke tilbakefall gjøre at en ikke er ønsket som brukermedvirker når personen er frisk. Dersom man ser brukeren som den viktigste aktøren i arbeidet, hvilke implikasjoner bør

det få for hvordan man organiserer arbeidet? Dette er samtidig et komplekst tema. En i pilotkommunenettverket uttalte: «Vi er ikke i mål før brukerne er ansatte». Perspektivet er viktig, men kan hende mister vi noe dersom alle brukerrepresentantene er såpass ute av egen rus at de kan være fulltidsansatte. Kanskje trenger vi både de som kan være ansatte, og de som kan komme på møter når de er friske nok. Denne debatten bør tas både i overdosestrategien, og generelt på rusfeltet. Hva skal til for å være en brukerrepresentant?

8.2 Verdens overdosedag 31. august

31. august er den internasjonale dagen for å minnes de døde og skape bevissthet om at overdoser kan forebygges. International Overdose Awareness Day ble første gang markert i Australia i 2001 etter initiativ fra Frelsesarmeen. I 2013 gjennomførte FHN en markering foran Stortinget på Verdens overdosedag 31. august. Helsedirektoratet og SERAF var til stede på markeringen, og det ble foreslått å jobbe for å få markeringer flere steder i landet som en del av arbeidet med overdosestrategien.

Fra starten av strategiperioden ble det bestemt å satse på markeringen av Verdens overdosedag, som et ledd i å synliggjøre problemet med overdosedødsfall og minske stigmatiseringen mange brukere og pårørende opplever. Markering er tenkt å gi støtte til nærstående og etterlatte etter overdosedødsfall og gi hjelp til å bearbeide sorg. Samtidig kan markeringen formidle håp, og gi kunnskap om hvordan man kan forebygge nye overdosedødsfall. På denne måten henvender markeringen seg både til aktive brukere og pårørende/etterlatte.



31. AUGUST VERDENS OVERDOSEDAG

Minnes de døde – forebygge nye dødsfall

Landsforeningen Mot Stoffmisbruk (LMS) ble bedt av Helsedirektoratet og strategiens arbeidsgruppe om å ha en koordinerende rolle og sekretariatsfunksjon i arbeidet med Verdens overdosedag først i 2014 og deretter i 2015, og de ble tildelt midler for å gjennomføre planleggingen. I 2014 ble det gjennomført markeringer i 13 kommuner samtidig.

I 2015 ble Overdosekonferansen lagt til Bergen i forbindelse med Verdens overdosedag, og markeringen på Torgalmenningen var en del av konferanseprogrammet. I 2015 ble Verdens overdosedag markert i 20 kommuner, en relativ stor økning fra året før. Direktoratet sørget for utarbeidelse av informasjonspakke og pressemelding på oppfordring fra en brukerorganisasjon.

I 2016 hadde ikke lenger LMS sekretariatsfunksjonen. Kommunikasjonsmedarbeider i Helsedirektoratet sendte nå ut informasjonsmateriell til kommunene og oppfordret til å planlegge arrangementet i tråd med mandatet om å etablere innsatsen primært i kommunene. I 2016 ble det arrangert i 24 kommuner, og i 2017 ble dagen markert i 29 kommuner. Dette er mange kommuner når man tar i betraktning at overdosestrategien så langt har jobbet konkret med 14 kommuner. En utfordring for planleggingen av markeringene har vært at mange har ferie opptil arrangementet. Det krever at arrangementet må planlegges i god tid.

Slagordet for markeringene har vært «Å minnes de døde for å forebygge nye dødsfall». Dagen har vært markert på ulike måter, men felles har vært symbolikk med tomme sko og/eller ballonger for å minnes de døde. Noen steder har det vært fagdager, mens det andre steder har vært mer en markering med taler og musikkinnslag. Noen arrangementer har vært holdt i tilknytning til en kirke, mens det andre steder har vært på torget. De siste årene av strategiperioden har de fleste pilotkommunene hatt markeringen midt i sentrum i det offentlige rom, for at flest mulig skal få den med seg når de går forbi. I flere byer har det også vært arrangert et kort kurs i bruk av Nalokson neseppray for enkeltpersoner, mens informasjon om kameratredning og førstehjelp har vært delt også de stedene der Nalokson neseppray ikke har vært tilgjengelig.

Informasjonsmaterialet fra Helsedirektoratet til kommunene har fått gode tilbakemeldinger. Det gjør det enklere for nye kommuner å arrangere en markering og å jobbe mot lokalpressen. En overdosedag-side på Facebook har over 4000 følgere, og media har dekket markeringer i mange kommuner. Slik har budskapet om forebygging av overdosedødsfall og å minnes de døde nådd ut til mange. Mange av de mindre pilotkommunene har fått mye oppmerksomhet i lokale medier.

Overdosestrategien har lyktes i å skape engasjement rundt Verdens overdosedag i relativt mange kommuner, selv om det fremdeles er et potensiale for markeringer i flere kommuner. Det blir sett på som en god anledning til å markere og minnes de døde. Brukerorganisasjonene har gitt uttrykk for at rusfeltet har styrket seg gjennom arbeidet med Verdens overdosedag og at det har vært positivt å kunne samles om noe på tvers av ruspolitiske ståsteder.

I pilotkommunene har markeringen av Verdens overdosedag vært arrangert hvert år siden 2015 (enkelte steder også i 2014). Mange prosjektledere er spesielt fornøyde med den siste markeringen i 2017. Det virker som om mange kommuner har hatt en prosess når det gjelder markeringen i perioden frem til 2017, der det har blitt en markering som på mange måter har blitt bedre. Det har kommet flere til åpne arrangementer, og det har vært økende oppmerksomhet i lokale medier.

Når evalueringsforsker i intervjuer spurte om strategiarbeidet har nådd målsettingen om å skape større oppmerksomhet rundt overdoseproblemet, sa en i arbeidsgruppa:

«Det er bra med ekstra oppmerksomhet på den spesielle dagen, men utfordringen er nok å få mer jevn jobbing med oppmerksomhet i de ordinære tjenestene.» (Medlem i arbeidsgruppa)

I tillegg til større oppmerksomhet rundt overdoser som tema, kan markeringen av Verdens overdosedag i mange kommuner ha bidratt til å få ned stigmaet knyttet til overdosedødsfall. I flere kommuner sier de ansatte at flere pårørende som ellers ikke har kontakt med rusmiljøet, har kommet på markeringene i dagslys på torget eller i kirka. Dette var ikke tidligere vanlig. Dette er et viktig arbeid for å få et bredere fokus på problemet – og bokstavelig talt ta det frem i lyset.

Å redusere stigma knyttet til overdoser og overdosedødsfall er ikke eksplisitt uttalt som et mål i Strategidokumentet, men det kunne gjerne vært det. Temaet har ligget under som en overgripende del av målsettingen. Dette har også blitt mer uttalt underveis i strategiperioden. Mange vil mene at oppmerksomheten rundt 31. august har vært med å redusere stigma, både fordi markeringene har vært respektfulle, men også fordi flere etterlatte har møtt frem for å minnes de døde, i tillegg til venner fra rusmiljøet. Dette har gjort noe med hvordan man ser på overdoser som fenomen. Ved at flere deltar, kan stigmaet knyttet til å ha en person med rusproblemer i familien minskes. At man har en slik strategi – setter av penger til det og prioriterer det foran andre viktige felt – kan i seg selv bidra til å redusere stigmaet som de som lever med rusmiddelproblemer erfarer.

8.3 LAVterskelkonferansen

LAVterskelkonferansen er en årlig møteplass for alle som jobber med lavterskel helsetiltak på rusfeltet. Den eksisterte forut for overdosestrategien, men ble tatt inn som en del av strategiarbeidet. Ideen til dette kom fra prosjektmedarbeider i Helsedirektoratet.

LAVterskelkonferansen ble i strategiperioden arrangert i juni 2014 og juni 2015, og i november i 2016 og 2017. Antall deltakere har økt for hvert år. I 2017 var den fulltegnet og med venteliste. Etter at konferansen ble en del av arbeidet med overdosestrategien, har innholdet i konferansen gått fra å være mer generelt om lavterskelarbeid, til å bli en konferanse som i større grad handler om overdoseproblematikk, selv om dette også er overlappende tema.

Evalueringsforsker har deltatt på konferansen i 2014, 2016 og 2017. Overdosestrategien har ifølge mange laget en god konferanse, noe som gjør at den er etterspurt.

Selv om konferansen er populær, har evalueringsforsker kommet med innspill til deler av programmet. Evalueringsforsker har også etterspurt evaluering av konferansen som ble organisert 2016, blant annet fordi mange fra små kommuner mente at det ble brukt for mye tid på overdosestrategien. Dette kom frem i feltsamtaler underveis i konferansen. For at konferansen skal være relevant for flere enn pilotkommunene, burde lavterskelarbeid generelt, og ikke kun overdosearbeid spesielt, være tema på programmet.

8.4 Andre tiltak i regi av overdosestrategien

I dette kapitlet presenteres tiltak som er satt i gang i strategiperioden eller som har en tilknytning til strategien. Formålet med disse tiltakene er i større og mindre grad direkte

knyttet til å redusere overdosedødsfall. Disse er for eksempel utvikling av nettsidene, Pasientsikkerhetskampanjen, Fengselsprosjektet, nettverk av gatenære tiltak⁵⁸, erfaringshefte om bistand, overdosekort og skriveprosjekt i regi av Kirkens bymisjon. I tillegg er det bestilt flere rapporter og kunnskapsoppsummeringer fra ulike aktører.

Alle disse mindre tiltakene, eller tiltak som ikke har vært i kjernen av strategiarbeidet fra starten, er ikke fulgt tett, og vil her beskrives kort. Datamaterialet for beskrivelsen er i hovedsak dokumentanalyse, deltakende observasjon og feltsamtaler.

8.4.1 Utvikling av nettsidene

En viktig del av arbeidet i overdosestrategien er kommunikasjon og utviklingen av nettsidene til Helsedirektoratet og Helse Norge. Det sier seg selv at utvikling av nettsider ikke i seg selv nødvendigvis kan forebygge overdosedødsfall, men det å få ut informasjon kan være med å forebygge indirekte.

Fra januar 2015 har overdosestrategien hatt en prosjektmedarbeider fra kommunikasjonsavdelingen i Helsedirektoratet ansatt i en prosentstilling, som blant annet har hatt ansvar for nettsidene⁵⁹ og utviklet en budskapsplattform. Hun har også laget videoer med brukerstemmer til konferansen i Bergen i 2015, jobbet med å organisere gjennomføringen av Verdens overdosedag sammen med LMS og utviklet en Hvilepulsannonse som ble vist på landets legekantoret i forbindelse med Verdens overdosedag i 2015. Dette arbeidet har gjort informasjonen på nettsidene til Helsedirektoratet mye mer tilgjengelig for flere målgrupper. Kommunikasjonsmedarbeideren har jobbet i en noe mindre stillingsprosent i 2016 og 2017, men har likevel vært sentral i utviklingen av Veiviseren i lokalt forebyggende arbeid.

8.4.2 Pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender 24-7

I januar 2011 lanserte Helse- og Omsorgsdepartementet den nasjonale norske pasientsikkerhetskampanjen. Kampanjen ble kalt Trygg 24/7, og ble gjennomført i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten i 2011-2013. Etter kampanjeperioden ble arbeidet videreført i et femårig nasjonalt program med samme navn⁶⁰.

Pasientsikkerhetskampanjens mål er å redusere pasientskader med 25 prosent fra 2014-2019. En del av kampanjen handler om å forebygge overdose etter utskrivning fra Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og etter løslatelse. Visjonen er at pasienter, brukere og pårørende skal oppleve at Norge har verdens tryggeste helse- og omsorgstjenester. Pasientsikkerhetskampanjen gikk fra å være en kampanje eller et prosjekt til permanent tiltak i strategiperioden, og heter som fast tiltak «I trygge hender 24-7». Ett medlem i Arbeidsgruppa var med å utvikle overdosetiltaket i Pasientsikkerhetskampanjen forut for strategiperioden, og slik ble dette ivaretatt i det videre arbeidet med overdosestrategien. Overdosetiltaket hadde som målsetting å lære pasienter strategier for å unngå overdoser, å kunne identifisere symptomer på en begynnende overdose og gi akutt behandling. «Time i hånden når du går» er et hjelpemiddel for å forhindre overdoser, og skal sikre at både institusjonen og pasienten vet hvem som har det videre ansvaret i behandlingsløpet. Individuelle kriseplaner er et annet hjelpemiddel som utarbeides for at pasienten og behandlingsapparatet vet hva de kan gjøre hvis tilbakefall oppstår.

⁵⁸ KoRus-Øst og KoRus Oslo samarbeider om å drifte et nettverk av gatenære tiltak.

⁵⁹ <https://helsedirektoratet.no/overdose> og <https://helsenorge.no/overdose>. Nettsidene henvender seg henholdsvis primært til ansatte i helse- og omsorgssektoren og befolkningen.

⁶⁰ For informasjon om pasientsikkerhetskampanjen, se <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>.

«Overdosekortet» ble også først utviklet i Pasientsikkerhetskampanjen (se eget punkt neste side), inspirert av Helse- og overdoseteamet i Trondheim, og har blitt videreutviklet med små endringer gjennom overdosestrategien.

En overdose etter utskrivning fra behandling i TSB kan ses som en feilbehandling i den forstand at pasienten ikke har fått god nok kunnskap fra helsetjenesten til å unngå en overdose. Målet har vært å hjelpe helsepersonell til å oppdage og lære av egne feil, og forhindre at de samme feilene blir gjort om igjen. Løslatelse fra fengsel har mange paralleller til situasjonen etter utskrivning fra TSB. For mer om løslatelse fra fengsel, se neste avsnitt.

8.4.3 Fengselsprosjektet

Fengselsprosjektet dreier seg om overdoseforebygging i Kriminalomsorgen, med særlig vekt på å forebygge overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel. Dette var tidligere et innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». Tiltaket ble overført til Kriminalomsorgens Høgskole og Utdanningscenter (KRUS), og har vært driftet som et prosjekt i 2016-2017, finansiert fra Helsedirektoratet og overdosestrategien.

KRUS har etablert og initiert prosjektet i flere fengselsenheter fra 2016: Hedmark fengsel avd. Bruvoll, Bergen fengsel, Trondheim fengsel, Arendal, Stavanger, Nordre Vestfold, Sem, Halden og Indre Østfold. De tre første var piloter i 2016, og de andre kom med i 2017. Hvert fengsel har en egen prosjektleder. Ansatte og innsatte får gjennom læringsnettverk, veiledning og skriftlig materiell ny kunnskap om forebygging av overdosedødsfall. I følge KRUS har

«... alle pilotfengslene positive erfaringer under og etter prosjektgjennomføringen. Blant annet opplevde de ansatte å få tettere samarbeid med helseavdelingen, at arbeidet med de innsatte ble mer konkret og målrettet, og at utfordringer ble håndtert med mer åpen dialog enn tidligere».

KRUS rapporterer til Helsedirektoratet hvert kvartal, og har også laget en kortfilm som kan brukes både for å informere nye fengsler og til bruk blant innsatte⁶¹. Filmen har som hensikt å informere om prosjektet, også til øvrige samfunnsinstanser. Fengselsprosjektet vektlegger brukermedvirkning. Nye fengsler som er planlagt inkludert i 2018 er Telemark fengsel avd. Skien, Bodø, Vestoppland avd. Gjøvik og Valdres, Indre Østfold avd. Eidsberg og Sandeid.

8.4.4 Utdeling av overdosekort

Overdosekortet ble opprinnelig utarbeidet i Pasientsikkerhetskampanjen. Det er gjort små endringer underveis i strategiperioden. Her er slik det så ut i starten av strategiperioden:



⁶¹ Lenke til film: <http://www.krus.no/forebygging-av-overdosedoedsfall-etter-loeslatelse-fra-fengsel.6079480.html>

Mot slutten av strategiperioden så kortet slik ut:



Utdeling av overdosekortene har vært finansiert av overdosestrategien. Kortet har blitt delt ut i alle pilotkommunene og i spesialisthelsetjenesten gjennom Pasientsikkerhetskampanjen.

8.4.5 Nettverk av gatenære tiltak

Arbeidet med nettverk av gatenære tiltak er et samarbeid mellom KoRus-Øst og KoRus Oslo. Arbeidet har møtt på utfordringer. Det har vist seg å kreve mer ressurser enn først forutsatt og en har ikke kommet i mål med arbeidet. Det er etablert en epostliste som gir en oversikt over store deler av relevante aktører på feltet, men det anses likevel ikke som tilstrekkelig. KoRus-Øst foreslår at arbeidet med å produsere en oppdatert oversikt over aktører innenfor gatenære tiltak videreføres. LAVterskelkonferansene er en del av arbeidet med dette nettverket.

8.4.6 Nyhetsbrev for lavterskelfeltet

Det har blitt sendt ut nyhetsbrev for lavterskelfeltet to ganger i året. Dette har vært et samarbeid mellom KoRus Oslo og KoRus-Øst. På samme måte som LAVterskelkonferansene, har innholdet i nyhetsbrev for lavterskelfeltet i stor grad vært sentrert rundt overdosestrategien.

8.4.7 Erfaringshefte om bistand – pårørendeerfaringer

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) fikk i oppdrag å systematisere pårørendeerfaringer, og har utarbeidet et erfaringshefte som heter «Snakk med meg. Pårørendes erfaringer med overdoser». Heftet ble publisert i august 2017, og er en samling av pårørendeerfaringer. Underveis var det noen uenigheter om hvordan erfaringene skulle publiseres.

I heftet skriver LMS at «forebygging av overdoser handler ikke bare om å forhindre overdosedødsfall, men også om å ivareta og følge opp pårørende som lever i skyggen av rusmisbruket». Pårørende og etterlatte kunne vært en større del av strategiarbeidet.

Selv om ikke strategien i utgangspunktet har jobbet med etterlatte etter overdose som eget tema, så har pårørende vært en viktig del, og generalsekretæren i LMS har vært medlem i arbeidsgruppa. I Strategidokumentet brukes uttrykket «pårørende og nærstående». Dette har tidligere i stor grad omhandlet personer som står nær personer som er i aktiv rus, mens lite oppmerksomhet har vært viet de som sitter igjen etter at en i familien er død av en overdose.

Høsten 2017 ble det lansert et nytt prosjekt på Høgskulen på Vestlandet med tittelen «Etterlatte ved narkotikarelatert død». En av de ansatte i KoRus sier at dette prosjektet har vært en øyeåpner for hvor viktig den gruppa er, hvor mye plager de har, og hvor glemte de har vært i arbeidet på rusfeltet så langt. Kanskje bør etterlatte også i større grad være et tema i videre arbeid med overdosestrategien.

8.4.8 Skrivekonkurransen i Østfold

Prosjektledelsen gav Kirkens Bymisjon i Østfold i oppdrag å utvikle et skriveprosjekt, også omtalt som en skrivekonkurransen, for personer i målgruppa. Målsettingen var «å få fram ulike stemmer som kunne belyse flere sider av problematikken omkring overdoser og rusrelaterte dødsfall». Skrivekonkurransen ble gjennomført i 2015/2016, og vinnerne ble kåret i forbindelse med Verdens overdosedag i 2016. Det ble også laget et eget hefte der vinnertekstene ble publisert. Noen av vinnertekstene ble også spilt inn på tape av skuespillere, og brukt på konferanser, møter og lignende. Skrivekonkurransen ble vurdert som en suksess i rapporteringen til Helsedirektoratet. Selv om prosjektet var vellykket i Østfold, har det ikke blitt jobbet videre med i strategiarbeidet.

Kirkens Bymisjon fikk 400 000 kr for oppdraget fra overdosestrategien sitt budsjett. Som nevnt tidligere ble prosjektledelsen kritisert for dette i arbeidsgruppa. Kritikken gikk ut på at slike skriveprosjekt foregikk flere steder, uten at det ble gitt finansiering for det. Flere mente at det kunne vært gjort flere steder med mindre ressurser samlet. En kommune som hadde startet noe tilsvarende, uten å få ekstra midler, opplevde dette som urettferdig, og litt lite gjennomtenkt fra prosjektledelsen. «Steike det er mye siden andre ikke får for å arrangere lignende konkurranser» var kritikken. Den i arbeidsgruppa som kom med kritikken, mente at dette ikke hadde blitt nevnt for arbeidsgruppa før det ble satt i gang. Det ble stilt spørsmål om det var premiene som er så store. Svaret var at en var ansatt i 50 % over tid, og at deltakere betales for å delta. En kan også stille spørsmål ved om tiltaket bidrar til å nå målsettingen om færre dødsfall. Et delmål er å myndiggjøre brukere, og det å ha et skriveprosjekt kan være relevant for denne delmålsettingen. Skrivekonkurransen engasjerte pårørende i større grad enn brukere. I det videre arbeidet kan det være en fordel om en ikke velger å gi såpass mye midler til et skriveprosjekt i ett fylke, dersom det ikke foreligger en veldig god begrunnelse.

8.4.9 Rapporter og notater bestilt av Helsedirektoratet

På oppdrag fra Helsedirektoratet i regi av overdosestrategien har SERAF utarbeidet et notat om tryggere inntaksmåter for bruk av ulike illegale rusmidler (Bramness og Madah-Amiri 2017). Rapporten har tittelen: Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko». Bakgrunnen var et uttalt ønske fra ansatte i lavterskel helsetiltak om å ha en mer solid bakgrunn for å rådgi brukere av ulike rusmidler. Notatet har vært kontroversielt, fordi det i det rådende politiske klimaet for bruk av andre rusmidler enn alkohol ikke nødvendigvis er noe Helsedirektoratet skal etterspørre.

SERAF ble bedt om å sammenfatte forskningskunnskap nasjonalt og internasjonalt om overdoser og øvrige rusmiddelrelaterte dødsfall som ikke er forårsaket av opioider, og som er relevant for overdosestrategien. Denne rapporten ble skrevet i samarbeid med Folkehelseinstituttet (Bramness, Clausen, Tverborgvik og Vindenes 2015).

Helsedirektoratet har i regi av strategien også bestilt en rapport med oversikt over utdeling av brukerutstyr i norske kommuner fra Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR). Dette er den første av fire årlige rapporter om

utdeling av brukerstyr ble presentert på LAVterskelkonferansen i november 2017 (Hustvedt og Nesvåg 2017). Det skal vurderes om det skal lages nasjonale anbefalinger på dette området.

I tillegg har overdosestrategien ved Helsedirektoratet bestilt en litteraturgjennomgang fra KORFOR om risikopersepsjoner (Nesvåg, Salte og Gundersen 2018). Denne bygger på en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger (Salte 2016). Artikkel basert på litteraturgjennomgangen er under utarbeidelse ved utgangen av strategiperioden.

9 Måloppnåelse, statistikk og prosesser

Dette kapittelet gir en kritisk gjennomgang av bruk av statistikken i strategiarbeidet, og hva tallene kan si om måloppnåelse. Det er imidlertid viktig å legge til at kritikken ikke innebærer en undervurdering av det alvorlig som statistikken sier noe om.

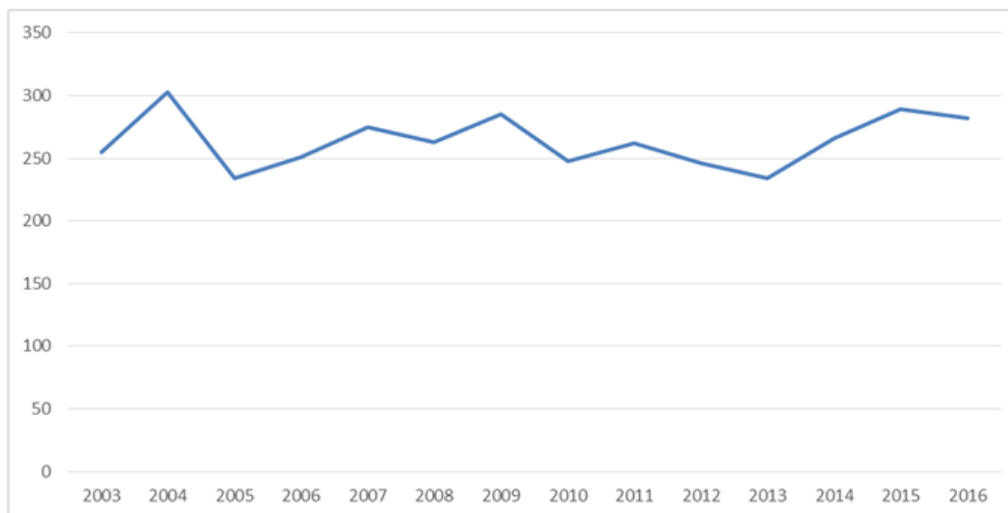
Prosessevalueringen er et resultat av at Helse- og omsorgsdepartementet bestilte en slik evaluering. Det er nærliggende å anta at grunnen er at det er umulig å gjennomføre en effektevaluering av en slik innsats som Nasjonal overdosestrategi innebærer. Statistikken er likevel mye brukt som svar på hvor vellykket strategien har vært, og dette kapitlet vil gå inn på hvorfor antall dødsfall alene ikke er en veldig god indikator for strategiarbeidets vellykkethet.

9.1 Statistikken over antallet døde og behovet for langsiktighet

En årlig nedgang i antallet overdosedødsfall med en langsiktig nullvisjon var strategiens hovedmål. Dette blir av mange sett på som et ambisiøst mål, og mange tenker at det aldri vil bli et realistisk scenario. Det vil uansett målsetting være vanskelig å måle effekten av strategiarbeidet. En vet ikke hvordan situasjonen ville vært *uten strategien*, og det ikke er lagt opp til noe kontrollgruppedesign. Likevel er tallene viktige fordi målet er reduksjon i antallet døde. De årlige overdosetallene, fordelt på fylker og kommuner, er en av de få indikatorene som finnes på «resultatet». Det er likevel mange grunner til at vi ikke bare kan se på de årlige overdosetallene når vi skal avgjøre om overdosestrategien har nådd målene, det vil si om den har vært vellykket eller ikke.

De siste overdosetallene fra Folkehelseinstituttet er for 2016, og de ble publisert i desember 2017 (Gjersing 2017b). De viser en relativt flat utvikling siden 2003 (se figur 6), og det er ikke noen nedgang i antallet overdosedødsfall etter at overdosestrategien startet arbeidet. Kan man da konkludere med at strategiarbeidet ikke har gjort jobben? Svaret er ikke så enkelt. Årsakene til at personer dør av overdoser er komplekse med noen kjente og mange ukjente faktorer som det er vanskelig å ha oversikt over og spå utfallet av. Fra 2003 til 2016 har antallet døde av overdosedødsfall vært vedvarende høyt, og dødstallene har i perioden variert rundt et gjennomsnitt på 264 dødsfall per år. I 2013 var det 234 narkotikautløste dødsfall, i 2014 266, i 2015 289 og i 2016 282 narkotikautløste dødsfall.

Dersom man tar utgangspunkt i et 95 % konfidensintervall og ser på statistikken over antallet døde av overdose fra 2003-2016, er det ingen signifikant endring når vi ser perioden under ett, og vi kan si at utviklingen er flat. Men som figuren viser, har tallene vært på et stabilt høyt nivå. De har ikke økt, og de har heller ikke gått ned, slik en hadde håpet med målsettingen om en årlig nedgang. Dette kan bety flere ting. Kanskje har strategiarbeidet i de ni pilotkommunene ikke vært tilstrekkelig for å påvirke de nasjonale tallene. Dette er vel heller ikke en realistisk forhåpning på så kort tid. Tiltakene i pilotkommunene kom i gang i 2014, noen steder 2015, og vi har per dags dato bare tall frem til 2016. Pilotkommunene er også bare ni av omtrent 200 norske kommuner med overdosedødsfall. Grunnen kan også være at strategiarbeidet ikke i tilstrekkelig grad har nådd de som er i faresonen. De som dør av heroinoverdoser er kanskje nådd gjennom strategiarbeidet, men det er færre som dør av heroinoverdoser enn tidligere. Der har det vært en markant nedgang. Brukere dør i økende grad av andre stoffer enn heroin, blant annet morfin, kodein og oxycontin. Det er selvsagt ikke kun tiltakene i strategien som har virkning på resultatet, i dette tilfellet tallene. Overdosedødsfall skjer i en kompleks virkelighet, og tallet kan skyldes mange ulike påvirkninger, der mange er umulig å holde oversikt over.



Figur 6. Antallet narkotikautløste dødsfall i perioden 2003-2016 for Norge (Kilde: Gjersing 2017b).

Det kan også være tilfeldig variasjon, særlig når det gjelder tall på kommune- og fylkesnivå. Når en ansatt i en pilotkommune mener at en nedgang i tallene med to personer fra ett år til et annet viser at arbeidet har vært en suksess, og tallet går opp med tre personer neste år, er det ikke sikkert at arbeidet i den kommunen har vært gjort bedre tidlig og så vært gjort dårlig når flere døde. Slike tilfeldige variasjoner må ikke tillegges for mye vekt. I tillegg ville det kanskje vært enda flere overdosedødsfall uten strategiarbeidet?

For å illustrere hvor vanskelig det er å måle effekten av strategiarbeidet, kan vi se for oss en brøkgrening. Gjennom innsatsen i strategiarbeidet vil man redusere risikoen for at personer dør av overdoser. Noe forenklet sagt ville vi da ønske at antallet som dør, dividert med antall under risiko for å dø, går ned over tid. Antall under risiko for å dø er vanskelig å beregne. Risikoen for å dø vil også endre seg, f.eks. hvilken type stoff som blir tatt inn, aldring av populasjonen med mer slitasje av kroppen og også behandlings- og tjenestetilbud for øvrig. Antallet i telleren av brøken er de som dør av overdose i et gitt år, og tallet i nevneren er de som er i fare for å dø av overdose samme år. Hvis man har begge tallene, kan man regne ut et *forholdstall*, som vil si noe om hvor mange som har dødd i forhold til hvor mange som var under risiko for å dø. Problemet er at vi aldri vil få tallet i nevneren, og derfor vet vi aldri hvor mange som stod i fare for å dø av en overdose, men som likevel ikke døde.

Evalueringsforsker har fra sidelinjen gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet, arbeidsgruppa og pilotkommunenettverket om at forventningene til antallet døde hvert år burde tones ned. Allerede fra 2014 var det en forventning om at tallene burde gå ned, selv om dette var første år i strategiperioden (og de fleste av tiltakene var ikke i gang før langt ut i kalenderåret 2014). Strategien ble lansert våren 2014, og mange av de ansatte i pilotkommunene var ikke på plass før langt inn i kalenderåret 2014. Nalokson neseppray ble introdusert til brukere, pårørende og andre fra sommeren 2014. Personer som døde tidlig i 2014 var neppe berørt av arbeidet i overdosestrategien, og tiltakene som etter hvert ble satt i gang i løpet av 2014 ville ikke kunne ha innvirkning på antallet døde av overdose i første halvdel av 2014. I tillegg er det komplisert å tolke endringer fra ett år til et annet. Det er mer naturlig å se på trender over lengre tidsrom. Derfor har evalueringsforsker argumentert for at det var feil bruk av energi å se på endringer fra ett år til et annet, i alle fall tidlig i strategiperioden. Hele strategiarbeidet, også fremover, vil ha stor nytte av å

løfte blikket og tenke mer langsiktig når det gjelder tallene og forventningen til en signifikant⁶² nedgang.

Dersom vi trekker en parallell til trafikksikkerhetsarbeidet og utviklingen der, vil en ikke se resultater i antallet døde av overdose før i 2028⁶³. Det tar tid fra en setter inn tiltak til en kan forvente å se resultater. Det er først etter 2017 at overdosestrategien skal utvides til flere kommuner, og heller ikke da vil det være systematisk arbeid i alle kommuner som har hatt overdosedødsfall (ca. 200 kommuner). Det er ikke realistisk å se resultater av arbeidet i de 30 kommunene før i 2028, hvis man kan tenke seg at 1) resultatene i dette arbeidet kommer omtrent etter like mange år som i trafikksikkerhetsarbeidet og 2) gitt at tiltakene faktisk treffer målgruppen.

Dersom en ny strategiperiode kan ha et mer realistisk mål, for eksempel en halvering av antallet døde i løpet av ti år, så vil det også muligens være enklere å tenke langsiktig. Da vil spenningen knyttet til «årets tall» kunne erstattes med et fokus på langsiktighet.

Trender i dødelighet henger sammen med en rekke ulike faktorer knyttet til både lokale, nasjonale og internasjonale forhold, og er på den måten mer komplekst enn antallet trafikkdrepte. Ett eksempel som evalueringsforsker tidlig trakk frem, var at dersom det skulle komme et stort parti fentanyl⁶⁴ til Norge, vil tallene kunne bli mye høyere, selv om strategiarbeidet ble gjennomført på en utmerket måte. Dette er bare en av påvirkningene som ligger utenfor det en har kontroll over. I tillegg til den fentanylen som er kjent fra helsevesenet, er det kommet en rekke nye fentanyltyper (for eksempel karfentanil⁶⁵) som er mange ganger sterkere enn den opprinnelige. Disse stoffene har tatt livet av mange de siste årene i andre europeiske land. Dersom trenden skulle komme til Norge, vil det raskt kunne øke antall dødsfall. Det har også blitt beslaglagt tabletter som ser ut som kjente legemidler, men som inneholder fentanyler. Det overdoseforebyggende arbeidet må også i fremtiden forholde seg aktivt til den skiftende konteksten og nye utfordringer.

Oppsummert er det viktigere å fokusere på tiltakene og et grundig og langsiktig arbeid enn på det som kan være tilfeldige variasjoner i statistikken fra ett år til et annet. Spesielt frarådes sammenligning fra ett år til et annet på kommune- og fylkesnivå, der tallene er så små at sammenligning fra ett år til et annet ikke er anbefalt.

9.2 Måloppnåelse

Det finnes mange andre indikatorer på måloppnåelse enn antallet overdosedødsfall. Prosjektansvarlig i Helsedirektoratet sa dette om måloppnåelse ved utgangen av strategiperioden:

«Det viktigste, og det jeg er aller mest fornøyd med, det er at det ikke lenger er Helsedirektoratet som eier det (strategiarbeidet). Måten det blir kommunisert på av alle aktørene viser at så mange har tatt eierskap i det. Dette gjelder mange, og det er kanskje det aller viktigste. At folk lokalt bruker ordene og gjør det til sine egne. En av de sterkeste suksessfaktorene, at det ikke er noe som er tredd ned over hodene på

⁶² Med en «signifikant nedgang» menes en nedgang som ikke skyldes tilfeldig variasjon.

⁶³ Se kapittel 4.5.1 for mer om trafikksikkerhetsarbeidsparallellen.

⁶⁴ Fentanyl er et sterktvirkende syntetisk medikament i opioid-gruppen. Fentanyl er ca. 80 ganger sterkere enn morfin. Stoffet brukes først og fremst ved generell anestesi, men også andre smertetilstander.

⁶⁵ Karfentanil er et smertestillende stoff som tilhører gruppen opioider, og er opp til 10 000 ganger sterkere enn morfin per vektenhet.

andre, og dermed har mange gjort det til sitt. Det er ingen som nevner overdosestrategien eller Helsedirektoratet, og det er veldig gledelig, da har vi oppnådd noe.» (Prosjektansvarlig i Helsedirektoratet)

Andre er mer kritiske til at begrepet «overdosestrategien» ikke er tydeligere fremme, fordi det kunne skapt enda mer oppmerksomhet rundt problemet. Samtidig er eierskap til arbeidet viktig for at strategien ikke skal være noe som Helsedirektoratet gjør, men noe alle som jobber lokalt tenker at er noe de skal arbeide med. Særlig vil dette være viktig dersom finansieringen reduseres eller faller bort i fremtiden. Det som da er implementert i de ordinære tjenestene, vil ha større mulighet til å fortsette uten sentrale midler.

Eksempler på andre indikatorer på måloppnåelse enn tallene er for eksempel: konkret forebyggende arbeid i pilotkommunene, økt allmenn oppmerksomhet rundt problemet, utviklingen av regionale nettverk, antallet påfyll på Nalokoson nesespray der personen oppgir å ha brukt sprayen og reddet liv, økt kompetanse på det nasjonale og lokale nivået, antallet personer som har sluttet å injisere og i stedet røyker heroin.

Mange av disse indikatorene er vanskelige å måle, av ulike grunner. For eksempel er økt allmenn oppmerksomhet krevende å måle på en god måte. Mange som jobber med strategien vil mene at oppmerksomheten rundt overdoser er styrket, men det er jo sånn at vi i stor grad ser det vi ser etter eller er opptatt av. På bakgrunn av syvbyerstudien som ble gjort i 2013 og 2017, kan vi ikke si noe om flere røyker heroin i stedet for å injisere (Gjersing 2017a). Røyking og injisering er også fenomener som er krevende å måle fordi det ikke er gjensidig utelukkende kategorier. Flere av de som røyker heroin, vil også injisere, og motsatt. Og selvrapporterte data har som kjent flere svakheter. Måloppnåelsen i tiltaket utdeling av Nalokson nesespray er en av de indikatorene som er undersøkt, og resultatene er publisert (Madah-Amiri, Clausen og Lobmaier 2016). Flere ulike innsatser på rusfeltet skjer delvis parallelt, og for eksempel *Opptrappingsplanen på rusfeltet 2016-2020* (Prop 15 S (2015-2016)) adresserer flere av de samme utfordringene. Dette vil også gjøre at det er vanskelig å vite akkurat hvilke innsatser som påvirker feltet på hvilken måte.

Antallet døde som følge av overdose er viktig, men kan ikke alene stå som resultat for måloppnåelsen i strategiarbeidet. Statistikken kunne vært sett på som et effektmål, men med så åpenbare svakheter kan det ikke stå alene som et uttrykk for måloppnåelse. Eksemplet med fentanyl er illustrerende. Dersom det kom et stort parti med for eksempel karfentanil til Norge, ville overdosetallene øke betraktelig uavhengig av det gode og langsiktige overdoseforebyggende arbeidet.

10 Oppsummerende vurderinger

Dette kapitlet drøfter Nasjonal overdosestrategi i lys av forskningsspørsmålene for prosessevalueringen og målsettingene for strategien. Målsettingene fra Strategidokumentet som ble presentert i starten av rapporten, er imidlertid ikke dekkende for det som har blitt målsettingene underveis. Det overdoseforebyggende arbeidet i regi av strategien har utviklet seg i løpet av de fire årene. Det er i seg selv et uttrykk for måloppnåelse at prosjektledelsen har gått ut over de første målformuleringene, og utviklet og utvidet overdosestrategien underveis. De har vist seg fleksible, noe som har vært helt nødvendig med tanke på at dette er et felt der konteksten og problemdefinisjonen kan endre seg relativt raskt, for eksempel ved at mange dør av nye stoffer.

I dette kapitlet vil det derfor først bli kommentert kort på svarene på forskningsspørsmålene, og deretter vil andre punkter som er vurdert som viktige for målsettingene bli gitt plass. Forskningsspørsmålene er besvart i kapittel fire til ni foran. Etter at forskningsspørsmålene og målsettingene er oppsummert, vil rammebetingelsene for strategiarbeidet bli diskutert i to delkapitler. Til slutt vil det siste delkapitlet ta for seg veien videre og spørsmålet om hva som var det viktigste i strategiarbeidet.

Overdosestrategien var et mangfoldig og komplekst prosjekt, med høye forventninger og en ambisiøs målsetting. Strategien utspilte seg samtidig i et felt der det er vanskelig å måle resultater. I prosessevalueringen er det ikke kun antallet døde, men også kvaliteten på tiltakene i strategien, og prosessene rundt tiltakene, som er viktige.

10.1 Kort oppsummering av svar på forskningsspørsmålene

Forskingsspørsmålene er skissert i kapittel 3.1, og blir her besvart i kortform med henvisninger til hvor de er diskutert i rapporten.

Svaret på hovedproblemstillingene er at arbeidet med overdosestrategien har vært gjennomført med stor arbeidsinnsats i mange tiltak, har vært preget av stor grad av engasjement og stor vilje til å skape endring i et komplekst felt. Strategien har lyktes i å sette i gang en rekke ulike tiltak for å forhindre overdosedødsfall, både på struktur- og aktørnivå, og på nasjonalt og lokalt nivå. Tiltakene er beskrevet i kapitlene fire til åtte. I kapittel fire er det sentrale nivået beskrevet, i kapittel fem og seks det kommunale og regionale nivået, i kapittel sju de tre stolpene og i kapittel åtte andre tiltak som ikke faller inn under de andre kapitlene.

Møtene i arbeidsgruppa har vært en arena der prosjektledelsen i direktoratet har kunnet diskutere viktige avgjørelser i strategiarbeidet. Det har samtidig vært et sted der medlemmene i arbeidsgruppa har lært av hverandre for å få et best mulig arbeid i regi av overdosestrategien. For eksempel har flere av medlemmene i arbeidsgruppa holdt foredrag i arbeidsgruppemøtene.

Innsatsen har bidratt til større oppmerksomhet rundt de mange som dør av overdoser, selv om det er vanskelig å si i hvor stor grad oppmerksomheten har nådd ut til allmennheten. Markeringen av Verdens overdosedag 31. august har helt klart bidratt til at flere har blitt gjort oppmerksom på overdoser som fenomen. I 2017 ble Verdens overdosedag markert i 29 norske kommuner. Også arbeidet i pilotkommunene har bidratt til større oppmerksomhet rundt overdoser lokalt.

Strategien har blitt påvirket av innspill fra personer i rådgivende funksjoner, men ikke av en rådgivningsgruppe slik det opprinnelig var tenkt. Det har av ulike årsaker ikke eksistert

en rådgivningsgruppe verken internt i Helsedirektoratet eller en ekstern vitenskapelig rådgivningsgruppe slik det var planlagt. Prosjektansvarlig i Helsedirektoratet påpeker at det å rådspørre individuelt i stedet for i en gruppe, krever en prosjektleder med stor kunnskap på feltet. Selv om prosjektleder i Helsedirektoratet har hatt stor oversikt og kunnskap, ville en rådgivningsgruppe ha styrket strategiarbeidet. Dette er diskutert i kapittel 4.1.

Enkelte brukerorganisasjoner kan sies å ha hatt en viktig stemme i strategiarbeidet på nasjonalt nivå. Av ulike grunner har ikke alle brukerrepresentantene møtt i arbeidsgruppa hele perioden. På lokalt nivå er det større variasjon i hvorvidt brukerstemmene har fått stor nok plass i strategiarbeidet. Dette er diskutert i kapittel 8.1.

De ulike delene av strategien har i hovedsak samarbeidet svært godt. I arbeidsgruppa og i prosjektledelsen har det vært minimalt med konflikt og kritikk av hverandre. Det har vært en del utskifting i hvem som har jobbet med strategien fra KoRus-Øst, og dette har skapt noen utfordringer. På det lokale nivået har det vært store variasjoner i hvordan det lokale samarbeidet mellom ulike aktører i pilotkommunene har fungert. Størst utfordringer har det vært i samarbeidet med AMK og spesialisthelsetjenesten. Dette er beskrevet i kapittel fem og seks.

På kommunalt nivå har de ni pilotkommunene jobbet med å nå målene for tilskuddsordningen. Siden disse målene var nokså lite ambisiøse (eller strengt tatt heller var en beskrivelse av å få virkemidler opp og stå) er det nokså enkelt å svare på at alle pilotkommunene (om enn på ulike måter) har nådd målsettingen om å kartlegge og utarbeide handlingsplaner, bortsett fra at Asker og Oslo kommune ikke er i mål med prosessen med handlingsplaner ved utgangen av perioden. Alle pilotkommunene har også jobbet med å utvikle bedre samarbeidsrelasjoner lokalt. Alle pilotkommunene søkte tilskuddsmidler til stillinger, og fikk det som var skissert. Forankringen av de lokale handlingsplanene varierte en del, og dette er beskrevet i Appendix 2.

10.2 Kort oppsummering av måloppnåelse

I Strategidokumentet er målsettingene satt opp punktvis på to ulike steder, med ulike delmål. Disse er gjengitt i kapittel 1.2 og kapittel 2.1 i denne rapporten. Her vil den første presentasjonen av mål og delmål kommenteres på⁶⁶. Det første punktet var å legge til rette for overgang fra inntak av rusmidler med sprøyte til mindre skadelige inntak. Dette første punktet har vært jobbet med gjennom hele strategiperioden, men det er uvisst hvor stort gjennomslag det har fått. En har ikke oversikt over hvor mange brukere som har startet å røyke i stedet for å injisere. Dette er diskutert i kapittel 7.1. Undersøkelsen i syv norske byer fant ikke noen forskjell (Gjersing 2017a), men det kan være at de som har gått over til andre bruksmåter har forsvunnet fra gatene, og dermed ikke er intervjuet i 2017.

Det andre og tredje punktet er de to målene der innsatsen kanskje har lyktes i størst grad. Helsedirektoratet har på en god måte bistått i utvikling av kommunale handlingsplaner gjennom læringsnettverk (pilotkommunenettverket), og har i større grad enn forventet gjort Nalokson neseppray tilgjengelig for brukere og andre. I målsettingen nevnes bare Oslo og Bergen, mens 10 andre byer også er inkludert per 31.12.2017. Pilotkommunene og Naloksonprosjektet har fått i overkant av 80 % av det årlige budsjettet på 10 millioner.

⁶⁶ Som er presentert i kapittel 1.2.

Prosjektleder mener dette har vært en riktig prioritering ut fra oppdraget og målsettingen for overdosestrategien.

Det fjerde punktet innebar å styrke allerede eksisterende tiltak. Dette er gjennomført i noen grad. Overdosestrategien har klart å skaffe mer utfyllende årlige oversikter over utviklingen i narkotikadødsfall, men har ikke i like stor grad klart å jobbe med de andre underpunktene. Mange av pilotkommunene har jobbet for «bedre og mer differensierte boligtilbud», som er ett av punktene, men temaet har kanskje ikke fått nok oppmerksomhet nasjonalt og i arbeidsgruppa.

Det kanskje mest negative i strategiperioden er at tallene på antallet døde av overdose ikke har gått ned i perioden, slik målsettingen for overdosestrategien sier.

At strategien har mange delmål som presenteres ulikt selv i ett og samme dokument (Helsedirektoratet 2014), sier noe om kompleksiteten, men også om manglende kongruens og klart planlagt strategi fra starten av perioden.

Helsedirektoratet har jobbet systematisk med mange av målsettingene, selv om ikke alt er ivaretatt i like stor grad. Arbeidet er godt i gang med de fleste tiltakene beskrevet i Strategidokumentet. Noen tiltak er i mål, mens andre ikke har fått nødvendig fokus. Prosjektledelsen har hatt et dynamisk forhold til målsettingene, og utviklet strategiarbeidet underveis. De har forholdt seg til ny kunnskap og gjort endringer underveis. På tvers av det mangfoldige strategiarbeidet er det en sterk entusiasme og mye engasjement i alle ledd. Overdosestrategien har betydd mye for mange mennesker, og har skapt oppmerksomhet rundt temaet, og kanskje har det også bidratt til å redusere noe av stigmaet knyttet til overdosedødsfall.

Prosjektledelsen mener at tiltakene som er satt i gang er godt tilpasset faresignalene for overdose, ut fra det kunnskapsgrunnlaget som finnes, og tror ikke at det er viktige tiltak som *ikke* er satt i gang. De mener i tillegg at de tiltakene som er igangsatt, henvender seg til de viktigste av de utsatte gruppene. Samtidig ser de at det kan være mindre grupper som ikke nås med strategiarbeidet slik det har vært de første fire årene. Av disse er den tredje gruppa som Ellen Amundsen identifiserte i sin studie, de som er i randsonen av arbeidslivet, og som er i kontakt med NAV (Amundsen 2015b). Spørsmålet er om strategien har nådd ut over de marginaliserte gruppene som bruker heroin jevnlig.

I det følgende vil rammebetingelsene bli diskutert, med særlig vekt på bevarings- og forbedringspunkter for det videre arbeidet. Bevaringspunkter beskriver det som vil være verdt å fokusere på videre og ta vare på, mens forbedringspunkter er elementer som bør endres og forbedres i det videre arbeidet.

10.3 Suksessfaktorer eller push-faktorer for arbeidet

Ut fra de strukturelle rammebetingelsene for overdosestrategien, personer og penger, er det satt i gang mange tiltak. En aktørbetingelse som har gjort aktivitetsnivået mulig er entusiasmen og engasjementet. Det har vært stort engasjement i pilotkommunene, og mange av de som har jobbet i 50 % stilling med lokalt, overdoseforebyggende arbeid, har gjort en jobb utenom det vanlige. Dette avsnittet beskriver noen av bevaringspunktene, det vil si punkter som det er verdt å beholde i det videre arbeidet. Dette er push-faktorer som bidrar positivt til måloppnåelse.

Forankringen av strategien har vært en suksessfaktor på ulike nivåer. Overdosestrategien har hatt politisk trykk, den har vært godt forankret både sentralt i direktoratet og i de

fleste kommunene. At helseministeren har vært opptatt av strategien har gjort den legitim på en måte som kan ha påvirket engasjement og entusiasme. Press ovenfra har vært viktig ifølge flere som er intervjuet. At temaet har vært høyt på den politiske dagsorden kan ha vært viktig for enkeltaktører i strategiarbeidet.

I tillegg har det vært en push-faktor at prosjektledelsen har tenkt langsiktig. Prosjektleder uttalte: *«Jeg tenker at strategiens vellykkethet avhenger av at den setter varige spor, også når nasjonale tiltak tar slutt»*. Det å styre etter dette har vært en suksessfaktor i arbeidet.

Det faktum at overdosestrategien har hatt et relativt enkelt budskap å formidle, har vært en faktor som har bidratt til å nå ut, og har vært en push-faktor i arbeidet. Trafikk-metaforen⁶⁷ har også bidratt til dette. Vellykket trafikksikkerhetsarbeid har vist seg å forutsette langsiktig, kontinuerlig og dynamisk innsats som til enhver tid fanger opp et endret utfordringsbilde. Overdosestrategien har brukt samme oppskrift, selv om det foreløpig ikke er over veldig lang tid. I tillegg har det faktum at man har fått tallgrunnlag på fylkes- og kommunenivå bidratt til at den enkelte kommune i større grad vet hvilken realitet de skal forholde seg til.

En push-faktor sett i ettertid av fireårsperioden, er at nesten alle som er intervjuet i slutfasen av strategiperioden opplever seg som viktige. Dette kan være påvirket av mange faktorer. Noe som åpenbart har hatt betydning, er måten de ansatte i Helsedirektoratet har jobbet på. Prosjektleder har besøkt alle pilotkommunene med et mål om at han skulle lære av kommunene, og ikke omvendt.

En annen suksessfaktor har vært grepet med å etablere en helhetlig innsats, der også allerede eksisterende tiltak eller pågående satsninger har blitt inkludert under paraplyen «Nasjonal overdosestrategi». Selv om dette har gjort det uoversiktlig, har samlingen av mange tiltak vært mest positivt.

Kommunikasjonen i arbeidet med strategien på de ulike nivåene har i all hovedsak vært bra. Unntaket var at enkelte av KoRus'ene har klaget på lite informasjon i deler av arbeidet⁶⁸.

Helsedirektoratet startet tidlig å tenke videreføring, og dette har også vært en suksessfaktor. Tidlig i strategiperioden skisserte de ulike scenarier ut fra om de kom til å få videreføring eller ikke, og hvilke konsekvenser dette ville få. De var også aktive overfor Helse- og omsorgsdepartementet for å få nødvendige avklaringer så tidlig som mulig. Dette var spesielt viktig siden flere av de ansatte i pilotkommunene måtte se seg om etter andre jobber når prosjektperioden gikk mot slutten, og de sto i fare for å miste kompetanse og kontinuitet i arbeidet i lokalt.

10.4 Barrierer eller pull-faktorer for arbeidet

Til å være en såpass mangfoldig strategi, har det har vært få skjær i sjøen. Noen barrierer har det likevel vært. Her beskrives noen forbedringspunkter som det videre arbeidet bør fokusere på. Pull-faktorer er faktorer som bidrar negativt til at det blir vanskeligere å nå målsettingene.

⁶⁷ Se kapittel 4.5 for mer om sammenligning med trafikksikkerhetsarbeidet.

⁶⁸ Se kapittel 6.5.

Taushetspliktbestemmelsene⁶⁹ har vært en stor strukturell barriere og pull-faktor i arbeidet, og er ennå ikke avklart per 31.12.17. Her bør det gjøres endringer i forskrift, lovverk eller rundskriv. Noen av de som jobber med overdoser i pilotkommunene drar sammenligning til at personer ikke lenger skal straffeforfølges på grunn av rus, og det ble endret med et knips, kan ikke taushetspliktbestemmelsene i dette tilfellet da gjøres noe med? At veiviseren har henvisning til et brev som er sendt fra Helsedirektoratet til Arendal kommune når dette tema blir diskutert, syns noen i pilotkommunenettverket og arbeidsgruppa at er direkte flaut. Ikke minst sett i forhold til hvor mange andre tiltak strategiarbeidet har bidratt med i fireårsperioden. Helsedirektoratet ser at dette er «viktige hindre for lokalt samarbeid som bør møtes med nasjonale tiltak». Det er av stor betydning at dette prioriteres i det videre arbeidet. Som en av prosjektlederne i en pilotkommunene sa «*vi kan ikke leve med en fordummende ødeleggende fortolkning av taushetsplikten, som gjør at kua dør rundt oss mens gresset gror*».

En annen barriere er at strategiarbeidet i for stor grad har favorisert enkeltkommuner. Det er særlig uheldig fordi det er umulig å måle effekten av den lokale innsatsen. En utfordring i fortsettelsen av arbeidet vil være å få til et klima der man betrakter det enkelte kommune får til i det langsiktige overdoseforebyggende arbeidet *ved siden av hverandre*, og i så stor grad som mulig unngår en konkurransepreget stemning. Det er umulig å konkurrere i lokal overdoseforebygging, og lite å vinne på at noen tenker at de har jobbet dårligere eller bedre på et felt. Det er mye å hente på å heller legge ved siden av hverandre de erfaringene som kommer opp. En hierarkisering av gode og mindre gode kommuner vil kunne være en barriere for godt langsiktig arbeid lokalt. Det kan også føre til at noen kommuner får for mye positiv feedback, når det alltid er slik på et sammensatt felt som dette at det alltid vil være mye ugjort. Dette er et forbedringspunkt i det videre overdoseforebyggende arbeidet.

Brukermedvirkning gjennom brukerorganisasjoner har vært viktig i overdosestrategien, og bør få ytterligere oppmerksomhet i det videre arbeidet. På den ene siden er strategiarbeidet gjennomsyret av et brukermedvirkningsperspektiv, der brukerorganisasjonene er med på å sette dagsorden på feltet, men på den andre siden er den reelle brukermedvirkningen ikke alltid til stede i alle deler av strategiarbeidet. Dette er diskutert i kapittel 8.1.

Switch-kampanjen er rettet mot det vanskeligste og mest langsiktige målet i strategiarbeidet, og kanskje også det viktigste. Her har den største barrieren vært todelt. For det første har det vært vanskelig å få med brukere i stor skala for å promotere alternative inntaksmåter, og for det andre har det vært uklart i hvilken grad en har nådd ut med informasjon og faktisk fått personer i aktiv rus til å «switche». Det er nevnt som den første av de tre stolpene beskrevet i kapittel 7. I Switch-kampanjen ligger et enormt potensiale for å få «skrudd av krana»⁷⁰ ved å endre brukerkulturen, og fremover bør det jobbes mer systematisk med hvordan man kan oppnå endring på dette viktige punktet. Prosjektledelsen har brukt begrepet «Switch 2.0» for det videre arbeidet med å få til tryggere inntak.

Denne rapporten har påpekt betydningen av konsekvent begrepsbruk, og satt det i sammenheng med tydelig formidling til omverdenen og også tydelig prosjektledelse.

⁶⁹ Se kapittel 6.2.

⁷⁰ Se kapittel 7.1.

Inkonsekvent begrepsbruk kan være en barriere for godt arbeid fordi ikke alle involverte skjønner hva som menes med begrepene som brukes. Dette er diskutert i kapittel 4.3.

En annen strukturell barriere har vært mengden av tiltak⁷¹. Dette kan på den ene siden være en styrke ved strategien, men på den andre siden er det såpass mange ulike tiltak på ulike nivåer, at det for mange har vært vanskelig å bare beholde en oversikt over hva strategien egentlig har vært involvert i. Kanskje er det bare prosjektleder som har hatt en slik oversikt. Muligens har dette, i kombinasjon med uklar begrepsbruk, bidratt til at det har vært noe forvirring om det totale innholdet i overdosestrategien.

De mange ulike nivåene strategien har jobbet på, har også vært en utfordring. Dette kan utgjøre en barriere for arbeidet dersom ikke samarbeidet er godt nok. Kanskje kunne strategiarbeidet blitt bedre ved et tettere samarbeid med både kommuneoverlegene og fylkesmennene.

En barriere for strategiarbeidet på lokalt plan har vært at forebygging av overdoser av mange blir sett på som en veldig liten del av innsatsen på rusfeltet. På mange måter er dette riktig. Samtidig er det utrolig viktig for de det gjelder at det blir sett spesifikt på dette temaet dersom en skal klare å få ned det høye antallet som dør i overdose hvert år.

10.5 Veien videre for Nasjonal overdosestrategi

Overdosestrategien har foreløpig jobbet i 14 kommuner. I løpet av perioden 2010-2015 var det overdosedødsfall i over 200 norske kommuner. Det er planlagt utvidelse av strategiarbeidet til utviklingskommuner⁷² og flere nye kommuner blir i 2018 invitert til å delta i nettverk for å starte overdoseforebyggende arbeid. Strategien ble videreført med 10 millioner også i 2018, i påvente av videre avgjørelser. I det videre arbeidet i nye kommuner vil Veiviseren⁷³ å være viktig for å starte arbeidet.

Vinteren 2018 vedtok Stortinget enstemmig at overdosestrategien skal videreføres utover bonusåret 2018. Dette gir mulighet til å tenke langsiktig på en helt annen måte enn i de fire første årene. Da er det viktig å organisere det videre arbeidet slik at man i enda større grad kan jobbe helhetlig og godt for å nå langsiktige og utfordrende mål som vanskelig lar seg måle i tall. Arbeidet er fremdeles i startgropa, og det er viktig å holde trykket oppe på gode tiltak som over tid kan redusere overdosetallene. Et sentralt spørsmål er om de ansatte i pilotkommunene klarer å opprettholde entusiasmen og engasjementet når arbeidet går fra å være en pionerjobb, til å bli en hverdagsjobb. Dette er beskrevet som en utfordring for fortsettelse av prosjektarbeid i andre evalueringer (se for eksempel Krogh og Baklien 2012). Entusiasme og engasjement er et gode i starten av en strategiperiode, men en trenger langvarig, strukturert og målrettet arbeid for å kunne få ned antallet døde på lengre sikt.

I fortsettelsen vil det være avgjørende å etablere tydelige roller og forventninger til de ulike aktørene som er involvert på ulike nivåer. Dette kan innebære tydeligere mandat for ulike grupper, og forventninger om hva som skal gjøres av hvem.

Forlengelsen av strategiperioden er også et godt utgangspunkt for å etablere en nasjonal *ekspertgruppe* eller *referansegruppe* som kanskje kan være sammensatt med noen fra den tidligere arbeidsgruppa, noen fra pilotkommunenettverket og noen nye. Ut fra

⁷¹ Se Appendix 1 for en oversikt.

⁷² Se kapittel 6.3.

⁷³ Se kapittel 6.6.

kunnskapen fra prosessevalueringen, kan det være en god ide å kalle den rådgivende gruppa for enten ekspertgruppe eller referansegruppe, siden det er arbeidsgruppa i realiteten har vært eller i alle fall kunne ha vært⁷⁴.

En stor utfordring i det videre arbeidet er å få tiltakene mer inn i det eksisterende systemet og forankre det i eksisterende strukturer. Å få ansatte i NAV til å gi alle som er i faresonen informasjon om faren for overdosedød, vil være en hovedutfordring i det videre arbeidet. Et av medlemmene i arbeidsgruppa sa det slik: «*Vi må få NAV sosial til å skjønne at dette er viktig, at dette gjelder mange av deres brukere*».

Den nye tilskuddsordningen fra 2018 omfatter flere nye «utviklingskommuner». Da vil det være avgjørende å rekruttere riktige personer for å jobbe med overdoseforebygging lokalt. Ved å spre engasjementet og entusiasmen videre, vil strategiarbeidet kunne fortsette å oppnå mye ut fra relativt lite midler. Det vil også være avgjørende at erfaringene fra pilotkommunene spres. Det gjøres et godt arbeid i mange av kommunene, og det er et stort behov for å spre kunnskap om de gode eksemplene slik at pasientene møtes med et like godt tilbud uavhengig av hvor de bor eller oppholder seg. Her er rollen til KoRus'ene og de regionale nettverkene avgjørende.

Etter 2018 er tida for å være litt tøffere på målsettinger, og ta et skritt videre for å forebygge for alle som er i overdosefare, ikke bare de som er synlige i gatebildet. Som nevnt har studier vist at det er en gruppe som dør av overdose, som er i randsonen av arbeidsmarkedet, og som kanskje ikke nås av hjelpeapparatet slik som de andre som er i risiko for overdosedød (Amundsen 2015b, Amundsen 2017). I en oppfølging av dem som ble inkludert i undersøkelsen «Narkotikabruk på gateplan» i 2013 ble det funnet en stor gruppe personer som oppga kun sporadisk sprøytebruk og da i hovedsak med amfetamin som også var i risiko for å dø for tidlig og i hovedsak av overdoser (Gjersing og Bretteville-Jensen 2018). Et spørsmål er om strategien i for stor grad har fokusert på heroinbrukere med de stereotypiske kjennetegnene, mens en sannsynligvis trenger å utvide perspektivet. Brukerne dør i økende grad av andre stoffer enn heroin (Gjersing 2017b). Her er det mange mulige veier å gå, men NAV og fastlegene kan være viktige aktører som når videre ut enn til kjernegruppa. Kanskje bør man også i større grad også tenke på informasjon til alle i befolkningen?

Mange mener at det var riktig å kjøre en nasjonal overdosestrategi med fokus på skadereduksjon, med mindre trykk på rehabiliterings-delen av mottoet. Andre mener at det også burde være mer trykk på «Ja visst kan du bli rusfri»-delen av mottoet, og ikke bare «men først må du overleve»⁷⁵. Det videre arbeidet bør ha fokus på denne balansegangen, og vurdere hva som skal prioriteres til enhver tid.

Den framtidige overdoseforebyggende innsatsen bør tenke strategisk på hvordan det arbeidet som er lagt ned kan unngå en forvitring dersom det kuttes i midlene. Da viser en tidligere studie at forankring i eksisterende tjenester og strukturer kan være viktig. Fem år etter regionprosjektet hadde de som hadde forankret arbeidet i pilotkommunene i eksisterende tjenester og strukturer størst grad av spor etter prosjektarbeidet (Krogh og Baklien 2012). Her kan en også se til trafikkisikringsarbeid for erfaringer fra langsiktig forebyggende arbeid med godt resultat.

Hva som er det viktigste, er et spørsmål som ikke har vært diskutert eksplisitt i strategiarbeidet, men flere av delene i strategien har blitt kalt «det viktigste» i løpet av

⁷⁴ For mer om dette, se kapittel 4.2.

⁷⁵ Dette er diskutert i kapittel 4.3.

strategiperioden. Dette kan forkludre arbeidet. I en så mangfoldig strategi som denne, er det viktig at det ikke blir for stor grad av konkurranse mellom de ulike delene av strategien.

Prosessevalueringens utgangspunkt er at strategiarbeidet skal vurderes ut fra arbeidet med tiltakene, og ikke bare på statistikken, som kan vise tilfeldige variasjoner fra år til år. Tallene er selvsagt viktige, men det er den helhetlige innsatsen i det overdoseforebyggende arbeidet som skal få tallene ned på sikt, og derfor er det viktig å undersøke hva som har blitt gjort i strategiperioden. I denne rapporten har det vært viktig å få frem at det viktigste med overdosestrategien har vært *den helhetlige innsatsen over tid, og innholdet i alle tiltakene* som har blitt igangsatt.

Flere som har jobbet med strategien har fått spørsmålet om hva de tenker er det viktigste Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 har bidratt med. En svarte dette, som nok mange vil være enig i: *«Det viktigste er at x antall færre personer dør av overdose på grunn av langsiktig og planmessig arbeid.»*

Det er selvsagt viktig at så få personer som mulig dør av overdose, og hvert tall er et liv. I forrige kapittel er det redegjort for at tallene likevel alene ikke er et godt kriterium for måloppnåelse for overdosestrategien. En annen svarer dette når han blir spurt om hva som er det viktigste med strategiarbeidet:

«Det viktigste er at vi har fått ni kommuner som er trimmet i det faglige grepet i form av gode systemer, handlingsplaner og verktøy, de har bidratt til en veiviser som nye kommuner kan bruke. Foreddet praksis, kokebok, veiviseren, det er det viktigste. Nalokson er kjempeviktig. Som en isolert hendelse, har det å få introdusert nalokson i feltet vært viktig. Og de ni kommunene: de har vært flinke.» (Medlem i arbeidsgruppa)

Et annet spørsmål er hva som har vært de viktigste rammebetingelsene. I tillegg til de ti millionene som har vært disponert årlig, har menneskene som har jobbet med strategiarbeidet, fra pilot-kommunene til prosjektledelsen gitt mye av seg selv. Kanskje har de vært mer engasjerte enn det man kan forvente i en «9-16-jobb». Det har vært mye entusiasme og aktivitet for relativt lite penger. Overdosestrategien har fått til utrolig mye i forhold til rammebetingelser og ressurser.

Som brøkregningen i kapittel 9.1 viste, er det umulig å vite hvor mange menneskeliv overdosestrategien har reddet så lenge vi ikke vet hvor mange som er under risiko. Når vi ikke kjenner verdien i nevneren av brøken, må vi tenke annerledes om måloppnåelse. Da blir det viktigste at kvaliteten i det overdoseforebyggende arbeidet er ivaretatt over tid, og at man fortsetter å ha et helhetlig fokus på alle delene av strategiarbeidet.

Noen mener at arbeidet i pilotkommunene er det viktigste elementet i strategiarbeidet, noen mener at utbygging av lavterskel LAR-behandling er det viktigste, noen mener Nalokson neseppray er det viktigste, og noen mener Switch-kampanjen er det viktigste. Det viktigste er kanskje å være enige om at det er summen av alle tiltakene i overdosestrategien som er viktigst, og som samlet kan gjøre at en kan komme nærmere målsettingen for det overdoseforebyggende arbeidet: en nullvisjon.

Referanser

- Aase, T. H. og Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter: om produksjon og tolkning av kvalitative data*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Album, D. (1996). *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Amundsen, E. J. (2015a). Narkotikautløste dødsfall. *Sirus-rapport 2/2015*.
- Amundsen, E. J. (2015b). Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased. *Scandinavian Journal of Public Health, Vol 43*, 571-579.
- Amundsen, E. J. (2017). Lack of overlap and large discrepancies in the characteristics of the deceased in two sources of drug death. A linkage study of the Cause of Death and the Police Registries in Norway 2007-2009. *International Journal of Drug Policy, Vol 41*, 74-79.
- Baklien, B. (1989). Russkadeaksjon i fem kommuner. *Evalueringsrapport*, Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Baklien, B. (1993). Evalueringsforskning i Norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 34, 261-274.
- Baklien, B. (2000). Evalueringsforskning for og om forvaltningen. I: Foss, O. og Mønnesland, J. (red.): *Evaluering av offentlig virksomhet. Metoder og vurderinger*. NIBRs Pluss-serie 4/2000.
- Baklien, B. og Carlsson, Y. (2000). Helse og Kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsning på kultur som helsefremmende virkemiddel. *NIBR prosjektrapport 2000:11*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Baklien, B. (2004). Følgeforskning. *Sosiologi i dag*, 34(4).
- Baklien, B., Pape, H., Rossow, I., og Storvoll, E.E. (2007). Regionprosjektet – nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging. *Sirus-rapport 6/2007* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Baklien, B. og Skatvedt, A.H. (2013). Forventning og forvirring – følgeforskningens rotete roller. I: Halvorsen, A., Madsen, E.L. og Jentoft, N. (red.): *Evaluering. Tradisjoner, praksis, mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Baklien, B. (2017). Den som sparker etter månen, havner på ryggen. Når beslutningstakere i Oslo vil skape endring i Kabul eller Kabelvåg. *Nytt Norsk Tidsskrift* 03/2017.
- Bramness, J., Clausen, T., Tverborgvik, T. og Vindenes, V. (2015). Ikke-opioide overdoser og øvrige rusmiddelrelaterte dødsfall. *Rapport 1/2015 SERAF – Senter for rus- og avhengighetsforskning*.
- Bramness, J. og Madah-Amiri, D. (2017). *Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko*. Et notat utført på oppdrag fra Helsedirektoratet. SERAF.
- Bretteville-Jensen, A.L. og Skretting, A. (2010). Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational heavy drug users. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* 27(1) s.5-18.

- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang J. og Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*. Volume 112, Issue 8, 1432-1439.
- Buvik, K. V. og Baklien, B. (2006). Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig Vertskap i Trondheim. *Sirus-rapport 4/2006*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Christie, N. (1974). *Hvor tett et samfunn?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Cronberg, T. (1992). Skraldespand og kompas. I: Clausen, C., Lorentzen, B. og Rasmussen, L.B. (red): *Deltakelse i teknokogisk utvikling*. København: Fremad.
- Dahl, T. (2011). *Brukeren som veileder. Ambulant brukerstyrt tilnærming*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. og McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32-51.
- Drake, S., Mattick, R.P. og Degenhardt, L. (2003). The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose. *Addiction*, 98, 1169-1171.
- Edland-Gryt, M. og Skatvedt, A. (2013): Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a center for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264.
- EMCDDA (2009). *Drug-related deaths and mortality (DRD)*. Lisbon, Portugal, European Monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA). Statistical bulletin.
- EMCDDA (2010). *Annual report on the state of drug problems in Europe*. Lisbon, Portugal. European Monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA).
- EMCDDA (2013). *Country drug report*. Lisbon, Portugal. European Monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA).
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gambetta, D. (1987). *Where they pushed or did they jump? Individual decision mechanisms in education*. Oxford: Oxford University Press.
- Gamble, J.A.A. (2008). *A Developmental Evaluation Primer*. Montreal: The J.W. McConnell Family foundation.
- Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H. og Clausen T. (2011). Dødelige overdoser i Oslo. En helhetlig gjennomgang. *Seraf-rapport 2/2011*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning. Universitetet i Oslo.
- Gjersing, L. og Sandøy, T. (2014): Narkotikabruk på gateplan i syv byer. *SIRUS-rapport 1/2014*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Gjersing, L. (2017a). Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017. Folkehelseinstituttet (nettrapport) <https://www.fhi.no/ml/rusmidler-og-avhengighet/narkotikabruk-pa-gateplan-i-syv-norske-byer-2017/>.

- Gjersing, L. (2017b). Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2016. Folkehelseinstituttet (nettrapport) <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2016/>
- Gjersing, L og Bretteville-Jensen, A.L (2018). Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of «hard-to-reach» polysubstance users». *Addiction*, 113(4), 729-739.
- Halvorsen, A., Madsen, E.L. og Jentoft, N. (red.) (2013). *Evaluering. Tradisjoner, praksis, mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. ISBN-nr. 978-82-8081-155-4
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/100/IS-1701-Legemiddellassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Strategidokumentet*. 04/2014. ISBN: 978-82-8081-319-0. Oslo: Helsedirektoratet avdeling Psykisk helse og rus.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Stortingsmelding 30 (2011-2012) «Se meg! – alkohol – narkotika – doping»*.
- Holstein, J. og Gubrium, J. (2004). The active interview. I D. Silverman (red.) *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, 2.ed, London: Sage.
- Holstein, J. og Gubrium, J. (2010). Animating interview narratives. I D. Silverman (red.), *Qualitative Research* (3.utg). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hustvedt, I.B. og Nesvåg, S. (2017). Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. Kommuneundersøkelse 2016. *KORFOR-rapport 2017/01*. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.
- Jacobsson, K. og Åkerström, M. (2012). Interviewees with an agenda: learning from a «failed» interview. *Qualitative Research*, 13(6), 717-734.
- Järvinen, M. (2001). Accounting for Trouble: Identity Negotiations in Qualitative Interviews with Alcoholics. *Symbolic Interaction* 24(3): 263-284.
- Krog, U. og Baklien, B. (2012). Fem år etter Regionprosjektet: Ildsjelers entusiasme og kommunalt hverdagsliv. *Sirus-rapport 2/2012*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Madah-Amiri, D., Clausen, T. og Lobmaier, P. (2016): Utilizing a train-the-trainer model for multi-site naloxone distribution programs. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 163(153-156).
- Madah-Amiri, D., Clausen, T. og Lobmaier, P. P. (2017). Rapid widespread distribution of intranasal naloxone for overdose prevention. *Drug And Alcohol Dependence*. ISSN 0376-8716. 173, s 17- 23.
- Martinussen, W. (1984). *Sosiologisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Miller, P. G. (2006). Dancing With Death: The grey area between suicide related behavior, indifference and risk behaviours of heroin users. *Contemporary drug problems* 33(3), 427-450.
- Nesvåg, S., Salte, T. og Gundersen, S. (2018). Når risiko blir irrelevant: en kritisk vurdering av tidligere forskning om overdoserisiko (upublisert manuskript).
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Patton, M. Q. (2006). Evaluation for the Way We Work. *Nonprofit Quarterly*, 13(1), 28-33.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation Use*. New York: The Guilford Press.
- Prop 15 S. *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.
- Riksheim, M., Gossop, M. og Clausen, T. (2014). From methadone to buprenorphine: Changes during a 10 year period within a national opioid maintenance treatment programme. *Journal of Substance Abuse Treatment*. (46) 291-294.
- Rudd, R. A., Aleshire, N., Zibbell, J.E., og Gladden, R.M. (2016). Increases in drug and opioid overdose deaths – United States, 2010-2014. *American Journal of Transplantation*, 16(4), 1323-1327.
- Ryen, A. (1993). Nye organisasjoner i gamle strukturer. Om koordineringsvansker ved samordning av offentlige tjenester gjennom prosjekter. I: Repstad, P. (red.). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Tano.
- Salte, T. (2016). «Terskelen mellom den ultimate rusen og død er så liten. Den er jævla liten». *En studie av rusmiddelavhengiges risikopersepsjon og mestringsstrategier tilknyttet risiko for overdose og overdosedødsfall*. Masteroppgave, Universitetet i Stavanger.
- Skatvedt, A. og Edland-Gryt, M. (2012). Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU – et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer. *SIRUS-rapport 4/2012*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar. I: Skjerveim, H.: *Deltakar og tilskodar og andre essays* (s.71-87). Oslo: Aschehoug.
- Sprøyteromsloven (2004). *Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika* (sprøyteromsloven). § 1-9. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2004-07-02-64>
- Sverdrup, S. (2002): *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. (2014): *Evaluering. Tilnærminger, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Trygg trafikk. *Ulykkesstatistikk*. <https://www.tryggtrafikk.no/statistikk/>
- UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna: United Nations Publications.
- Visse, M., Abma, T. T. og Widdershoven, G.A.M. (2012). Relational responsibilities in responsive evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 35, 97-104.

Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Skeie, I., Håseth, A., og Lillevold, P.H. (2017). LAR Statusrapport 2016. Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling? *Seraf-rapport 1/2017*.

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/seraf-rapport-nr-2-2017-statusrapport-2016.pdf>

Ødegård, E., Amundsen, E. J., Kielland, K. B. og Kristoffersen, R. (2010). The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug users. *Addiction Research & Theory*, 18:1, 51-58.

Key messages (English)

- The National Overdose Strategy 2014-2017 has, through various measures, attempted to gather the preventive efforts to work on reducing the number of overdose fatalities in Norway. The long-term policy goal is Vision Zero: i.e. complete elimination of overdose fatalities.
- Through the diverse strategy work, considerable efforts have been made to work systematically on reducing the number of overdose fatalities in Norway in the long term. Despite the overall and systematic work, no reduction in the annual number of lethal overdose cases has been shown in accordance to the Parliament's objectives. Nevertheless, the work that has been done so far can be seen as successful along several dimensions, and much of the work can be expected to yield results in the longer term.
- The evaluation shows that one has mainly achieved positive outcomes at many different levels. However, there is room for improvement. Several parts of the work have not advanced far enough. This applies, for example, to the work of the "Switch-campaign" and the work on user involvement.
- The motto of the strategy: "Sure you can quit drugs - but first you have to survive" has been guiding the work of project management and the working group. The national working group has deliberately worked the most with the last part of the motto, and the main emphasis of the work has been focused on survival, while rehabilitation and drug-freeness have been high on the agenda to a lesser degree.
- The "pilot municipality network" - networking for the pilot municipalities and the regional competence centers in the drug field (KoRus) - has been a success factor in the work. The establishment of the network has been an important step in the development of the strategy. Regional networks have grown in some regions spontaneously.
- The nine "pilot municipalities" have worked on the objectives in different ways. The pilot municipalities are very different, and it is difficult to compare their efforts with the data available in the process evaluation. KoRus has contributed to the work both in the pilot municipalities and in the network.
- Major involvement in the subject and enthusiasm for the strategy work has resulted in greater achievements than would have been possible based on 10 million NOK annually. The fact that so many enthusiasts have worked with the overdose strategy at the national and local levels has both advantages and disadvantages. In the short term, this can provide major advantages but in the longer term, solid anchorage is needed that does not make the work person-dependent.
- A clearer plan and organization from the inception could have reduced some frustration early in the pilot municipality project. At the same time, the experience of several employees in the pilot municipalities is that they have learned much through the process of finding out the work themselves.
- In the further work there may be grounds for clearer explanation of roles and expectations. There are also good reasons for avoiding comparison of work in the different municipalities, thus avoiding a competitive atmosphere. It is difficult, if not impossible, to compete in local overdose prevention work.

- The flow of information between the various levels of strategy work may be improved.
- User involvement should be placed high on the agenda in the further work, both at the municipal, regional and national level. In some parts of the work, user participation is well taken care of, in other parts it is a challenge.
- Further work should consider establishing a national management group or reference group (instead of a working group), as well as a scientific advisory board.
- Communication to different groups in the strategy during the strategy period has been an important element in the process evaluation. This final report is therefore only part of the evaluation. The report attempts to provide an overview of a diverse strategy work.

Appendix 1: Liste over tiltak

Oversikt over alle tiltak som den sentrale prosjektledelsen har vært involvert i per 31.12.2017

- Pilotkommuneprosjektet (inkluderer mange prosjekter lokalt)
- Pilotkommunenettverket
- Regionale nettverk i noen regioner
- Naloksonprosjektet (ledet av SERAF, inkludert doktoravhandling)
- Switch-kampanjen
- Utbygging av lavterskel LAR
- Markering av Verdens overdosedag 31. august
- Kameratredning
- Pasientsikkerhetskampanjen
- Nettverk av gatenære tiltak – LAVterskelkonferansen
- Nyhetsbrev for lavterskelfeltet
- Helhetlig oppfølging og behandling
- Arbeid med taushetsplikt og informasjonsdeling
- Selvmordsforebyggende tiltak (deltatt i strategi mot selvmord i direktoratet)
- Brukermedvirkning i ulike deler av strategiarbeidet
- Ivaretagelse av pårørende
- Erfaringshefte om bistand - pårørendeerfaringer
- Utvikling av nettside
- Rapportering
- Overdoseovervåkning
- Fængselsprosjektet
- Skrivekonkurrans i Østfold
- Utdeling av overdosekort
- Rapport om tryggere bruk av ulike illegale rusmidler (SERAF)
- Rapport om dødsfall knyttet til andre stoffer (SERAF/FHI)
- Rapport om tilgang på brukerutstyr (KORFOR)
- Litteraturgjennomgang av risikopersepsjoner for personer i risikograppa (KORFOR)
- Utarbeidelse av «informasjonsflak» til de 40 kommunene som har størst overdosebelastning (FHI/DÅR)
- Medfinansiering av syvbyerstudien (SIRUS/FHI)
- Initiativ til filmatisk dokumentasjon av VM i Gatefotball (Frelsesarmeen)
- Gjennomgang av obduksjonsprotokoller mhp GHB og fentanyl (OUS)
- Tilrettelegging for import av utstyr til det norske markedet gjennom samarbeid med DNE Pharma

Appendix 2: Beskrivelse av de ni pilotkommunene

Oslo

Oslo kommune ved Velferdsetaten fikk midler til en 100 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. I Oslo valgte de første halvår å ha ansatt to sykepleiere som prosjektmedarbeidere i 100 % (til sammen hel stilling i ett år). I de tre årene 2015-2017 har en av de to jobbet som prosjektmedarbeider i 100%. Hun har i perioden hatt permisjon fra sin stilling ved Sprøyterommet i Oslo.

Oslo valgte en modell der den som jobber spesifikt med overdosestrategien er prosjektmedarbeider, mens prosjektlederen er den som er lederen i avdeling Forebygging og sentrumsarbeid. I de fleste andre pilotkommuner sitter prosjektlederen i stillingen finansiert av overdosestrategien. I praksis har prosjektmedarbeider i Oslo fungert som prosjektleder, men det har vært gunstig for dialogen med byrådsavdelingen og ulike tiltak at lederen i avdelingen formelt står som prosjektleder.

Oslo kommune har fått overdoseforebygging enda tydeligere enn tidligere på dagsorden i strategiperioden, selv om det også fra før var fokus på tema i hovedstaden. I starten av perioden var Oslo den eneste byen i Norge som hadde sprøyterom. Prosjektmedarbeider har jobbet med å utvikle en felles plattform for det overdoseforebyggende arbeidet for både stat, kommune og ideelle organisasjoner. Oslo kommune har siden 2015 arrangert en årlig satsningsuke⁷⁶ for forebygging av overdoser med ulike arrangementer der en kan lære mer om førstehjelp, Nalokson neseppray og Switch- kampanjen. I 2017 hadde de en egen fagdag, kalt «I rus og dus».

I Oslo er de opptatt av at de skal få tiltakene ut i de 15 bydelene. De mener ved utgangen av strategiperioden at de har funnet et forum de kan få innpass i. Dette er et forum som allerede eksisterer for de 15 bydelene og Velferdsetaten, der de har fått kommet inn og hatt «overdostetimen» der de kan fokusere på de viktigste utfordringene. I tillegg kan bydelene melde inn til forumet hva de ønsker mer kunnskap om når det gjelder rus.

Helsedirektoratet hadde store forventninger til hva Oslo kommune skulle få til med midler til en stilling. «Ruter-kampanjen» er noe Oslo er stolte av, fordi de fikk informasjon om overdosestrategien og førstehjelp ved overdose ut på plakater i busser og trikker i hovedstaden. Oslo kommune har ambisjoner om at de skal gjøre mer systematisk arbeid på brukermedvirkning i 2018 og fremover.

Prosjektmedarbeider gjennomførte sammen med flere medarbeidere en brukerundersøkelse der de intervjuet 120 brukere i starten av strategiperioden. Resultatene ble presentert i pilotkommunenettverket. Siden Oslo er den største byen i Norge, er det interessant for de andre å se hvordan de løste oppdraget. Det er planlagt en oppfølgende undersøkelse i 2018. Det sier seg selv at Oslo kommune ikke kan kartlegge omstendighetene rundt alle fatale og ikke-fatale overdoser som del av arbeidet. I Oslo understrekes det av flere av aktørene at det er viktig at NAV-kontorene og ruskonsulentene forstår hvor avgjørende det overdoseforebyggende arbeidet er.

Viktige elementer i arbeidet i Oslo har vært: å jobbe overdoseforebyggende både bydelsovergripende og i bydelene, førstehjelpsopplæring (også ute i det offentlige rom kalt

⁷⁶ Dette er en videreføring av satsningsuke som Prindsen mottakssenter hadde ansvaret for. Nå er flere aktører involvert, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

«førstehjelp i det fri»), utdeling av Nalokson neseppray siden 2014, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten (blant annet gjennom satsningsuke, fagdag og Verdens overdosedag), Ruter-kampanjen, satsningsuke, fagdag og spørreskjemaundersøkelse blant brukerne.

Av de viktigste tingene som gjenstår er først og fremst å få til overdoseforebyggende arbeid i de 15 bydelene blant annet ved å finne en form på en handlingsplan på overdoseforebygging som kan fungere på bydelsnivå. I tillegg bør det jobbes enda mer på Switch-kampanjen og brukermedvirkning.

Bergen

Bergen kommune fikk midler til en 100 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. I Bergen startet prosjektleder i desember 2014, og fortsatte til våren 2016. Prosjektleder hadde lang erfaring fra arbeid på rusfeltet, både i Bergen og i Oslo. Høsten 2016 ble ny prosjektleder ansatt i Bergen. Hun hadde nylig skrevet en masteroppgave om personer som døde av overdose, men som var ukjente for hjelpeapparatet.

Bergen valgte en modell der prosjektleder er organisert under Etat for psykisk helse og rustjenester. Mandat for lokal overdosestrategi i Bergen er delegert fra kommunaldirektør i Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering (BSBI) til Etat for psykisk helse og rustjenester. Denne plasseringen har gjort at det har vært en relativt kort vei for prosjektleder til beslutningstakere på feltet. Disse faktorene har spilt veldig positivt inn på arbeidet. Å ha stillingen på etatsnivå, har gjort at de har fått være med å utforme tjenester.

I følge prosjektleder i Bergen har det vært en fordel at byen er mindre enn Oslo, fordi det har vært enklere tilgang på overordnet nivå og til de ulike tjenestene i kommunen. En annen fordel har vært at den lokale politiske debatten har vært veldig opptatt av rusfeltet, noe som har hatt stor betydning for satsningen som har skjedd de siste årene; blant annet for utviklingen av Mottaks- og oppfølgingscentre for rusavhengige (MO-sentre) og opprettelsen av sprøyterom⁷⁷.

To store arbeidsgrupper ble relativt raskt etablert av prosjektleder, den ene ble kalt «havarikommisjonen». I følge prosjektleder var det stor entusiasme for å bli med i arbeidsgruppene lokalt. Bergen kommune vil utarbeide et system for kartlegging av personer døde av overdoser. Ansvaret er foreslått lagt til kommuneoverlegens kontor i samarbeid med andre instanser i kommunen.

Arbeidet med handlingsplan ble gjennomført relativt tidlig i strategiperioden, og planen ble levert i mars 2016. Den kom i retur fordi politikerne mente at den var for *lite* konkret, de ønsket en plan med mer konkrete tiltak. Den ble levert igjen i oktober 2016, mer konkret, og dette er noe flere av de andre pilotkommunene gjerne ville hatt som reaksjon. Det politiske og faglige engasjementet på rusfeltet i Bergen i perioden strategien har gjort det enklere å jobbe med overdoseforebygging.

Bergen kommune samarbeider med Rusakutten Helse Bergen. Dette har gjort samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i det overdoseforebyggende arbeidet enklere enn andre steder. Bergen kommune samarbeider godt med ambulansetjenesten.

⁷⁷ Sprøyterommet i Bergen åpnet i desember 2016.

Viktige elementer i arbeidet i Bergen har vært: opprettelsen av tre MO-sentre, utdeling av Nalokson neseppray siden 2014, samarbeid med Rusakutten om oppvåkning under overvåkning (egen modell), opprettelse av sprøyterom, markering av Verdens overdosedag, opprettelse av tverrfaglig overdosesteam og RØST-konferansen⁷⁸ i samarbeid med Bergensklinikken og Helse Bergen v/Avdeling for rusmedisin.

Av de viktigste tingene som gjenstår i Bergen er det først og fremst implementering av tiltakene i handlingsplanen. I tillegg bør det jobbes enda mer på Switch-kampanjen.

Trondheim

Trondheim kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. Disse midlene har gått inn i driften av Helse- og overdoseteamet, som allerede var etablert. I starten av strategiperioden var Trondheim i en særstilling ved at de var den eneste kommunen i Norge som hadde et Helse- og overdoseteam som allerede jobbet systematisk med overdoseforebyggende arbeid med sju ansatte i turnus.

I Trondheim startet en psykiatrisk sykepleier i Helse- og overdoseteamet som den som var ansvarlig for arbeidet med overdosestrategien. Han satt også i den sentrale arbeidsgruppa fra starten fordi Trondheim var den eneste kommunen som hadde et Helse- og overdoseteam. Da han byttet jobb i 2016, tok en annen psykiatrisk sykepleier over begge rollene. I tillegg fikk hun etter hvert ansvar for Nalokson neseppray i hele Nord-Norge, så hun hadde det siste året en trippel rolle i overdosestrategien.

Trondheim var den byen som i starten hadde mest «på stell». Byens Helse- og overdoseteam var etablert allerede i 2001, og i starten av strategiarbeidet var dette en modell som prosjektledelsen så som en mulig løsning for alle pilotkommunene. Trondheim kommune valgte derfor å bygge på det eksisterende apparatet. De har organisert arbeidet slik at de ikke har hatt en dedikert 50 %-stilling slik som i de fleste andre byene. Dette har vanskeliggjort rollen for den som er i jobben, men kan muligens være en fordel på sikt. Dersom midlene skulle falle bort, er innsatsen integrert i en allerede eksisterende tjeneste.

Trondheim er en av to byer som har hatt utskiftning i person i pilotkommunenetteverket i løpet av perioden. Dette har hatt liten betydning for jobben som har vært gjort i Trondheim, siden de to prosjektlederne tidligere hadde jobbet sammen i Helse- og overdoseteamet. Prosjektlederrollen var allerede integrert i arbeidet til teamet.

Prosjektleder i Trondheim uttalte i starten at de ikke behøvde å ha noen mål, de var allerede «i mål» med det overdoseforebyggende arbeidet. Han hadde også en innstilling om at de andre skulle lære av Trondheim sin modell med samarbeid mellom AMK og kommunen, der man har en avtale som gjør at man kommer utenom taushetsplikt-utfordringen som de fleste av pilotkommunene har strevd med i perioden. Samtidig har Trondheim hatt en god del overdosedødsfall, og har jobbet med å utvikle arbeidet utover i strategiperioden.

Trondheim kommune samarbeider med smittevernoverlegen i kommunen. Dette er et gjensidig arbeid hvor informasjonsflyten om og til brukerne ifølge prosjektleder går lett.

⁷⁸ Bruker-konferansen i Rusfeltet, arrangert i Bergen i 2016 og 2017.

I følge Helsedirektoratet har rapporteringen fra Trondheim vært kortere og med noe mindre innhold enn i de andre pilotkommunene. Dette må ses i sammenheng med at den som har hatt ansvaret for Nasjonal overdosestrategi i Trondheim ikke har vært frikjøpt til å jobbe 50 % med dette, selv om de har fått tilført midler til en halv stilling.

Viktige elementer i arbeidet i Trondheim har vært: å videreutvikle det overdoseforebyggende arbeidet, undervisning mot den enkelte bruker, Nalokson neseppray, markering av Verdens overdosedag, brukerråd, pårørendearbeid, samt arbeidet med handlingsplan.

Stavanger

Stavanger kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. En vernepleier som tidligere jobbet på lavterskeltiltaket Stasjonen i Stavanger, fikk stillingen som prosjektleder for overdosestrategien i Stavanger i 50 %. Fra 2015 søkte Stavanger kommune fylkesmannen om ytterligere midler til å dekke en 50 % stilling til, som har blitt satt sammen til en 100 % stilling.

Før overdosestrategien startet, var dette et tema som ikke hadde fått særlig oppmerksomhet i Stavanger. Rus- og psykisk helsefeltet har mange utfordringer, og overdoser var ikke spesielt løftet frem.

Prosjektleder opprettet en styringsgruppe og en prosjektgruppe. I tillegg har flere arbeidsgrupper vært knyttet til konkrete prosjekter, blant annet til markeringen av Verdens overdosedag, i samarbeid med Sandnes kommune.

Stavanger kommunens Handlingsplan mot overdoser og overdosedødsfall ble administrativt og politisk godkjent i april 2016. Den vil bli integrert i «Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2018-2022». Handlingsplanen inneholder tre satsningsområder hvor det er behov for å styrke eller iverksette nye tiltak. Dette er forebyggende arbeid, samhandling og overganger, og oppfølging etter overdose.

Samarbeidet med bruker- og pårørendeorganisasjoner har ifølge prosjektleder fungert godt. Samarbeidet med ambulansetjenesten har også vært godt, men det har vært noen utfordringer på grunn av taushetspliktbestemmelsene. Det foreligger utkast til samarbeidsavtale mellom ambulansetjenesten og kommunen for å ivareta observasjon og oppfølging etter overdose.

Viktige elementer i arbeidet i Stavanger har vært: Kartlegging av overdoser, etablering av ambulerende og oppsøkende helseteam, utvikle prosedyrer og rutiner som sikrer tilsyn og oppfølging, styrke brukerne gjennom opplæring, informasjon og holdningsarbeid (blant annet Nalokson neseppray og Switch), markering av Verdens overdosedag, samt utarbeidelse av lokal handlingsplan.

Av de viktigste elementene som gjenstår i Stavanger er å få handlingsplanen mot overdoser og overdosedødsfall inkorporert i Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2018-2022, å få godkjente samarbeidsavtaler med viktige samarbeidspartnere på overdosefeltet, og fortsette implementering av tiltak som er planlagt.

Drammen

Drammen kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. De har organisert arbeidet som en del av Psykisk helse og rusarbeid, som har et

eksisterende lavterskeltilbud. Midlene er brukt til en 50 % ekstra sykepleiestilling i senteret. En lege var prosjektleder fra 2014, og en sykepleier i samme virksomhet fra 2015/2016. Hun jobber i tillegg 50 % som sykepleier i Senter for rusforebygging, og har 50 % permisjon for å ha prosjektstillingen.

Før overdosestrategien startet, hadde ikke problemet fått særlig oppmerksomhet i Drammen. Rus- og psykisk helsefeltet har mange utfordringer, og overdoser var ikke spesielt løftet frem som tema.

Prosjektleder mener at de har gjort en god jobb i Drammen, men de har hatt utfordringer med samarbeidet med legevakten. Prosjektleder ønsket at det kunne komme et «direktiv ovenfra» om at en *må* samarbeide (jf. Trondheimsmodellen). På møte i pilotkommunenettverket har prosjektleder presentert Drammensmodellen og beskrevet samarbeidet. Her er Helseteamet sentralt. De jobber gatenært og forsøker å sikre oppfølging etter ikke-dødelige overdoser. Drammen kommune har store utfordringer når det gjelder samhandling og informasjonsflyt. De har besøkt Trondheim for å lære av dem. Hindre for bedre samarbeid beskrives som rutiner (å huske at det er mulig å kontakte kommunen ved ikke-fatale overdoser), taushetsplikt, og helseteamets tilgjengelighet.

Utfordringsbildet i Drammen blir beskrevet som risikofylt rusmiddelbruk og manglende oppfølging etter overdoser (omtrent 25 % blir behandlet på stedet). Sårbare overganger er en utfordring, og særlig ved utskrivning fra institusjon eller LAR, og løslatelse fra fengsel.

Lokal handlingsplan er ferdigstilt. Den ble politisk vedtatt i mars 2017. Viktige elementer i arbeidet i Drammen har vært: Økt recoveryorientert praksis, fokus på brukermedvirkning, brukerstyring og tilfriskning, markering av Verdens overdosedag, myndiggjøring av brukere ved Nalokson neseppray og kameratredning, samt endring av inntaksmåte med fokus på Switch-kampanjen.

Av de viktigste tingene som gjenstår i Drammen kommune er å utrede og vurdere å igangsette et lokalt medisinsk senter, legevakt for rus og psykiatri og en egen psykiatrisk ambulanse. De ønsker i tillegg å utvikle en undervisning i recovery i samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge. Switch-kampanjen er også noe som bør jobbes mer med.

Asker

Asker kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. I Asker har de valgt å organisere arbeidet som en egen 50 % stilling som først var organisert i Helseavdelingen, sammen med kommuneoverlegen. Prosjektleder sier at det var praktisk, fordi hun og kommuneoverlegen, som er en sentral aktør i det overdoseforebyggende arbeidet, ble kjent. I 2015 ble stillingen flyttet til Psykisk helse- og rustjenester, sammen med feltpleien, men fysisk har prosjektleder fremdeles kontor i Helseavdelingen i Asker kommune. Prosjektleder har bakgrunn som sosiolog, og har tidligere jobbet som ruskonsulent i kommunen.

Før overdosestrategien startet, hadde ikke temaet fått særlig oppmerksomhet i Asker. Rus- og psykisk helsefeltet har mange utfordringer, og overdoser var ikke spesielt løftet frem. Kommunen har jobbet med utviklingen av rutiner ved overdosefare. Det har hatt ringvirkninger på andre deler av kommunens arbeid, for eksempel når det gjelder bistandsteam, og utvikling av felles maler og flere møter på tvers.

Asker kommune har fått godkjenning fra Helsedirektoratet for å gjøre kartlegging av dødelige overdoser 2009-2015 med navn, der det fremkommer hvilke tjenester som var involvert i tiden før dødsfallet. Kommuneoverlegen og psykisk helse og rus ved prosjektleder har gjennomført denne kartleggingen sammen.

Handlingsplanen skal etter planen ferdigstilles når kartleggingen nå er gjennomført. Kommunen har allerede en temaplan for psykisk helse og rus 2015-2018. På grunn av sammenslåing av kommunene Asker, Røyken og Hurum, har videreføringen av temaplanen blitt utsatt. Handlingsplanen for overdoseforebygging vil bli en del av temaplanen.

Underveis i arbeidet har prosjektleder hatt en årlig fremdriftsplan i påvente av utviklingen av handlingsplan og temaplan i kommunen. Asker kommune har utdeling av Nalokson neseppray og folie (switch-kampanjen) implementert i det gatenære arbeidet.

Viktige elementer i arbeidet i Asker har vært: Å gjennomføre en kartlegging, bedre samarbeidet blant annet gjennom samarbeidsavtaler, tiltaksutvikling, Nalokson neseppray, markering av Verdens overdosedag, samt utarbeidelse av lokal handlingsplan.

Av de viktigste tingene som gjenstår i Asker er å få ferdigstilt lokal handlingsplan som del av temaplan for psykisk helse og rus, og fortsatt fokus på implementering av rutiner rundt det overdoseforebyggende arbeidet.

Porsgrunn

Porsgrunn kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. I Porsgrunn har en førskolelærer med videreutdanning i spesialpedagogikk og veiledning, samt mastergrad i psykisk helsearbeid vært ansatt i 50 % prosjektstilling for overdoseforebyggende arbeid. Hun har i tillegg beholdt 50 % av sin tidligere jobb der hun var tett på klienter med rusmiddelproblemer.

Før overdosestrategien, hadde ikke problemet fått særlig oppmerksomhet i Porsgrunn. Rus- og psykisk helsefeltet har mange utfordringer, og overdoser var ikke spesielt løftet frem som tema.

Porsgrunn delte målsettingen i hoved- og delmål. Som hovedmål har de: *Redusere antall overdoser – dødelige og ikke-dødelige – i Porsgrunn kommune.* En rekke delmål er definert, blant annet skal de *arbeide for at eksisterende tiltak/tjenesteutøvere samhandler bedre for å forebygge overdoser (livstruende og dødelige) og sørge for at tiltaksapparatet nedfeller skriftlige prosedyrer og rutiner for koordinasjon, samhandling og informasjon.*

Porsgrunn har hatt et godt samarbeid med kommuneoverlegen, og dette har vært fremhevet i pilotkommunenettverket. Samarbeidet med ambulansetjenesten har vist seg å være vanskelig på grunn av taushetspliktbestemmelsene.

Prosjektlederen har kartlagt alle overdoser og overdosedødsfall og omstendighetene rundt de siste fem år i Porsgrunn kommune (2009-2014), og lagd en rapport basert på kartleggingen. Etter søknad om fritak fra taushetsplikten, har prosjektleder og arbeidsgruppe gått gjennom alle overdosedødsfall i kommunen 2009-2017. Prosjektleder har også gjennomført en spørreundersøkelse til personer som har erfaring med overdoser, blant annet for å få fram brukerperspektivet.

Arbeidet med handlingsplanen var påbegynt i 2017. Prosjektleder har også vært opptatt av å få en økt bevissthet om hvem som er under risiko for overdose, blant annet fordi kartleggingen viste at ikke alle døde av overdose var kjent for hjelpeapparatet. Særlig viktige elementer i arbeidet i Porsgrunn har vært: Kartlegging av overdoser og omstendighetene rundt, spørreundersøkelse til brukere, tiltaksutvikling, formulere kvalitetsindikatorer, utvikle samarbeid med lokale aktører, markering av Verdens overdosedag, Switch-kampanjen, Nalokson neseppray, samt utvikling av handlingsplan 2017-2019. Av de viktigste tingene som gjenstår i Porsgrunn er å få innarbeidet underskrevne samarbeidsavtaler med flere instanser i praksis.

Porsgrunn er den eneste av pilotkommunene som høsten 2017 gav beskjed om at de ikke lenger ville fortsette det spesifikke arbeidet med overdoser, og prosjektlederen gikk 1.1.2018 tilbake til sin tidligere jobb i kommunen. Kommunen har likevel forpliktet seg til å videreføre tiltakene i den ordinære driften. Prosjektleder har skrevet en prosjektrapport som også fungerer som sluttrapport siden de ikke lenger skal motta midler fra tilskuddsordningen.

Prosjektrapport

Overdosestrategien 2014-2017 i Porsgrunn kommune

Nasjonal overdosestrategi 2014-2017

Porsgrunn kommune har i fire år vært en av ni pilotkommuner i Nasjonal overdosestrategi 2014-2017. Vår kommune har hatt som mål å få ned antall overdoser-dødelige, og ikke dødelige-gjennom kartlegging, utvikling av lokale handlingsplaner og strategier mot overdoser.

Utklipp fra forsiden av rapporten fra Porsgrunn kommune.

Fredrikstad

Fredrikstad kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. En spesialkonsulent som fra før var ansatt i kommunalsjefens stab, har vært prosjektleder. Hun har vært frikjøpt fra deler av saksbehandlingen for å jobbe 50 % med overdosestrategien.

Før overdosestrategien startet, hadde ikke problemet fått særlig oppmerksomhet i Fredrikstad. Rus- og psykisk helsefeltet har mange utfordringer, og overdoser var ikke spesielt løftet frem.

Fredrikstad har definert hovedmålene for det overdoseforebyggende arbeidet i fem deler: kartlegging, kvalitetssystem, utvikle tiltak, samhandling og plan. I Fredrikstad har det vært jobbet bredt med overdoseproblemet som en del av rus- og psykisk helse. De har valgt å ikke utarbeide en egen handlingsplan for overdoser, men lagt arbeidet som en del av et større planarbeid i kommunen. Brukerintervjuer er gjennomført ved oppstart som

kunnskapskilde for iverksetting av lokale tiltak, og erfaringskonsulenter er ansatt i kommunen.

Overdosestrategien har en styringsgruppe som møtes en gang i halvåret. Prosjektleder har understreket at kartlegging lokalt har vært viktig. Tidlig i strategiperioden aksjonerte kommunen overfor et område som i generasjoner har vært kjent som et rus- og levekårsutsatt risikomiljø gjennom flere år. Et stort hybelhus ble revet og ett totalrenovert. Beboerne ble flyttet, og det ble skaffet 23 kommunale differensierte boliger. Enkelte i målgruppen kom også raskere inn til soning eller i behandling.

Fredrikstad har vært opptatt av metoder for å få til bedre samarbeid, og beskriver betydningen av at samarbeid er en relasjonell aktivitet. Prosjektleder kontaktet personlig ledere til potensielle samarbeidspartnere, som politiet, ambulansetjenesten og spesialisthelsetjenesten, la frem strategien, og hadde dialog med dem om hvilke personer som ville være best egnet. Alternativet ville vært å sende en e-post ut og ikke vite om de som blir invitert inn var engasjert i temaet. På denne måten har prosjektleder fått med personer som ønsket å gjøre en innsats i samarbeidet. Prosjektleder mener at samarbeidet med politiet og ambulansetjenesten har blitt særdeles godt.

I tillegg har Fredrikstad vært opptatt av forankring for å få til gode tiltak på sikt. Prosjektleder mener at det å legge arbeidet til staben til kommunalsjefen har vært et strategisk godt valg.

Viktige elementer i arbeidet i Fredrikstad har vært: Kartlegging av levekår og folkehelse, utvikling av og opplæring i kvalitetssystemer, tiltaksutvikling med flere målrettede tiltak, varslingsystem, oppfølgingstiltak etter overdose, lavterskel botilbud, overdose ressursteam, pasientkoordinator, Nalokson neseppray, pårørendesenter, bedre samhandling med mange lokale aktører blant annet gjennom arbeidet med Verdens overdosedag, samt utarbeidelse av lokal handlingsplan.

Av de viktigste tingene som gjenstår i Fredrikstad kan dette nevnes: utfordringer knyttet til boligmangel, juridiske utfordringer knyttet til taushetsplikten, store helseutfordringer, rettsikkerhet, kriminalitet og å fortsatt opprettholde fokuset på arbeidet med overdosestrategien.

Arendal

Arendal kommune fikk midler til en 50 % stilling i tilskuddsordningen fra 2014 til 2017. De valgte å opprette en ny 50 % stilling plassert i Rådhuset, og ansatte en sosionom fra juni 2014 og ut 2017.

Før overdosestrategien startet, hadde ikke temaet fått særlig oppmerksomhet i Arendal. Rus- og psykisk helsefeltet har mange utfordringer, og i en relativt liten kommune som Arendal var overdoser ikke spesielt løftet frem som tema. Arendal har i stor grad bygget nye samarbeidsrelasjoner og skapt oppmerksomhet rundt overdoseforebygging, blant annet ved å markere Verdens overdosedag og å etablere overdoseteam.

I Arendal har det vært jobbet systematisk med handlingsplan, samarbeid med relevante instanser og Verdens overdosedag. Handlingsplanen ble vedtatt i bystyret i mai 2017, og er forankret i helse- og omsorgskomiteen. Den skisserer konkrete tiltak knyttet til ulike funksjoner i kommunen. Arendal kommune har også søkt fylkeskommunen om midler i tillegg til det de kunne få fra Helsedirektoratet. Midlene de fikk i tillegg er blant annet brukt på å lage en overdoseforebyggende film som jevnlig vises på byens lavterskeltilbud.

Å få til et godt samarbeid med ambulansetjenesten/AMK har vært en utfordring i hele strategiperioden.

Alarm er den eneste brukerorganisasjonen i Arendal. LMS var tidligere med i referansegruppa, men har lagt ned arbeidet i Arendal i 2017. Prosjektleder har samarbeidet med Prosjekt for bedre ettervern for rusavhengige i Arendal og Grimstad. De slo sammen referansegruppene, og fikk på den måten brukerorganisasjoner mer inn i arbeidet. Dessuten har de fått innspill til handlingsplanen fra ansatte med brukererfaring i brukerstyrt tiltak i kommunen. De har også vært innom på lavterskelsteder for å få innspill fra personer i aktiv rus.

Markeringen av Verdens overdosedag har vært gjort på ulike måter de ulike årene. Sist år, i 2017, var det markering flere steder i byen i, blant annet på to videregående skoler, Blå Kors bosenter og på en solidaritetsgudstjeneste i Trefoldighetskirken.

Viktige elementer i arbeidet i Arendal har vært: kartlegging av narkotikarelaterte dødsfall 2011-2016 og ikke-dødelige overdoser, utvikling av overdoseteam, utvikling av rutiner ved overdose, informasjonskampanjer om overdoseforebygging, utdeling av Nalokson nesepresspray, markering av Verdens overdosedag, samt utarbeidelse og forankring av lokal handlingsplan.

Av de viktigste punktene som gjenstår i Arendal er bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten og AMK, og videre arbeid med brukermedvirkning.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2018
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no