

Hvem er de som setter sprøyter alene?

- en kvantitativ undersøkelse blant 497 personer som bruker opioider og/eller sentralstimulerende midler



Det helsevitenskapelige fakultet
Master i rus og psykisk helsearbeid
Masteroppgave (40 studiepoeng)

Student: Marte Kristin Helle

Veileder: Linn Gjersing, seniorforsker Folkehelseinstituttet

02.06.2020

Ord: 7426

FORORD

En lærerik, spennende og utfordrende periode nærmer seg nå slutten. I denne prosessen er det mange som har støttet meg og som jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til veileder Linn Gjersing ved Folkehelseinstituttet. Din kunnskap og inspirasjon har vært helt unik, og du har veiledet og støttet meg gjennom hele denne prosessen. Jeg er virkelig takknemlig for at jeg fikk ha deg som veileder, og kommer til å savne turene til Oslo!

Jeg vil også rette en spesiell takk til min arbeidsgiver Stavanger kommune som har lagt til rette for at det var praktisk mulig å gjennomføre denne studien.

Og så vil jeg takke noen av mine medstudenter for interessante diskusjoner, oppmuntrende ord og ikke minst hyggelige sosiale sammenkomster.

Til slutt vil jeg takke familien, og særlig min mann og mine to sønner for at dere har vært så tålmodige og forståelsesfulle slik at jeg har kunnet fullføre denne studien. Det har betydd alt!

Takk!

Marte

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	5
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Oppgavens tema og struktur	5
1.2 Bakgrunn	6
1.3 Tidligere forskning på området	7
1.3.1 Litteratursøk	7
1.3.2 Overdosedødsfall er et internasjonalt folkehelseproblem	8
1.3.3 Overdosedødsfall i Norge	9
1.3.4 Skadereduksjon og overdoseforebyggende tiltak	9
1.3.5 Kameratredning og nalokson neseppray	10
1.3.6 Sprøytebruk alene som en risikofaktor	10
1.4 Studiens hensikt og formål	11
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål	11
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	12
2.1 Teori om risikopersepsjoner	12
3.0 METODE	13
3.1 Hovedstudie	13
3.2 Design	14
3.3 Utvalg	14
3.4 Innsamling av data	14
3.5 Statistisk analyse	15
3.6 Validitet og reliabilitet	16
3.7 Type 1 og type 2-feil	17
3.8 Forskningsetiske vurderinger	17
4.0 RESULTATER	18
4.1 Beskrivelse av hele utvalget	18
4.2 Sprøytebruk	19
4.3 Sprøytebruk alltid alene, alene av og til eller aldri alene	19
4.4 Predikatorer for å sette sprøyter alene	19
5.0 DISKUSJON	20
6.0 SVAKHETER OG STYRKER	23

7.0 KONKLUSJON	24
Referanser kappe	25
Artikkel	30
Referanser artikkel	43
Vedlegg 1: Tabell 1	
Vedlegg 2: Tabell 2	
Vedlegg 3: Tabell 3	
Vedlegg 4: Informasjonsskriv	
Vedlegg 5: Spørreskjema	
Vedlegg 6: NAD forfatterveileder	

SAMMENDRAG

Formål: Å undersøke hvor mange deltakere som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler med sprøyte, og hvor mange som hadde brukt sprøyter alene. Beskrive disse i form av utvalgte variabler, og undersøke predikatorer for å bruke sprøyter alene. **Metode:** Tverrsnittsundersøkelse blant gate- og lavterskelrekrutterte deltakere i syv norske byer i september 2017 (n=497). Statistiske forskjeller ble undersøkt ved hjelp av t-test, anova test, kjikvadrat test og fishers exact test. Multinomisk logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke predikatorer for sprøytebruk alene.

Resultater: 360 (72%) av 497 deltakere hadde brukt rusmidler med sprøyte en eller flere ganger. Sammenlignet med dem som ikke hadde brukt sprøyter, så var de yngre (42 vs.47 år $t=4,5$ $p<0,001$) og flere hadde ustabil bosituasjon (19% vs.10% $X^2=5,7$ $p=0,016$). 179 (50%) av de 360 hadde brukt sprøyter alene alltid/ nesten alltid, deriblant flere menn (79%) ($X^2=6,8$ $p=0,033$), flere som oppga hyppig amfetaminbruk (44%) ($X^2=14,04$, $p=0,001$) og flere som oppga å være i LAR (60%) ($X^2=6,8$ $p=0,032$). Menn (justert RRR=2,08 95% KI 1,07;4,07) og hyppig amfetaminbruk (justert RRR=3,94 95% KI 1,81;8,60) var predikatorer for å sette sprøyte alene alltid/nesten alltid, mens LAR ikke var det (ujustert RRR=1,41 95% KI 0,77;2,59). **Konklusjon:** Å sette sprøyte alene var vanlig blant deltakere i dette utvalget som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler. Menn og personer som oppga hyppig amfetaminbruk hadde henholdsvis dobbelt så stor og over tre ganger så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene, sammenlignet med kvinner og de som ikke oppga hyppig amfetaminbruk.

1.0 INNLEDNING

1.1 Oppgavens tema og struktur

I denne masteroppgaven ønsker jeg å øke kunnskapen om sprøytebruk blant personer som har brukt opioider og/ eller sentralstimulerende midler, og som ble rekruttert fra gate- og lavterskeltiltak i syv norske byer. Masteroppgaven tar utgangspunkt i et datamateriale fra en undersøkelse Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2017, og består av en kappe og en artikkel. Kappen sammenfatter problemstillingen, resultatene og konklusjonen fra artikkelen. I tillegg inneholder kappen et teoretisk og metodisk aspekt samt en diskusjonsdel hvor resultatene ses i lys av teori om risikopersepsjoner. Artikkelen er skrevet for publisering i tidsskriftet Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAD), og tidsskriftets forfatterveiledning er lagt ved.

1.2 Bakgrunn

Personer med rusmiddelavhengighet er en risikoutsatt gruppe i samfunnet (Richerts, 2014). Å dø av en overdose er den vanligste dødsårsaken blant personer med problematisk rusmiddelbruk, og det er derfor behov for å sette søkelys på problematikken. Som det kommer frem i artikkelen tilknyttet denne kappen døde over en halv million mennesker av verdens befolkning som følge av narkotikabruk i 2017, og i de fleste tilfeller var overdose dødsårsaken (UNODC, 2019). Det samme året døde mer enn 70 200 mennesker i USA av en overdose, og situasjonen betegnes som alvorlig og økende (NIDA, 2019). Det året mistet også over 9400 mennesker livet av samme grunn i Europa (UNODC, 2019), og i Norden er det også et høyt antall mennesker som har dødd av en overdose (EMCDDA, 2019). I Norge har antall overdosedødsfall vært vedvarende høyt de siste årene, og rundt 260 mennesker har årlig mistet livet som følge av en overdose (Gjersing & Amundsen, 2019). Til sammenligning var det i Sverige over 620 overdosedødsfall i 2017, og i Danmark og Finland henholdsvis 237 dødsfall i 2016 og 200 dødsfall i 2017 (EMCDDA, 2019). Sverige og Norge er blant de europeiske landene med flest overdosedødsfall (EMCDDA, 2019). For å få ned antall overdoser og overdosedødsfall, er det derfor behov for ytterligere innsats i form av mer kunnskap og flere og mer konkrete tiltak.

Risikoen for et overdosedødsfall øker dersom rusmidler inntas med sprøyte (Mathers et.al., 2013). I 2017 var det rundt 11 millioner mennesker av verdens befolkning som brukte rusmidler på denne måten (UNODC, 2019). I Norge er det anslagsvis mellom 8000 - 12 000 personer som bruker rusmidler med sprøyte, og den høye dødeligheten skyldes blant annet injisering av opioider kombinert med reseptbelagte legemidler (Gjersing & Amundsen, 2019). For å redusere antall overdosedødsfall, bør det overdoseforebyggende arbeidet i særlig grad rettes mot personer som inntar rusmidler med sprøyte (Mathers et.al., 2013). Det er grunn til å tro at en reduksjon av antall personer som bruker sprøyte kan bidra til en reduksjon i antall overdosedødsfall (Mathers et.al., 2013). Det er derfor behov for mer kunnskap om sprøytebruk blant personer som er utsatt for overdoser og overdosedødsfall.

Som følge av den bekymringsfulle utviklingen i Norge, ble det i 2014 iverksatt en Nasjonal Overdosestrategi (Helsedirektoratet, 2014). Strategien ble videreført i 2019 (Helsedirektoratet, 2019). Det ble innført flere overdoseforebyggende tiltak, deriblant

tiltak som skal styrke brukernes kompetanse til å redde liv i en overdosesituasjon (Helsedirektoratet, 2019). Utdeling av motgiften nalokson neseppray er et slikt tiltak (Madah - Amiri, Gjersing & Clausen, 2018). Samtidig forekommer et flertall av overdoser i private hjem (Gjersing et. al., 2013), og dette tiltaket er avhengig av at en annen person er i nærheten og kan gi motgiften. Å bruke sprøyter alene kan forsterke overdoserisikoen, fordi ingen andre kan sette motgift om det er nødvendig. Det er derfor behov for å undersøke nærmere hvor mange av de som setter rusmidler med sprøyter som gjør dette alene, og hvem de er.

1.3 Tidligere forskning på området

1.3.1 Litteratursøk

I samarbeid med bibliotekar på Universitetet i Stavanger ble det i september 2019 gjennomført systematisk litteratursøk. Det ble da søkt etter artikler publisert mellom 2009 og 2019. Det ble også gjennomført ettersøk i mars 2020, og da ble det søkt etter artikler publisert mellom 2019 og 2020. Bakgrunnen for valg av søkeperiode var et ønske om å søke etter nyere artikler og rapporter, i tillegg til å begrense søket. Imidlertid ville det styrket kunnskapsgrunnlaget dersom det var et ubegrenset søk. Det ble derfor, i tillegg til systematisk litteratursøk sammen med bibliotekar, også gjennomført manuelt håndsøk etter artikler uavhengig av dato. Disse manuelle søkene var rettet mot litteratur basert på referanselister fra artikler, og artikler som har sitert spesifikke artikler. Det er dermed i denne masteroppgaven benyttet både eldre og nyere artikler og rapporter uavhengig av årstall. I de systematiske litteratursøkene ble det søkt i databasene Psycinfo, Medline og Chinal, og terminologibasen MESH ble benyttet i søkene. Disse søkebasene ble valgt da dette er store databaser som har mest relevante artikler innen valgt tema. Psycinfo er en database med en rekke aktuelle artikler innen psykologi og mental helse (UiS, 2019). Medline er den største medisinske databasen, og Chinal har relevante artikler innen sykepleiefaget (UiS, 2019). Under søkene ble det brukt standardiserte ord, og kombinasjoner av ord og emner, som fanget opp de mest relevante publikasjonene innen tema. Antall treff i de systematiske litteratursøkene var totalt 141, og etter å ha lest sammendragene var det 31 aktuelle artikler. Tabell 1. gir en oversikt over de systematiske litteratursøkene.

Tabell 1. Oversikt over systematisk litteratursøk

Dato	Søkebase	Søkeord/ MESH – termer	Antall treff	Antall aktuelle
09.09.19	Psycinfo	Harm reduction OR risk factors OR health behavior OR	120	20
	Medline	behavioral risk factors OR naloxone OR drug abuse	8	7
	Chinal	prevention AND drug overdoses OR opioid overdose OR intravenous drug usage OR intravenous drug OR intravenous injections AND living alone OR alone OR social networks OR social networking. Drug overdose OR	3	2
11.03.20	Psycinfo	opioid overdose AND injecting alone. (MH«Drug overdose») OR (MH «Substance Abuse, Intravenous») AND (MH«Harm Reduction»). (MH «Drug Overdose») OR (MH «Substance Abuse, Intravenous») AND staying alone. (MH «Drug overdose») OR (MH «Substance Abuse, Intravenous») AND (MH «Harm Reduction») AND injecting alone. Drug abuse OR substance abuse AND risk inject NOT sexual OR hiv AND alone	9	1
	Medline		1	1
	Chinal		0	
Totalt			141	31

1.3.2 Overdosedødsfall er et internasjonalt folkehelseproblem

Et overdosedødsfall er ifølge Det Europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikabruk (EMCDDA) definert som en dødelig forgiftning ved bruk av narkotiske stoffer som utløsende dødsårsak, samt dødsfall relatert til avhengighet av narkotika (EMCDDA, 2009). 85% av alle dødsfallene i verden er som følge av opioider, og de senere årene har dødsfallene hatt en særlig sammenheng med reseptbelagte opioider og syntetiske opioider som fentanyl (UNODC, 2019). I USA har disse dødsfallene vært en stor utfordring, og de siste tiårene har det vært forskjellige opioidkriser (NIDA, 2019). På 1990 – tallet var overdosedødsfallene særlig relatert til foreskrevne opioider, deretter økte dødsfall som følge av heroin, og fra 2014 har det vært en jevnlig økning av dødsfall knyttet til fentanylstoffer (NIDA, 2019). I Europa var 78% av de som døde av en overdose i 2017 menn, og gjennomsnittsalderen var 39 år (EMCDDA, 2019). Inntak av rusmidler med sprøyte er særlig knyttet til overdosedødsfall, og til tross for de alvorlige konsekvensene inntas rusmidler på denne måten rundt om i hele verden (Degenhardt et.al., 2010). Det er derfor

viktig å sette søkelys på sprøytebruk som en del av det overdoseforebyggende arbeidet.

1.3.3 Overdosedødsfall i Norge

I Norge har det vært en bekymringsfull utvikling de senere årene, og i 2018 døde 286 personer av en overdose (FHI, 2019). I følge EMCDDA er Norge blant de landene i Europa med flest overdosedødsfall (EMCDDA, 2019). Imidlertid stilles det spørsmålsteget til sammenligningene, da det er usikkert om forskjellene er reelle eller om det er basert på ulike rapporteringssystemer (Waal & Gossop, 2013). Dødsfall som følge av rusmidler deles inn i tre hovedgrupper; overdoser, selvmord og avhengighet (EMCDDA, 2009). De siste årene har det vært en relativt stabil fordeling mellom gruppene, og i 2018 var det 73% overdoser, 18% selvmord og 8% avhengighet (FHI, 2019). Dødsfall relatert til opioider forårsaket 82% av tilfellene i 2018, og de siste årene har reseptbelagte opioider vært den hyppigste dødsårsaken (FHI, 2019). Gjennomsnittsalderen til de som har dødd har økt jevnlig de siste årene, og i 2018 var den 44 år (FHI, 2019). Det høye antallet overdosedødsfall skyldes blant annet inntak av opioider med sprøyte, og personer som inntar rusmidler på denne måten har økt risiko for å dø av en overdose (Gjersing & Amundsen, 2019; Gjersing & Bretteville - Jensen, 2014). Det er derfor særlig viktig å ha søkelys på denne gruppen.

1.3.4 Skadereduksjon og overdoseforebyggende tiltak

Det har vært en betydelig satsning på skadereduserende tiltak og substitusjonsbehandling som en del av det overdoseforebyggende arbeidet i Norge (Biong & Ytrehus, 2018). Et tiltak er lavterskel helsetjeneste som er gatenære helsetilbud som skal bidra til en bedre helse- og livssituasjon, samt redusere faren for overdoser og overdosedødsfall (Biong & Ytrehus, 2018). Et annet tiltak er substitusjonsbehandling som er den mest effektive og en av de best dokumenterte behandlingene for opioid avhengighet (Riksheim, Gossop & Clausen, 2013; Mathers et.al., 2013; Clausen, Anchersen & Waal, 2008). Det ble også innført flere tiltak som en del av den Nasjonale Overdosestrategien, deriblant tre tiltak som skal endre brukerkulturen, styrke brukerne og styrke tjenestene (Helsedirektoratet, 2014). Det ene tiltakene var SWITCH, som er en

kampanje som skal påvirke injiseringskulturen ved å motivere brukerne til mindre skadelige inntaksmåter fremfor bruk av sprøyter (Helsedirektoratet, 2014). Det andre tiltaket var å øke tilgangen til legemiddelasistert rehabilitering (LAR), inkludert lavterskel substitusjonsbehandling, og det tredje tiltaket var å distribuere nalokson nesespray i utvalgte norske kommuner med overdoseutfordringer (Helsedirektoratet, 2014). I tillegg ble det ved videreføring av strategien i 2019 fremhevet innsats på områder som somatisk helse, pakkeforløp etter overdoser, varslingssystem ved sterke rusmidler i omløp, vurdere testing av rusmidler og ny kunnskap som kan bidra til reduksjon av overdoser og overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2019). Det kan derfor tenkes at denne undersøkelsen kan være av betydning som en del av det overdoseforebyggende arbeidet, fordi den vil kunne gi kunnskap om andelen i et utvalg som bruker sprøyter og som gjør dette alene.

1.3.5 Kameratredning og nalokson nesespray

Nalokson nesespray er et viktig tiltak i en overdosesituasjon, og over 30 norske kommuner hvor 75% av alle overdosedødsfallene skjedde i 2016, har iverksatt dette tiltaket (Helsedirektoratet, 2019). En undersøkelse om tilgang til nalokson nesespray, viste at flertallet av risikoutsatte brukere hadde fått opplæring i bruk av denne nesesprøyten (Madah - Amiri, et.al., 2018). Imidlertid er man avhengig av at en annen person er i nærheten for å bli reddet av denne motgiften. De fleste overdosetilfellene skjer i private hjem (Madah-Amiri et.al., 2018), og dersom en setter sprøyter alene kan det øke risikoen for å dø av en overdose. Til tross for at flere overdoseforebyggende tiltak er iverksatt, samt god dekning av nalokson tilgang, kan det tenkes at også andre faktorer, som det å sette sprøyter alene, påvirker dødeligheten.

1.3.6 Sprøytebruk alene som en risikofaktor

Å innta rusmidler alene med sprøyte kan forsterke risikoen for overdosedødsfall dersom ingen andre er tilstede. En undersøkelse fra Canada fant at 69% av de som hadde dødd av en overdose, hadde brukt rusmidler alene rett før de døde (Coroners service, 2018). En annen undersøkelse fra Frankrike fant at andelen som satte sin første sprøyte alene hadde økt fra 18% i perioden 1996 – 2005 til 30% i perioden 2006 – 2010 (Guichard et.al., 2013). Ved en

overdose kan det være avgjørende å få rask hjelp. Det er bekymringsfullt om flere er alene mens de injiserer rusmidler, og det er derfor behov for å undersøke dette nærmere. I litteratursøk i forbindelse med dette prosjektet ble det ikke funnet studier fra 2009 til 11.03.2020 som hadde undersøkt andelen av sprøytebrukere som setter sprøyter alene. Det er heller ikke funnet eldre studier ved å søke i referanselister fra artikler, eller artikler som har sitert spesifikke artikler uavhengig av årstall. Det er derfor behov for mer kunnskap om dette.

1.4 Studiens hensikt og formål

I denne undersøkelsen er det ønskelig å øke kunnskapen rundt sprøytebruk blant personer som bruker illegale rusmidler ved å undersøke hvor mange av de spurte som satte sprøyter alene og å beskrive hvem de er. Dette kan muligens danne grunnlaget for en større undersøkelse, men kan også danne grunnlag for tiltak som kan bidra til at brukerne i større grad velger å sette sprøyter mens det er andre tilstede. På sikt kan dette være en av mange små tiltak som kan være med å redusere antall overdosedødsfall.

1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål

I undersøkelsen Folkehelseinstituttet gjennomførte i syv norske byer blant 497 personer rekruttert fra og utenfor ulike lavterskel tiltak, og som oppga at de hadde brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker før inklusjon, er det ønskelig å undersøke følgende;

- 1) Hvor mange av de 497 personene hadde satt rusmiddel med sprøyte de siste fire ukene, og hvordan skiller disse seg fra de som ikke har satt rusmiddel med sprøyte i forhold til kjønn, alder, bosituasjon, debutalder for rusmiddelbruk og rusmiddelbruk siste fire uker.
- 2) Blant de som har satt rusmiddel med sprøyte siste fire uker, hvor mange av disse svarte at de hadde satt rusmiddel med sprøyte når de var alene under de tre kategoriene «nesten alltid eller alltid», «av og til», og «aldri».
- 3) Beskrive og sammenligne de tre gruppene av sprøytebrukere basert på informasjon samlet inn i spørreskjema som kjønn, alder, bosituasjon, debutalder for rusmiddelbruk og rusmiddelbruk siste fire uker.

- 4) Undersøke hvilke bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, bosituasjon, debutalder for rusmiddelbruk og rusmiddelbruk siste fire uker, som var forbundet med det å injisere alene.

2 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Teori om risikopersepsjoner

Hvordan mennesker oppfatter risiko og hva som blir regnet som trygt eller utrygt vil variere fra person til person. Personer med rusmiddelavhengighet er i stor grad utsatt for ulike risikofaktorer, både som følge av rusmiddelbruken, men også på grunn av en uforutsigbar livsstil (Richert, 2014). Hvordan den enkelte ser på risikoen og hvilke vurderinger som foretas, kan være påvirket av flere forhold. For å forstå hvorfor noen utsetter seg for den risikoen det er å sette sprøyter alene, kan teori om risikopersepsjoner bidra til å belyse problemstillingen.

Rhodes teori om risikopersepsjoner omhandler samspillet mellom personen og personens relasjon til de sosiale omgivelsene (Rhodes, 1997). Både individuelle og sosiale faktorer kan påvirke forståelsen av hvordan risiko og risikofull atferd vurderes (Rhodes, 1997). Man må forstå og oppleve risikofaktorer for å kunne forholde seg til risikofull atferd (Rhodes, 1997). Hvordan den enkelte opplever risikoen og hvordan atferdsendring skjer, er et resultat av den enkeltes reflekterende beslutning (Rhodes, 1997). Det blir en overveielse av fordeler og ulemper ved atferden, og risikovurderingen baseres på det den enkelte vurderer som en fornuftig avgjørelse (Rhodes, 1997). En sentral faktor for vurderingen er betydningen den enkelte legger til atferden eller handlingen (Rhodes, 1997). Risikovurderingen må også sees i sammenheng med den reelle risikoen, alternative valgmuligheter og mulige utfall (Rhodes, 1997). Handlinger som vanligvis blir sett på som svært risikofulle, kan dermed vurderes som fornuftige da risikoen for andre mulige utfall kan bli vurdert som verre (Rhodes, 1997). Det kan dermed tenkes at personer som setter rusmidler med sprøyte alene, kan vurdere alternative situasjoner som enda verre.

Omstendighetene og situasjonen rundt den enkelte kan også påvirke risikovurderinger og beslutninger (Richert, 2014). Opplevelsen av risiko kan være fornuftig, imidlertid kan risikoatferden bli påvirket av de sosiale forholdene og de sosiale relasjonene rundt (Richert, 2014). I tillegg kan ulike normer om hva risiko er, ha betydning for vurderingen (Richert, 2014). Flere kan se på overdoser som en hverdagslig risiko, og

vurdere sjansen for å dø som liten (Richert, 2014). I en sosial setting og i en sosial relasjon kan det foreligge et maktforhold, noe som kan føre til at en persons handlinger kan bli påvirket av en annen persons atferd (Richert, 2014). I et rusmiljø kan det tenkes at en ujevn maktbalanse, slik som tilgang til stoff eller fysisk styrke, kan bidra til risikofull atferd. I tillegg kan forskjellige egenskaper ved personen og måten å bruke rusmidler på være sentrale for å forstå risikoen (Nesvåg et.al., 2019). Å innta rusmidler med sprøyte er særlig risikofullt, og flere som inntar rusmidler på denne måten har erfaringer med overdose selv om en er kjent med risikoen (Richert, 2014). Det betyr ikke nødvendigvis at en overdose er en bevisst eller villet handling (Richert, 2014).

Opplevelsen av nåtid og fremtid kan påvirke vurderingen av risiko (Nesvåg et.al., 2019). Risikoen må forstås ut fra at handlinger som utføres i nåtid, kan få negative konsekvenser for fremtiden (Nesvåg et. al., 2019). Hvordan den enkelte ser på fremtiden sin, kan ha betydning for hvordan risikoen vurderes (Nesvåg et.al., 2019). Å miste troen på fremtiden kan føre til at det som skjer fremover ikke betyr noe eller ikke eksisterer, og dersom fremtiden forsvinner, kan også evnen til å tenke risiko forsvinne (Nesvåg, et.al, 2019). Risiko for en overdose blir dermed ikke relevant (Nesvåg, et.al, 2019). Overdoser skjer ofte når opplevelse av fortvilelse eller likegyldighet preger livssituasjonen, og det kan like gjerne være tilfeldigheter som avgjør om overdosen får et dødelig utfall eller ikke (Nesvåg et.al, 2019). Likegyldighet kan føre til at frykten for å dø blir uvesentlig (Nesvåg, et.al, 2019). I slike perioder når ikke alltid budskap om risiko frem, og det blir derfor viktig å formidle håp og tro på fremtiden (Nesvåg, et.al., 2019). Funnene i denne undersøkelsen vil bli diskutert i lys av teorien om risikopersepsjoner.

3 METODE

3.1 Hovedstudie

Denne undersøkelsen er en del av en større undersøkelse der personer som bruker opioider og/ eller sentralstimulerende midler siste fire uker har blitt inkludert i 2013 og i 2017, og skal følges gjennom ulike registre fremover i tid (Gjersing, 2017).

Hovedfunnene fra inklusjonsintervjuene er beskrevet i rapporten «Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer» (Gjersing, 2014). Denne undersøkelsen bruker data samlet inn i 2017.

3.2 Design

Denne studien har et tverrsnittdesign der 497 personer som oppga bruk av illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker ble inkludert i 2017. Et tverrsnittdesign innebærer at flere fenomen kartlegges samtidig (Thrane, 2018). Data blir samlet inn på samme tidspunkt, og er en effektiv måte å innhente mye informasjon om mange personer (Thrane, 2018). Samtidig er ikke dette designet egnet for å si noe om kausalitet da årsak og virkning kartlegges samtidig (Thrane, 2018).

3.3 Utvalg

Data ble samlet inn fra de syv byene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Sandnes, Tromsø og Kristiansand i løpet av september 2017. Deltakerne ble rekruttert i og utenfor ulike typer lavterskeltiltak som lavterskel kaféer, hybelhus for personer med rusproblemer, gatenære helsetiltak, lavterskel jobbtiltak, sprøyterom og utleveringsklinikker for LAR – medikamenter. Inklusjonskriteriene var at personen hadde brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker. Utvalget var et bekvemmelighetsutvalg. Dette innebærer at man inkluderte de som var tilgjengelige og lettest å få tak i (Bjørndal & Hofoss, 2017). Det ble hengt opp informasjon om studien, og når og hvor datainnsamlingen ville foregå på de ulike lavterskeltiltak. Informasjonsskrivet er vedlagt denne oppgaven. Informantene fikk 200 kr. for å delta i studien. Forsker fra Folkehelseinstituttet samt assistenter, rekrutterte og intervjuet informantene. Deltakerne signerte en samtykke-erklæring, og oppga personnummeret. Personnummeret skal i fremtiden brukes til å koble med ulike registre, og er ikke relevant for denne undersøkelsen.

3.4 Innsamling av data

Informantene ble intervjuet av en forsker og assistenter gjennom spørreskjema på et nettbrett. Spørreskjema omhandlet hovedsakelig egen situasjon siste fire uker før inklusjon. Forsker og assistentene spurte spørsmålene og fylte ut svarene i spørreskjemaet, og deltakeren stod ved siden av og så hva som ble besvart. Spørreskjema har vært brukt til å intervju brukere utenfor sprøyteutdelingen i Oslo siden 1993 (Bretteville – Jensen & Sutton 1996). Spørsmålene inkluderte personlige opplysninger som kjønn, alder, utdanning, fødeland, ustabil bosituasjon, erfaring med rusmidler som debutalder for rusmiddelbruk og sprøytebruk, type rusmiddel,

inntaksmåter, opplæring nalokson neseppray og overdoseerfaring (Gjersing & Sandøy, 2014). Spørreskjema er lagt ved denne oppgaven.

3.5 Statistisk analyse

Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS versjon 25. Variabler og statistiske prosedyrer ble valgt på bakgrunn av problemstillingen og det som skulle undersøkes. For å beskrive forekomst, fordeling og sentraltendenser ble deskriptive analyseteknikker benyttet. Analysene var eksplorative. Forskjeller mellom gruppene ble undersøkt ved hjelp av t-test og anova test for kontinuerlige variabler, og kjiikvadrat test og fisher`s exact test for kategoriske variabler (Thrane, 2018). Når utvalget er lite, er det større sjanse for tilfeldig variasjon og t-test bør benyttes (Bjørndal & Hofoss, 2017). T-test ble derfor benyttet for å beregne gjennomsnittet for kontinuerlige variabler i tabell 1. I tabell 2 ble gjennomsnittet for kontinuerlige variabler gjennomført ved hjelp av anova test og post hoc med Bonferroni test. Fisher`s exact bør benyttes når det er et lite utvalg, eller der hvor det er skjev fordelingen på variablene (Bjørndal & Hofoss, 2017). I denne undersøkelsen ble Fisher`s exact test benyttet der hvor antallet var under 40. Ujustert og justert multinomisk logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med sannsynligheten for å sette sprøyter alene «nesten alltid eller alltid», «av og til» og «aldri» (Johannessen, 2009). «Aldri» var referansekategorien. Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$. Estimer ble presentert som relativ risk ratioer (RRR) med 95% konfidens intervall (KI).

I den multinomiske regresjonsmodellen ble det valgt å inkludere predikatorer som fra tidligere har vært assosiert med overdose og overdosedød. Disse variablene var kjønn (Bretteville - Jensen, 2005), alder (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018), ustabil bosituasjon (Gjersing & Bretteville – Jensen, 2013), bruk av alkohol og illegale rusmidler, samt injeksjon av ulike rusmidler (Mathers et.al., 2013). LAR er kjent for å redusere risikoen for overdoser (Clausen, Anchersen & Waal, 2008). I tillegg ble det tatt med overdoser siste fire uker da det kan være et kjennetegn på risikofylt bruk, samt opplæring av nalokson neseppray fordi informasjon om trygg sprøytebruk er inkludert i opplæringen. Siden studien hadde et lavt antall deltakere (n=497) var det ønskelig å ha færrest mulige variabler i den justerte analysen. I den justerte modellen,

ble derfor kun variabler som var statistisk signifikante ($p \leq 0,05$) i den ujusterte analysen inkludert, i tillegg til kjønn og alder.

3.6 Validitet og reliabilitet

Validitet er knyttet til hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og om man måler det man skal måle (Kvale & Brinkmann, 2017). Validitet kan deles inn i indre validitet, som belyser korrekte resultater overfor det studerte utvalget, og ytre validitet, som påpeker hvorvidt resultatene er gyldige under andre forhold og andre utvalg (Pripp, 2018). I denne undersøkelsen fylte forsker og assistenter ut spørreskjemaet for deltakeren. Dette kan ha styrket validiteten ved at en sikret at alle spørsmålene ble fylt ut. Imidlertid kan det ha ført til at deltakeren svarte det en trodde utfyller ville høre. Sosial ønskelig oppførsel innebærer å svare i henhold til hva respondentene mener er sosialt akseptabel atferd, eller i tråd med inntrykket de vil skape (Kimberline & Winterstein, 2008). Det kan derfor være at den indre validiteten i denne undersøkelsen ville vært bedre om deltakeren selv fylte ut spørreskjemaet. Dette gjelder kanskje spesielt spørsmål om illegale aktiviteter som illegal rusmiddelbruk. I undersøkelsen ble det benyttet et strategisk utvalg, noe som styrker validiteten. Et strategisk utvalg er å inkludere deltakere som har de egenskapene eller kvalifikasjonene i henhold til undersøkelsens problemstilling og teoretisk perspektiv (Thagaard, 2013). For å bli inkludert i denne undersøkelsen, måtte deltakerne ha brukt illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker (Gjersing & Sandøy, 2014). Resultatene fra undersøkelsen kan derfor si noe om situasjonen blant deltakerne på tidspunktet de ble intervjuet, imidlertid er det ikke slik at resultatene nødvendigvis representerer alle gruppen av personer som bruker illegale rusmidler i de ulike byene.

Hvor nøyaktig datamaterialet i undersøkelsen ble samlet inn, og hvilken relevans det har for problemstillingen i oppgaven er av betydning for hva dataene kan brukes til. Reliabilitet handler om resultatenes stabilitet og troverdighet, og hvorvidt undersøkelsen kan etterprøves på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2017). Målefeil eller unøyaktighet kan påvirke reliabiliteten (Thrane, 2018). Deltakerne ble intervjuet via et elektronisk spørreskjema, og forsker og assistenter foretok intervjuene. Svaralternativene ble registrert mens deltakerne så på. Imidlertid kan det ha blitt registrert feil svaralternativ, noe som kan påvirke

reliabiliteten. Det kan også ha blitt utført feil i selve analysen, noe som også kan påvirke reliabiliteten.

3.7 Type 1 og type 2 - feil

I en undersøkelse kan man trekke feilaktige konklusjoner. En feil som kan oppstå er type 1-feil, det vil si at man forkaster en sann nullhypotese (Thrane, 2018). Det kan derfor være en mulighet for at signifikante resultater kan være tilfeldig. Ved å sette et lavere signifikansnivå vil det være mindre sannsynlig for å begå en type 1-feil (Thrane, 2018). Imidlertid kan det øke risikoen for en type 2-feil, som betyr å ikke forkaste en usann nullhypotese (Thrane, 2018). En type 2- feil kan også være en konsekvens av små utvalg, ved at p-verdien ikke blir lav selv om forskjellen som observeres er stor (Bjørndal & Hofoss, 2017). Ved å ha et større utvalg reduseres risikoen for både type 1 og type 2-feil (Bjørndal & Hofoss, 2017), og en begrensning ved denne undersøkelsen er derfor det lave antallet deltakere.

Det kan også ha oppstått systematiske feil (bias) i undersøkelsen. Det vil si gjennomgående feil i en undersøkelse som påvirker sammenligningsgrunnlaget (Bjørndal & Hofoss, 2017). Dette kan være feil som omhandler forskningsdesignet, målemetoden, datainnsamlingen og oppfølging av deltakerne (Bjørndal & Hofoss, 2017). Det kan derfor være en mulighet for at det kan ha oppstått gjentakende feil i denne undersøkelsen, både når det gjelder innsamling og tolkning av data.

En annen feilkilde som kan forekomme, er tolkningsproblemet konfundering som kan oppstå når en observert sammenheng kan skyldes en annen faktor (Bjørndal & Hofoss, 2017). Konfundering vil si at det oppstår en tilsynelatende sammenheng mellom to faktorer som i utgangspunktet ikke skulle vært der (Bjørndal & Hofoss, 2017). Dersom en faktor bare har sammenheng med eksposisjonen og ikke med utfallet, vil det ikke oppstå en slik sammenblanding (Bjørndal & Hofoss, 2017). I denne undersøkelsen kan det være andre variabler som kan ha påvirket utfallet enn det som ble funnet i analysene.

3.8 Forskningsetiske vurderinger

Hovedstudien ble godkjent 12.06.2013 av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2013/599/REK sør-øst) (Gjersing, 2017).

Utvidelse av prosjektet som ble gjennomført i september 2017, ble godkjent av REK i mai 2017 (Gjersing, 2017). Denne undersøkelsen er en del av en prospektiv registerundersøkelse, og for registerundersøkelsen oppbevares navneliste, samtykkeskjema og koblingsnøkkel hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Gjersing, 2017). Som masterkandidat for denne oppgaven ble undertegnede godkjent som prosjektmedarbeider av REK 19 juni 2019.

Det er mange etiske sider ved det å gjøre undersøkelser som inkluderer personer med rusmiddelproblemer. Denne gruppen kan betegnes som en ekstra sårbar og utsatt gruppe, og det er derfor særlig viktig å vurdere hvordan man skal møte disse personene (Hovland, 2008). Sårbarheten kan særlig knyttes til fire hovedgrupper (Hovland, 2008). Den ene omhandler redusert evne eller mulighet til å forstå hva det innebærer å delta i et forskningsprosjekt (Hovland, 2008). I denne undersøkelsen kan inntak av rusmidler ha påvirket forståelsen av det å være deltaker i et forskningsprosjekt. Samtidig kan både type rusmiddel, mengde, bakgrunn og livssituasjon forøvrig ha noe å si for forståelse (Hovland, 2008). Den andre hovedgruppen handler om indre eller ytre press for å delta i en undersøkelse (Hovland, 2008). Personer med rusmiddelproblemer kan være økonomisk dårlig stilt, og blir ofte lettere fristet til deltakelse dersom det er en økonomisk gevinst (Hovland, 2008). Deltakerne i denne undersøkelsen fikk 200 kr. for å delta, dette kan ha bidratt til at motivasjonen for deltakelsen var muligheten for å tjene litt ekstra penger fremfor å bidra med egenerfaring. Den tredje og fjerde gruppen handler om henholdsvis dårlige materielle livsvilkår og lav posisjon i samfunnet (Hovland, 2008). Begge disse gruppene kan personer med rusmiddelproblemer høre hjemme i. Sårbarhetsfaktorene kan utgjøre skade og integritetskrenkninger, og som forsker må man være bevisst både maktposisjonen og mulige pressmidler (Hovland, 2008). I denne undersøkelsen ble det informert om at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen, og at alle personidentifiserbar opplysninger da ville bli slettet. En person trakk seg fra deltakelse i etterkant av studien både i 2013 og i 2017, og dette kan være en indikator for at deltakelse ble opplevd som frivillig.

4 RESULTATER

4.1 Beskrivelse av hele utvalget

Som beskrevet i artikkelen var det 497 deltakere, og 76% var menn (Tabell 1). Gjennomsnittsalderen var 44 år og 17% hadde en ustabil bosituasjon de siste fire ukene, det vil si at de enten bodde på hospits eller var uten fast bolig. Debutalderen for sprøytebruk var 21 år, og halvparten av deltakerne var i LAR. Over halvparten hadde fått opplæring i bruk av nalokson neseppray.

4.2 Sprøytebruk

360 av de 497 personene hadde brukt rusmidler med sprøyte en eller flere ganger siste fire uker før de ble intervjuet (Tabell 1). De som hadde brukt rusmidler med sprøyte var yngre sammenlignet med de som ikke hadde brukt sprøyter (42 vs. 47 år $t=4,5$ $p<0,001$). I tillegg var det en høyere andel som bodde på hospits eller var uten fast bolig blant de som hadde brukt sprøyter sammenlignet med de som ikke hadde brukt sprøyter (19% vs. 10% $X^2=5,7$ $p=0,016$). Det var også flere som hadde fått opplæring i bruk av nalokson neseppray blant de som hadde brukt sprøyter sammenlignet med de som ikke hadde brukt sprøyter (56% vs. 44% $X^2=5,7$ $p=0,018$).

4.3 Sprøytebruk alltid alene, alene av og til eller aldri alene

Av de 360 personene som hadde brukt sprøyter siste fire uker, oppga halvparten at de alltid eller nesten alltid brukte sprøyte alene (Tabell 2). Det var kun 16% som ikke hadde brukt sprøyte alene. Blant de som nesten alltid eller alltid satte sprøyter alene var det en noe høyere andel menn (79%), sammenlignet med de som av og til satte sprøyter alene (72%) og aldri satte sprøyter alene (63%) ($X^2=6,8$ $p=0,033$). I kategorien alltid eller nesten alltid var det også en høyere andel som hadde satt amfetamin med sprøyte daglig eller nesten daglig (44%), sammenlignet med de andre to kategoriene (40% og 16% $X^2=14,04$, $p=0,001$). I tillegg var det en betydelig høyere andel som var i LAR (60%) sammenlignet med kategoriene av og til eller aldri (52% og 45% $X^2=6,8$ $p=0,032$).

4.4 Predikatorer for å sette sprøyter alene

Menn var mer enn to ganger så tilbøyelige til å nesten alltid eller alltid sette sprøyter alene (justert RRR=2,08 95% KI 1,07; 4,07) enn å aldri sette sprøyter alene (Tabell 3). De som injiserte amfetamin daglig eller nesten daglig (≤ 4 dager i uken), var mer enn tre ganger mer tilbøyelige til å sette sprøyter alene nesten alltid eller alltid enn å aldri sette sprøyter alene (justert RRR= 3,94 95% KI 1,81; 8,60). I tillegg var de mer enn tre

ganger så tilbøyelige til å sette sprøyter alene av og til, sammenlignet med å aldri sette sprøyter alene (justert RRR=3,45 95% KI 1,54; 7,71). Det å være i LAR var ikke en statistisk signifikant prediktor for å sette sprøyter alene i denne analysen (ujustert RRR = 1,41 95% KI 0,77; 2,59).

5 DISKUSJON

I denne undersøkelsen hadde hovedandelen av de 497 deltakerne som var rekruttert fra gate- og lavterskeltiltak brukt rusmidler med sprøyte en eller flere ganger siste fire uker før inklusjon. Halvparten av de som hadde brukt rusmidler med sprøyte, oppga at de alltid eller nesten alltid brukte sprøyter alene. Kun en liten andel hadde aldri brukt sprøyte alene. Blant de som satte sprøyter alene, var det flere menn, flere som oppga hyppig amfetaminbruk og flere som oppga å være i LAR sammenlignet med de som aldri eller kun av og til satte sprøyter alene. I den justerte multinomiske regresjonsanalysen ble det funnet at menn og hyppig amfetaminbruk var statistisk signifikante prediktorer for å sette sprøyter alene alltid eller nesten alltid, mens det å være i LAR ikke var det. Funnene fra denne undersøkelsen er diskutert utførlig i den vedlagte artikkelen. For å få en økt forståelse for hvorfor noen setter rusmidler med sprøyte alene til tross for de alvorlige konsekvensene det kan medføre, er resultatene i denne undersøkelsen nedenfor diskutert i lys av teori om risikopersepsjoner.

Til tross for at sprøytebruk alene øker risikoen for overdosedødsfall (Coroners service, 2018), var det kun en liten andel av deltakerne i denne undersøkelsen som aldri brukte sprøyter alene. Fra et risikoperspektiv kan det være flere faktorer som kan påvirke hvilke vurderinger og beslutninger som kan føre til at sprøyter settes alene. Kulturen i et rusmiljø og omstendighetene rundt personen kan være en faktor som har betydning. Oppfattelse av risiko og vurdering av atferd kan bli påvirket av relasjonen personen har til de sosiale omgivelsene rundt (Rhodes, 1997). I et rusmiljø kan terskelen for hva som vurderes som risikofyllt være høyere enn i andre miljø, og ved å være tilknyttet et slikt miljø kan det tenkes at grensene for hva som vurderes som trygt eller utrygt forskyves. Personer som bruker rusmidler har ofte en svært risikabel og marginalisert livsstil, og omstendighetene rundt inntak av rusmidler kan ha betydning for vurdering av risiko og beslutninger som tas (Richert & Svensson, 2008). Det at det var vanlig å sette sprøyter alene i denne undersøkelsen, kan muligens handle om at kulturen i et rusmiljø tilsier at dette ikke er uvanlig.

Et rusmiljø kan være preget av urolige omgivelser, og inntak av rusmiddel med sprøyte kan foregå under uforutsigbare forhold. Å sette sprøyter alene kan av og til være den eneste muligheten. Stress og sannsynligheten for å bli avbrutt i en injiseringssituasjon kan være en faktor som kan påvirke tiden til å reflektere over risikoen og muligheten til å ta forhåndsregler (Richert & Svensson, 2008). I en travel og stressende situasjon, kan det tenkes at sprøyten settes impulsivt og alene fordi det ikke var andre muligheter. Vurdering av risiko må ses i sammenheng med alternative valgmuligheter (Rhodes, 1997). Det er dermed ikke sikkert at det alltid er anledning til å sette sprøyter samme med andre. Også bortvisninger fra politiet kan føre til risikofull injisering som følge av hastverk (Aitken, Moore, Higgs, Kelsall & Kerger, 2002; Small, Kerr, Charette, Schechter & Spittal, 2005). Stressende omstendigheter kan dermed påvirke vurderingen, og det kan tenkes at flere setter sprøyter alene som følge av forhastede beslutninger. Risiko vurderes ut fra fordeler og ulemper av situasjonen, og at personen tar en beslutning som vurderes som fornuftig (Rhodes, 1997). Det kan dermed tenkes at i enkelte situasjoner vurderes det å sette sprøyter alene, som det eneste mulige alternativet.

Betydningen av selve handlingen eller atferden, kan også være en faktor som kan påvirke vurderingen av risiko (Rhodes, 1997). Rusmiddelinntaket kan bli det viktigste i løpet av dagen, og tanken om tryggere inntak som å sette sprøyter sammen med andre, kan muligens komme i andre rekke. Det å skaffe seg og innta rusmidler kan ofte bli et ensidig og sentrert fokus (Smith-Solbakken & Tungland, 1997), og abstinenser etter rusmidlene kan påvirke risikovurderingen (Richert, 2014). Samtidig kan det tenkes at flere kan ha kjennskap til risikofaktoren det er å sette sprøyter alene, men likevel kan trangten etter rusmidler overgå dette. Søket etter sterkere rusopplevelser, iblant på grensen til en dødelig dose, kan innebære at enkelte tar større sjanser enn ellers (Richert, 2014). Likevel, selv om en er kjent med risikoen, betyr ikke nødvendigvis det at det har vært en bevisst handling eller et ønske om å dø (Richert, 2014). Det kan tenkes at betydningen av rusmiddelet kan overgå det å sette sprøyter på en trygg måte sammen med andre.

Det var menn som hadde størst sannsynlighet for å sette sprøyter alene i denne undersøkelsen. Hvordan man vurderer risiko og på hvilken måte det håndteres, kan være påvirket av individuelle faktorer (Rhodes, 1997). Tilstedeværelse av andre kan bidra til forventningspress som å ta høyere dose eller eksperimentere med blandingsdoser (Richert

& Svensson, 2008). Det kan tenkes at menn berøres av dette i større grad enn kvinner, ved at menn kan oppleve press om å vise seg frem. Dette kan igjen bidra til høyere status i rusmiljøet (Richert & Svensson, 2008). Noen menn foretrekker kanskje å innta rusmidler med sprøyte alene, imidlertid kan de da utsette seg for økt risiko for å dø av en overdose. Selv om sprøytebruk alene sees på som en risikofull handling, kan vurderingen som ligger til grunn oppleves fornuftig. Handlinger som vanligvis blir sett på som svært risikable, kan vurderes som fornuftige da risikoen for andre mulige utfall kan bli vurdert som verre (Rhodes, 1997). Det kan dermed tenkes at noen menn opplever at det er tryggere å sette sprøyter alene fremfor sammen med andre.

De som oppga hyppig bruk av amfetamin, hadde økt sannsynlighet for å sette sprøyter alene. Hyppig amfetaminbruk er assosiert med økt risiko for å dø (Stockings et.al., 2019). For å kunne forholde seg til risikofull atferd, må den enkelte forstå og oppleve risikoen (Rhodes, 1997). Amfetaminbruk kan føre til at evnen til å ta kritiske vurderinger reduseres, noe som igjen kan bidra til at risikofull atferd kan øke (Bramness & Madah – Amiri, 2017). Bruk av amfetamin kan dermed påvirke forståelsen av risikoen, og det kan derfor tenkes at de som bruker hyppig amfetamin ikke har forståelse av at det å sette sprøyter alene kan være risikofullt. Det er derfor betenkelig at denne undersøkelsen viser at de som brukte amfetamin hyppig, hadde mer enn tre ganger så høy sannsynlighet for å sette sprøyter alene, sammenlignet med de som aldri brukte amfetamin eller brukte det mindre hyppig. Amfetamin er assosiert med impulsive handlinger, og det å planlegge tryggere bruk, som å sette sprøyter sammen med andre, kan tenkes er spesielt vanskelig ved hyppig inntak av amfetamin.

Fremtidsutsikter kan ha betydning for vurdering av risiko. Hvordan situasjonen oppleves i nåtid, og hvordan den enkelte ser på fremtiden sin, kan påvirke vurdering av risiko (Nesvåg, Salte & Gundersen, 2019). Å være i LAR kan for mange bety en endring fra en krevende livssituasjon i et rusmiljø, til en tilværelse med et håp om bedre fremtidsutsikter. Imidlertid er det flere som fortsetter med sprøytebruk og rusmiddelbruk selv om de er i LAR (Gjersing & Bretteville - Jensen, 2013). I denne undersøkelsen var det en betydelig andel som var i LAR blant de som alltid eller nesten alltid hadde satt sprøyter alene. Imidlertid var ikke LAR forbundet med å sette sprøyter alene i den multinomiske regresjonsanalysen. Til tross for at flere i LAR sannsynligvis opplever en bedre tilværelse, kan det for mange bli et liv i ensomhet og manglende fremtidsutsikter. Personer i LAR

kan oppleve en bedre livssituasjon sammenlignet med tidligere tilværelse, imidlertid er det mange som er utenfor arbeidsmarkedet, har et begrenset sosialt nettverk og opplever marginalisering (Ravndal & Lauritzsen, 2015). Å miste troen på fremtiden kan føre til at vurdering av risiko forsvinner (Nesvåg et.al., 2019). Det er dermed ikke så viktig det som skjer fremover, og likegyldighet kan føre til at frykten for å dø blir uvesentlig (Nesvåg et. al., 2019). Det er bekymringsfullt at så mange i denne undersøkelsen som var i LAR, satte sprøyter alene. Det kan derfor være viktig med en bevisstgjøring rundt risikofull sprøytebruk som det å sette sprøyter alene, blant denne gruppen. I tillegg kan det å skape en meningsfull hverdag samt opprettholdelse av håp og tro for fremtiden, muligens bidra til en reduksjon av risikofull atferd.

I tillegg til viktigheten av å se lyst på fremtiden, kan også kunnskap om når informasjon om risiko bør gis, være sentral. I perioder hvor opplevelse av likegyldighet og håpløshet preger livssituasjonen, vil sannsynligvis ikke budskap om risikoforebyggende strategier nå frem (Nesvåg, et.al., 2019). Selv om det å injisere alene er risikofyllt, så kan risikoen reduseres ved bruk av noen forebyggende strategier. En strategi som kan redusere risikoen når rusmidler settes alene, kan være å foreta et testskudd før rusmiddelet inntas for å kunne vurdere styrken på stoffet (Bonar & Rosenberg, 2011). En annen strategi kan være å analysere rusmiddelet slik at personen som skal innta stoffet i større grad er kjent med innholdet, og kan ta vurderinger på bakgrunn av det (Eide & Clausen, 2019). Imidlertid blir det viktig å kjenne til når slike strategier når best frem. Når tilværelsen oppleves tung og vanskelig, og vurdering av risiko blir irrelevant, blir det viktig å fokusere fremover slik at risiko blir relevant (Nesvåg, et.al., 2019). Det kan derfor være viktig å kjenne til dette når en skal snakke om forebyggende strategier til personer som setter sprøyter alene, slik at personen kan være i stand til å ta innover seg risikoen.

6 SVAKHETER OG STYRKER

Dette er en tverrsnittundersøkelse. Dette betyr at resultatene kan si noe om situasjonen blant de som deltok i september 2017, men dette designet er ikke egnet for å si noe om kausalitet da årsak og virkning kartlegges samtidig (Thrane, 2018). I tillegg er dataene selvrapporterte. Selvrapporterte data kan ha svakheter som skjevheter i utvalget, problemer med å huske tilbake i tid, under- eller overrapportering og upresis estimering av hendelser eller aktiviteter (Thrane, 2018). Deltakerne kan ha underrapportert rusmiddelbruk på grunn av sosialt stigma knyttet til dette. Det kan også tenkes at

deltakerne svarte i henhold til det inntrykket de ville skape, og at de underrapporterte på enkelte spørsmål. Deltakerne besvarte spørsmål som intervjueren fylte inn med et elektronisk spørreskjema. Det ville styrket studien dersom deltakerne fylte ut svarene på spørreundersøkelsen selv, og disse svarene ikke var synlige for noen andre. 497 deltakere ble inkludert og dette er et lavt antall deltakere. Det ville styrket studien dersom flere deltakere var inkludert. Antall deltakere påvirker den statistiske styrken (Pripp, 2017). Med et lavt antall deltakere er det en større risiko for type 1 eller type 2 feil (Bjørndal & Hofoss, 2017). Dette er diskutert mer utførlig under metode kapittelet. I tillegg er det ikke sikkert at deltakerne i denne undersøkelsen er representative for personer som bruker illegale rusmidler generelt i Norge. På den andre siden så var demografiske variabler som kjønn, alder, bosituasjon, inntekt og erfaring med rusmidler tilsvarende det en har funnet i andre studier (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2015).

Undersøkelsen har et unikt datamateriale som gir informasjon om en gruppe personer med rusmiddelavhengighet på gateplan som ikke alltid er like lette å nå. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at det å sette sprøyter alene er vanlig blant personer som setter rusmidler med sprøyter. Denne undersøkelsen kan dermed være et godt utgangspunkt for en fremtidig kvalitativ undersøkelse. I en slik fremtidig undersøkelse er det behov for mer kunnskap rundt hvilke risikovurderinger den enkelte gjør slik at forebyggende strategier kan tilpasses dette.

7 KONKLUSJON

Denne undersøkelsen har vist at det å sette sprøyter alene var vanlig i et utvalg personer som bruker opioider og/eller sentralstimulerende midler. Dette tyder på at det er behov for tiltak som kan redusere situasjoner der hvor sprøyter inntas alene. Samtidig er det også behov for strategier for å redusere risiko dersom det ikke er mulighet for å sette sprøyter sammen med andre. Menn hadde over dobbelt så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene sammenlignet med kvinner. Kjønnforskjeller kan ha betydning når det gjelder overdoseforebyggende tiltak, og det bør i større grad sette søkelys på at menn bruker oftere sprøyter alene. I tillegg hadde de som oppga hyppig amfetaminbruk mer enn tre ganger så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene sammenlignet med de som ikke brukte like hyppig eller injiserte andre stoffer. På samme måte som ved opioidbruk, bør personer som bruker hyppig amfetamin bevisstgjøres overdoserisikoen det er å sette sprøyter alene.

Referanser kappe

Aitken, C., Moore, D., Higgs P., Kelsall J. & Kerger M. (2002). *The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street*. The international journal of drug policy, 13, 193 – 202.

Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2017). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bonar, E.E. & Rosenberg, H. (2011). *Using the health belief model to predict injecting drug users intentions to employ harm reduction strategies*. Addictive Behaviors, 36, 1038 – 1044. doi:10.1016/j.addbeh.2011.06.010

Bramness, J. & Madah – Amiri, D. (2017). *Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko*. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/notat---bruk-av-rusmidler-pa-ulike-mater.pdf>

Bretteville – Jensen, A.L. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993 – 2004*. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), (4).

Bretteville – Jensen, A.L. & Sutton, M. (1996). *The income-generating behaviour of injecting drug-users in Oslo*. Addiction, 91(1), 63-79.

Coroners service. (2018). *Illicit drug overdose deaths in BC*. Ministry of Public Safety and Solicitor General.

Clausen, T., Anchersen, K. & Waal, H. (2009). *Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study*. Drug and Alcohol Dependence, 94, 151-157. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.11.003.

Degenhardt, Bucello, Mathers, Briegleb, Ali, Hickman & McLaren. (2010). *Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies*. Society for the Study of Addiction, 106, 32-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x

Eide, D., & Clausen, T. (2019). *Kunnskapsgrunnlag for tilbud om rusmiddeltesting for rusmiddelbrukere. En kunnskapsoppsummering utført av SERAF på oppdrag fra Helsedirektoratet*. Senter for rus- og avhengighetsforskning, (SERAF), (3).

Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). (2019). *Europeisk narkotikarapport 2019: Trender og utvikling*. Den europeiske unions publikasjonkontor, Luxembourg. doi:10.2810/16668

Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). (2009). *Årsrapport 2009: Narkotikasituasjonen i Europa*. Den europeiske unions publikasjonkontor, Luxembourg.

Folkehelseinstituttet (FHI). (2019). *Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2018/>

Gjersing, L. (2017). *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet (FHI).

Gjersing, L. & Amundsen, E (2019). *Narkotika i Norge 2018*. Folkehelseinstituttet (FHI). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/>

Gjersing, L. & Bretteville – Jensen, A.L. (2013). *Is opioid substitution treatment beneficial if injecting behaviour continues?* Drug and Alcohol Dependence. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.022>

Gjersing, L. & Bretteville – Jensen, A.L. (2014). *Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street – recruited injecting drug users*. BMC Public Health, 14:440. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/440>

Gjersing, L. & Bretteville – Jensen, A.L. (2015). *Are overdoses treated by ambulance services an opportunity for additional interventions? A prospective cohort study*. Society for the Study of Addiction. doi:10.1111/add.13026

Gjersing, L. & Bretteville–Jensen, A.L. (2018). *Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users*. Society for the Study of Addiction doi:10.1111/add.14053

Gjersing, L., Jonassen, K., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J.G. & Clausen, T. (2013). *Diversity in causes and characteristics of drug - induced deaths in a urban setting*. Scandinavian journal of public health, 41, 119-125. DOI: 10.1177/1403494812472007

Gjersing, L. & Sandøy, T.A. (2014). *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer (SIRUS rapport 1/2014)*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. & Roy, E., (2013). *Changing patterns of first injection across key periods of the French harm reduction policy: PrimInject, a cross sectional analysis*. Drug and Alcohol Dependence. 133, 254-261.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.04.026>

Helsedirektoratet. (2014). *Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve. Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2019). *Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve. Nasjonal overdosestrategi 2019 – 2022*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hovland, B.I. (2008). Hvem tilhører en «sårbar gruppe» - og er det alltid beskyttelse de (vi) trenger? I Ruyter, K.W., Solbakk, J.H., & Waal, H. (Red), *Rusmiddelbrukeren og forskeren*. Oslo: AIT e-dit AS.

Johannesen A. (2019). *Introduksjon til SPSS (4.utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kimberlin, C.L. & Winterstein, A.G. (2008). *Validity and reliability of measurement instruments used in research*. American Society of Health-System Pharmacy. DOI 10.2146/ajhp070364

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Madah - Amiri, D., Gjersing, L. & Clausen, T. (2018). *Naloxone distribution and possession following a large – scale naloxone programme*. Society for the study of addiction. DOI: 10.1111/add.14425

Mathers, B.M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L. & Hickman, M. (2013). *Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis*. Bull world health organ, 91, 102 – 123. doi:10.2471/BLT.12.108282.

National institute on drug abuse (NIDA). (2019). *Overdose death rates*. Hentet fra <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>

Nesvåg, S. Salte, T. & Gundersen, S. (2019). *Hvordan kan vi forstå den subjektive opplevelsen av risikoen for overdose?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 1, 28-38. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-04>

Pripp, A.H. (2017). *Antalls- og styrkeberegninger i medisinske studier*. Den norske legeforening. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0414

Pripp, A.H. (2018). *Validitet*. Tidsskrift for Den norske legeforening. DOI:10.4045/tidsskr.18.0398

Ravndal, E. & Lauritzsen, G. (2015). *Rusmisbruk, angst og depresjon etter 10 år: En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere med og uten LAR-behandling*. Nordic studies on alcohol and drugs (NAD).

Rhodes, T. (1997). *Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour*. Sociology of health & illness.

Richert, A. (2014). *Overdoser, forsørjningsstrategier och riskhantering. Livsvilkor for personer som injicerar narkotika*. Malmo University: Health and Society Doctoral Dissertations.

Richert, T. & Svensson, B. (2008). *Med livet som insats – injeksjonsmissbruk, risktagande och overdoser*. Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift.

Riksheim, M., Gossop, M. & Clausen, T. (2013). *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.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.006>

Small, W., Kerr, T., Charette, J., Schechter, M.T., & Spittal, P. M. (2005). *Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation*. The international journal of drug policy, 17, 85-95.
doi:10.1016/j.drugpo.2005.12.005

Smith – Solbakken, M. og Tunngland, E.M (1997). *Narkomiljøet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Stockings, E., Tran, L.T., Santo, T., Peacock, A., Larney, S., Santomauro, D., Farrell, M. & Dagenhardt, L. (2019). *Mortality among people with regular or problematic use of amphetamines: a systematic review and meta-analysis*. Society for the study of addiction, 114, 1738-1750. doi:10.1111/add.14706

Thagaard, Tove (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thrane, K. (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Universitetet i Stavanger (UiS). (2019). Hentet fra <https://student.uis.no/bibliotek/sok-og-finn/databaser/fagdatabasar-helsefag-article16765-20474.html>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019). *World drug report 2019*. Vienna: United Nations Publications. Hentet fra https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf

Waal, H. og Gossop, M. (2013). *Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns*. European Addiction Research. DOI: 10.1159/000346781

Hvem er de som setter sprøyte alene?

- *En kvantitativ undersøkelse blant 497 personer som bruker opioider og/eller sentralstimulerende midler*

Who are they who inject alone?

- *A quantitative study among 497 people using opioids and/or central stimulants*

Av Marte Kristin Helle

Artikkel skrevet for publisering i Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAD),
nad@nordicwelfare.org

Ord: 4779

ABSTRACT

Aims: To examine how many who had injected during the past four weeks, and how many who did this alone in a sample of people who use opioids and/or central stimulants. To describe the participants in the terms of selected variables and to examine predictors for injecting alone. **Design:** A cross-sectional study. Participants were recruited in seven Norwegian cities in September 2017 (n=497). Statistical differences were investigated with t-test, anova test, squared test, and fishers exact test. Multinomic logistic regression analysis was used to investigate predictors for injected alone. **Finding:** Of the total 497 participants, 360 (72%) had injected at least once during the past four weeks. Compared to those who had not injected, they were younger (42 vs.47 years $t=4.5$ $p<0.001$) and a higher proportion were homeless or in short-term housing facilities (19% vs.10% $X^2=5.7$ $p=0.016$). Of the 360 who had injected, 50% were always or almost always alone when they injected. Among those injecting alone, a higher proportion were men (79%) ($X^2=6.8$ $p=0.033$), reported frequent amphetamine use (44%) ($X^2=14.04$, $p=0.001$) and reported being in opioid maintenance treatment (OMT) (60%) ($X^2=6.8$ $p=0.032$). Men (adjusted RRR=2.08 95% CI 1.07;4.07) and frequent amphetamine use (adjusted RRR=3.94 95% CI 1.81;8.60) were predictors for injecting alone always or almost always, while OMT was not (unadjusted RRR=1.41 95% CI 0.77;2.59). **Conclusion:** Injecting alone was common among participants in this sample of people who had used opioids and/or central stimulants. Men were twice as likely to inject alone compared to women, and people who reported frequent amphetamine use were more than three times as likely to inject alone compared to those who did not reported frequent amphetamine use.

Sammendrag

Formål: Å undersøke hvor mange deltakere som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler med sprøyte, og hvor mange som hadde brukt sprøyte alene. Beskrive disse i form av utvalgte variabler, samt undersøke prediktatorer for sprøytebruk alene. **Metode:** Tverrsnittsundersøkelse blant gate- og lavterskelrekrutterte deltakere i syv norske byer i september 2017 (n=497). Statistiske forskjeller ble undersøkt med t-test, anova test, kji-kvadrat test og fishers exact test. Multinomisk logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke prediktorer for sprøytebruk alene. **Resultater:** 360 (72%) av 497 deltakere hadde brukt rusmidler med sprøyte en eller flere ganger. Sammenlignet med dem som ikke hadde brukt sprøyter, så var de yngre (42 vs.47 år $t=4,5$ $p<0,001$) og flere hadde ustabil bosituasjon

(19% vs.10% $X^2=5,7$ $p=0,016$). 179 (50%) av de 360 hadde brukt sprøyter alene alltid/nesten alltid, deriblant flere menn (79%) ($X^2=6,8$ $p=0,033$), flere som oppga hyppig amfetaminbruk (44%) ($X^2=14,04$, $p=0,001$) og flere som oppga å være i LAR (60%) ($X^2=6,8$ $p=0,032$). Menn (justert RRR=2,08 95% KI 1,07;4,07) og hyppig amfetaminbruk (justert RRR=3,94 95% KI 1,81;8,60) var predikatorer for å sette sprøyte alene alltid/nesten alltid, mens LAR ikke var det (ujustert RRR=1,41 95% KI 0,77;2,59). **Konklusjon:** Å sette sprøyte alene var vanlig blant deltakere i dette utvalget som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler. Menn og personer som oppga hyppig amfetaminbruk hadde henholdsvis dobbelt så stor og over tre ganger så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene, sammenlignet med kvinner og de som ikke oppga hyppig amfetaminbruk.

Nøkkelord

Overdosedødsfall, overdoser, sprøytebruk, sprøytebruk alene, rusmiddelbruk, opioid bruk, risikofaktor

Introduksjon

Overdosedødsfall er en økende internasjonal utfordring det er behov for å sette søkelys på. Rundt 585 000 mennesker av verdens befolkning døde som følge av narkotikabruk i 2017, og overdoser var den hyppigste dødsårsaken (UNODC, 2019). I USA har overdosedødsfallene doblet seg på ti år, og mer enn 70 200 døde i denne tidsperioden av en overdose (NIDA, 2019). I Europa var det i 2017 over 9400 menneskeliv som gikk tapt som følge av en overdose, og 78% av dødsfallene var relatert til opioider (EMCDDA, 2019). I Norden er det også et høyt antall overdosedødsfall. I Norge dør i gjennomsnitt 260 mennesker hvert år som følge av en overdose (Gjersing & Amundsen, 2019), og er ifølge EMCDDA blant de landene i Europa med flest overdosedødsfall (EMCDDA, 2019). Sverige er også blant de europeiske landene med flest overdosedødsfall, med over 620 dødsfall i 2017 (EMCDDA, 2019). Til sammenligning døde 237 mennesker i Danmark i 2016 og 200 mennesker i Finland i 2017 (EMCDDA, 2019). Det er derfor behov for mer kunnskap om hvordan disse dødsfallene kan forebygges.

Overdosedødsfall er særlig knyttet til rusmiddelbruk med sprøyte (Mathers et.al., 2013; Degenhardt et.al, 2010). Andre kjente risikofaktorer er opioider kombinert med alkohol og benzodiazepiner (Richert & Svensson, 2008), opioider inntatt med sprøyte (Degenhardt et.al., 2010), økende alder (Rossow, 1996), hjemløshet (Wright, Oldham & Jones, 2005) og tiden

etter behandling eller fengsel (Ravndal & Amundsen, 2010; Bingswanger, Blatchford, Mueller & Stern, 2013). I tillegg antas risikoen for overdose å øke dersom man er alene når man injiserer. En undersøkelse fra Canada fant at to tredjedeler av de som døde av en overdose hadde brukt rusmidler alene før dødsfallet (Coroners service, 2018). Risikoen antas derfor å forsterkes ytterligere dersom man setter rusmidler med sprøyter alene.

Det er flere tiltak som kan forebygge overdoser og overdosedødsfall. Substitusjonsbehandling er en av de best dokumenterte behandlingene for å redusere tidlig død av overdose (Mathers et.al., 2013). I tillegg reduserer heroinrøyking risikoen for en overdose, sammenlignet med om man setter stoffet med sprøyte (Darke, Mills, Ross & Teesson, 2011). Å motivere personer som bruker sprøyte til å røyke heroin fremfor å injisere, å dele ut røykefolie og å tilby opplæring i å røyke stoffet kan derfor være tiltak som reduserer risikoen for overdosedødsfall. I tillegg er det flere studier som viser at utdeling av motgiften nalokson neseppray til personer som er utsatt for opioid overdoser kan redusere risikoen for fatale overdoser (Seal et.al., 2003; Enteen et.al., 2010; Bennett, Bell, Tomedi, Hulsey & Kral, 2011).

På bakgrunn av det vedvarende høye antallet overdosedødsfall i Norge ble det i 2014 introdusert en nasjonal overdosestrategi som ble videreført i 2019 (Helsedirektoratet, 2019). Denne inneholdt flere tiltak, deriblant tre tiltak som ble fremhevet som strategiens satsningsområder. Et av disse tiltakene var SWITCH. Det er en kampanje som skal påvirke injiseringskulturen ved å motivere brukerne til mindre skadelige inntaksmåter fremfor bruk av sprøyter (Helsedirektoratet, 2019). Et annet tiltak var å øke tilgangen til legemiddelassistert rehabilitering (LAR), inkludert lavterskel substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet, 2019). Det tredje tiltaket var å fortsette å distribuere nalokson neseppray i alle norske kommuner som har overdoseutfordringer (Helsedirektoratet, 2019). I perioden 2014 - 2017 ble det delt ut over 4600 sprayer i de to største norske byene Oslo og Bergen (Madah – Amiri, Gjersing & Clausen, 2018). I tillegg har det vært fokus på forebygging i sårbare perioder etter løslatelse fra fengsel og behandling (Bukten et.al., 2017; Helsedirektoratet, 2019). Samlet sett er disse tiltakene på lang sikt forventet å redusere antallet overdosedødsfall.

I løpet av de fire første årene av den Nasjonale Overdosestrategien har en ikke sett noen tydelig reduksjon i antall overdosedødsfall (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er sannsynligvis for tidlig å forvente noen effekt av de ulike tiltakene enda, og det er trolig behov for flere år

før en ser en eventuell reduksjon. På den annen side kan det også være at det er andre årsaker til at en ikke ser en slik effekt enda. En mulig årsak kan være at en stor andel av de som dør av overdose har satt den fatale overdosen med sprøyte alene. Dersom man setter sprøyte mens man er alene er det ingen som kan sette nalokson neseppray dersom det er nødvendig. Det er derfor behov for mer kunnskap om sprøytebruk blant personer under risiko for overdose.

I 2017 ble det rekruttert 497 personer som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker fra gate- og lavterskeltiltak i syv norske byer. Formålet med denne studien var å undersøke hvor mange i dette utvalget som hadde brukt rusmidler med sprøyte siste fire uker. Blant dem som hadde brukt sprøyter var det ønskelig å vite hvor mange som hadde gjort dette alene og å beskrive disse i form av blant annet kjønn, alder, bosituasjon og rusmiddelbruk. Det var også ønskelig å undersøke hvilke av disse bakgrunnsvariablene som var forbundet med det å sette sprøyter alene med hjelp av multinomisk regresjonsanalyse.

Metode

Design

Dette var en tverrsnittundersøkelse der 497 personer som oppga bruk av illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker ble inkludert september 2017.

Rekrutteringen fant sted i syv norske byer (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Sandnes, Tromsø og Kristiansand).

Deltakere

Deltakerne ble rekruttert i og utenfor ulike typer lavterskeltiltak som lavterskel kafeer, hybelhus for personer med rusproblemer, gatenære helsetiltak, lavterskel jobbtiltak, sprøyterom og utleveringsklinikker for LAR – medikamenter. Forsker fra Folkehelseinstituttet, samt forskingsassistenter, rekrutterte og intervjuet informantene. Informantene fikk 200 kr. for deltakelse. De signerte en samtykkeerklæring og oppga personnummeret. Personnummeret skal i fremtiden brukes til å koble med ulike registre, og er ikke relevant for undersøkelsen presentert i denne artikkelen.

Spørreskjema

Deltakerne ble intervjuet av en forsker og assistenter gjennom et elektronisk spørreskjema på et nettbrett. Spørreskjemaet omhandlet hovedsakelig egen situasjon siste fire uker før inklusjon. Forskeren og assistentene stilte spørsmålene og fylte ut svarene i spørreskjemaet,

og deltakeren stod ved siden av og så hva som ble besvart. Spørreskjema har vært brukt til å intervju personer utenfor sprøyteutdelingen i Oslo siden 1993 (Bretteville – Jensen & Sutton 1996). Spørsmålene inkluderte personlige opplysninger som kjønn, alder, bosituasjon, erfaring med rusmidler som debutalder for rusmiddelbruk og sprøytebruk, type rusmiddel, inntaksmåter, opplæring nalokson nesespray og overdoseerfaring (Gjersing & Sandøy, 2014).

Statistiske analyser

Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS versjon 25. Analysene var eksplorative. Forskjeller mellom gruppene i de deskriptive beskrivelsene ble undersøkt ved hjelp av t-test og anova test for kontinuerlige variabler, og kjiqvadrat test og fishers exact test for kategoriske variabler (Thrane, 2018). Ujustert og justert multinomisk logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med sannsynligheten (oddsen) for å sette sprøyter alene «nesten alltid eller alltid», «av og til» og «aldri» (Johannessen, 2009). «Aldri» var referansekategorien. Signifikansnivået ble satt til $p \leq 0,05$. Estimater ble presentert som relativ risk ratioer (RRR) med 95% konfidens intervall (KI).

Begrunnelser for variabler i den multinomiske regresjonsanalysen

Å sette sprøyter alene er en velkjent risikofaktor for en fatal overdose (Mathers et. al., 2013). I den multinomiske regresjonsmodellen ble det derfor valgt å inkludere predikatorer som fra tidligere har vært assosiert med overdose og overdosedød. Disse variablene var kjønn (Bretteville - Jensen, 2005), alder (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018), ustabil bosituasjon (hjemløshet) (Gjersing & Bretteville – Jensen, 2013), bruk av alkohol og illegale rusmidler, samt injeksjon av ulike rusmidler (Mathers et. al., 2013). LAR er kjent for å redusere risikoen for overdoser (Clausen, Anchersen & Waal, 2008). I tillegg ble overdoser siste fire uker tatt med da det kan være et kjennetegn på risikofylt bruk, samt opplæring av nalokson nesespray fordi informasjon om trygg sprøytebruk er inkludert i opplæringen. Denne studien hadde et lavt antall deltakere (n=497) og det var derfor ønskelig å ha færrest mulig variabler i den justerte analysen. I den justerte modellen ble derfor kun variabler som var statistisk signifikante ($p \leq 0,05$) i den ujusterte analysen, i tillegg til kjønn og alder, inkludert.

Finansiering

Datainnsamlingen ble finansiert av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Etikk

Denne studien ble godkjent av den Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk 19 juni 2019 (2013/599/REK sør-øst).

Resultater

Beskrivelse av hele utvalget

Av de 497 deltakerne, var 76% menn og gjennomsnittsalderen var 44 år (Tabell 1). 17% hadde en ustabil bosituasjon de siste fire ukene, det vil si at de enten bodde på hospits eller var uten fast bolig. Halvparten var i LAR.

Sprøytebruk

360 av de 497 deltakerne hadde brukt rusmidler med sprøyte en eller flere ganger siste fire uker før de ble intervjuet (Tabell 1). Sammenlignet med dem som ikke hadde brukt sprøyter, så var de yngre (42 vs. 47 år $t=4,5$ $p<0,001$) og en høyere andel bodde på hospits eller var uten fast bolig (UFB) (19% vs. 10% $X^2=5,7$ $p=0,016$). Det var også flere blant de som hadde brukt sprøyter som hadde fått opplæring i bruk av nalokson neseppray (56% vs. 44% $X^2=5,7$ $p=0,018$).

Sprøytebruk alltid alene, alene av og til eller aldri alene

Kun 16 % hadde ikke brukt sprøyte alene av de 360 personene som hadde brukt sprøyter siste fire uker. Samtidig oppga halvparten av de som hadde brukt sprøyter at de alltid eller nesten alltid brukte dette alene. Blant de sistnevnte var det en noe høyere andel menn (79%), sammenlignet med de som av og til satte sprøyter alene (72%) og aldri satte sprøyter alene (63%) ($X^2=6,8$ $p=0,033$) (Tabell 2). I denne kategorien var det også en høyere andel som hadde satt amfetamin med sprøyte daglig eller nesten daglig (≤ 4 dager i uken) (44%), sammenlignet med de andre to kategoriene (40% og 16% $X^2=14,04$, $p=0,001$). I tillegg var det en betydelig høyere andel som var i LAR (60%) sammenlignet med de to andre kategoriene (52% og 45% $X^2=6,8$ $p=0,032$).

Predikatorer for å sette sprøyter alene

Menn var mer enn to ganger så tilbøyelige til å nesten alltid/alltid sette sprøyter alene enn å aldri sette sprøyter alene (justert RRR=2,08 95% KI 1,07; 4,07) (Tabell 3). De som injiserte amfetamin daglig eller nesten daglig var mer enn tre ganger så tilbøyelige til å sette sprøyter alene nesten alltid eller alltid enn å aldri sette sprøyter alene (justert RRR= 3,94 95% KI 1,81;

8,60). I tillegg var de mer enn tre ganger så tilbøyelige til å sette sprøyter alene av og til, sammenlignet med å aldri sette sprøyter alene (justert RRR=3,45 95% KI 1,54; 7,71). Det å være i LAR var ikke en statistisk signifikant prediktor for å sette sprøyter alene i denne analysen (ujustert RRR = 1,41 95% KI 0,77; 2,59).

Diskusjon

Det var vanlig å sette sprøyte alene blant de 360 deltakerne som hadde brukt rusmidler med sprøyte en eller flere ganger siste fire uker. Blant de som satte sprøyter alene, var det flere menn, flere som oppga hyppig amfetaminbruk og flere som oppga å være i LAR sammenlignet med de som aldri eller kun av og til satte sprøyter alene. Den justerte multinomiske regresjonsanalysen viser at menn og hyppig amfetaminbruk var statistisk signifikante prediktorer for å sette sprøyter alene alltid eller nesten alltid, mens det å være i LAR ikke var det.

Halvparten av deltakerne i denne undersøkelsen satte sprøyter alene alltid eller nesten alltid, og kun en liten andel (16%) oppga at de aldri brukte sprøyter alene. Det er ikke mulig å bedømme om dette er en høy eller lav andel sammenlignet med andre studier, da det i litteratursøk i forbindelse med dette prosjektet ikke er funnet tilsvarende studier. Imidlertid viser en undersøkelse fra Frankrike at andelen som satte sin første sprøyte alene økte fra 18% i perioden 1996 – 2005 til 30% i perioden 2006 – 2010 (Guichard et.al., 2013). Dette kan muligens antas å underbygge funnet om at sprøytebruk alene er vanlig. Siden det ikke er funnet tilsvarende norske studier er det ikke mulig å vite om dette er en økende praksis også her. Imidlertid viser denne undersøkelsen at de færreste i dette utvalget aldri satte sprøyter alene.

Den høye andelen som satte sprøyter alene i dette utvalget, er bekymringsfull. Dette fordi det å sette sprøyter alene antas å øke sannsynligheten for å dø av en overdose (Coroners service, 2018). Ved en overdose er det da ingen andre tilstede som kan hjelpe dersom det skulle bli nødvendig. Imidlertid er det ikke alltid anledning til å sette sprøyter sammen med andre, da injiseringen kan skje impulsivt på ulike steder og under ulike omstendigheter. En undersøkelse fra Sverige fant at inntak av rusmidler var avhengig av den enkeltes muligheter og den aktuelle situasjonen, og at rusmiddelinntak like gjerne kan skje på en offentlig plass som i en privat bolig (Richert & Svensson, 2008). Omstendighetene rundt den enkelte kan imidlertid ha betydning for å planlegge tryggere bruk sammen med andre. Tiden til å

reflektere over risikoen ved sprøyteinntaket og muligheten til å ta forhåndsregler, kan bli påvirket av stressende omgivelser og sannsynligheten for å bli avbrutt (Richert & Svensson, 2008). Studier viser også at bortvisninger fra politiet kan føre til risikofull injisering som følge av stress og hastverk (Aitken, Moore, Higgs, Kelsall & Kerger, 2002; Small, Kerr, Charette, Schechter & Spittal, 2006). Det kan tenkes at for enkelte er det tilfeldig hvor rusmiddelet inntas og om en er alene eller ikke, og at trangen etter rusopplevelsen er viktigere enn tryggere omstendigheter.

Den nevnte franske undersøkelsen spekulerer i om den høye andelen som setter sprøyter alene kan ha sammenheng med god tilgang til rene sprøyter gjennom et godt utbygd sprøyteutdelingsprogram (Guichard et.al., 2013). Det kan også være en av årsakene i Norge og muligens andre skandinaviske land også. I Norge er kommunene pålagt å ha en ordning for utdeling av brukerutstyr som en del av det smitteforebyggende arbeidet (Helsedirektoratet, 2018). I 2018 hadde 87% av personene som satte rusmidler med sprøyte i Norge tilgang på rene sprøyter i sin kommune (Hustvedt & Nesvåg, 2019). Tilgjengeligheten til sprøyter og annet brukerutstyr kan bidra til at flere har det utstyret de trenger for å sette rusmidlene alene, og sjeldnere trenger å oppsøke andre. En annen årsak kan være tilgang til kunnskap om sprøytebruk og til rusmidler gjennom internett. Dette trekkes også frem som en mulig årsak i undersøkelsen fra Frankrike, hvor flere skjulte brukergrupper av illegale rusmidler ble rekruttert gjennom internett (Guichard et. al., 2013). Samfunnsendringer og individualisert rusmiddelbruk kan være mulige forklaringer (Guichard et. al., 2013). Personer som bruker sprøyter i dagens samfunn er ikke nødvendigvis så avhengig av andre brukere som tidligere, og et mer individuelt rusbruk kan henge sammen med generelle trender i samfunnet.

I tillegg kan også en årsak til den høye andelen som setter sprøyter alene, handle om mangel på tilgjengelige brukerrom. I Norge er det to brukerrom, et i Oslo og et i Bergen, og det kan føre til at sprøytebrukere injiserer oftere alene enn de ellers ville gjort dersom det var flere slike tiltak tilgjengelig. Samtidig kan det også være at noen foretrekker å være alene, da bruk av rusmidler sammen med andre kan oppleves stressende. I den tidligere nevnte undersøkelsen fra Sverige kom det frem at noen føler press for å ta høyere dose eller eksperimentere med blandingsdoser av ulike rusmidler for å vise seg frem eller for å oppnå status i rusmiljøet (Richert & Svensson, 2008). Det kan dermed tenkes at noen trekker seg tilbake for å sette sprøyter alene for å ha en viss avstand til rusmiljøet. Andre årsaker kan muligens handle om ensomhet og mangel på venner, eller et skjult misbruk i frykt for

konsekvenser eller stigma. Likevel er det tryggere å injisere sammen med andre dersom en skulle trenge hjelp ved en overdose.

I denne undersøkelsen var det menn som hadde størst sannsynlighet for å sette sprøyter alene. Den enkeltes posisjon i rusmiljøet kan ha betydning for hvem som setter rusmidler sammen med andre (Richert & Svensson, 2008). Lav status i miljøet kan øke avhengigheten til andre, og dermed øke sannsynligheten for at bruken vil foregå sammen med andre (Richert & Svensson, 2008). Dette kan være en av årsakene til at menn hadde en større sannsynlighet for å sette sprøyter alene, sammenlignet med kvinner i denne undersøkelsen. Kvinner har kanskje en lavere status i rusmiljøet enn menn.

At menn i større grad enn kvinner bruker sprøyter alene kom også frem i en undersøkelse fra Australia (Dwyer et.al., 1994). Forventningspress som enkelte kan oppleve ved injisering sammen med andre (Richert & Svensson, 2008), kan tenkes å berøre menn i større grad enn kvinner ved at menn kan oppleve press om å prestere, være tøffe og teste grenser. Dette kan føre til at menn kanskje foretrekker å injisere alene. En annen årsak kan være at menn og kvinner ser ulikt på egen helse og håndterer den forskjellig. Det kan tenkes at kvinnene er mer opptatt av sin egen helse, og bevisst er sammen med andre i frykt for at noe skal skje under en injisering. Fra en undersøkelse om kjønn og problematisk rusmiddelbruk kom det frem at menn ofte har en person i livet sitt, det kan være en mor eller en kjærest, som ofte følger dem opp i motsetning til kvinner som i større grad tar ansvar for helsen sin selv (Trulsson, 2002). Man kan spekulere i om menn ikke forholder seg til den helsemessige risikoen det er å injisere alene, og kanskje i større grad enn kvinner trenger økt bevisstgjøring rundt dette.

I tillegg til det å være mann, økte det å rapportere hyppig bruk av amfetamin sannsynligheten for å sette sprøyter alene. Det er mulig at de som rapporterte hyppig amfetaminbruk var mer erfarne enn de som aldri brukte amfetamin eller brukte dette mer sjelden. Tidligere studier har vist at uerfarne sprøytebrukere er avhengig av andre for å sette rusmiddelet med sprøyte (Kerr et. al., 2007; Richert & Svensson, 2008).

Fra et globalt perspektiv er amfetamin det illegale rusmiddelet som blir brukt mest etter cannabis (UNODC, 2018). I Norge er amfetamin det vanligste rusmiddelet å injisere (Gjersing, 2017). Det er derfor bekymringsfullt at denne undersøkelsen viser at de som brukte amfetamin hyppig, hadde mer enn tre ganger så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene. Kun 16% av de som brukte amfetamin ofte, oppga at de aldri var alene mens de injiserte. Hyppig amfetaminbruk er assosiert med økt dødelighetsrisiko (Stockings et.al., 2019). De

vanligste dødsårsakene ved regelmessig eller problematisk amfetaminbruk er overdose, skade, selvmord, drap og hjerte- og karsykdommer (Stockings et. al, 2019; Gjersing & Bretteville - Jensen, 2018;). I tillegg er det ikke uvanlig å innta opioider etter flere dager med amfetaminbruk (Bramness & Madah – Amiri, 2017). Opioidbruk etter perioder med amfetaminbruk kan øke faren for overdose og overdosedødsfall, særlig dersom man er alene.

Bruk av amfetamin kan føre til nedsatt evne til kritisk vurdering og økt risikofull atferd (Bramness & Madah – Amiri, 2017). Dette kan være en årsak til at hyppig amfetaminbruk var en av predikatorene for å sette sprøyter alene i denne undersøkelsen. Amfetamin er assosiert med økt aktivitet og impulsive handlinger, og det å planlegge tryggere bruk kan tenkes er spesielt vanskelig ved hyppig inntak av amfetamin. De siste tiårene har også tilgang til og bruk av metamfetamin økt (Degenhardt et.al., 2017). Dette har bidratt til økt regelmessig bruk og flere tilfeller av skader (Degenhardt et.al., 2017). Overstadig bruk av metamfetamin er assosiert med avhengighet, psykoser, vold og kriminalitet (Degenhardt et.al. 2017). Også i Norge er metamfetamin tilgjengelig på gaten, og mye tyder på at brukerne ikke alltid vet hva de får i seg (Bramness & Madah – Amiri, 2017). Man bør bevisstgjøre brukere av amfetamin på forebyggende strategier på samme måte som ved bruk av opioider. For å redusere risikoen for alvorlige konsekvenser og i ytterste tilfelle tidlig død, bør ikke amfetamin settes med sprøyte alene. Samtidig, dersom det ikke er alternativer og stoffet skal settes alene, bør man oppfordre til å ta amfetamin på en annen måte enn ved sprøyter. Å ta amfetamin gjennom munnen er tryggere enn å sette stoffet med sprøyte (Bramness & Madah – Amiri, 2017). For å redusere risikoen for overdose blant denne gruppen, er det behov for tiltak (Stockings et.al, 2019). Det er muligens ikke lagt like stor vekt på risiko for overdose blant personer som bruker amfetamin som det er gjort på personer som bruker opioider. Imidlertid bør også denne gruppen bevisstgjøres farene for overdose og risikoen ved å sette sprøyter alene.

Det var en betydelig høyere andel som var i LAR blant de som satte sprøyter alene alltid eller nesten alltid sammenlignet med de to andre kategoriene («av og til» og «aldri»). Samtidig var ikke LAR en prediktor for å sette sprøyter alene i den multinomiske regresjonsanalysen. Årsaken til dette kan muligens være fordi utvalget var for lite. En tilsvarende studie med et større utvalg vil kanskje kunne avdekke om LAR er forbundet med en høyere sannsynlighet for å sette sprøyter alene. Dette fordi LAR er den mest brukte og mest effektive behandlingen for opioidavhengighet (Clausen, Anchersen & Waal, 2009; Riksheim, Gossop & Clausen, 2013; Mathers et.al., 2013). Samtidig er det flere som fortsetter sprøytebruk og rusmiddelbruk selv om de er i LAR (Gjersing & Bretteville - Jensen, 2013). Om det er slik at LAR er

forbundet med en høyere sannsynlighet for å sette sprøyter alene, så er det behov for å sette inn skadereduserende tiltak også mot denne gruppen.

Selv om det å injisere alene er risikofylt, så kan risikoen reduseres ved bruk av noen forebyggende strategier. En foreslått strategi for å forebygge overdoser når rusmiddel inntas alene, er å foreta et testskudd (Bonar & Rosenberg, 2011). Ved å injisere en liten dose før hele dosen settes, kan sannsynligheten for en overdose reduseres (Bonar & Rosenberg, 2011). Dette er spesielt viktig når styrken på stoffet er ukjent (Bonar & Rosenberg, 2011). Imidlertid kreves slike strategier både bevissthet og oppmerksomhet på risikosituasjonen, og i en undersøkelse fra 2008 kom det frem at 64% aldri eller sjelden utførte testskudd (Phillips & Rosenberg, 2008). I denne undersøkelse ble ikke dette spurt om, og i en fremtidig undersøkelse bør dette spørres om.

En annen forebyggende strategi som kan trygge bruken dersom en til tross for risikoen skal innta rusmiddelet alene, er å teste rusmiddelet i forkant. Analysing av rusmidler kan bidra til at brukeren i større grad kan ta en bedre beslutning basert på mer informasjon om rusmiddelet de skal ta (Eide & Clausen, 2019). Ved å ha kjennskap til hva stoffet inneholder, kan brukerne i større grad planlegge tryggere bruk. Imidlertid kan det også tenkes at når stoffet er testet og innholdet er kjent, kan det øke sannsynligheten for at stoffet inntas alene. Resultatet kan gi en falsk trygghet, og brukeren kan likevel innta stoffet uavhengig av hva testen viser (Bramness & Madah – Amiri, 2017). I Norge er dette tiltaket under vurdering som en del av den Nasjonale Overdosestrategien (Eide & Clausen, 2019). I denne undersøkelsen var heller ikke rusmiddeltesting inkludert som et spørsmål. I en fremtidig undersøkelse ville det vært interessant å undersøke om test av rusmidler kunne bidratt til at brukerne i større grad ville injisert sammen med andre som en forebyggende strategi.

Svakheter og styrker

Undersøkelsen har et tverrsnittsdesign, noe som tilsier at designet ikke er egnet for å si noe om kausalitet da årsak og virkning kartlegges samtidig (Thrane, 2018). I tillegg er dataene selvrapporterte. Selvrapporterte data kan ha svakheter som skjevheter i utvalget, problemer med å huske tilbake i tid, under- eller overrapportering og upresis estimering av hendelser eller aktiviteter (Thrane, 2018). Deltakerne kan ha underrapportert rusmiddelbruk på grunn av sosialt stigma knyttet til dette. Det kan også tenkes at deltakerne svarte i henhold til det inntrykket de ville skape, og at de underrapporterte på enkelte spørsmål. Deltakerne besvarte spørsmål som intervjueren fylte inn i et elektronisk spørreskjema. Det ville styrket studien

dersom deltakerne fylte ut svarene på spørreundersøkelsen selv, og disse svarene ikke var synlige for noen andre. 497 deltakere ble inkludert og dette er et lavt antall deltakere. I tillegg er det ikke sikkert at deltakerne i denne undersøkelsen er representative for personer som bruker rusmidler generelt i Norge, Skandinavia eller i andre land. På den andre siden så var demografiske variabler som kjønn, alder, bosituasjon, inntekt og erfaring med rusmidler tilsvarende det en har funnet i andre studier (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2015).

Det er ikke funnet tilsvarende undersøkelser i forbindelse med systematisk litteratursøk eller håndsøk knyttet til dette prosjektet. Imidlertid var det systematiske litteratursøket et begrenset søk fra 2009, så det kan ikke utelukkes at det finnes studier før den tid. Undersøkelsen har et unikt datamateriale som gir informasjon om en gruppe brukere av illegale rusmidler på gateplan som ikke alltid er like lette å nå. Fordi funnene i denne undersøkelsen tyder på at det å sette sprøyter alene er vanlig blant personer som setter stoff med sprøyter, så er den et godt utgangspunkt for en fremtidig kvalitativ undersøkelse. I en slik fremtidig undersøkelse er det behov for mer kunnskap rundt hvilke risikovurderinger den enkelte gjør slik at forebyggende strategier kan tilpasses dette.

Konklusjon

Denne undersøkelsen har vist at det å sette sprøyter alene var vanlig i et utvalg personer som bruker opioider eller sentralstimulerende midler. Dette tyder på at det er behov for tiltak som kan redusere situasjoner der hvor sprøyter inntas alene. Samtidig er det også behov for strategier for å redusere risiko dersom det ikke er mulighet for å sette sprøyter sammen med andre. Menn hadde over dobbelt så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene sammenlignet med kvinner. Kjønnforskjeller kan ha betydning når det gjelder overdoseforebyggende tiltak, og det bør i større grad sette søkelys på at menn bruker oftere sprøyter alene. I tillegg hadde de som oppga hyppig amfetaminbruk mer enn tre ganger så stor sannsynlighet for å sette sprøyter alene sammenlignet med de som ikke brukte like hyppig eller injiserte andre stoffer. På samme måte som ved opioidbruk, bør personer som bruker hyppig amfetamin bevisstgjøres overdoserisikoen det er å sette sprøyter alene.

Referanser artikkel

Aitken, C., Moore, D., Higgs P., Kelsall J. & Kerger M. (2002). *The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street*. The international journal of drug policy, 13, 193 – 202.

Bennett, A.S., Bell, A., Tomedi, L., Hulsey, E. G., & Kral, A.H. (2011). *Characteristics of an overdose prevention, response, and naloxone distribution program in Pittsburgh and Allegheny County, Pennsylvania*. Journal of urban health. DOI 10.1007/s11524-011-9600-7

Bingswanger, I.A., Blatchford, P.J., Mueller, S.R. & Stern, M.F. (2013). *Mortality After Prison Release: Opioid Overdose and Other Causes of Death, Risk Factors, and Time Trends From 1999 to 2009*. Annals of internal medicine, 159, 592 – 600.

Bonar, E.E. & Rosenberg, H. (2011). *Using the health belief model to predict injecting drug users`intentions to employ harm reduction strategies*. Addictive behaviors, 36, 1038 – 1044. doi:10.1016/j.addbeh.2011.06.010

Bramness, J. & Madah – Amiri, D. (2017). *Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko*. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/notat---bruk-av-rusmidler-pa-ulike-mater.pdf>

Bretteville – Jensen, A.L. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993 – 2004*. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), (4).

Bretteville – Jensen, A.L. & Sutton, M. (1996). *The income – generating behaviour of injecting drug – users in Oslo*. Addiction, 91(1), 63-79.

Bukten, A., Stavseth, M.R., Skurtveit, M., Tverdal, A., Strang, J. & Clausen, T. (2017). *High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period*. Society for the study of addiction, 112, 1423-1439. doi:10.1111/add.13803

Clausen, T., Anchersen, K. & Waal, H. (2009). *Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study*. Drug and Alcohol Dependence, 94, 151-157. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.11.003.

Coroners Service (2018). *Illicit drug overdose deaths in BC*. Ministry of public safety and solicitor general.

Darke S., Mills K.L., Ross J., Teesson M. (2011). *Rates and correlates of mortality amongst heroin users: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS), 2001–2009*. Drug alcohol dependence, 190 – 195. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.10.021>

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M., & McLaren, J. (2010). *Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analyses of cohort studies*. Society for the study of addiction, 106, 32-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x

Degenhardt, L., Sara, G., McKetin, R., Roxburgh, A., Dobbins, T., Farrell, M., Burns, L. & Hall, W.D., (2017). *Crystalline methamphetamine use and methamphetamine-related harms in Australia*. Drug and alcohol review, 36, 160-170. DOI: 10.1111/dar.12426

Dwyer, R., Richardson, D., Ross, M.W., Wodak, A., Miller, M.E. & Gold, J. (1994). *A comparison of HIV risk between women and men who injected drugs*. AIDS Education and prevention, 6(5), 379-389.

Eide, D., & Clausen, T. (2019). *Kunnskapsgrunnlag for tilbud om rusmiddeltesting for rusmiddelbrukere. En kunnskapsoppsummering utført av SERAF på oppdrag fra Helsedirektoratet*. Senter for rus- og avhengighetsforskning, (SERAF), (3).

Enteen, L., Bauser, J., McLean, R., Wheeler, E., Huriaux, E., Kral, A.H., & Bamberger, J.D., (2010). *Overdose prevention and naloxone prescription for opioid users in San Francisco*. Journal of urban health. doi:10.1007/s11524-010-9495-8

Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). (2019). *Europeisk narkotikarapport 2019: Trender og utvikling*. Den europeiske unions publikasjonkontor, Luxembourg. doi:10.2810/16668

Folkehelseinstituttet (FHI). (2019). *Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2018/>

Gjersing, L. (2017). *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet (FHI).

Gjersing, L. & Amundsen, E (2019). *Narkotika i Norge 2018*. Folkehelseinstituttet (FHI). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/>

Gjersing, L. & Bretteville – Jensen, A.L. (2013). *Is opioid substitution treatment beneficial if injecting behaviour continues?* Drug and alcohol dependence. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.022>

Gjersing, L. & Bretteville – Jensen, A.L. (2015). *Are overdoses treated by ambulance services an opportunity for additional interventions? A prospective cohort study*. Society for the study of addiction. doi:10.1111/add.13026

Gjersing, L. & Bretteville–Jensen, A.L. (2018). *Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users*. Society for the study of addiction doi:10.1111/add.14053

Gjersing, L. & Sandøy, T.A. (2014). *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer (SIRUS rapport 1/2014)*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. & Roy, E., (2013). *Changing patterns of first injection across key periods of the French harm reduction policy: PrimInject, a cross sectional analysis*. Drug and alcohol dependence, 133, 254-261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.04.026>

Helsedirektoratet (2018). *Kommuners plikt til å forebygge smitte med blodbårne sykdommer*. Hentet fra [Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonale overdosestrategi 2019 – 2022*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonale_overdosestrategi_2019-2022.pdf

Hustvedt, I., B. & Nesvåg, S. (2019). *Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. Kommuneundersøkelse 2018*. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) (1).

- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. (4.utg). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kerr, T., Fairbairn, N., Tyndall, M., Marsh, D., Li, K., Montaner, J. & Wood, E., (2007). *Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance - using injection drug users*. *Drug and alcohol dependence*, 87, 39-45. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.07.009
- Madah - Amiri, D., Gjersing, L. & Clausen, T. (2018). *Naloxone distribution and possession following a large – scale naloxone programme*. Society for the study of addiction. DOI: 10.1111/add.14425
- Mathers, B.M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L. & Hickman, M. (2013). *Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis*. *Bull world health organ*, 91, 102 – 123. doi:10.2471/BLT.12.108282.
- National institute on drug abuse (NIDA). (2019). *Overdose death rates*. Hentet fra <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>
- Phillips, K. T., & Rosenberg, H. (2008). *The development and evaluation of the harm reduction self-efficacy questionnaire*. *Psychology of addictive behaviors*, (1), 36-46. DOI: 10.1037/0893-164X.22.1.36
- Pripp, A.H. (2017). *Antalls- og styrkeberegninger i medisinske studier*. Den norske legeforening. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0414
- Ravndal, E. & Amundsen, E. (2010). *Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study*. *Drug and alcohol dependence*, 108, 65-69. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008
- Richert, T. & Svensson, B. (2008). *Med livet som insats – injeksjonsmissbruk, risktagande och overdoser*. Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift.
- Riksheim, M., Gossop, M. & Clausen, T. (2013). *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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.006>
- Rossow, I. (1996). *Rusmiddelmisbruk og dødelighet*. *Norsk epidemiologi*, 6 (1), 37-44.

Seal, K.H., Downing, M., Kral, A.H., Singleton-Banks, S., Hammond, J.P., Lorvick, J., Ciccarone, D. & Edlin, B.R., (2003). *Attitudes about prescribing take-home naloxone to injection drug users for the management of heroin overdose: a survey of street-recruited injectors in the San Francisco bay area*. Journal of urban health.

Small, W., Kerr, T., Charette, J., Schechter, M.T., & Spittal, P. M. (2006). *Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation*. The international journal of drug policy, 17, 85-95.

doi:10.1016/j.drugpo.2005.12.005

Stockings, E., Tran, L.T., Santo, T., Peacock, A., Larney, S., Santomauro, D., Farrell, M. & Dagenhardt, L. (2019). *Mortality among people with regular or problematic use of amphetamines: a systematic review and meta-analysis*. Society for the study of addiction, 114, 1738-1750. doi:10.1111/add.14706

Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Trulsson, K. (2002). Kjønnsperspektiv på misbruk. I Øiern, T. (Red.), *Kjønnnet perspektiv virker*. Rus & Avhengighet, 2 (2006). Hentet fra

https://www.idunn.no/file/ci/2912939/Kjoennet_perspektiv_virker.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). *World drug report 2018*.

Vienna: United Nations Publications. Hentet fra

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019). *World drug report 2019*.

Vienna: United Nations Publications. Hentet fra

https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf

Wright, N., Oldham, N. & Jones, L. (2005). *Exploring the relationship between homelessness and risk factors for heroin-related death—a qualitative stud*. Drug and alcohol review, 24, 245 – 251. DOI: 10.1080/09595230500170308

Vedlegg 1. Tabell 1

Tabell 1. Beskrivelse av 497 personer som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker, og en sammenligning av de som hadde brukt rusmidler med sprøyte siste fire uker, med de som ikke hadde gjort det

	Totalt 100% n= (497)	Ikke brukt sprøyte 100% n= (137)	Brukt sprøyte 100% n= (360)	P – verdi
Mann	76% (375)	79% (108)	74% (267)	$X^2=1,2$ p=0,296
Gjennomsnittsalder (sd ^a)	44 (10,2)	47 (10,1)	42 (10,0)	t= 4,5 ^b p<0,001
Bosituasjon siste fire uker:				
-Hospits eller UFB	17% (83)	10% (14)	19% (69)	$X^2=5,7$ p=0,016
Debutalder sprøytebruk ^c (sd ^a)	21 (12,2)	23 (15,3)	21 (11,1)	t= 1,3 ^b p= 0,190
Rusmiddelbruk siste fire uker (ikke sprøytebruk):				
-Alkohol	62% (309)	64% (88)	61% (221)	$X^2=0,3$ p=0,605
-Cannabis	79% (390)	74% (101)	80% (289)	$X^2=2,5$ p=0,114
-Amfetamin	23% (113)	33% (45)	19% (68)	$X^2=11,0$ p=0,001
-Heroin	16% (78)	16% (22)	16% (56)	$X^2=0,01$ p=0,891
-Kokain	8% (38)	4% (6)	9% (32)	p=0,129 ^d
-Piller	73% (361)	74% (101)	72% (260)	$X^2=0,112$ p=0,822
Daglig eller nesten daglig bruk av rusmidler (ikke sprøytebruk):				
-Alkohol	21% (102)	26% (35)	19% (67)	$X^2=2,9$ p=0,106
-Cannabis	49% (243)	51% (70)	48% (173)	$X^2=0,3$ p=0,549
-Heroin	4% (19)	4% (6)	4% (13)	p=0,794 ^d
-Amfetamin	6% (28)	11% (15)	4% (13)	p=0,004 ^d
-Kokain	0,2% (1)	0% (0)	0,3% (1)	p=1,00 ^d
-Piller	45% (222)	53% (73)	41% (149)	$X^2=5,6$ p=0,020
I LAR	51% (254)	45% (61)	54% (193)	$X^2=3,27$ p=0,072
Opplæring nalokson nespray ^e	53% (255)	44% (57)	56% (198)	$X^2=5,7$ p=0,018
Overdose siste 4 uker	5% (25)	0% (0)	7% (25)	P<0,001 ^d

^a Standardavvik

^b T-test

^c Debutalder sprøytebruk: 42 manglende svar

^d Fishers exact test

^e Opplæring nalokson nespray: 14 manglende svar

Vedlegg 2. Tabell 2

Tabell 2. En beskrivelse av de som har satt rusmidler med sprøyte siste fire uker fordelt på kategoriene aldri satt alene, satt alene av og til og nesten alltid/ alltid satt alene blant 359^a personer som hadde brukt sprøyter siste fire uker i september 2017

	Satt sprøyter alene siste fire uker			P-verdi
	Aldri 100% n=56	Av og til 100% n=124	Nesten alltid/ alltid 100% n= 179	
Mann	63% (35)	72% (89)	79% (142)	$X^2=6,8$ p=0,033
Gjennomsnittsalder (sd ^b)	41 (9,9)	42 (10,5)	43 (9,7)	$F=1,8^c$ p=0,170
Bosituasjon siste fire uker:				
-Hospits eller UFB	20% (11)	20% (11)	20% (36)	$X^2=0,3$ p=0,873
Debutalder sprøytebruk (sd ^b)	22 (16,0)	21 (9,6)	20 (8,5)	$F=0,8^d$ p=0,472
Rusmiddelbruk siste fire uker:				
-Alkohol	64% (36)	60% (74)	62% (110)	$X^2=0,4$ p=0,840
-Cannabis	82% (46)	83% (103)	78% (139)	$X^2=1,5$ p=0,471
-Amfetamin IV ^e	66% (37)	86% (106)	78% (139)	$X^2=8,8$ p=0,012
-Heroin IV	46% (26)	50% (62)	40% (71)	$X^2=3,3$ p=0,193
-Kokain IV	2% (1)	10% (12)	4% (7)	$FE=5,64^f$ p=0,054
-Piller IV	39% (22)	28% (35)	27% (49)	$X^2=3,06$ p=0,216
Daglig eller nesten daglig bruk av rusmidler:				
-Alkohol	21% (12)	18% (22)	18% (33)	$X^2=0,4$ p=0,836
-Cannabis	57% (32)	44% (55)	48% (86)	$X^2=2,5$ p=0,282
-Amfetamin IV	16% (9)	40% (50)	44% (78)	$X^2=14,04$ p=0,001
-Heroin IV	16% (9)	25% (31)	17% (31)	$X^2=3,3$ p=0,192
-Kokain IV	0% (0)	0% (0)	0,6% (1)	$FE=1,33^f$ p=1,00
-Piller IV	16% (9)	6% (7)	12% (21)	$FE=5,54^f$ p=0,063
I LAR	52% (29)	45% (56)	60% (108)	$X^2=6,8$ p=0,032
Opplæring nalokson nesespray	62% (34)	57% (68)	54% (96)	$X^2=0,9$ p=0,609
Overdose siste 4 uker	7% (4)	7% (8)	7% (13)	$FE=0,13^f$ p=0,961

^a Sprøytebruk alene: 1 manglende svar

^b Standardavvik

^c Post-hoc test: Aldri - av og til p=1,00. Aldri - nesten alltid/ alltid p=0,319. Av og til - nesten alltid/ alltid p=0,462

^d Post-hoc test: Aldri - av og til p=1,00. Aldri - nesten alltid/ alltid p=0,877. Av og til - nesten alltid/ alltid p=1,00

^e IV- intravenøst

^f Fisher`s Exact test

Vedlegg 3. Tabell 3

Tabell 3. Prediktorer for å sette sprøyter alene blant 359^a personer som hadde brukt sprøyter siste fire uker ved inklusjon september 2017 estimert ved hjelp av multinomisk logistisk regresjonsmodell

	Av og til vs. aldri 100% n=124		Nesten alltid/alltid vs. aldri 100% n=179		Av og til vs. aldri 100% n=124		Nesten alltid/alltid vs. aldri 100% n=179	
	RRR* (95% KI)	p-verdi	RRR (95% KI)	p-verdi	RRR (95% KI)	p-verdi	RRR (95% KI)	p-verdi
Mann (Kvinne=ref)	1,52 (0,78; 2,97)	0,215	2,30 (1,20; 4,41)	0,012	1,37 (0,69; 2,73)	0,360	2,08 (1,07; 4,07)	0,031
Gjennomsnittsalder	1,00 (0,97; 1,04)	0,614	1,02 (0,99; 1,05)	0,107	1,01 (0,97; 1,04)	0,546	1,02 (0,99; 1,05)	0,109
Hospits/UFB siste fire uker (ikke=ref)	0,88 (0,39; 1,97)	0,760	1,03 (0,48; 2,18)	0,939	-	-	-	-
Rusmiddelbruk siste fire uker:								
-Alkohol (ikke=ref)	0,82 (0,42; 1,58)	0,557	0,88 (0,47; 1,65)	0,703	-	-	-	-
-Cannabis (ikke=ref)	1,06 (0,46; 2,44)	0,880	0,75 (0,35; 1,63)	0,475	-	-	-	-
-Amfetamin IV ^b (ikke=ref)	3,02 (1,43; 6,37)	0,004	1,78 (0,92; 3,43)	0,083	-	-	-	-
-Heroin IV (ikke=ref)	1,15 (0,61; 2,17)	0,657	0,75 (0,41; 1,38)	0,370	-	-	-	-
-Kokain (ikke=ref)	5,89 (0,74; 46,48)	0,092	2,23 (0,26; 18,59)	0,456	-	-	-	-
-Piller (ikke=ref)	0,60 (0,31; 1,18)	0,141	0,58 (0,31; 1,09)	0,092	-	-	-	-
Daglig eller nesten daglig bruk av rusmidler:								
-Alkohol (ikke=ref)	0,79 (0,36; 1,73)	0,559	0,82 (0,39; 1,74)	0,620	-	-	-	-

^a Sprøytebruk alene: 1 manglende svar

^b IV - intravenøst

-Cannabis (ikke=ref)	0,59 (0,31; 1,13)	0,113	0,69 (0,37; 1,27)	0,236	-	-	-	-
-Amfetamin IV (ikke=ref)	3,52 (1,58; 7,84)	0,002**	4,03 (1,86; 8,72)	<0,001***	3,45 (1,54; 7,71)	0,003	3,94 (1,81; 8,60)	0,001
-Heroin IV (ikke=ref)	1,74 (0,76; 3,95)	0,186	1,09 (0,48; 2,46)	0,828	-	-	-	-
-Piller IV (ikke=ref)	0,31 (0,11; 0,88)	0,029	0,69 (0,29; 1,61)	0,398	0,33 (0,11; 0,95)	0,041	0,76 (0,31; 1,84)	0,546
I LAR (ikke=ref)	0,76 (0,40; 1,44)	0,410	1,41 (0,77; 2,59)	0,259	-	-	-	-
Overdose siste fire uker (ikke=ref)	0,89 (0,25; 3,11)	0,863	1,01 (0,31; 3,25)	0,976	-	-	-	-
Nalokson opplæring ^c (ikke=ref)	0,80 (0,42; 1,55)	0,521	0,73 (0,39; 1,36)	0,323	-	-	-	-

^c Opplæring nalokson neseppray: 14 manglende svar

Vedlegg 4. Informasjonsskriv



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«En langtidsoppfølging av personer som bruker illegale opioider og/eller sentralstimulerende midler.»

Oppsummering av informasjonen under

- ✓ Spørreskjema tar ca 10-20 min å besvare
- ✓ Informasjon om deg kan hentes fra offentlige registre i fremtiden ved at du oppgir navn og personnummer
- ✓ Du skal IKKE kontaktes igjen
- ✓ INGEN skal kunne kjenne deg igjen i fremtidige presentasjoner av resultater
- ✓ Kobling av informasjon hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
- ✓ Forskerne ved Folkehelseinstituttet-Avdeling for rusmiddeltiltak har IKKE tilgang til navn og personnummer
- ✓ Du kan når som helst trekke deg fra studien

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap rundt hvilke faktorer som kan forebygge sykdom, skade og død blant personer som bruker illegale opiater/opioider og/eller sentralstimulerende midler. Folkehelseinstituttet-Avdeling for rusmiddeltiltak og Helsedirektoratet finansierer prosjektet. Linn Gjersing er prosjektleder og har ansvaret for gjennomføringen av undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

Undersøkelsen består av et spørreskjema som er en del av den årlige undersøkelsen Folkehelseinstituttet (Tidligere Sirius) har gjennomført utenfor sprøyteutdelingen siden 1993. I tillegg kan informasjon om deg, på et senere tidspunkt, hentes fra andre kilder som for eksempel Norsk pasientregister, strafferegisteret, reseptregisteret, ambulansetrykning og trygderegisteret. Se Kapittel B for mer detaljer.

Intervjuet tar ca. 20 minutter og du vil få 200 kr i kompensasjon for å delta. Etter å ha besvart spørreskjemaet vil du aldri bli kontaktet igjen på noen som helst måte. Du vil derfor, om du undertegner samtykkeskjemaet, bli spurt om at ditt navn og personnummer skrives på samtykkeskjemaet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste og koblingsnøkkel som oppbevares hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Mulige fordeler og ulemper

Det tar ca 20 minutter av din tid å besvare undersøkelsen, og for dette får du 200 kr i godtgjørelse, ellers har ikke prosjektet noen ulemper eller fordeler for den enkelte deltaker.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål om studien, kan du kontakte prosjektleder Linn Gjersing på tlf. 406 48 711 eller epost linn.gjersing@fhi.no. Alternativt, kan Linn Gjersing kontaktes ved personlig oppmøte hos Folkehelseinstituttet- Sandakerveien 24C, bygg B1, 0473 Oslo mellom klokken 10 og 14 på hverdager. Om Linn Gjersing ikke er tilstede, kan du legge igjen beskjed i resepsjonen i Marcus Thranesgt 6 med navn og telefonnummer og dette vil bli videreformidlet til forsker.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A og kapittel B

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

For å være med i denne studien må du ha brukt illegale opiater/opioider og/eller sentralstimulerende midler en eller flere ganger de siste fire ukene. Du vil bli spurt om å svare på et spørreskjema om blant annet rusbruk og inntekt. Dette spørreskjemaet er en del av den årlige undersøkelsen Folkehelseinstituttet (Tidligere Sirius) har gjennomført utenfor sprøyteutdelingen siden 1993. Intervjuet tar ca. 20 minutter og du vil få 200 kr i kompensasjon for å delta.

Etter å ha besvart spørreskjemaet vil du aldri bli kontaktet igjen på noen som helst måte. I stedet er det ønskelig å kunne følge deg over tid ved å hente informasjon om deg fra andre kilder. Se kapittel B for mer informasjon om hvilke kilder. Datakoblingstidspunktene er planlagt å være 2 år etter intervju, deretter etter 5 år, 10 år 15 år og 25 år.

Du vil derfor, etter å ha besvart spørreskjemaet, bli spurt om å gi ditt navn og personnummer til forskningsmedarbeideren som intervjuer deg. Navn og personnummeret skrives på et ark der nummeret på spørreskjemaet også noteres. Dette er et tilfeldig generert nummer. Navn og personnummer sendes til, og oppbevares hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som også vil foreta koblingen av data på oppfølgingstidspunktene. Forskerne vil derfor kun ha tilgang til en forskningsfil med aidentifisert informasjon.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Det blir her bedt om et generelt samtykke til å koble data med ulike registre i fremtiden. I første omgang har REK sør-øst forhåndsgodkjent kobling med registrene som er listet nedenfor, men det kan i fremtiden også være ønskelig å koble med andre registre. Det vil da søkes REK spesielt om dette, mens på bakgrunn av eksisterende samtykke skal du som deltaker **ikke** kontaktes igjen.

Følgende informasjon vil kunne bli hentet fra de ulike registrene

- Register i kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF): Fengslings- og løslatelsesdato. Årsak til soning
- Ambulansetjenesten i de ulike helseregionene: Dato og hendelsesårsak
- LAR-Norge: Inn- og utskrivelsesdato
- Det norske reseptregisteret: Foreskrevne legemidler
- Forløpsdatabasen FD-trygd: Barnetrygd, Enslig forsørgerstønad, Foreløpig uførestønad, Fødsels- og sykepenger, Grunn- og hjelpestønad, Pensjoner, Rehabilitering og attføring, Statens pensjonskasse, Sysselsetting, Tidsbegrenset uførestønad, Økonomisk sosialhjelp
- Norsk pasientregister: Henvisningstidspunkt, Type behandlingssted (institusjon, helseforetak), Omsorgsnivå (poliklinikk, Dag- eller døgnbehandling), Dato og klokkeslett for behandlinger, Om behandlingen var planlagt eller akutt, Hvor pasienten kom fra ved innleggelse, Hvor pasienten ble utskrevet til, Tidspunkt for avsluttet behandling, Om pasienten ble utskrevet som død og dødstidspunkt, Fagområde, Tilstander, henvisningsgrunn og diagnoser (ICD-10), Kirurgiske prosedyrer (NCSP), Medisinske prosedyrer (NCMP)
- Dødsårsaksregisteret Statistisk sentralbyrå: Dato for død og dødsårsak

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysninger om deg, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi og rolle

Prosjektet finansieres av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet-Avdeling for rusmiddeltiltak, men det kan på sikt være aktuelt å søke Forskningsrådet eller Helse-Sør-Øst om forskningsmidler for deler av prosjektet.

Forsikring

Deltakerne er dekket av pasientskadelovens regler.

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Om du ønsker dette, kan du kontakte Rusfagsbiblioteket på Folkehelseinstituttet enten ved personlig oppmøte til Marcus Thranes gate 6, 0473 Oslo, ringe 401 04 227 eller sende en epost rusfagsbiblioteket@fhi.no.

Vedlegg 5. Spørreskjema

Forbruk og prisundersøkelse H17

Side 1

1. Løpenummer *

L17-

2. Sted *

- Oslo
- Bergen
- Stavanger
- Trondheim
- Tromsø
- Kristiansand
- Sandnes

3. Kjønn *

- Mann
- Kvinne

4. Hvilket årstall er du født? *

19

5. Kun Oslo: Hva er de to første bokstavene i din mors første fornavn?

6. Hvor ofte har du drukket alkohol siste fire uker? *

- Ikke drukket
- <1 gang i uka
- 1 gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- Nesten daglig
- Daglig

7. Hvor mye alkohol drakk du eventuelt i går eller sist gang du drakk?

Mengde

Øl (flasker)

Øl (halvlitere)

Cider/rusbrus (flasker)

Vin (glass)

Vin (flasker)

Brennevin (shots)

Brennevin (drinker)

Brennevin (flasker 70 cl)

8. Sett kryss, hvis ikke drakk i går, men en annen dag de siste fire ukene

Ja

9. Alkohol

Kommentarer

10. Hvor ofte har du røykt hasj/marihuana siste fire uker? *

- Ikke brukt
- <1 gang i uka
- 1 gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- Nesten daglig
- Daglig

11. Brukte du hasj, marihuana eller begge deler i går eller sist gang du røyket?

- Hasj
- Marihuana
- Både hasj og marihuana

12. Hvor mye (gram) røykte du i går eller sist gang du røyket?

13. Hvor mange joints røykte du i går eller sist gang du røykte?

14. Hvor mange piper røykte du i går eller sist gang du røykte?

15. Røyket ikke i går, men en annen dag de siste fire ukene

Ja

16. Hasj/marihuana

Kommentarer

17. Hvor ofte har du brukt følgende stoffer i sprøyte de fire siste ukene? *

	Ikke brukt	< 1 gang i uka	1 gang i uka	2-3 ganger i uka	Nesten daglig	Daglig
Heroin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amfetamin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morfin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piller *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metadon *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subutex *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subuxone *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Hvis annet stoff i sprøyte,

skriv hva:

19. Hvor mange skudd satte du i går, eller en annen dag de fire siste ukene, av de ulike stoffene?

	Antall skudd	Kryss av hvis brukt en annen dag enn i går
Heroin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Morfin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Piller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Metadon	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Subuxone	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hvor mange dager har du ikke injisert stoff de siste fire ukene?

21. Hvor mye heroin satte du i forrige skudd?

- 0,1 gram
- 0,2 gram
- Et kvart gram
- Et halvt gram
- Ett gram
- Annet, skriv hva

22. Når du kjøper heroin, hva slags mengder kjøper du vanligvis heroin i?

- 0,1 gram
- 0,2 gram
- Kvartinger (0,25 gram)
- Halve gram
- Hele gram
- Flere gram
- Annet, skriv hva

23. Hvor mye amfetamin satte du forrige skudd?

- Et halvt kvart gram
- Et kvart gram
- Et halvt gram
- Annet, skriv hva

24. Når du kjøper amfetamin, hva slags mengder kjøper du vanligvis i?

- Kvartinger
- Halve gram
- Hele gram
- Flere gram
- Annet, skriv hva

25. Hvor ofte har du sniffet, røykt eller spist følgende stoffer de fire siste ukene? *

	Ikke brukt	<1 gang i uka	1 gang i uka	2-3 ganger i uka	Nesten daglig	Daglig
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amfetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morfin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metadon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subutex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subuxone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Hvis sniffet, røyket eller spist annet stoff,

skriv hva:

27. Hvor mange av hver pilletype tok du eventuelt i går, eller sist gang du brukte?

Hvis du ikke tok piller i går, men en annen dag de fire siste ukene, kryss av for "Annen dag"

Type piller	Antall	Forskrevet av lege	Annen dag
Apodorm			
Concerta			
Dolcontin			
Flunipam			
Imovane/Stilnoct			

A	Lyrica Mogadon Nozinan Paralgin forte Ritalin Rivotril/Clonazepam Rohypnol Stesolid/valium/vival Somadril Xanor Annet	<input type="text"/>	<input type="text" value="Nei"/> <input type="text" value="Ja"/> <input type="text" value="Vil ikke svare"/>	<input type="checkbox"/>
B	Apodorm Concerta Dolcontin Flunipam Imovane/Stilnoct Lyrica Mogadon Nozinan Paralgin forte Ritalin Rivotril/Clonazepam Rohypnol Stesolid/valium/vival Somadril Xanor Annet	<input type="text"/>	<input type="text" value="Nei"/> <input type="text" value="Ja"/> <input type="text" value="Vil ikke svare"/>	<input type="checkbox"/>
C	Apodorm Concerta Dolcontin Flunipam Imovane/Stilnoct Lyrica Mogadon Nozinan Paralgin forte Ritalin Rivotril/Clonazepam	<input type="text"/>	<input type="text" value="Nei"/> <input type="text" value="Ja"/> <input type="text" value="Vil ikke svare"/>	<input type="checkbox"/>

	Xanor Annet		
D	Apodorm Concerta Dolcontin Flunipam Imovane/Stilnoct Lyrica Mogadon Nozinan Paralgin forte Ritalin Rivotril/Clonazepam Rohypnol Stesolid/valium/vival Somadril Xanor Annet	<input type="text"/>	Nei Ja Vil ikke svare

28. Hvis andre piller enn nevnt over,

skriv hva:

29. Hvilken dose (ml) metadon tar du vanligvis?

30. Metadon

Kommentar

31. Hvilken dose (mg) subutex/subuxone tar du vanligvis?

32. Subutex/subuxone

Kommentar

33. Hvis du ser på de fire siste ukene, når du har hatt penger, synes du at det å få tak i de "varene" du vanligvis kjøper har vært...(sammenlignet med de siste månedene)

- Lettere
- Som vanlig
- Vanskeligere

34. For hvilke stoffer gjelder endringene?

- Heroin
- Amfetamin
- Hasj
- Piller
- Annet, skriv hva

35. Hvis heroin har vært vanskeligere, i samme periode hvor mye har du brukt av stoffene nevnt nedenfor

	Mindre	Som vanlig	Mer
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subuxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Hva har du betalt (pris) for varene listet under (kun det du har kjøpt siste fire uker)?

	Pris
Heroin (0,2 g)	<input type="text"/>
Heroin (0,5 g)	<input type="text"/>
Heroin (1 g)	<input type="text"/>
Heroin (5 g)	<input type="text"/>
Amfetamin (ett "skudd")	<input type="text"/>
Amfetamin (1 g)	<input type="text"/>
Amfetamin (5 g)	<input type="text"/>

Kokain (1 g)	<input type="text"/>
Kokain(5 g)	<input type="text"/>
Dolcontin (100 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
Rohypnol (1 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
Flunipam (1 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
Stesolid/valium/vival (5 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
Somadril (100 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
Xanor (1 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
Rivotril (2 mg, pris pr tablett)	<input type="text"/>
1 gram hasj	<input type="text"/>
1 g marihuana	<input type="text"/>
Metadon (100 ml)	<input type="text"/>
Metadon (120 ml)	<input type="text"/>
Subutex (2 mg)	<input type="text"/>
Subutex (8 mg)	<input type="text"/>

37. Stoffpreise

Kommentarer

38. Hvordan skaffer du penger til stoff og kan du angi hvor stor inntekt du hadde fra de forskjellige inntektskildene de fire siste ukene?

	Inntekt	pr dag, uke eller måned?
Arbeid	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>
Trygd/sosialhjelp	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>
Tyveri/innbrudd	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>
Salg av stoff	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>
Prostitusjon	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>
Salg av gatemagasin	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>
Annet	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dag"/> <input type="text" value="Uke"/> <input type="text" value="Hver 14. dag"/> <input type="text" value="Måned"/>

39. Hvis annen inntektskilde,

skriv hva:

40. Kan du nevne den viktigste inntektskilden, så den nest viktigste osv?

	1	2	3	4	5	6	7
Arbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygd/sosialhjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyveri/innbrudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salg av stoff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostitusjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salg av gatemagasin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Stoffomsetning A

	Hva slags stoff selger du vanligvis?	Hvor mye kjøpte du sist du kjøpte for videresalg (gram eller piller)?	Hva betalte du for det?	Hva slags mengder solgte du det videre i?
1	<input type="text" value="Heroin"/> <input type="text" value="Amfetamin"/> <input type="text" value="Hasj"/> <input type="text" value="Piller"/> <input type="text" value="Annet"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,1 g"/> <input type="text" value="0,2 g"/> <input type="text" value="Kvart gram"/> <input type="text" value="Halve gram"/> <input type="text" value="Hele gram"/> <input type="text" value="Kombinasjoner"/> <input type="text" value="Enkeltpiller brett av piller"/> <input type="text" value="Annet"/>

2	Heroin Amfetamin Hasj Piller Annet			Annet 0,1 g 0,2 g Kwart gram Halve gram Hele gram Kombinasjoner Enkeltpiller brett av piller Annet
3	Heroin Amfetamin Hasj Piller Annet			0,1 g 0,2 g Kwart gram Halve gram Hele gram Kombinasjoner Enkeltpiller brett av piller Annet
4	Heroin Amfetamin Hasj Piller Annet			0,1 g 0,2 g Kwart gram Halve gram Hele gram Kombinasjoner Enkeltpiller brett av piller Annet
5	Heroin Amfetamin Hasj Piller Annet			0,1 g 0,2 g Kwart gram Halve gram Hele gram Kombinasjoner Enkeltpiller brett av piller Annet

42. Hvis selger annet stoff,

skriv hva:

43. Stoffomsetning B

	Hvor mye av det du kjøpte gikk til eget forbruk (angi prosentandel)?	Hvor mange ganger pr måned kjøper du slike kvanta for videresalg?	Hvor mange gram/piller selger du vanligvis totalt per måned?
Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hasj	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amfetamin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piller	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

44. Kommentarer

Stoffomsetning

45. Har du fullført grunnskolen (9 eller 10 år)? Hvis ja, antall år etter grunnskolen? 99 om ikke kan oppgi

Nei

Ja



46. Hvordan bor du nå (de siste fire ukene)?

- Egen eller leid leilighet/hus (alene eller med partner/venner)
- Foreldre
- Hybel
- Institusjon
- Hospits
- UFB (uten fast bopel)
- Annet

47. Bosted og fødeland

	Er du født i Norge?		Hvor kommer moren din fra?	Hvor kommer faren din fra?
	Ja	Nei		
Fødeland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text" value="Norge"/> Europa Asia Afrika Nord-Amerika Sør-Amerika Oceania Vet ikke	<input type="text" value="Norge"/> Europa Asia Afrika Nord-Amerika Sør-Amerika Oceania Vet ikke

48. Bosted og fødeland

Kommentarer

49. Første gang du brukte heroin, hvordan inntok du stoffet da?

- Med sprøyte
- Røykte
- Sniffet
- Har aldri brukt heroin
- Annet

50. Hva slags stoff inneholdt første sprøyte?

- Heroin
- Amfetamin
- Morfin
- Annet

- Aldri brukt sprøyte

51. Hvor gammel var du første gang du....? (99 om debutalder ikke kan oppgis)

	Alder
drakk deg beruset på alkohol	<input type="text"/>
røykte hasj	<input type="text"/>
røykte/sniffet heroin	<input type="text"/>
brakte stoff med sprøyte	<input type="text"/>
begynte å bruke stoff med sprøyte regelmessig (≥ 1 g i uken i gjennomsnitt)	<input type="text"/>

52. Hvor ofte har du injisert alene de siste fire ukene?

- Aldri
- Av og til
- Halvparten av gangene
- Nesten alltid
- Alltid

53. Har du noengang hatt en overdose? Det vil si måtte ha hjelp av andre for å komme tilbake til bevissthet?

- Ja
- Nei

54. Hvis du har hatt overdoser, hvor mange har du hatt...

Antall

Siste måned

Siste året

Totalt

55. Om du har hatt en overdose siste 12 måneder, hva hadde du tatt i løpet av døgnet før siste overdose?

- Heroin
- Amfetamin
- Metadon
- Subutex
- Subuxone
- Piller
- Alkohol
- Hasj eller marihuana
- Annet

56. Er du for tiden i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)?

- Ja
- Nei, men har vært tidligere
- Aldri vært i LAR

57. Har du vært i fengsel?

- Nei, aldri
- Ja, siste 4 uker
- Ja, noen gang

58. Har du nalokson neseppray?

- Nei
- Ja
- Har hatt tidligere

59. Har du fått opplæring i bruk av nalokson neseppray?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

60. Har du brukt nalokson neseppray på en person som har vært bevisstløs?

Nei
 Ja, siste 4 uker
 Ja, siste 12 måneder
 Ja, noen gang

61. Har du fått opplæring i hvordan å røyke heroin siste 12 mnd?

- Nei
 Ja

62. Hvis opplæring i å røyke heroin, hvem har gitt opplæringen?

- Venn/bekjent
 Ansatt i sprøyteutdeling/sprøyterom/feltpleie/opsøkende
 Ansatt i botiltak
 Ansatt i sykehus/legevakt/ambulanse
 Annet

63. Har du de siste 6 mnd hatt hele uker hvor du ikke har injisert?

- Nei
 Ja

64. I tilfelle ja, hvor mange uker?

65. Generelle kommentarer

66. Intervjuers initialer *

Vedlegg 6. NAD forfatterveileder

Call for Papers

Nordic Studies on Alcohol and Drugs

Impact Factor: 0.746

Frequency: Six times per year

journals.sagepub.com/home/nad

Benefits of Publishing

- Publish in a high quality, respected open access journal
- Receive rigorous peer review of your article
- High visibility on the award-winning SAGE Journals platform
- Publish in a journal of the prestigious Nordic Welfare Centre
- There are NO article publishing charges to publish Open Access in Nordic studies on Alcohol and Drugs
- Prompt publishing

About the journal

Nordic Studies on Alcohol and Drugs is a fully peer-reviewed, open access journal for social science research on alcohol and drugs, as well as other substances and behaviours, such as gambling, gaming, eating, and smoking.

The journal covers a broad set of aspects on epidemiology, use, harm, prevention, policies, and practice. The articles are encouraged to involve a social or welfare political framing. Nordic research and comparative settings are of special interest, but the journal also welcomes contributions from other parts of the world with relevance from a Nordic perspective. The journal publishes articles in English, but also in Danish, Norwegian, and Swedish.



Highly Cited Articles from NAD

- [Drug policy, values and the public health approach – four lessons from drug policy reform movements](#)
- [Conceptual and Methodological Issues in Studying Alcohol's Harm to Others](#)
- [Prison drug treatment in Denmark: A historical outline and an analysis of the political debate](#)

Submission process

- NAD accepts reviews, commentaries, editorials, overviews and debate articles
- Research articles should not exceed 7000 words
- The journal operates a double-blind peer review process with at least two expert reviewers
- Articles should adhere to the APA reference style
- For further information, visit the manuscript submission guidelines at the link below

Submission guidelines

<https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/nordic-studies-on-alcohol-and-drugs/journal202614#submission-guidelines>

Submit your article

<https://mc.manuscriptcentral.com/nad>

