

# Skadereduksjonsarbeid blant stoffbrukere

*En studie av J-Kie Cards; en metode for å formidle kunnskap til stoffbrukere*



**Anna-Sabina Soggiu**

**Masteroppgave i sosialt arbeid**

**Mastergradsstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag**

# **Skadereduksjonsarbeid blant stoffbrukere**

*En studie av J-Kie Cards; en metode for å formidle  
kunnskap til stoffbrukere*

**Anna-Sabina Soggiu**

**Masteroppgave i sosialt arbeid**

**Mastergradsstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag**

**Våren 2007**

## Forord

Å begynne å skrive masteroppgave i sosialt arbeid var en usikker og utrygg reise jeg la ut på. Det å skulle begi seg inn i forskning og vitenskapeliggjøring i feltet sosialt arbeid var ukjent og dermed både skummelt og spennende på en gang. Arbeidet med prosjektet frem til i dag har vært strevsomt og givende på samme tid og det er mange som skal takkes for at denne oppgaven i dag foreligger som et ferdig produkt.

Jeg vil begynne med å takke min biveileder og trygge havn, Randi Ervik. Uten deg ville min interesse for temaet skadereduksjon kanskje ikke blitt en realitet. Din iver for rusfeltet samt inspirasjon til å ta et dypdykk i skadereduksjonsarbeid i Norge har vært av avgjørende betydning for at jeg skulle velge dette som tema for oppgaven.

Videre vil jeg sende en kjær takk til min hovedveileder Sissel Seim. Uten ditt brennende engasjement for brukerperspektivet i sosialt arbeid ville aldri denne oppgaven vært belyst på samme måte, med brukernes stemme som overhengende ideologi i hver setning jeg har skrevet. Videre har du vært en pådriver i min søken etter hva som kjennetegner det sosiale arbeidets stemme i skadereduksjonsarbeidet.

Jeg vil også takke Peter Wetterberg for gode innspill til oppgavens utforming. Uten din hjelp hadde nok ikke produktet vært like forståelig for dem som skal lese det.

Med stor ydmykhet og takknemlighet må denne oppgaven vies dem det egentlig dreier seg om; brukerne av tiltaket jeg har undersøkt og sosialarbeiderne som står bak skadereduksjonsarbeidet i rusomsorgen i Norge. En stor takk rettes til alle velvillige informanter ved Marcus Thranes Hus, Dalsbergstien Hus, Kvinnetiltaket Bryn, Thereses Hus og Ila hybelhus. Uten deres engasjement og iver etter å gi tilbakemelding om hva dere tenkte om tiltaket jeg undersøkte ville denne oppgaven vært umulig å gjennomføre. Jeg er dypt rørt over deres velvilje til å gi meg et innblikk i deres synspunkter i den hektiske og noen ganger vanskelige hverdagen deres. Tusen takk for at dere tok dere tid til å snakke med meg og de andre intervjuerne.

Videre vil jeg rette en stor takk til alle dere som med engasjement, tålmodighet og pågangsmot arbeider ved ovennevnte institusjoner. Uten deres velvilje og tålmodighet med meg og intervjuer Maja ville vi aldri kommet i kontakt med så mange informanter som vi gjorde. Jobben med å introdusere oss for og rekruttere informanter gjorde dere perfekt. Takk for at dere tok meg og Maja så godt i mot.

Jeg vil også takke Maja Flaato, min hengivne intervjuemedhjelper, for din iver etter å snakke med informantene og for hjelp til å gjennomføre et prosjekt jeg noen ganger var usikker på om ville komme trygt i havn. Uten din gode kjennskap til brukergruppen og din evne til å interessere deg for både informantene og prosjektet ville jeg aldri funnet det jeg gjorde i studien. En stor takk rettes også til de andre intervjuerne rundt om på institusjonene. Jeg vil her spesielt nevne Trond Svendsen, Linda Kristiansen og Line Pedersen.

En stor takk går til min tidligere sjef Gun Hansen, som aldri forsøkte å stikke kjepper i hjulet for at jeg skulle kunne gjennomføre en masteroppgave ved siden av mitt daglige virke ved Thereses Hus. Takk for at du har holdt ut med mine til tider lange perioder vekk fra arbeidet. En videre takk til min kjæreste Håvard og min mamma Line, som har holdt ut med meg gjennom mine frustrasjoner og min noe lave tilstedeværelse som kjæreste og datter i de årene jeg har brukt på prosjektet.

En siste takk går til kvinnene ved Thereses Hus som har vært min inspirasjon til å rette søkelyset på en del av befolkningen som lever sine liv litt utenfor ”normalen.” Dere har inspirert meg og gitt meg troen på menneskers evige håp om et bedre liv og muligheten for å endre seg selv i de vanskeligste stunder.

En spesiell takk går til deg Vibeche for at du så villig har delt med meg og vist hvordan et liv kan leves også under vanskelige betingelser. Ditt mot til å fortsette gjennom vanskeligheter der vi andre kanskje hadde gitt opp, har gitt meg et ønske om å beskrive de ressurser som ligger hos en gruppe mennesker som ofte beskrives som ofre. Det er dere ikke og det viste du meg mange ganger. Takk for det! Glemmer deg aldri!

Oslo 23.02.07  
Anna-Sabina Soggiu

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>9</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>10</b>
<b>KAPITTEL 1</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUKSJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>11</b>
BESKRIVELSE AV TILTAKET .....	11
<i>Målgruppen for J-Kie Cardstiltaket i Oslo</i> .....	13
<i>J-Kie Cardstiltaket er evaluert i Danmark</i> .....	13
FORMÅL MED UNDERSØKELSEN .....	13
PROBLEMSTILLING OG BEGREPER.....	14
POPULASJONEN .....	15
<i>Bruk av rusmidler</i> .....	15
<i>Forhold som påvirker brukernes levekår</i> .....	16
<i>Stoffbrukere med ikke-vestlig bakgrunn</i> .....	16
<i>Oppsummering</i> .....	17
LESERVEILEDNING .....	17
<b>KAPITTEL 2</b> .....	<b>18</b>
<b>TEORI</b> .....	<b>18</b>
SKADEREDUKSJONSPERSPEKTIVETS UTVIKLING.....	18
<i>Skadereduksjonsarbeid kom til Norge</i> .....	20
<i>Utviklingen av skadereduksjonstiltak i Oslo</i> .....	20
<i>Oppsummering</i> .....	22
SKADEREDUKSJON; EN TILNÆRMING I SOSIALT ARBEID .....	22
<i>Hvordan kan vi forstå begrepet skadereduksjon?</i> .....	22
<i>Skadereduksjonsmetoder</i> .....	24
<i>Skadereduksjon som sosialt arbeid</i> .....	25
<i>Likeheter mellom empowerment- og skadereduksjonsperspektivet</i> .....	26
<i>Motsetninger mellom skadereduksjon og målet om rusfrihet for stoffbrukere</i> .....	27
<i>Dilemmaer i skadereduksjonsarbeidet i Norge</i> .....	28
<i>Oppsummering</i> .....	30
TEORI OM INFORMASJON .....	31
<i>Hukommelse</i> .....	31
<i>Innlæring og hukommelse</i> .....	32
<i>Rusmidler og livsstil påvirker hukommelsen</i> .....	33
OPPSUMMERING .....	34
<b>KAPITTEL 3</b> .....	<b>35</b>
<b>METODE OG DESIGN</b> .....	<b>35</b>
DESIGN .....	35
<i>En tidsintervallstudie</i> .....	35
<i>Koordinering av undersøkelsen</i> .....	35
<i>Datainnsamling</i> .....	36
<i>Variabler i undersøkelsen</i> .....	37
<i>Personvern og konsesjoner</i> .....	38
UTVALGET .....	38
SVARPROSENT.....	39
REPRESENTATIVITET I UTVALGET .....	40
<i>Aldersspredning i populasjon og utvalg</i> .....	41
<i>Kjønnsfordeling i populasjon og utvalg</i> .....	42
<i>Oppsummering</i> .....	42
VITENSKAPSTEORETISKE BETRAKTNINGER .....	42
<i>Erfaringsbasert kunnskap</i> .....	42
<i>Oppsummering</i> .....	44

<b>KAPITTEL 4</b> .....	<b>45</b>
<b>FUNN OG DRØFTINGER</b> .....	<b>45</b>
ØKTE KUNNSKAPSNIVÅET ETTER UTDELING AV J-KIE CARDS?.....	45
<i>Hva kan ha påvirket kunnskapsnivået?</i> .....	48
<i>Kan skadereduksjonstilnærmingen i J-Kie Cardstiltaket ha påvirket kunnskapsnivået?</i> .....	48
<i>Kan kommunikasjonsform og hukommelse ha påvirket kunnskapsnivået?</i> .....	50
<i>Feilkilde eller kilde til videreutvikling av J-Kie Cardstiltaket?</i> .....	51
<i>Oppsummering</i> .....	52
KUNNSKAPSØKNING INNENFOR INFORMASJONSKATEGORIENE .....	52
<i>God kunnskap om sprøyteteknikk</i> .....	53
<i>Lav økning i kunnskap om stoffene</i> .....	54
<i>Lite kunnskap om smitterisiko</i> .....	55
<i>Minst kunnskap om Lett Blanding</i> .....	55
<i>Oppsummering</i> .....	56
KUNNSKAPSNIVÅ I FORHOLD TIL KJØNN OG ALDER.....	56
<i>Var det noen forskjeller i kunnskapsnivå mellom informanter med ulik alder?</i> .....	57
<i>Mulige forklaringer til mangelen på forskjeller</i> .....	58
HVILKEN BETYDNING HADDE GJENKJENNELSE AV J-KIE CARDS FOR KUNNSKAPSNIVÅET? .....	58
<i>Hvordan kan vi forstå at så få informanter gjenkjente kortene?</i> .....	59
<i>Oppsummering</i> .....	59
HVILKEN BETYDNING HADDE KORTENE FOR INFORMANTENE?.....	60
<i>Mente brukerne at de kunne lære noe nytt av teksten på kortene?</i> .....	60
<i>Hva mente brukerne om bilder og tekst på kortene?</i> .....	61
<i>Var det forskjeller mellom kvinner og menn eller mellom informanter med ulik i alder i deres meninger om kortene?</i> .....	61
<i>Samlet brukerne på J-Kie Cards?</i> .....	62
<i>Var det noen sammenheng mellom å samle på kortene og kunnskapsnivå?</i> .....	63
<i>Hva brukte samlerne kortene til?</i> .....	64
<i>Oppsummering</i> .....	65
OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN FRA STUDIEN.....	65
<b>KAPITTEL 5</b> .....	<b>67</b>
<b>AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER</b> .....	<b>67</b>
FORBEDRINGER AV J-KIE CARDSTILTAKET.....	67
<i>Språklige barrierer</i> .....	67
<i>Kan man tilpasse kortenes design bedre til brukergruppen?</i> .....	67
<i>Undersøkelsen påvirket kunnskapsnivået mer enn utdeling av kortene</i> .....	68
<i>J-Kie Cards-Quiz</i> .....	69
INNTRYKK FRA INTERVJUENE MED BRUKERNE.....	69
INFORMASJONSARBEID BLANT ANDRE ENN STOFFBRUKERNE.....	70
AVSLUTNING.....	71
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>73</b>

## **Vedleggsliste**

- Vedlegg nr.1 Mailkorrespondanse med Nanna Gotfredsen, leder for Gadejuristen.
- Vedlegg nr.2 Informasjonsskriv om distribusjon av J-Kie Cards.
- Vedlegg nr.3 Informasjonsskriv til intervjuere.
- Vedlegg nr.4 Taushetspliktserklæring for intervjuere.
- Vedlegg nr.5 Intervjuskjema for Test 1.
- Vedlegg nr.6 Intervjuskjema for Test 2.
- Vedlegg nr.7 Intervjuskjema for Test 3.
- Vedlegg nr.8 Intervjuskjema for Test 4.
- Vedlegg nr.9 Mailkorrespondanse med datasikkerhetsansvarlig i Rusmiddeletaten.
- Vedlegg nr.10 Vedlegg til mailkorrespondanse med datasikkerhetsansvarlig i Rusmiddeletaten.
  
- Vedlegg nr.11 Mailkorrespondanse med NSD.
- Vedlegg nr.12 Vedlegg til mailkorrespondanse med NSD.
- Vedlegg nr.13 Mailkorrespondanse med etisk komité.
- Vedlegg nr.14 Informasjonsskriv til deltakerne.

## Liste over tabeller

Tabell 1.1	Oversikt over narkotikarelaterte dødsfall 2002-2005	16
Tabell 3.1.	Gjennomsnittlig svarprosent ved T1, T2, T3 og T4	40
Tabell 3.2	Gjennomsnittlig svarprosent ved de forskjellige institusjonene (T1-T4)	40
Tabell 3.3	Aldersfordeling i utvalget (T1, T2, T3 og T4) (prosent)	41
Tabell 3.4	Andel kvinner og menn i utvalget (T1, T2, T3 og T4) (prosent)	42
Tabell 4.1	Kunnskapsnivå på ulike tidspunkt (T1, T2, T3 og T4) (prosent)	46
Tabell 4.2	Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for T1 og T4	46
Tabell 4.3	Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for informantene, fordelt etter hvor mange ganger de har deltatt i undersøkelsen (T1-T4)	47
Tabell 4.4	Økning i kunnskapsnivå i forskjellige kunnskapskategorier (T1-T4) (prosent)	53
Tabell 4.5	Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå i forskjellige kategorier ved T1 og T4	53
Tabell 4.6	Sammenheng mellom kunnskapsnivå og kjønn (T1, T2, T3 og T4) (prosent)	56
Tabell 4.7	Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for kvinner og menn (T1-T4)	57
Tabell 4.8	Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå i forskjellige kategorier fordelt etter kjønn (T1-T4)	57
Tabell 4.9	Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå fordelt etter alder (T1-T4)	58
Tabell 4.10	Utvalgets meninger om bilder og tekst på kortene (prosent) (T2-T4)	61
Tabell 4.11	Andel kvinner og menn som samlet på kortene (prosent) (T2-T4)	62
Tabell 4.12	Hva samlerne brukte kortene til (prosent) (T2-T4)	65



## Sammendrag

I 2003 begynte en del av virksomhetene til Rusmiddeletaten i Oslo å dele ut små informasjonskort, kalt J-Kie Cards til stoffbrukere sammen med rent injeksjonsutstyr. Ideen til J-Kie Cards oppsto i København. Der var det den frivillige organisasjonen Gadejuristen som sto for tiltaket.

Denne masteroppgaven springer ut av en interesse for hvordan sosialarbeidere kan drive skadereduserende informasjonsarbeid blant stoffbrukere. Dette har ledet ut i problemstillingen: *om og eventuelt i hvilken grad J-Kie Cards øker kunnskapsnivået blant stoffbrukere som har mottatt kortene.* I oppgaven er teori om skadereduksjon viet stor plass fordi dette er det teoretiske rammeverket for J-Kie Cards og fordi teorien danner grunnlaget for drøftelser av funnene. Skadereduksjon sammenliknes med sosialt arbeid med empowerment-tilnærminger. Drøftelser av funnene tar også utgangspunkt i teori om informasjon.

Studien av J-Kie Cardstiltaket har foregått i perioden august 2005 til august 2006. Undersøkelsen er gjort gjennom intervjuer med stoffbrukere som bor i ulike typer av botilbud drevet av Rusmiddeletaten i Oslo. Jeg har brukt intervjuer med standardiserte spørreskjemaer for å undersøke problemstillingen. Intervjuene har styrket studien gjennom at man har fått høy svarprosent og deltakelse fra brukerne, noe som har styrket studiens validitet. For å studere en eventuell økning av kunnskap i brukergruppen har jeg brukt et tidsintervalldesign og dermed belyst hvordan det kan drives skadereduserende informasjonsarbeid blant stoffbrukere når det gjelder stoffbruk, helse, rettigheter og andre temaer.

Studien viser at når J-Kie Cards distribueres over tid, så kan det skapes økt interesse for helse i brukergruppen, og det kan føre til økt kunnskapsnivå på flere områder. Med bakgrunn i teorien jeg presenterer, drøfter jeg hva denne økningen i kunnskapsnivå kan skyldes.

## Summary

In 2003, the City of Oslo Department of Drug-related Issues started giving out small information cards, called J-Kie Cards to illicit drug users together with clean syringes and injecting needles. The idea of J-Kie Cards came from Copenhagen. There it was initiated by the voluntary organisation Gadejuristen.

This Master thesis was born out of an interest in how social workers can give harm reducing information to drug users. This has led to the question: “Do J-Kie Cards raise the knowledge level among drug users who have received them, and if so, to what extent?” Much space has been given to harm reduction theory, as this is the theoretical framework for the J-Kie Cards and the theory gives the basis for discussion of the findings. Harm reduction is compared to social work with an empowerment approach. The discussion of the findings also takes into account theory on information.

The study of the J-Kie Cards project has been performed in the period from August 2005 to August 2006. It has been conducted by interviewing illicit drug users living in facilities provided by the City of Oslo Department of Drug-related Issues. I have used interviews with standardised questionnaires for the investigation. The interviews have strengthened the study by providing a high response level and degree of participation by the drug users. This has increased the validity of the study. I have used a time interval design to investigate the increase in knowledge level in the drug user group. Thus, I have shown how harm reducing information concerning drug use, health issues, social rights, etc can be distributed to drug users.

The study shows that when J-Kie Cards are distributed over time this may create an increased interest in health in the user group and that this can lead to a raised level of knowledge in several areas. Using theory, I discuss possible explanations for the increase in knowledge.

## Kapittel 1

### Introduksjon av tema og problemstilling

*“You can't understand a user's mind. But try, with your books and degrees. If you let yourself go and opened your mind, I'll bet you'd be doing like me. And it ain't so bad” (Staley 1992).*

Illegal stoffbruk fikk sin store oppblomstring i ungdomskulturen gjennom hippiebevegelsen på 1970-tallet (Molde 2004). Stoffbruken er blitt skildret og forherliget gjennom musikk, film, litteratur og også gjennom motebildet med 1990-tallets ”heroin chic look” (Ashton 2002). Mye tid er brukt i politiske debatter på å finne frem til løsninger for å få bukt med stoffbrukernes definerte misbruk. Dette har tatt seg politiske uttrykk i slagord som ”Kampen mot narkotika”, ”Stoffrihed for alle” og ikke minst USAs krigserklæring fra 1982, ”War on drugs” (Denning, Little og Glickman 2004). Mye av debatten i narkotikapolitikken har vært sterkt polarisert og minnet om en skyttergravskrig (CfNI<sup>1</sup> 2004). I Norge har vi en uttalt målsetting om det narkotikafrie samfunn, en målsetting som er kritisert for å være utopisk (Christie og Bruun [1985] 2003). Fagfeltet innenfor arbeid med stoffbrukere er stort i Norge, og omfatter etter hvert også forskjellige typer tilnærminger og tiltak. Til grunn for fagfeltets virksomhet ligger politiske føringer og beslutninger, og i disse er fortsatt hovedtanken at stoffbrukere skal tilpasse seg samfunnets normer, det vil si slutte å bruke illegale rusmidler (St. melding nr. 16 1996-1997).

Midt i mylderet av litteratur, film, musikk, politikk og fag lever stoffbrukerne med sin hverdag av kjøp, salg og bruk av illegale rusmidler. Sammen med dem arbeider en del mennesker, som med engasjement og entusiasme forsøker å bidra med noe i livene til stoffbrukerne. I denne oppgaven går jeg inn i rusfeltet med et blikk på skadereduserende arbeid blant stoffbrukere. Jeg forsøker å finne ut av hvordan vi kan formidle informasjon til stoffbrukere på en måte som kan gi dem mer kunnskap på områder som er viktige for å redusere skader av det livet de lever.

### Beskrivelse av tiltaket

Jeg har undersøkt et informasjonstiltak som heter J-Kie Cards. Det består av utdeling av små informasjonskort til brukere av illegale rusmidler. Kortene blir delt ut sammen med injeksjonsutstyr og ved innlevering av brukt utstyr.

---

<sup>1</sup> <http://www.CfNI.dk/dok/skadesreduktion-notat.doc> (lastet ned 30.08.06).

J-Kie Cardskonseptet ble utviklet av det som tidligere het Center for Narkotika Indsats (CfNI) i København. Informasjonskortene ble produsert og distribuert i samarbeid med Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksbergs kommuner. CfNI, som nå har byttet navn til *Gadejuristen*, ble stiftet i 1999 og er en privat skadereduksjonsorganisasjon som arbeider oppsøkende på de åpne russcenene i København (CfNI<sup>2</sup> 2006). Organisasjonen baserer seg primært på frivillig virksomhet. Den retter seg mot de hardest belastede stoffbrukere som i løpet av sin ruskarriere har blitt påført skader ved stoffbruken. Arbeidet ved Gadejuristen er styrt av brukernes egne ønsker om hva tilbudet skal inneholde.

J-Kie Cardstiltaket startet ved at en sykepleier og en gatejurist i København begynte å notere ned spørsmål de fikk fra stoffbrukere når de arbeidet på gata. Spørsmålene ble delt inn i åtte kategorier: Kroppen, smitterisiko, stoffene, sprøyteteknikk, rettigheter, psyken, historie og lett blanding. Spørsmålene ble trykket opp på kort sammen med svar. Ruskulturens sosiolekt ble brukt, og svarene ble skrevet av fagpersoner; enkelt formulert og uten moraliserende språkbruk. Stoffbrukere ble hentet inn som eksperter og rådgivere for å ivareta dette aspektet ved kortene. I København er det utviklet en ny kategori kort som retter seg til hjemløse, og kortene er under stadig utvikling. Kortene er laget små og slitesterke for at brukerne lett skal kunne oppbevare kortene selv om mange er uten permanent bolig og flytter rundt. Kortene er fargerike, og forsiden er prydet med små kunstverk for å gjøre kortene synlige, interessante og attraktive for brukerne. Både profesjonelle kunstnere og brukere selv har bidratt til kunstverkene på kortene.

J-Kie Cardstiltaket er primært tilpasset det vi kaller tertiærforebyggende arbeid. Primærforebyggelse skal hindre rekruttering av nye stoffbrukere. Sekundærforebyggelse er tiltak som retter seg mot gruppen som har brukt illegale rusmidler, men som enda ikke har utviklet en kompleks avhengighet. Tertiærforebyggelsen retter seg mot de hardest belastede stoffbrukere, og har som overordnet mål å redusere stoff- og kontrollrelaterte skader (CfNI 2004<sup>3</sup>).

Navnet J-Kie Cards kommer fra ”junkie” som er et velkjent slangord for stoffbrukere. Det å ta i bruk benevninger som i utgangspunktet er negative, kan være en måte for den omtalte gruppen å gjøre om benevningen til noe positivt. Junkie er et slikt begrep, og ble brukt som navn på kortene fordi flere brukere selv ønsket å benytte dette begrepet med positivt fortegn (Gotfredsen<sup>4</sup> 2006). Gjennom et samarbeid mellom Kompetansesenteret i

---

<sup>2</sup> <http://www.CfNI.dk/organisation.html> (lastet ned 30.08.06).

<sup>3</sup> <http://www.CfNI.dk/dok/skadesreduktion-notat.doc> (lastet ned 30.08.06).

<sup>4</sup> Se vedlegg nr. 1 for korrespondanse med Nanna Gotfredsen som er leder for Gadejuristen i København.

Rusmiddelstaten og Gadejuristen ble J-Kie Cards tilgjengelige også i Oslo i 2003. De første kortene som ble delt ut i Oslo var oversatt fra dansk, mens de senest produserte kortene i sin helhet er blitt laget i Oslo.

### ***Målgruppen for J-Kie Cardstiltaket i Oslo***

J-Kie Cards deles ut ved seks tiltak (fem institusjoner) i Oslo; Marcus Thranes Hus, Ila hybelhus, Dalsbergstien Hus, Thereses Hus, Kvinnetiltaket Bryn og Feltpleien/Sprøyterommet. Sammenfallende for disse tilbudene er at de retter seg til personer over 18 år, og primært til brukere som tilhører Oslo kommune. Personer som får tilbud ved tiltakene må være såkalt aktivt rusbrukende. De fem institusjonene skiller seg fra hverandre gjennom antall plasser og hvilke kjønn institusjonene tar inn. Institusjonene varierer i størrelse fra 12 til 76<sup>5</sup> plasser. Det er store forskjeller i lengden på oppholdene institusjonene tilbyr, de kan vare fra noen få dager til flere år.

### ***J-Kie Cardstiltaket er evaluert i Danmark***

J-Kie Cardstiltaket ble evaluert i Danmark i 2000 og 2001 (Harbo 2004). Designet for min studie har mange likhetstrekk med designet for den danske studien, men noen forskjeller må nevnes. Stoffbrukere ble intervjuet parallelt med at kort ble distribuert i begge undersøkelsene. Den danske undersøkelsen strakk seg over 15 måneder, mens min undersøkelse varte i 9 måneder. I den danske studien ble det delt ut færre kort av gangen enn i min studie, og evalueringen ble satt i gang ved oppstart av tiltaket. Min studie ble satt i gang etter at en del kort hadde blitt distribuert over en periode. Funnene fra den danske studien presenteres og sammenliknes med funnene fra min studie senere i oppgaven.

### **Formål med undersøkelsen**

Under forberedelsene til min masteroppgave tok jeg kontakt med Kompetansesenteret i Rusmiddelstaten. Jeg hadde allerede bestemt meg for at jeg ønsket å skrive om skadereduksjonsarbeid. Dette fordi jeg i årene etter endt utdanning som sosionom har arbeidet ved en institusjon som driver skadereduserende arbeid med stoffbrukere, og fordi temaet har interessert meg. Ved igangsettelsen av J-Kie Cardstiltaket i Oslo bestemte Rusmiddelstaten at tiltaket skulle evalueres før man produserte nye kort. Formålet med evalueringen var å finne ut om J-Kie Cards påvirket kunnskapsnivået blant mottakerne av kortene. Videre var det ønskelig å få tilbakemelding fra brukerne om hva de syntes om kortene, om denne spesielle måten å gi informasjon på, og hvorvidt de selv brukte kortene. I samarbeid med

---

<sup>5</sup> Ila hybelhus hadde 76 plasser mens undersøkelsen pågikk, men har i løpet av 2006 redusert dette til 62.

Kompetansesenteret utarbeidet jeg et prosjekt, der det primære oppdraget var å evaluere om J-Kie Cards var med på å påvirke kunnskapsnivået blant brukerne.

## **Problemstilling og begreper**

Formålet med studien har vært å evaluere om J-Kie Cardstiltaket ga noen effekt i forhold til målet for tiltaket, som er å formidle informasjon som kan bidra til færre skader ved stoffbruk. Antagelsen er at med tilrettelagt informasjon så vil brukerne kunne velge en mindre risikofylt atferd som reduserer skadene av deres stoffbruk. Måling av om brukerne tilegner seg ny kunnskap ved formidling av informasjon vil derfor kunne vise om det har noen hensikt å dele ut J-Kie Cards i fremtiden. Flere spørsmål er imidlertid interessante: Hvordan vurderer målgruppen informasjonsformen? Bruker målgruppen tiltaket? Gir informasjonen mening for målgruppen? Er det noen forskjeller mellom kvinner og menn, og brukere med forskjellig alder med tanke på meninger og bruk av kortene?

Om uteling av kortene fører til reduksjon av skader ville det være vanskelig å måle. Det ville vært umulig å finne ut om J-Kie Cards alene påvirker reduksjon av skader fordi det i Oslo drives mange tiltak som arbeider skadereduserende blant stoffbrukere (Johannessen, Tuft og Kristoffersen 2004). Omfanget av studien har gjort at jeg har valgt en problemstilling som måler flere interessante sider av effekten til J-Kie Cardstiltaket. **Problemstillingen** jeg drøfter i denne oppgaven er først og fremst: *om*, og eventuelt i *hvilken grad* utdeling av J-Kie Cards har ført til bedre kunnskapsnivå blant de brukerne som har mottatt kortene? Målgruppens meninger om kortene og deres bruk av dem er en del av studien. Dette har også vært med på å forklare hvordan J-Kie Cards påvirker kunnskapsnivået.

I problemstillingen benyttes noen begreper det har vært viktig å operasjonalisere for å kunne undersøke spørsmålet. Jeg vil derfor klargjøre hva jeg mener med begrepene *kunnskapsnivå* og *brukere*. I denne sammenheng forstår jeg *kunnskapsnivå* som andel riktige svar på spørsmål hentet fra J-Kie Cards. *Kunnskapsnivå* knyttes derfor direkte til hvor mye brukerne lærer å gjengi ved å motta J-Kie Cards. Populasjonen jeg har undersøkt er *brukere* av illegale stoffer. Begrepet *stoffbruker* viser til mennesker som daglig eller tilnærmet daglig bruker illegale rusmidler. I denne oppgaven benytter jeg begrepene *bruker* og *stoffbruker* synonymt.

## **Populasjonen**

Populasjonen for undersøkelsen er injiserende stoffbrukere som har mottatt J-Kie Cards. Gjennom intervjuene har jeg ikke innhentet spesifikk informasjon som beskriver utvalget utover kjønn og alder. For å kunne belyse forhold som kan beskrive populasjonens livssituasjon har jeg derfor hentet opplysninger fra undersøkelser om stoffbrukere i Oslo generelt og fra årsmeldinger ved tiltakene hvor jeg har undersøkt.

### ***Bruk av rusmidler***

Anne Line Bretteville-Jensen har i årene 1993-2004 gjort en omfattende studie med 3829 intervjuer blant stoffbrukere i Oslo (Bretteville-Jensen 2005). Brukerne hun har intervjuet ble rekruttert ved sprøyteutdelingen, som har foregått i Oslo siden 1988. Udelingen startet først ved AIDS-informasjonsbussen (Sprøytebussen), som ble lagt inn i hus ved Feltpleien/Sprøyterommet i Oslo sentrum. Dette er brukere som med all sannsynlighet benytter de samme tiltakene der jeg har gjort intervjuer, og jeg vil anta at de har likhetstrekk med utvalget i min undersøkelse. I sitt utvalg fant Bretteville-Jensen (2005) at gjennomsnittlig debutalder var 19 år for bruk av sprøyter ved stoffbruk (Bretteville-Jensen 2005). Det er stort sett heroin (tilhører gruppen av opiat<sup>6</sup>) og amfetamin<sup>7</sup> (tilhører gruppen av sentralstimulerende midler) som injiseres av stoffbrukere i Norge (Bretteville-Jensen 2005). Blant utvalget til Bretteville-Jensen (2005) fant hun at 84 prosent hovedsakelig injiserte heroin, 12 prosent amfetamin, tre prosent injiserte begge stoffene like mye, mens én prosent hovedsakelig injiserte andre stoffer. I årsmeldingen fra 2004 skrev Marcus Thranes Hus at 99 prosent av deres beboere var injiserende blandingsmisbrukere (Marcus Thranes Hus 2004). Ved Kvinnetiltaket Bryn fremgikk det at heroin var hovedrusmiddel for tilnærmet 70 prosent av beboerne, og for cirka 14 prosent var hovedrusmiddel vanedannende medikamenter (Kvinnetiltaket Bryn 2005). Den samme tendensen var ved Thereses Hus, hvor det i årsmeldingen fra 2005 opplyses om at heroin og opiat<sup>6</sup> var de mest brukte rusmidlene blant deres brukere (Thereses Hus 2005). Selv om brukerne i hovedsak injiserer heroin og amfetamin fant Bretteville-Jensen (2005) at brukerne i tillegg hadde en omfattende bruk av andre rusmidler. De mest brukte rusmidlene ved siden av injeksjon av heroin var hasj og vanedannende medikamenter.

---

<sup>6</sup> "Heroin produseres på grunnlag av morfin, som utvinnes av opiumsvalmuen" (Bretteville-Jensen 2005:44).

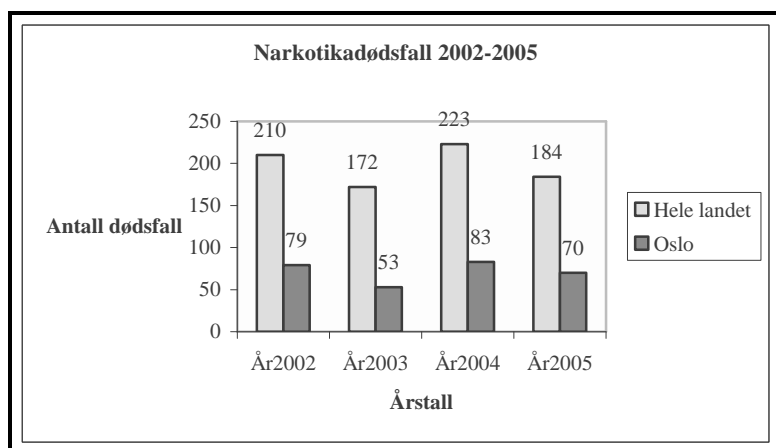
<sup>7</sup> "Amfetamin er et syntetisk stoff som vanligvis injiseres eller tas oralt" (Bretteville-Jensen 2005:44).

### **Forhold som påvirker brukernes levekår**

I Bretteville-Jensens (2005) utvalg fant hun at stoffbrukerne hadde to eller flere inntektskilder. Hele 85 prosent hadde mottatt trygd eller sosialhjelp, 45 prosent hadde tjent penger på stoffsalg og hver fjerde hadde begått vinningskriminelle handlinger. En større andel av kvinnene enn mennene fikk inntekter fra prostitusjon. Videre fant hun at en lav andel av stoffbrukerne hadde utdanning. Omtrent en tredjedel hadde kun grunnskole eller ikke fullført denne. Ti prosent hadde mer enn fem års tilleggsutdanning (Bretteville-Jensen 2005).

Statistisk sentralbyrå og KRIPOS registrerer årlig antall narkotikarelaterte dødsfall i Norge (Bretteville-Jensen 2005). I tabellen under vises antall narkotikarelaterte dødsfall på landsbasis og i Oslo fra 2002-2005 (SIRUS<sup>8</sup> 2007).

Tabell 1.1 **Oversikt over narkotikarelaterte dødsfall 2002-2005**



På 1980-tallet fryktet man en Hiv-epidemi blant stoffbrukere (Blindheim 2003a). HIV viste seg etter hvert ikke å få så stort omfang som man hadde fryktet. Derimot har hepatitt C selv i dag stor utbredelse blant stoffbrukere. Atle Egeland (2003) har gjort en studie av omfanget av stoffbrukere med hepatitt C. Han benyttet et estimat hvor det fremgikk at det finnes totalt 10-14 000 stoffbrukere i Norge (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999, etter Egeland 2003). Det antas at det finnes om lag 6000-8000 stoffbrukere i Norge med hepatitt C (Egeland 2003).

### **Stoffbrukere med ikke-vestlig bakgrunn**

I de senere år har det innenfor rusomsorgen i Oslo vært en økt oppmerksomhet på at en større andel av stoffbrukerne er mennesker med ikke-vestlig bakgrunn. Bretteville-Jensen (2005) fant i 2003 at nærmere én av ti som besøkte sprøyteutdelingen i Oslo sentrum, ikke var født i Norge. Bjørn Louis Hjertnes (2005) har gjort en studie med brukere med ikke-vestlig

<sup>8</sup> <http://statistikk.sirus.no/sirus/> (lastet ned 18.02.07).



bakgrunn. I rapporten fra studien gjenga han tall innhentet av Oppsøkende og koordinerende tjeneste i Oslo. Tallene ble basert på opptellinger gjort av tilstedeværende stoffbrukere på arenaer for omsetning av illegale rusmidler i Oslo sentrum og er derfor ikke sikre tall. ”I 2003 og 2004 var andelen med tilstedeværende stoffbrukere med synlig ikke-vestlig bakgrunn i overkant av 20 prosent” (Hjertnes 2005:7). I gjennomføringen av denne undersøkelsen møtte jeg flere stoffbrukere med synlig ikke-vestlig bakgrunn. Noen av disse deltok i undersøkelsen, mens flere takket nei til å være med. De begrunnet avslaget med at de hadde for dårlige norskkunnskaper til å kunne nyttiggjøre seg kortene. Dermed er disse stoffbrukerne ekskludert fra populasjonen. Dette er en viktig faktor i evalueringen av virkningen av kortene. På grunn av språklige barrierer er det noen av stoffbrukerne J-Kie Cards ikke når frem til.

### ***Oppsummering***

I det ovenstående har jeg redegjort for noen forhold som påvirker populasjonens livssituasjon. Redegjørelsen har vist at populasjonen har en omfattende bruk av illegale rusmidler med hovedvekt på bruk av heroin. Populasjonen har lavt utdanningsnivå og deres vanligste inntektskilder er trygd, sosialhjelp, vinningskriminelle handlinger og prostitusjon. Andre forhold som kan tenkes å påvirke deres levekår kan være høy utbredelse av hepatitt C, samt høye tall for narkotikarelaterte dødsfall. Disse trekkene har hatt betydning for hvordan jeg har lagt opp studien og hvordan jeg har drøftet funnene.

### **Leserveiledning**

I *kapittel 2* presenteres sentral teori om skadereduksjon, informasjon og innlæring. Skadereduksjonsteori er viet stor plass fordi det er det teoretiske rammeverket for J-Kie Cards. Teori om skadereduksjon og sosialt arbeid med empowerment-tilnærminger sammenliknes og det trekkes paralleller mellom dem.

I *kapittel 3* beskrives design og metode for studien. Jeg diskuterer styrker og svakheter i undersøkelsen. Utvalgets representativitet og funnenes generaliserbarhet drøftes.

I *kapittel 4* presenteres og drøftes funn fra undersøkelsen jeg har gjennomført. Jeg belyser funnene med diskusjoner om hvordan funnene kan forstås.

I *kapittel 5* drøfter jeg hvordan man best kan drive J-Kie Cardstiltaket i fremtiden, med bakgrunn i funnene fra studien.

## Kapittel 2

### Teori

*"They tried to make me go to rehab I said no no no"*  
(Winehouse 2006).

I dette kapitlet presenteres den teori jeg vil bruke for å belyse problemstillingen om skadereduksjonstiltaket J-Kie Cards har ført til bedre kunnskapsnivå blant brukerne. Først presenteres skadereduksjonsarbeidets utvikling internasjonalt og i Norge. Deretter presenteres forståelser av begrepet skadereduksjon og metoder for skadereduksjonsarbeid. Jeg diskuterer likheter mellom skadereduksjon og sosialt arbeid med empowerment-tilnærminger og ser på dilemmaer i fagfeltet. Teori om skadereduksjon er viet stor plass i oppgaven fordi jeg ser det som nødvendig for at leseren skal forstå i hvilken kontekst J-Kie Cards eksisterer samt for å kunne drøfte funnene fra studien. Til sist presenteres teori om informasjon som har betydning for drøftingen av J-Kie Cardstiltakets påvirkning på kunnskapsnivået til utvalget.

### Skadereduksjonsperspektivets utvikling

Skadereduksjon springer ut fra tiltak som ble satt i gang for å bedre den generelle helsen til befolkningen i Europa, såkalt "public health" (Cohen 2003). Skadereduksjon fikk tidlig fotfeste i Storbritannia, der de har hatt pionerprosjekter med det Marlatt (1998a) kalte "medicalization." Dette betyr at det skrives ut rusmidler som heroin og kokain i vedlikeholdsbehandling av stoffbrukere. Denne typen behandling skriver seg tilbake helt til 1920-tallet (Marlatt 1998a). Ideen til skadereduksjonsarbeid blant stoffbrukere sprang ut fra det praktiske arbeidet med brukerne. Gjennom frykten for en AIDS-epidemi på 1980-tallet ble skadereduksjonsperspektivet tatt inn i narkotikapolitikken i Europa (Berridge 1993). Flere har spekulert i om dette perspektivet bare kom som et svar på frykten for AIDS-epidemien, eller om skadereduksjonsperspektivet for illegal stoffbruk uansett ville fått fotfeste på grunn av de store helsemessige konsekvensene illegal stoffbruk har for enkeltindividene og samfunnet.

Gerry Stimson skrev at:

These new ideas appear as a distinct break with earlier ones, but as with many conceptual and practical changes, the possibilities are inherent in earlier ideas and work. It is perhaps a matter of emphasis and direction, rather than any abrupt rupture with the recent past (Stimson 1990a, etter Berridge 1993:55).

Skadereduksjonsarbeid omfatter også arbeid rettet mot brukere av legale rusmidler, som alkohol og sigaretter (Larimer m.fl. 1998; Tatarsky 2002; Baer og Murch 1998). Rossow, Skretting og Amundsen (1998) beskrev at det gjennom dette århundret har vært svært ulike oppfatninger om hvordan samfunnet skal forholde seg til bruk av alkohol og andre rusmidler, og tvangsaspektet har da stått sentralt. Tidligere har bruk av alkohol stått sentralt i offentlige debatter. I de senere årene har derimot de offentlige diskusjonene vært knyttet til hvorvidt tvangstiltak er etisk og behandlingsmessig forsvarlig overfor brukere av illegale rusmidler. Innenfor arbeidet med mennesker som er brukere av legale rusmidler som alkohol, har utviklingen det siste århundret hatt samme retning som vi nå kan se innenfor arbeid med brukere av illegale rusmidler. Metodene har dreiet fra straff og sanksjonering til et større fokus på omsorg (Rossow, Skretting og Amundsen 1998).

Skadereduksjonsperspektivet hadde fått fotfeste i Nederland allerede før 1980-tallet. På slutten av sekstitallet ble det nedsatt en kommisjon for å utrede narkotikapolitiske virkemidler. Dette resulterte i en revisjon av narkotikalovgivningen (kalt the Opium ACT) som ble vedtatt allerede i 1976 (Solinge 1999). Et mål for politikken som ble vedtatt var å få minst mulig skader av stoffbruken, ikke minst mulig bruk av stoffer (Marlatt 1998a). Tim Boekhout van Solinge (1999) skrev dette: "Public health is the starting point of the drug policy in the Netherlands. Its primary aims is to protect the health of individual users and their environments by reducing harms associated with drug use" (Solinge 1999:511). Man skilte markedene for salg av det man anså som tunge og lette stoffer for å unngå at unge skulle begynne på tyngre stoffer ved utprøving av lettere stoffer (Øiern 2000). Den nederlandske narkotikapolitikken har en liberal narkotikalovgivning og en liberal tilnærming til stoffbrukere gjennom sprøyteutdeling, brukerrom/sprøyterom, steder for testing av rusmidler og medikamentell behandling av rusavhengighet med heroin (EMCDDA<sup>9</sup> 2003; Marlatt 1998a).

I Europa er landene delt i synet på skadereduksjon og liberalisering av narkotikapolitikken (Marlatt 1998a). Flere byer i Norge er medlemmer av koalisjonen *European Cities against Drugs*. Medlemsbyene har undertegnet en resolusjon hvor de tar sterkt avstand fra liberalisering av narkotikapolitikken. Oslo er blant disse byene. I kontrast til dette har flere andre europeiske byer (Frankfurt am Main, Hamburg, Amsterdam og Zürich) gått sammen i en allianse gjennom Frankfurt-resolusjonen fra 1990 for å fremme skadereduksjonspraksis for stoffbrukere (Frantzsen 2001).

---

<sup>9</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1360> (lastet ned 07.11.06).

Australia var et av de første landene som formelt introduserte skadereduksjon i narkotikapolitikken (Marlatt 1998a). På konferansen: "International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm" uttalte den daværende australske helseministeren Peter Staples følgende: "We do not consider that a drug free society is an achievable goal. Furthermore, the Australian Government believes that our efforts will bear fruit in the long term and engender in our society a responsible attitude to drugs" (Staples 1993:50).

### ***Skadereduksjonsarbeid kom til Norge***

Skadereduksjonsarbeid fikk etter 1980-tallet fotfeste i flere deler av verden, også i Norge. Perspektivet brukes både som utgangspunkt for narkotikapolitikken, som i Nederland, og som et supplement i tilnærmingen til stoffbrukere slik som i Norge. I Norge finner vi igjen elementer fra skadereduksjonstankegangen allerede ved endringer i *Løsgjengerloven* i 1970 da offentlig beruselse ble avkriminalisert (Rossow, Skretting og Amundsen 1998). I følge Blindheim og Øiern dukket begrepet skadereduksjon opp i Norge første gang i 1992 i tidsskriftet *Stoffmisbruk* (Øiern og Blindheim 1995). De mente at redselen for HIV-epidemien i 1985 var en viktig årsak til at skadereduksjonstiltak fikk plass i den norske tilnærmingen til stoffbruk. Første gang begrepet ble brukt i et offentlig dokument med en anerkjennelse om at skadereduksjon skulle være en del av norsk narkotikaarbeid, var i Stortingsmelding nummer 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken*. Avsnittet om skadereduksjon begynner slik:

Selv om målet for vår innsats er rusfrihet, vil det forekomme situasjoner der misbrukeren ikke har et uttalt ønske om å komme seg ut av misbruket. I disse tilfellene må hjelpeapparatet bidra med skadereduserende og stabiliserende tiltak. Kontakten med de aktuelle hjelpeinstansene vil på sikt kunne bidra til motivasjon for behandling og rehabilitering (St. meld. nr. 16 1996-1997:26).

Ved introduksjonen av skadereduksjon som et middel i norsk narkotikapolitikk, ble det lagt vekt på at stoffbrukeren på sikt skulle endre sitt stoffbruk. I meldingen var et narkotikafritt samfunn et uttalt mål. I årene som fulgte var det debatter i faglige tidsskrifter og medier om skadereduksjon og flere mente at skadereduksjon var det samme som liberalisering av rusmiddelpolitikken. Flere av motstanderne hevdet at skadereduksjon var det samme som å legge tilrette for at stoffbruk opprettholdes. Knut T. Reinås skrev dette: "Andre av de tiltakene som blir lansert under merkelappen skadereduksjon vil sannsynligvis medføre mer skadeproduksjon enn skadereduksjon" (Reinås 2000:1).

### ***Utviklingen av skadereduksjonstiltak i Oslo***

Fra slutten av 1980-tallet har det åpnet mange tiltak rettet til stoffbrukere som har elementer fra skadereduksjonsperspektivet. Det første skadereduksjonstiltaket som ble satt i gang

overfor brukere av illegale rusmidler oppsto i Oslo i 1988. Tiltaket het AIDS-informasjonsbussen, og ble raskt kalt Sprøytebussen. Bussen ble brukt til oppsøkende virksomhet; primært i forhold til menn som hadde sex med menn og til stoffbrukere, for å gi informasjon om smitterisiko og for å gi ut sprøyter (Oslo kommune 1989). I 2003 ble Sprøytebussen avviklet, og sprøytedistribusjonen ble desentralisert. Denne foregår i dag fem steder i Oslo (RME<sup>10</sup> 2006). I sentrum, hvor flest sprøyter deles ut, skjer dette gjennom det som kalles *Luka* av brukerne (en luke ut mot gaten hvor brukere kan komme og hente rent injeksjonsutstyr) (Bretteville-Jensen 2005). Sprøyter deles også ut ved flere institusjoner.

Rusmiddelstaten har opprettet en egen seksjon for skadereduserende tiltak. Seksjon skadereduksjon består av tre lavterskel botilbud, ett overnattingstilbud samt én rehabiliteringsinstitusjon. Videre består seksjonen av feltpleien og da også forsøksprosjektet med sprøyterom. Hovedmålgruppen for disse tiltakene er injiserende stoffbrukere.

Feltpleien ble opprettet i 1999 (Trappevis<sup>11</sup> 2006). Tiltaket er drevet av sykepleiere med lege tilknyttet. Feltpleien er lokalisert ved flere av de kommunale institusjonene for stoffbrukere, samt ved noen private tiltak. Her tilbys stell av sår og abscesser<sup>12</sup>, og helseopplysning. I en del tilfeller skjer formidling til andre hjelpetjenester. Feltpleien er slik et viktig bindeledd til det øvrige hjelpeapparatet (RME 2006).

Forsøksprosjektet med sprøyterom ble åpnet i begynnelsen av 2005 (Felttiltaket 2006). I sprøyterommet kan brukerne injisere heroin i rene og trygge omgivelser med helse- og sosialfaglig personell tilstede. Brukerne får også helseinformasjon.

Det drives også mange tiltak av andre enn Rusmiddelstaten med elementer fra skadereduksjon. *Sykepleie på hjul* ble startet av Fransiskushjelpen i 2003. Tilbudene som gis kan sammenliknes med det som tilbys i Feltpleien. Som navnet tilsier er Sykepleie på hjul en mobil enhet som beveger seg rundt der hvor brukerne er (Fransiskushjelpen<sup>13</sup> 2006).

Prosjektet *Gatejuristen* startet i Oslo i 2005. Gatejuristen finansieres av Kirkens Bymisjon og Fransiskushjelpen og har knyttet til seg flere frivillige jurister, som har som mål å hjelpe stoffbrukere med å hevde sine rettigheter overfor tiltaksapparatet (Moksness 2006). Det kan diskuteres hvorvidt Gatejuristen er et skadereduksjonstiltak. Gatejuristen i Oslo har likhetstrekk med skadereduksjonsarbeid fordi tilgangen på juridisk bistand er lett tilgjengelig og tilpasset gruppen av stoffbrukere.

---

<sup>10</sup> <http://www.rusmiddelstaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbudet/skadereduksjon/smittevern/> (lastet ned 01.12.06).

<sup>11</sup> <http://www.trappevis.no/web/x.aspx?id1=33> (lastet ned 01.12.06).

<sup>12</sup> Abscess er en betennelsesansamling, en stor byld (Moen 2004).

<sup>13</sup> <http://www.fransiskushjelpen.no/> (lastet ned 01.12.06).

*Gatehospitalet* åpnet i 2005 og drives av Frelsesarmeen. Gatehospitalet er ett helse og omsorgstilbud for stoffbrukere med sammensatte helseproblemer eller problemer som ikke ivaretas i den øvrige helsetjenesten (Frelsesarmeen<sup>14</sup> 2006).

Det finnes flere andre tiltak i Oslo som kan karakteriseres som skadereduserende. De tiltakene jeg har beskrevet ovenfor er imidlertid valgt fordi jeg mener at disse tiltakene har størst relevans i denne sammenhengen. De kan tenkes å ha vært med på å påvirke kunnskapsnivået i populasjonen, fordi flere av instansene driver ulike former for informasjonsarbeid.

### ***Oppsummering***

Skadereduksjonsarbeid har fra slutten av 1980-tallet fått stort nedslagsfelt som tilnærming i arbeid blant stoffbrukere. Det finnes etter hvert mange tiltak i Oslo som har elementer fra skadereduksjon og noen av disse tiltakene kan tenkes å ha vært med på å påvirke kunnskapsnivået til brukere som har deltatt i denne studien. Dette diskuteres senere i oppgaven ved drøftelser av funnene.

## **Skadereduksjon; en tilnærming i sosialt arbeid**

### ***Hvordan kan vi forstå begrepet skadereduksjon?***

Begrepet "harm reduction" oversettes på norsk til skadereduksjon. Skadereduksjon kjennetegnes av helseperspektivet, hvor fokus flyttes fra rusfrihet til helsefremmende virksomhet (Stimson 1990b). Ut fra definisjonen av helse til Verdens helseorganisasjon (WHO) vil skadereduksjonsarbeid kunne forstås som et arbeid som retter seg mot å begrense skader innenfor et bredt spekter av menneskers liv. Helse er ikke bare fravær av sykdom og svakhet, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære (WHO<sup>15</sup> 2006). "Gadejuristen" beskriver noen vanlige skader av stoffbruk. De differensierer mellom det de kaller kontrollskader og stoffskader (CfNI<sup>16</sup> 2004). Kontrollskader kalles de skadene som påføres stoffbrukerne som en følge av den kontrollen de utsettes for ved at deler av deres virke er kriminalisert. Et eksempel på dette kan være at heroin ikke selges legalt, men gjennom kriminalitet. Dette påvirker kvaliteten på stoffet, for eksempel ved at stoffet blir blandet ut med urene stoffer, noe som kan forårsake infeksjoner og overdoseringsfare. En annen kontrollskade kan være følger av fengselsopphold. Stoffskadene forstås som de skader

---

<sup>14</sup><http://www.rusomsorgen.no/> (lastet ned 01.12.06).

<sup>15</sup><http://www.who.int/about/en/> (lastet ned 01.12.06).

<sup>16</sup><http://www.CfNI.dk/dok/skadesreduktion-notat.doc> (lastet ned 30.08.06).

som forårsakes av bruk av rusmidlene. Skadereduksjonsarbeidet søker å redusere disse skadene ved stoffbruk, og J-Kie Cardstiltaket er et eksempel på et slikt tiltak.

Stimson (1990b) omtalte de fem viktigste elementene innenfor skadereduserende tenkning slik: (1) Fokus på helse fremfor fokus på rusfrihet, (2) Fokus på de fysiske aspektene ved stoffbruk, (3) Frivillighet er utgangspunktet for arbeidet med brukerne, (4) Fokus på medisinsk kunnskap hos fagfolk og (5) Fagpersonene skal ha fokus på å etablere en likeverdig samarbeidsrelasjon mellom stoffbrukerne og seg selv. Marlatt (1998b) forsto skadereduksjon som et alternativ til det han kaller den moralistiske- eller kriminellemodellen og sykdomsmodellens tilnærming til illegal stoffbruk. Utrykk for den moralistiske- eller kriminellemodellen ser vi for eksempel gjennom den amerikanske nulltoleranspolitikken. Ut fra en sykdomsmodell ses stoffbruk som et biologisk eller et genetisk anliggende (Marlatt 1998b). Hovedmålet for det skadereduserende arbeidet er å bidra til reduksjon av skader ved stoffbruk, ikke rusfrihet. Marlatt oppsummerte de viktigste komponentene i skadereduksjonsarbeid slik:

1. Skadereduksjon er et alternativ til den moralistiske forståelsen og til sykdomsforståelsen av stoffbruk.
2. Skadereduksjon kan sette total rusfrihet som et mål for arbeidet, men aksepterer alternativer som reduserer skader.
3. Skadereduksjon benytter lavterskeltilgang til tjenester til brukerne som et alternativ til det tradisjonelle høytterskeltilbudet.
4. Skadereduksjon er basert på en medmenneskelig metode i kontrast til en moralistisk (Marlatt 1998b:49-56, min oversettelse).

I denne forståelsen av skadereduksjon inngår at skadereduksjonsarbeidet på sikt også kan føre til rusfrihet for stoffbrukerne. Allikevel er aksept for stoffbruk sentralt i Marlatts forståelse av skadereduksjon.

Forståelser av skadereduksjon innbefatter aksept for stoffbruk som en grunnleggende komponent. Harm Reduction Coalition (HRC) er en organisasjon som arbeider for å fremme skadereduksjonsarbeid i USA. De har satt opp noen prinsipper for skadereduksjon som ligger til grunn for deres forståelse av begrepet. Aksepten for stoffbruk er deres høyest prioriterte prinsipp, og de skrev følgende på sine nettsider: "Accept for better and for worse, that licit and illicit drug use is part of our world and choose to work to minimize its harmful effects rather than simply ignore or condemn them"(HRC<sup>17</sup> 2006).

Respekt for brukernes egne ressurser og egne valg er grunnleggende innenfor skadereduksjonsperspektivet. Det vektlegges at brukerne skal settes i stand til å ta kontroll over livet sitt. I boken *Over the Influence* henvendte forfatterne Denning, Little og Glickman

---

<sup>17</sup> <http://www.harmreduction.org/aboutHRC/aboutindex.html> (lastet ned 30.08.06).

(2004) seg direkte til stoffbrukere om hva skadereduksjon er. De la vekt på at brukerne selv skal ta avgjørelser og definere mål de mener passer for dem. Forfatterne skrev: "Harm reduction does not encourage you to hand over decision making to others" (Denning, Little and Glickman 2004:3). I følge Martin Blindheim (2003a) benytter den kanadiske rusforskeren Eric Single en forståelse av skadereduksjon som har tre komponenter:

1. Brukerens avgjørelse om å bruke rusmidler respekteres som et faktum.
2. Brukeren behandles med respekt som en person som er ansvarlig for sine valg og for sin atferd.
3. Hvorvidt brukeren i fremtida kommer til å bruke rusmidler, stiller en seg nøytral til (Blindheim 2003a:18).

Oppsummerende kan man si at skadereduksjon er et helsefremmende virke. Fokus ligger på å redusere skader ved stoffbruk, heller enn å arbeide med at brukerne skal være helt avholdne. Imidlertid kan skadereduksjon motivere til rusfrihet på sikt. Brukernes ressurser og handlingsvalg står sentralt, og sammen med brukerne søker man å redusere skader og andre negative konsekvenser bruk av rusmidler kan ha. Dette er tenkning som også er aktuelt i sosialt arbeid og da særlig gjennom empowerment-tilnæringer som har mange likhetstrekk med tankesettet i skadereduksjon. Dette skrive jeg mer om senere i kapitlet.

### ***Skadereduksjonsmetoder***

I det videre vil jeg presentere Marlatts (1998b) forståelse av metoder for skadereduksjonsarbeid, med andre ord hvordan man kan arbeide for å nå målene for skadereduksjon.

Marlatt (1998b) delte inn metodene for skadereduserende arbeid i tre hovedkategorier; (1) Arbeid med individer og grupper, (2) Tilrettelegging av omgivelsene som gjør det mulig å redusere skader, og (3) Arbeid for reformering av narkotikapolitikken slik at den legger tilrette for skadereduserende arbeid.

*(1) Arbeid med individer og grupper* dreier seg om å drive skadereduserende arbeid både overfor dem som bruker rusmidler og i det forebyggende arbeidet (Marlatt 1998b). Skadereduserende perspektiver innlemmes både i primær-, sekundær- og i tertiærforebygging og i behandlingsarbeid med stoffbrukere. Én metode i arbeidet vil være informasjon, og J-Kie Cardstiltaket er et eksempel på slikt arbeid.

*(2) Tilrettelegging av omgivelsene som gjør det mulig å redusere skader* dreier seg om å legge tilrette for at stoffbrukere skal kunne benytte kunnskaper de får gjennom informasjon om helse, slik at de får en mindre risikofylt atferd. Vi kan anta at informasjonen gir økt kunnskap om helse, men kunnskapsøkning er ikke nok til å redusere skader. Hvis



omgivelsene til stoffbrukerne ikke gir dem mulighet til å bruke kunnskapen de tilegner seg, kan de heller ikke velge annerledes. For eksempel hjelper det ikke at brukerne gjennom J-Kie Cards får informasjon om smitterisiko ved bruk av urent injeksjonsutstyr, hvis de ikke får tilgang til rent utstyr. Marlatt skrev om dette: "The goal of reducing harm cannot be met unless the environmental means are available" (Marlatt 1998b:62). Eksempler på tilrettelegging av omgivelsene kan, utover distribusjon av rent injeksjonsutstyr, være rene og trygge steder hvor brukerne kan injisere rusmidler (som sprøyterom), og reseptutskrivning av rusmidler. Reseptutskrivning av eksempelvis heroin ville kunne virke reduserende på skader som infeksjoner og overdosering, som brukerne kan få av urent og utblandet stoff.

*(3) Arbeid for reformering av narkotikapolitikken slik at den legger tilrette for skadereduserende arbeid* dreier seg om å påvirke narkotikapolitiske vedtak.

Narkotikapolitikken vil påvirke i hvilken utstrekning det er mulig å drive skadereduserende arbeid. For eksempel kan dette dreie seg om politiske beslutninger som sprøyterom og utskrivning av medikamenter som per i dag er illegale rusmidler. Marlatt (1998b) nevnte Nederlands skille mellom "lette" og "tunge stoffer" som et eksempel på politiske bestemmelser som har åpnet for skadereduserende arbeid. Han kritiserte den amerikanske nulltoleransepolitikken "War on drugs" for å være lite skadereduserende. Vi finner igjen noe av den samme nulltoleransepolitikken i den norske lovgivningen for illegale rusmidler. I Norge har vi imidlertid en mer pragmatisk politikk, som for eksempel har åpnet og lagt tilrette for et prøveprosjekt med sprøyterom, helsefremmende informasjonsarbeid og utdeling av rent injeksjonsutstyr. Den pragmatiske politikken legger i så måte tilrette for å drive skadereduserende arbeid med de metodene Marlatt (1998b) beskrev.

### ***Skadereduksjon som sosialt arbeid***

Sosialt arbeid har som mål å arbeide for å bedre situasjonen til de svakere stilte i samfunnet og kan derfor regnes som et verdiskapende fagfelt (Levin 2004). Både i sosialt arbeid og i skadereduksjonsarbeid vektlegges likeverdighet i relasjoner mellom brukere og helse- og sosialarbeidere, og brukernes selvbestemmelse og ressurser står sentralt. Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO<sup>18</sup>) har med bakgrunn i den internasjonale sosialarbeiderføderasjonens (International Federation of Social Work) etikkdokument utarbeidet egne etiske retningslinjer (FO<sup>19</sup> 2006). Det etiske prinsippet om

---

<sup>18</sup> Skiftet navn til Fellesorganisasjonen i 2006.

<sup>19</sup> <http://www.fobsv.no> (lastet ned 05.12.06).

selvbestemmelse og mestring, har mange likhetstrekk med det jeg tidligere har skissert som viktige elementer for skadereduksjon. I FO's dokument står det:

Respekt for enkeltindividets frihet, selvbestemmelse og livsverdier er grunnleggende i helse- og sosialfaglig arbeid. Gjennom brukervedvirkning skal barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere bidra til å styrke den enkeltes mulighet for mestring og kontroll over eget liv (FO 2006).

I sosialarbeidernes etiske dokumenter, gis det klare føringer om at brukerne skal gis frihet til å ta egne beslutninger. Denne friheten forutsetter kunnskap til å endre sin egen situasjon. Ved at sosialarbeidere formidler kunnskap til brukere kan dette bidra til at den enkelte bruker bedre kan mestre og få kontroll over eget liv, slik som retningslinjene gir føringer om.

Skadereduksjonsarbeid står derfor på dette punktet likt med de etiske retningslinjene for sosialt arbeid.

### ***Likeheter mellom empowerment- og skadereduksjonsperspektivet***

Empowerment i sosialt arbeid har sine røtter tilbake til Paulo Freires frigjørende pedagogikk. Empowerment kan defineres som en prosess for å sette mennesker i bedre stand til å bli herre over og forbedre sin tilstand (Adams 1996; Slettebø 2000). Det innbefatter både individets følelse av kontroll over eget liv, påvirkning på egen livssituasjon og psykisk og fysisk helse. Dette kjenner vi igjen fra skadereduksjonsperspektivet. Å settes i stand til å påvirke sitt eget liv og sine egne livsvilkår står sterkt i både empowerment- og skadereduksjonsperspektivet. Det er også sentralt i begge perspektiver at brukerne selv skal definere og benevne sine problemer. "Retten til å bruke sin stemme og definere egen virkelighet, 'To name the world', og retten til selv å delta i de beslutningsprosesser som påvirker ens liv eller lokalsamfunn, burde være en grunnleggende rettighet for alle borgere"(Andersen, Brok og Mathiasen 2000: 88).

Robert Adams (1996) beskrev empowerment som en prosess på flere nivåer: individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Han skrev at for at individene skal kunne delta i grupper må de først myndiggjøres på individnivå. En av arbeidsmetodene her er å gi informasjon. I skadereduksjonsarbeid har arbeid med den enkelte stoffbruker vært en sentral del av de metodene som har blitt benyttet. Man har arbeidet for å gi kunnskap til enkeltindivider som kan bidra til at de skal kunne endre sin egen situasjon. Selv om fokuset på individet har stått sterkt, ble skadereduksjon tradisjonelt løftet frem som et initiativ tatt nedenfra for å endre levekårene til hele gruppen av stoffbrukere, i motsetning til metoder som utvikles av personer som selv ikke er en del av gruppen (Marlatt 1998c). I artikkelen *Harm reduction as paradigm* kritiserte Gordon Roe (2005) skadereduksjonsbevegelsen for å ha endret seg til en ovenfra og

ned bevegelse fra sin opprinnelse; nedenfra og opp. Skadereduksjonsarbeid bærer nå i følge Roe mer preg av bare å drive individrettet arbeid. Den medisinske delen av skadereduksjonsarbeidet har nå fått større plass enn det samfunnsmessige (Roe 2005). Roe mente dette skjedde etter at små grupperinger som arbeidet på privat initiativ, ble tatt over av politisk styrte tiltak.

De ovenfor skisserte likheter mellom sosialt arbeid (spesielt med bruk av empowerment-tilnærminger) og skadereduksjon finner vi igjen som viktige elementer i J-Kie Cardstiltaket. Brukerne har selv stilt spørsmålene som de ønsker å få svar på og fått informasjonen tilpasset brukergruppen. Å definere egne behov er en grunnstein i tiltaket. Selv om tiltaket retter seg til den enkelte stoffbruker og ikke til gruppen som helhet, så er J-Kie Cards et fellesprodukt ved at mange har bidratt med spørsmål.

### ***Motsetninger mellom skadereduksjon og målet om rusfrihet for stoffbrukere***

I 1999 tok daværende borgermester i New York i bruk begrepet ”Zero tolerance” med henblikk på forskjellige typer lovbrudd som skulle utrykkes fra New Yorks gater (Fugelli 2003). Begrepet ble etter hvert implementert i norsk politikk oversatt til nulltoleranse. Nulltoleranse ser vi for eksempel i den norske narkotikapolitikken. I St. meld. nr. 16 (1996-97) uttrykte regjeringen følgende om sine mål og virkemidler for narkotikapolitikken:

Liberalisering ville først og fremst ha den negative signaleffekten at samfunnet ikke lenger vurderer narkotika som et alvorlig problem. (...). Det er derfor viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede politiske målet; å arbeide frem mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika (St.meld. nr. 16 1996-97:9).

Det samme målet ble gjentatt i *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005*: ”Regjeringens visjon er frihet fra rusmiddelproblemer” (Handlingsplan 2003-2005:9). Streng lovgivning og den såkalte nulltoleransepolitikken blir begrunnet med at visjonen eller målet for den norske narkotikapolitikken er et samfunn fritt for bruk av narkotika. Vi ser blant annet nulltoleransen uttrykt i endringer i straffeutmåling for brudd på legemiddeloven som i løpet av de siste 30 årene er blitt 40-doblet (Christie og Bruun [1985] 2003). Per Fugelli mente at: ”Nulltoleransen er et mål som baserer seg på en tanke om å gjøre samfunnet rent (...).” (Intervju med Fugelli i Blindheim 2003b:28). Han mente at et samfunn som ønsker å utrykke problemer, eksempelvis bruk av narkotika, tillater seg å benytte midler som angriper borgernes frihet for å nå målene. Fugelli så angrepet på borgernes frihet som mer skadelig enn problemene i seg selv (Fugelli 2003).

Nulltoleransen er utgangspunktet for mye skadereduksjonsarbeid som drives i Norge. Det langsiktige målet er fortsatt et samfunn fritt for narkotikaproblemer, og som et

supplement er skadereduserende tiltak blitt innlemmet som en tilnærming til stoffbrukere. De skadereduserende tiltakene kan da ses som kortsiktige løsninger for å redusere skadene av stoffbruket, der man håper at de på lang sikt kan ha innvirkning på motivasjon for behandling og rehabilitering (Johansen og Myhre 2005). Skadereduksjonstiltakene kan også ses som noe som brukes for å demme opp for skadene som påføres stoffbrukere gjennom kriminalisering slik som beskrevet tidligere i kapitlet (CfNI<sup>20</sup> 2004).

Nulltoleransepolitikken står i sterk motsetning til skadereduksjonsperspektivets prinsipp om aksept for stoffbruk. David Hawks skrev om dette:

The American policy of zero tolerance, itself aiming at a drug-free society (though legal drugs are not included in this prescription) is perhaps the most obvious example of a policy which by definition excludes all compromises, including accepting the aim of harm minimisation (Hawks 1993:94)

Det kan skape dilemmaer for faglig praksis i rusfeltet i Norge at det er motsetninger mellom politiske visjoner og den pragmatiske politikken som føres. På den ene siden er det et mål for narkotikapolitikken at brukerne skal bli rusfrie. På den andre siden ser vi både på landsbasis og i Oslo spesielt at det bevilges store summer penger til skadereduksjonstiltak hvor stoffbruk aksepteres. Spørsmålet blir derfor om fagfeltet klarer å omdefinere politikk til fag og utvikle metoder for skadereduksjon i Norge. I det videre vil jeg diskutere hvordan nullvisjonene kan ha påvirket fagpersoner i det skadereduserende arbeidet.

### ***Dilemmaer i skadereduksjonsarbeidet i Norge***

Aksept for stoffbruk er et bærende skadereduksjonsprinsipp som kan være vanskelig å arbeide med så lenge den rådende visjonen for narkotikapolitikken ikke aksepterer de aktivitetene stoffbrukerne bedriver, og har definert en del stoffbruk som ulovlig. Skal sosialarbeiderne drive endringsarbeid med mål om rusfrihet, eller skal de legge tilrette for at mennesker kan ta disse valgene etter eget ønske mens de fortsetter å ruse seg? Dette er et kjent dilemma i sosialt arbeid. Skal sosialarbeidere drive virksomhet som forsøker å endre levevilkårene for de grupper de arbeider med, eller skal de arbeide for å endre individene slik at de tilpasser seg samfunnets gjeldende normer? (Levin 2004). Dette fører også til spørsmål om hvorvidt sosialarbeidere skal gi informasjon som gjør at mennesker kan velge å handle på måter samfunnet ikke ønsker, eksempelvis om hvordan en kan bruke rusmidler på en mindre skadelig måte. Ved at informasjon blir gitt, kan individene selv velge hvordan de ønsker å

---

<sup>20</sup> <http://www.CfNI.dk/dok/skadesreduktion-notat.doc> (lastet ned 30.08.06).

handle, for eksempel fortsette å bruke stoffer. Det har vist seg å være motstand mot dette i sosialt arbeid. Liv Johanne Solheim (2001) skrev om dette:

For hjelpeapparatet kan informasjonsvegringa vere ein måte å manøvrere og kontrollere brukarane på, (...). Men det kan føre til at brukarane føler seg avmektige, dei kan bli uttrygge og føle mistillit til hjelpeapparatet og dets representantar. Og når dei oppdagar at informasjon er blitt halden tilbake og dei ikkje har fått den hjelpa dei har rett på, kan dei føle seg krenka (Solheim 2001:105).

I sin bok *Livs- og dødskrefter i organisasjoner* (1998) drøftet Kjell Dahl vansker med å gjennomføre politiske målsettinger i faglige organisasjoner som arbeider med sosiale problemer. Han hevdet at sosialpolitikken i mange henseender bygger på sinnelagsetiske begrunnelser, mens den egentlig burde kobles mer til konsekvensetiske begrunnelser. Videre hevdet han at politikk med sinnelagsetiske begrunnelser ofte har gode intensjoner, men at dette ikke er nok. Dahl mente at det er motsetninger mellom den politikken som vedtas, og de konsekvensene den har for det faglige praksisfeltet. Faget kan måtte vike for de politiske hovedmålsetningene, som egentlig er umulige å oppnå gjennom et sosialfaglig virke. Rusarbeid i Norge er et typisk eksempel på et slikt spenningsfelt hvor de politiske målsettingene ikke nødvendigvis er i samsvar med de tiltakene som utføres. Målet om et samfunn fritt for narkotika går ikke sammen med skadereduksjonsarbeidets grunntanke om aksept for brukernes egne valg. Ser vi for eksempel på prøveprosjektet med sprøyterom, så kan det vanskeliggjøre å drive helsefremmende arbeid for helse- og sosialarbeiderne så lenge de rusmidlene brukerne benytter er illegalt kjøpt, og derfor kan være urene og utblandet slik at infeksjons- og overdosefaren fortsatt er stor.

I de nordiske land har skadereduksjon fått karakter av å demme opp for den lite vellykkede målsetningen om et samfunn fritt for narkotika, som underveis har skadet mange liv gjennom kontroll- og stoffskader hos stoffbrukerne. Fugelli kritiserte nulltoleranseholdninger fordi de kan skade andre, viktigere mål som frihet, verdighet og trygghet (Intervju med Fugelli i Blindheim 2003b). Dahl (1998) mente det innenfor et slikt spenningsfelt vil være vanskelig å omsette politiske målsettinger til faglige oppgaver og metoder. I Norge, hvor skadereduksjon er implementert i rusarbeidet som et supplement i arbeidet mot målet om et rusfritt samfunn, kan sosialarbeidere oppfatte det som motsetningsfullt å drive informasjonsarbeid som de kan oppleve at oppfordrer til at stoffbruken opprettholdes. Det enkelte tiltak eller den enkelte sosialarbeider kan gjøre motstand mot å gi ut visse typer av informasjon. Motstanden har ofte sin begrunnelse i ønsket om at brukerne skal slutte å ruse seg. Det kan derfor virke galt å gi ut informasjon som

oppretholder stoffbruk. Dette kan skape dilemmaer for sosialarbeidere som arbeider med skadereduksjon, fordi grunntanken er at stoffbrukerne skal bestemme hvorvidt deres mål er rusfrihet eller ikke.

Som jeg har beskrevet tidligere sier de etiske prinsipper at sosialarbeidere skal arbeide for å gi enkeltindivider økt mulighet for mestring og kontroll over eget liv, for eksempel gjennom å gi informasjon som kan føre til økt kunnskap. Det vil da være flere etiske implikasjoner med å holde tilbake informasjon som kan føre til færre skader hos brukerne. De dilemmaer sosialarbeidere møter i fagfeltet vil derfor kreve etisk bevisste fagpersoner, som vurderer hva slags konsekvenser det kan få for stoffbrukerne at sosialarbeidere arbeider med politiske visjoner i møte med brukerne. Mange av skadene ved stoffbruk er påført stoffbrukerne nettopp på denne måten. For eksempel gjennom kontrollskader, ved at det tidligere ikke ble delt ut rent injeksjonsutstyr fordi man mente at dette ikke var i tråd med visjonen om et rustfritt samfunn.

### ***Oppsummering***

Marlatt (1998b) benyttet en tredeling av metodene for skadereduksjonsarbeidet og J-Kie Cardstiltaket er kun en av flere tilnærminger i det skadereduserende arbeidet med stoffbruk. Som et enkeltstående skadereduksjonstiltak vil J-Kie Cards kunne gi liten effekt. Ved drøftelser av funnene fra studien diskuterer jeg hvordan flere tiltak kan ha bidratt til å påvirke kunnskapsnivået til utvalget.

Sosialt arbeid med empowerment-tilnærminger og skadereduksjonsarbeid har mange likhetstrekk. Brukernes egne ønsker og valg skal være utgangspunktet for det arbeidet som gjøres. Perspektivene har også fokus på å øke kunnskapene til brukerne slik at deres handlingsalternativer kan bli flere. J-Kie Cardstiltaket innehar flere av disse trekkene og ved drøftelser av funnene, diskuterer jeg hvordan dette kan ha påvirket kunnskapsnivået til utvalget.

I dette kapitlet har jeg diskutert noen faglige dilemmaer i skadereduserende sosialt arbeid i Norge. For eksempel kan det virke motsetningsfylt for sosialarbeidere å gi informasjon som setter brukerne bedre i stand til å opprettholde sitt bruk av rusmidler når den norske narkotikapolitikken har som mål at stoffbrukerne skal bli rusfrie. Ved drøftelsene av funnene fra studien diskuterer jeg hvordan dette dilemmaet kan ha påvirket kunnskapsnivået i utvalget før J-Kie Cards ble delt ut.

## **Teori om informasjon**

Effektiv kommunikasjon er et nøkkelbegrep når det gjelder hvordan man skal gi ut informasjon om emner. Det er viktig å reflektere over hvordan den enkelte målgruppe best kan nås med et budskap. Henrik Bakke (2004) har tatt opp hvor viktig det er å stille seg disse spørsmålene:

- Hvor mye vet målgruppen om det emnet jeg skal ta opp?
- Hvor mottakelig er målgruppen for budskapene mine? (Bakke 2004:17).

Spørsmålene er viktige for å kunne si noe om den informasjonen man formidler vil treffe brukerne, og på hvilken måte den bør presenteres. Videre mente Bakke at god informasjon gis ved at det viktigste budskapet presenteres raskt og tydelig i informasjonsmaterialet slik at interessen til målgruppen vekkes. Språket som brukes i formidlingen bør være aktivt, slik at målgruppen føler at de kan ta stilling til budskapet som presenteres. Hovedbudskapet bør kommuniseres svært tydelig.

I boken *Deltaker i samfunnet* har Arne Simonsen (1998) tatt for seg hvordan informasjon gjennom offentlige kanaler kan fremme borgernes mulighet til aktiv deltakelse i samfunnet. Han brukte begrepet "oppsøkende informasjon". Det innebærer å gi informasjon utenom kanaler som aviser, internett, brev og lignende, og i stedet gi informasjon i "en til en møter". Slike møter kan i følge forfatteren bidra til at det offentlige når ut til dem han kaller "svaktstilte" med informasjon om rettigheter, eksisterende hjelpeapparat med videre. Informasjonen bør i følge Simonsen gis av personer i hjelpeapparatet som oppsøker brukere; såkalte nøkkelpersoner. "Nøkkelpersonell i vid forstand kan medvirke til å gi informasjon. Det kan for eksempel være hjelpepersonell som kommunene allerede har. Men vi kan også tenke oss spesialtrent personell med en slik oppgave" (Simonsen 1998:124).

J-Kie Cards benytter flere av disse metodene for effektiv informasjonskommunikasjon. Hovedbudskapet kommer frem på forsiden av kortene, og informasjonen kan ha gitt mening for gruppen, fordi det var informasjon de selv hadde etterspurt. Språket er tilpasset subkulturens, ved at produsentene ivaretok det språket brukerne brukte da de stilte spørsmålene. Informasjonen er tilpasset målgruppen gjennom de kanaler som ble benyttet for å dele ut kortene. Hvorvidt dette har hatt innvirkning på kunnskapsnivået ser jeg nærmere på senere i oppgaven.

## ***Hukommelse***

I denne studien vil det være det vi kaller langtidshukommelse, som har virket inn på brukernes mulighet til å svare rett på spørsmålene jeg stilte. Peter Wetterberg skrev: "Alt vi

husker i mer enn 30 sekunder, kan sies å være en del av langtidshukommelsen” (Wetterberg 2005:43). Langtidshukommelsen kan vi dele inn i den eksplisitte delen av hukommelsen, som er det som ble testet i denne studien, og den implisitte delen. I den eksplisitte delen av hukommelsen lagres det vi har opplevd og faktakunnskap. I den implisitte delen lagres automatiske skjemaer og programmer for hvordan vi gjør ting (Wetterberg 2005). Hvordan brukerne benytter den informasjonen de fikk gjennom kortene vil kunne styres av denne delen av hukommelsen.

Det vil ha mye å si om informasjonen på kortene ga mening for brukerne. Ga den lite mening vil det være vanskelig å huske informasjonen. Dette vil for eksempel kunne påvirke hvorvidt de som bare bruker amfetamin husker informasjon om heroinbruk. Det samme gjelder spørsmål om bruk av tvang etter *Lov om Sosiale tjenester* gir mening for de brukerne som tvang aldri har vært aktuelt for. ”Det er lettere å lære seg ting som er meningsfulle, enn ting som ikke har noen mening (...). Vi streber nemlig etter å finne mening i det vi ser. Jo mer man prøver å finne meningsfulle assosiasjoner til det man skal lære, jo bedre husker man det” (Wetterberg 2005:95). Dette innebærer at funnene i denne studien er påvirket av erfaringene og livssituasjonen den enkelte bruker har, med tanke på hva som gir mening for brukeren.

### ***Innlæring og hukommelse***

Vår evne til innlæring påvirkes av flere ting, for eksempel av vår evne til konsentrasjon, konteksten vi lærer i og tid på døgnet (Wetterberg 2005). Evnen til konsentrasjon vil kunne påvirkes både av psykisk og fysisk helse, men også av bruk av rusmidler. Er det støy og bråk der vi skal lære noe kan dette forstyrre evnen til innlæring. Står konteksten for det vi skal lære i sammenheng med den kunnskapen vi skal tilegne oss, vil dette kunne påvirke vår evne til innlæring positivt. Med tanke på J-Kie Cards kan det tenkes å virke inn positivt at informasjon om sprøyteteknikk blir delt ut sammen med injeksjonsutstyr. Informasjonen blir derfor gitt i meningsfull kontekst.

Repetisjon er viktig ved innlæring. Wetterberg skrev om dette: ”Det du vil huske lenge, må du repetere” (Wetterberg 2005:146). At J-Kie Cards ble delt ut over en lengre periode kan derfor ha hatt en positiv innvirkning på brukernes evne til å huske den informasjonen de mottok. I følge Wetterberg (2005) husker vi også bedre ved å lære den samme tingen på flere måter. For eksempel, både ved å lese og utføre i praksis. Dette kan bety at kortene kan ha innvirket på kunnskapsnivået fordi temaene som tas opp er relatert til brukernes daglige liv.



### ***Rusmidler og livsstil påvirker hukommelsen***

Hukommelsen kan påvirkes av kosthold, livsstil og trening i å lære nye ting (Wetterberg 2005). ”Vi vet at ved depresjoner og sorgreaksjoner blir hukommelsen og konsentrasjonsevnen ofte dårligere” (Wetterberg 2005:129). Dette kan ha påvirket utvalgets mulighet til å huske informasjon fra kortene, da vi kan anta at flere i utvalget sliter med ulike psykiske problemer både med bakgrunn i traumer før stoffbruk, og som en følge av livet som stoffbruker.

I en oversiktsartikkel av Lundquist (2005) sammenfattes studier som sammenlikner effekter på kognitiv funksjon ved bruk av cannabis, sentralstimulerende midler (eksempelvis amfetamin) og heroin. ”Kognisjon” er en samlebetegnelse på ulike funksjoner i tanke og sinn. Eksempel på kognitive funksjoner er hukommelse, språk, tolkning av synsinntrykk, evne til problemløsning og orienteringsevne. Forfatteren skiller mellom akutte effekter av rusmidler (umiddelbart når man har tatt en dose) og langtidseffekter (Lundquist 2005). Lundqvist (2005) fant at de akutte effektene for alle de nevnte typene av rusmidler, med mulig unntak for heroin, var nedsatt oppmerksomhet og korttidshukommelse. Cannabis ga spesielle problemer med oppmerksomhet og eksekutiv funksjon<sup>21</sup> som viste seg blant annet som nedsatt ”mental fleksibilitet”. Dette betyr at man har vanskelig for å skifte oppmerksomhet og fokus mellom ulike oppgaver eller handlingsmønstre. Man kan for eksempel få en tendens til å gjenta seg på ulike plan og man kan få vansker med å holde oppmerksomheten på én ting. Amfetamin- og metamfetaminbrukere fikk i studien problemer med innlæring og utsatt gjenkalling (som betyr å huske noe etter at det har gått en tid, ikke bare umiddelbart etterpå). De fikk også problemer med mental prosesshastighet og arbeidshukommelse. Ecstasybrukere fikk problemer med å lagre informasjon i langtidshukommelsen, de ble lett distraherete og hadde vanskeligere for å fokusere oppmerksomheten på sammensatte oppgaver. Langtids kokainbrukere hadde nedsatt oppmerksomhet, innlæring, hukommelse, reaksjonstid og mental fleksibilitet. Studiene viste også at heroinavhengighet kunne ha en negativ effekt på impuls kontroll og evne til å ta valg. Studiene viste ikke at bruk av heroin ga så mye skader på andre typer av kognitiv funksjon.

I en annen studie så man på eksekutiv funksjon og hukommelse hos amfetamin- og heroinbrukere (Ersche, m.fl. 2006). De sammenlignet en rusfri kontrollgruppe med dem som

---

<sup>21</sup> ***Eksekutive funksjoner*** betegner eksempelvis impuls kontroll, initiativkraft, planlegging, vurdering og utholdenhet. De eksekutive funksjonene vil påvirke menneskers evne til å planlegge, velge og vurdere riktig, starte, gjennomføre og avslutte aktiviteter. Disse funksjonene er nært koblet til oppmerksomhet og våkenhet (Lundquist, 2005).

var aktive stoffbrukere, og med dem som hadde vært rusfrie i minst et år. Forskerne fant ikke noen forskjell i funksjon mellom aktive brukere og rusfrie eksbrukere (Ersche, m.fl. 2006). De fant at kvinner hadde mindre negativ effekt av rus på kognitiv funksjon enn menn. Studien viste også at amfetamin ga større kognitive problemer enn heroin.

I en tredje undersøkelse av stoffbruks påvirkning på hukommelse så forskerne på nevropsykologiske tester hos tidligere heroinbrukere som nå gikk på metadon, tidligere heroinbrukere som nå var rusfrie, og kontrollpersoner som ikke hadde brukt eller nå brukte rusmidler (Prosser, m.fl. 2006). Begge gruppene av tidligere stoffbrukere gjorde det i denne studien dårligere på testene enn kontrollgruppen. De tidligere stoffbrukerne som ikke gikk på metadon gjorde det litt dårligere enn metadonbrukerne på tester for visuell hukommelse (figurkopiering), men ellers var det ikke forskjell på disse to gruppene. Det var ingen sammenheng mellom resultat på tester og ulike mål på grad av stoffbruk. Det vil si hvor mange år de hadde ruset seg, hvor mye penger de hadde brukt på heroin daglig eller hvor høy dose metadon de brukte.

## **Oppsummering**

Teorien om informasjon har vist at det som kan påvirke informantenes innlæring av kunnskap fra J-Kie Cards, er at budskapet presenteres entydig på kortene og at det presenteres på en måte som gjør at brukerne blir interessert i det som formidles. Relevansen informasjonen har for brukerne vil også ha noe å si for deres interesse for tiltaket, samt deres evne til å lære noe av informasjonen. At informasjonen repeteres er viktig for at informantene skal kunne huske informasjonen de mottar, men undersøkelser viser også at deres stoffbruk kan virke negativt på evnen til innlæring. Med bakgrunn i teorien jeg har presentert i dette kapitlet vil jeg diskutere noen spørsmål ved drøftelser av funnene. Aktuelle spørsmål som vil drøftes for å diskutere om J-Kie Cards har økt kunnskapsnivået hos brukerne er: Kan formidling av aksept for stoffbruk, påvirke brukernes interesse for kortene og derigjennom deres kunnskapsnivå? Har det noen innvirkning på kunnskapsnivået at tiltaket er bygget på informantenes premisser? Kan kunnskapsnivået før kortene ble delt ut ha vært påvirket av andre skadereduksjonstiltak i Oslo? Har informasjonsmåten påvirket kunnskapsnivået? Har stoffbrukens innvirkning på hukommelse påvirket kunnskapsnivået? Den teori jeg har presentert om skadereduksjonstilnærminger og informasjon har virket styrende for hvordan studien er lagt opp. I neste kapittel beskriver jeg hvilke metode og design jeg har brukt i undersøkelsen av J-Kie Cardstiltaket.

## Kapittel 3

### Metode og design

*”Statistikk er én stor løgn som består av mange små sannheter”*  
(Bowman, etter Siterte sitater 2006).

I dette kapitlet tar jeg for meg metode og design for undersøkelsen. Jeg diskuterer representativiteten i utvalget. Til slutt i kapitlet reflekterer jeg rundt min rolle som forsker versus sosialarbeider i lys av begrepet forforståelse. Jeg drøfter hvordan mine erfaringer fra arbeid med stoffbrukere har vært med på å påvirke arbeidet med gjennomføringen av undersøkelsen. Jeg gjør dette i et forsøk på å løfte frem noen styrker og svakheter i studien jeg har gjennomført.

#### Design

For å kunne vurdere om, og eventuelt i hvilken grad utdeling av J-Kie Cards har ført til bedre kunnskapsnivå blant de brukerne som har mottatt kortene, var et stort antall informanter nødvendig. Jeg har derfor benyttet kvantitativ metode i undersøkelsen og analysert funnene statistisk<sup>22</sup>. Valg av metode og design har tatt utgangspunkt i den danske studien av J-Kie Cards, fordi jeg ønsket å kunne sammenlikne tall fra den danske undersøkelsen med tall fra min undersøkelse.

#### *En tidsintervallstudie*

Som tidligere beskrevet er repetisjon med på å påvirke vår evne til å lære noe nytt. For å kunne vurdere problemstillingen i studien valgte jeg derfor å benytte en tidsintervallstudie. For å se om brukerne lærte svarene på spørsmålene bedre over tid valgte jeg ut 24 spørsmål fra de 83 kortene som ble distribuert i perioden jeg undersøkte. Jeg stilte de samme 24 kunnskapsspørsmålene flere ganger gjennom undersøkelsen.

Jeg gjennomførte undersøkelsen i fire omganger som hver varte i én uke. Første undersøkelse (T1) ble gjennomført før nye J-Kie Cards ble distribuert. De neste undersøkelsene ble gjennomført etter at kortene var blitt distribuert, i henholdsvis tre, seks og ni måneder. Dette har jeg betegnet som T2, T3 og T4.

#### *Koordinering av undersøkelsen*

Før jeg startet denne studien ønsket jeg å få oversikt over hvordan utdelingen av J-Kie Cards ble organisert ved de ulike tiltakene. Fra institusjonen hvor jeg selv jobbet visste jeg at det

---

<sup>22</sup> Jeg har benyttet statistikkprogrammet SPSS for å analysere materialet i undersøkelsen.

fungerte lite tilfredsstillende. Jeg tok kontakt med alle tiltakene hvor kortene ble delt ut. Tilbakemeldingene var svært forskjellige. Jeg laget derfor en rutine for hvordan utdelingen skulle foregå i undersøkelsesperioden hvor jeg skulle være koordinator for distribusjonen<sup>23</sup>. Én kontaktperson ved hvert tiltak fikk ansvar for å at kortene ble delt ut. Jeg leverte selv kortene til distribusjonsstedene for å sikre at det ikke ble delt ut andre kort enn de 83 jeg evaluerte. Kontaktpersonene fikk informasjon om undersøkelsen og fikk ansvar for å informere resten personalet, samt ha et overordnet ansvar for kortene ved tiltaket. Jeg introduserte meg for kontaktpersonene og personalet før undersøkelsen startet. I forkant av hver av ukene vi skulle intervjuer leverte jeg fargerike plakater om undersøkelsen ved tiltakene for å informere brukerne om når undersøkelsen skulle pågå. Personalet informerte også brukerne om undersøkelsen, for eksempel på husmøter for brukere.

### ***Datainnsamling***

Jeg samlet inn data ved å benytte standardiserte intervjuer. Målsettingen var å intervjuer cirka 50 informanter i hver omgang. Hovedparten av intervjuene ble gjennomført av meg selv og én innleid intervjuer, som tidligere hadde vært ansatt ved en av institusjonene<sup>24</sup>. I tillegg deltok sju intervjuere som arbeidet ved tiltakene hvor intervjuene fant sted. Selv intervjuet jeg imidlertid ikke ved Thereses Hus der jeg var ansatt mens undersøkelsen pågikk.

Jeg benyttet fire forskjellige standardiserte spørreskjemaer, ett for hver av testukene<sup>25</sup>. Spørsmål fra 24 utvalgte kort ble lest opp for informanten. Intervjuerne registrerte om informantene svarte rett, delvis rett, galt eller ikke kunne svare. Med hvert spørreskjema fulgte fasitsvar til spørsmålene som ble stilt, for å sikre at registreringen ble riktig selv om intervjuerne ikke kunne huske korrekt svar. Fasitsvarene hadde også en viktig funksjon som kvalitetssikring fordi jeg ikke gjorde alle intervjuene selv.

Valg av tidsintervallstudie hadde som hensikt å se på kunnskapsnivået i brukergruppen før kortene ble delt ut og i intervaller mens kortene ble distribuert. Dette kunne gjøre det mulig å si noe om hvorvidt kunnskapsnivået ble påvirket av utdeling av kortene eller ikke. Det kan selvsagt likevel være slik at påvirkning i kunnskapsnivå også skyldes andre hendelser i deltakernes liv. Dette er en svakhet i mitt metodevalg. Ved T2, T3 og T4 la jeg derfor inn spørsmål om gjenkjennelse av kortene. Intervjuerne viste frem ett og ett kort, og informantene ble spurt om de kjente igjen kortene. I tillegg la jeg inn noen spørsmål hvor informantene skulle svare på hva de mente om bilder og tekst på kortene, om de samlet på kortene og hva

---

<sup>23</sup> Se vedlegg nr. 2 for informasjonsskriv om distribusjon av J-Kie Cards.

<sup>24</sup> Se vedlegg nr. 3 og 4 for informasjonsskriv og taushetspliktserklæring for intervjuere.

<sup>25</sup> Se vedlegg nr. 5, 6, 7 og 8 for intervjukskjemaer benyttet ved T1, T2, T3 og T4.

de brukte kortene til. Dette var ment å gi utfyllende informasjon om hvilket forhold informantene hadde til J-Kie Cardstiltaket. Jeg har også tatt notater av sitater fra brukerne underveis i intervjuene. Gjengivelsene av noen typiske utsagn presenteres senere i oppgaven. Jeg har gjengitt sitatene ordrett, med unntak for grammatiske opprettinger.

Intervjuene ble gjennomført som *besøksintervjuer*, der intervjuerne oppsøkte informantene der de bodde (Ringdal 2001). Jeg valgte å benytte besøksintervjuer fordi jeg mente dette ville gi høyere svarprosent enn for eksempel henvendelse per post. Dette bygger på erfaringer jeg har med informantgruppen fra mitt virke som sosialarbeider. Jeg antok at det å møte brukerne ansikt til ansikt kunne påvirke deres interesse for undersøkelsen, og derfor deres prioritering i forhold til å delta i undersøkelsen i en hektisk hverdag. Jeg så det også som nødvendig å velge besøksintervjuer ettersom det skulle registreres om informantene svarte rett, delvis rett eller galt på spørsmålene. Det hadde blitt et altfor omfattende arbeid om alle informantene skulle skrive ned sine svar, og jeg deretter skulle vurdere alle besvarelsene.

Avtaler om intervjuer ble gjort på forskjellige måter. Jeg og intervjuemedhjelperen oppholdt oss i fellesarealer på institusjonen og informerte de som var tilstede om undersøkelsen samt at de kunne ta kontakt hvis de ønsket å delta. Andre ganger snakket personalet med brukere som deretter selv henvendte seg hvis de ville være med. Brukerne informerte også hverandre om undersøkelsen og sammen bidro de til en slags ”jungeltelegraf” om at de kunne delta som informanter de ukene jeg og intervjuemedhjelperen min besøkte institusjonene.

### ***Variabler i undersøkelsen***

Jeg valgte å ikke innhente andre variabler enn opplysninger om informantenes kjønn og alder. Dette hadde flere årsaker. I en studie av større omfang kunne det vært interessant å innhente flere opplysninger, for eksempel utdanningsnivå, tid som stoffbruker og behandlingserfaring. Bakgrunnen for valget av variablene kjønn og alder, var først og fremst at jeg ønsket å legge studien tett opp til den danske studien som etterspurte samme opplysninger om sine informanter. Videre ønsket jeg å gjøre undersøkelsen kort slik at flest mulig brukere skulle ønske og ha mulighet til å delta. Å etterspørre flere variabler enn kjønn og alder kunne medført etiske problemstillinger med tanke på at deltakerne i undersøkelsen er aktive stoffbrukere og derfor kunne antas å være ruspåvirket under intervjuene. I henhold til skadereduserende teori er det viktig at man ikke registrer for mye personopplysninger fordi dette kan gjøre at en del brukere vil avholde seg fra å benytte tiltakene (Stimson 1990b). Dette ville også kunne gjøre seg gjeldende i en undersøkelse av et skadereduserende tiltak.

Jeg antok at kjønn kunne ha en betydning med tanke på hva slags kunnskap informantene lærte mest om. Ut fra teorier om innlæring av informasjon, lærer vi bedre det som gir mening og har betydning for oss. Dette kunne bety at kvinner og menn interesserte seg for forskjellige temaer og dermed lærte noen temaer bedre enn andre. Variabelen kjønn kunne også gjøre det mulig å finne ut om kvinner og menn i forskjellig grad var fornøyd med J-Kie Cardstiltaket. Arnhild Taksdal (1997) fant i sin studie av rusomsorgen, at rusbrukende kvinner og menn har forskjellige behov med tanke på innhold og tilnærming i behandlingstiltakene. I min studie var det derfor interessant å finne ut om kvinner og menn hadde forskjellige meninger om opplegget for J-Kie Cards.

Alder valgte jeg som variabel fordi jeg ønsket å finne ut om det var noen forskjell i hvor mye informanter med ulik alder lærte av kortene. Antagelsen bygget på det samme som ved valg av variabelen kjønn; at informanter i ulik alder kunne være interessert i forskjellige temaer og dermed lærte noen temaer bedre enn andre. Jeg ønsket også å finne ut om alder hadde noen betydning for hvorvidt informantene var fornøyd, eller mindre fornøyd, med opplegget for J-Kie Cardstiltaket. Variablene kjønn og alder kunne også gjøre det mulig å si noe om representativiteten i utvalget i forhold til populasjonen. Dette skriver jeg mer om senere i kapitlet.

### ***Personvern og konsesjoner***

Med tanke på personvern har jeg som nevnt ikke innhentet andre personopplysninger enn kjønn og alder. Jeg har vært i kontakt med datasikkerhetsansvarlig i Rusmiddeletaten, som har drøftet prosjektet med Datatilsynet og fått bekreftet at opplysningene kunne lagres elektronisk i Rusmiddeletatens nettverk<sup>26</sup>. Jeg fikk beskjed om at jeg verken trengte å melde eller søke konsesjon om dette prosjektet fra Datatilsynet eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Personvernombudet for forskning (NSD)<sup>27</sup>. Jeg har også vært i kontakt med Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Øst. Av dem fikk jeg prosjektet godkjent uten å melde eller søke konsesjon fra komiteen<sup>28</sup>.

### **Utvalget**

Populasjonen for studien består av beboere ved institusjonene Marcus Thranes Hus, Dalsbergstien Hus, Ila hybelhus, Thereses Hus og Kvinnetiltaket Bryn, som har mottatt J-Kie Cards. Kortene deles ut ved disse institusjonene samt ved Feltpleien/Sprøyterommet. På grunn

---

<sup>26</sup> Se vedlegg nr. 9 og 10 for korrespondanse med datasikkerhetsansvarlig i Rusmiddeletaten.

<sup>27</sup> Se vedlegg nr. 11 og 12 for korrespondanse med NSD.

<sup>28</sup> Se vedlegg nr. 13 for korrespondanse med etisk komité.

av lite egnet plass for å gjøre intervjuer gjorde jeg imidlertid ingen intervjuer ved Feltpleien/Sprøyterommet. I tillegg snevres populasjonen inn til kun å gjelde injiserende stoffbrukere, da kortene bare deles ut sammen med injeksjonsutstyr og ved retur av brukt utstyr. Alle i populasjonen er over 18 år, fordi institusjonene bare gir tilbud til personer over denne alder.

For å kunne trekke statistiske generaliseringer ut fra funnene må det foreligge en viss form for tilfeldig utvalg. Med populasjonen i denne studien var dette vanskelig å få til. Brukerne flytter ofte fra sted til sted, hvilket medfører at hvilke brukere som bor ved tilbudene forandres til stadighet. Det er heller ingen registrering av hvilke brukere som har mottatt kortene og hvilke som ikke har gjort det. Ettersom jeg bare ønsket å intervju dem som hadde mottatt kort ble et tilfeldig utvalg vanskelig å finne. Dette er et ikke uvanlig problem ved å finne representative utvalg (Ringdal 2001). Utvelgingen for min undersøkelse ble derfor *slumpmessig utvelging*. Med slumpmessig utvelging mener jeg at alle stoffbrukere som oppga å ha mottatt kort ved institusjonene for populasjonen, ble spurt om å delta. Informantene deltok frivillig i studien<sup>29</sup>. Faren ved slike utvalg er at de informantene som melder seg for å delta kan være de som allerede er svært interessert i kortene. Dette fenomenet kalles seleksjonsskjevhet. Kristen Ringdal (2001) skrev dette om seleksjonsskjevhet:

Med dette menes at en ikke uten videre kan gå ut fra at det er et tilfeldig utvalg fra populasjonen som melder seg, men at spesielle grupper, demografisk og/eller når det gjelder personlighet, vil være overrepresentert (Ringdal 2001:149).

Funnene i min studie kan derfor være vanskelige å generalisere til å gjelde for hele populasjonen. Jeg drøfter dette forholdet senere i kapitlet.

## **Svarprosent**

Svarprosenten har jeg regnet ut ved å se hvor mange som bodde ved institusjonene vi besøkte opp mot hvor mange vi fikk intervjuet i periodene undersøkelsen pågikk. Få brukere svarte nei til å delta, men flere brukere var ikke tilgjengelige fordi de hadde gjøremål utenfor institusjonene som gjorde at vi ikke fikk spurt om de ønsket å delta. Gjennomsnittlig svarprosent ved T1, T2, T3 og T4 vises i tabell 3.1.

---

<sup>29</sup> Se vedlegg nr. 14 for informasjonsskriv til deltakerne i undersøkelsen.

Tabell 3.1 **Gjennomsnittlig svarprosent ved T1, T2, T3 og T4**

Intervjutidspunkt	T1	T2	T3	T4	Sum
Gjennomsnittlig svarprosent	50	59	58	50	54
Antall deltakere	87	96	97	81	361
Aktuelle informanter	175	164	166	163	668

Gjennomsnittlig svarprosent for hele undersøkelsen var, som det vises i tabell 3.1, litt over halvparten av populasjonen med 54 prosent (n=361). Til sammenlikning ble det gjennomført 190 intervjuer i den danske undersøkelsen. Ved institusjonene vi intervjuet, fordelte svarprosenten seg forskjellig. Dette er vist i tabell 3.2.

Tabell 3.2 **Gjennomsnittlig svarprosent ved de forskjellige institusjonene (T1-T4)**

Institusjon	Svarprosent	Antall deltakere
Thereses Hus	70	27
Kvinnetiltaket Bryn	65	32
Marcus Thranes Hus	60	95
Dalsbergstien Hus	53	99
Ila hybelhus	46	108
Antall deltakere		361

Det er gjennomført 361 intervjuer i løpet av hele undersøkelsesperioden (T1-T4), men siden noen av informantene er blitt intervjuet ved flere anledninger, viser tallet ikke reelt antall informanter. Ved T2, T3 og T4 spurte vi informantene om de var blitt intervjuet tidligere. Femtifem prosent svarte at de ikke hadde deltatt i undersøkelsen tidligere, mens 40 prosent svarte at de hadde blitt intervjuet én eller to ganger tidligere (n=274). Bare 5 prosent oppga å ha blitt intervjuet ved alle fire tidspunktene (n=274).

## Representativitet i utvalget

For å kunne vurdere generaliserbarheten av funnene i studien må representativiteten av utvalget diskuteres. I dette ligger en vurdering av hvorvidt stoffbrukerne i utvalget er representative for hele gruppen av stoffbrukere som har mottatt J-Kie Cards i Oslo.

Hvis utvalget velges på måter som hindrer seleksjonsskjevheter, for eksempel gjennom et randomisert utvalg, så kan resultatene fra utvalget med stor sannsynlighet også gjelde for resten av populasjonen (Ringdal 2001). Som tidligere beskrevet finnes det ikke noe register over min populasjon (stoffbrukere som har mottatt J-Kie Cards). Et randomisert utvalg har derfor ikke vært mulig å bruke. Jeg mener likevel at min studie kan ha stor overføringsverdi til resten av populasjonen. Som Bretteville-Jensen (2005) gjorde i sin studie av stoffbrukere i



Oslo, vil jeg ta stilling til utvalgets representativitet ved å vurdere følgende spørsmål: *Skiller utvalget seg fra de øvrige personene som bor ved institusjonene der jeg har foretatt undersøkelsen?* Dette kan jeg bare vurdere ut fra kjønn og alder, som er de to variablene jeg har registrert i mitt utvalg. Jeg ser dette i forhold til informasjon om brukere som benytter tiltakene hvor jeg har undersøkt og informasjon om stoffbrukere i Norge generelt med henblikk på variablene kjønn og alder.

### ***Aldersspredning i populasjon og utvalg***

Syttifem prosent av utvalget i undersøkelsen befant seg mellom 30 og 49 år og gjennomsnittsalderen var 37,6 år. Gjennomsnittsalderen i Rusmiddeletaten sine tiltak i 2005 var 38,8 år (RME 2005). Ved Kvinnetiltaket Bryn var gjennomsnittsalder 37,5 år og ved Thereses Hus var hovedandelen av brukerne mellom 30 og 44 år (Kvinnetiltaket Bryn 2005) og (Thereses Hus 2005). Ved Marcus Thranes Hus og Dalsbergstien Hus var 73 prosent av brukerne mellom 31 og 50 år, og ved Ila hybelhus befant 72 prosent seg i samme aldersgruppe (Kompetansesenteret i RME 2005). Aldersspredningen i mitt materiale sammenfalt derfor godt med aldersfordelingen som oppgis for populasjonen. Den samme aldersfordelingen for stoffbrukere ses også i undersøkelsen til Bretteville-Jensen (2005). I tabell 3.3 vises aldersfordelingen i utvalget ved de forskjellige undersøkelsestidspunktene.

Tabell 3.3 **Aldersfordeling i utvalget (T1, T2, T3 og T4) (prosent)**

Alder	T1	T2	T3	T4
<20 år	2	1	0	4
20-29 år	22	16	15	16
30-39 år	38	38	34	37
40-49 år	32	40	42	38
>50 år	6	5	9	5
Sum %	100	100	100	100
Gjennomsnittlig alder	36,2	38,1	38,9	37,2
Antall deltakere	87	96	97	81

I den danske studien var aldersfordelingen relativt lik som i min studie. Tre prosent av utvalget var under 20 år, mot to prosent i min studie. Fjorten prosent var fra 20-29 år mot 17 prosent i min studie. Trettini prosent var fra 30-39 år mot 37 prosent i min undersøkelse. Trettisju prosent av utvalget var fra 40-49 år mot 38 prosent i min studie og sju prosent var fra 50 år mot seks prosent i min studie (Harbo 2004).

### ***Kjønnsfordeling i populasjon og utvalg***

I mitt materiale var det 35 prosent kvinner og 65 prosent menn, i den danske studien var det 25 prosent kvinner og 75 prosent menn. Fordelingen i populasjonen viste at 31 prosent var kvinner og 69 prosent var menn ved institusjonene i Rusmideletaten i 2005 (Kompetansesenteret i RME 2005). Bretteville-Jensen og Ødegård (1999) skrev at man i Norge antar at kvinnene utgjør cirka en tredjedel av de tyngre stoffbrukerne. Fordelingen i min studie sammenfaller med fordelingen i populasjonen. I tabell 3.4 vises fordelingen mellom kvinner og menn ved de ulike undersøkelsestidspunktene.

Tabell 3.4 Andel kvinner og menn i utvalget (T1, T2, T3 og T4) (prosent)

Kjønn	T1	T2	T3	T4
Mann	61	61	66	70
Kvinne	39	39	34	30
Sum %	100	100	100	100
Antall deltakere	87	96	97	81

### ***Oppsummering***

Utvalget hadde samme aldersspredning og samme kjønns sammensetning som populasjonen. Utvalget var derfor representativt for populasjonen for disse to variablene. Videre ble litt over halvparten av de aktuelle informantene (54 prosent) intervjuet. Dette er en relativt stor andel, noe som kan kompensere for den manglende randomisering ved utvelgelsen. Det er en svakhet i mitt utvalg at de som er blitt intervjuet kan være de som har en spesiell interesse for kortene. De er allikevel mange (361 intervjuer), og sammenlikning med funn fra den danske studien styrker sannsynligheten for at funnene er generaliserbare.

### **Vitenskapsteoretiske betraktninger**

I det videre vil jeg ut fra vitenskapsteoretiske perspektiver drøfte hva som kan ses som styrker og svakheter i denne studien.

#### ***Erfaringsbasert kunnskap***

Gjennom mitt virke som sosialarbeider med stoffbrukere har jeg ervervet både fagkunnskap og erfaringskunnskap. Vår erfaringsbaserte kunnskap henger nært sammen med Gadamer's begrep om forforståelse eller fordommer (Gilje og Grimen 1993). "For Gadamer er fordommen ikke bare noe negativt, men først og fremst noe nødvendig. Det er i kraft av fordommene at vi overhodet kan se og forstå noe, derfor kommer vi aldri forbi eller over dem" (Maliks 1999:2). Erfaringsbasert kunnskap er den formen for kunnskap som skaper vår

forforståelse og hvordan vi forstår verden som omgir oss. Uten å kunne sette ord på vår erfaringsbaserte kunnskap kan den være en slags taus kunnskap som vi ikke har et reflektert forhold til, fordi vi tar noe for gitt. Vi tror at vi vet sannheten og at fenomener er slik vi opplever dem.

Mange av de avveiningene jeg har tatt i utformingen av designet er bygget på erfaringer jeg har med gruppen av informanter fra mitt arbeid som sosialarbeider. Den erfaringskunnskapen jeg bærer har for eksempel ført til at jeg valgte at intervjuene jeg skulle gjennomføre måtte være korte. Dette mente jeg med bakgrunn i at jeg har erfart at mange stoffbrukere ofte bruker store deler av dagen til å anskaffe penger til kjøp av rusmidler og at dette har høy prioritet. Jeg ville derfor legge tilrette for at de på tross av liten tid kunne delta i undersøkelsen hvis de ønsket det.

I bunnen for min forståelse av arbeidet med undersøkelsen ligger min erfaringsbaserte kunnskap om hvordan forskjellige rusmidler påvirker menneskers atferd. Som forsker har jeg brukt dette for å forstå den sosiale interaksjonen mellom meg og informantene i intervjuene, samt forstå deres interaksjon med verden rundt seg. Min forforståelse i møte med mennesker som ruser seg har hjulpet meg i å forstå intervjusituasjonene. Samtidig har det vært en utfordring å ikke la det at jeg tror at jeg forstår noe, føre til at jeg lar være å stille ytterligere spørsmål. Dette har jeg og de andre intervjuerne forsøkt å ha et bevisst og reflektert forhold til gjennom hele studien, både under intervjuene og i drøftelsene av materialet i etterkant.

Uten kjennskap til gruppen jeg skulle intervjuer kunne det vært vanskelig å tilpasse undersøkelsen slik jeg har gjort. Jeg ville kanskje ikke fått like mange informanter, ettersom noe av atferden som vi til vanlig tolker som avvisning kan være uttrykk for redsel. Flere menn enn kvinner tok selv kontakt for å bli intervjuet. Når vi som intervjuere henvendte oss til en hel gruppe av brukere og informerte om at de kunne ta kontakt med oss for å delta, gjorde få kvinner det. Spurte vi dem allikevel svarte de aller fleste kvinnene også ja til å delta. Mange av kvinnene bor ved institusjoner med et flertall av menn og forskning har vist at kvinnene da får mindre plass og fokus, noe som for eksempel kan gi seg utslag i at de ikke selv turte å ta initiativ til å delta når de befant seg i store forsamlinger med flest menn tilstede (Taksdal 1997). Selv har jeg arbeidet ved et rent kvinnetiltak og var oppmerksom på at det som kunne forstås som avvisning av deltakelse i studien kunne være uttrykk for noe annet, for eksempel redsel.

Jeg ville kanskje heller ikke forstått språket dersom jeg ikke hadde hatt kjennskap til denne subkulturens sosiolekt. For eksempel begreper som "frossan", som i denne subkulturen betyr at man har fått i seg urene rusmidler, eller "å mekke" som betyr å gjøre rusmidler klare

til bruk. Samtidig ville kanskje en forsker uten kjennskap til sosiolekten stilt flere spørsmål og ikke tatt så mye for gitt.

Undersøkelsen kan kalles humanistisk i så måte at jeg har studert et område innenfor sosialt arbeids virke. Det er mennesker som har vært fokus for studiet og dette gjør at jeg kan hente forståelse fra hermeneutikken for å vurdere forskningsarbeidet jeg har gjennomført. Hermeneutikken stiller som en hovedtese at alle mennesker påvirkes av sin forforståelse og at vi ikke kan forstå enkeltdele av en helhet uten å se disse i lys av delene og omvendt. I en hermeneutisk forståelse legges det vekt på en fortolkende tilnærming til menneske og samfunn og man tar utgangspunkt i at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger. Dette er med på å bestemme hva som er forståelig og uforståelig (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2004; Gilje og Grimen 1993). I undersøkelsen ble informantene spurt om sine meninger om tiltaket. Med slike spørsmål åpnet jeg for deres subjektive vurderinger av tiltaket, samtidig som svarene skulle passe inn i standardiserte svaralternativer. Det å kunne se deres kunnskapsnivå sammen med deres subjektive vurdering av tiltaket, har gjort at jeg fant mulige forklaringer på hvorfor kunnskapsnivået økte. I en hermeneutisk forståelse vil dette være å se delene i lys av hverandre for å bygge en forståelse.

### ***Oppsummering***

Jeg har benyttet kvantitativ metode i studien og har innhentet en stor mengde data, som jeg har analysert statistisk. Jeg har gjennom forarbeidet med design og metode forsøkt å tilpasse metoden til emnet og individene jeg skulle undersøke. Det teoretiske grunnlaget for J-Kie Cardstiltaket, samt min erfaringsbaserte kunnskap, har vært styrende for hvordan jeg har valgt å arbeide med undersøkelsen. Designet i studien er lagt nært opp til designet i den danske evalueringen av J-Kie Cards, med noen ulikheter som jeg gjorde rede for innledningsvis i oppgaven. Dette har gjort det mulig å sammenlikne denne undersøkelsens resultater med den danske undersøkelsen (Harbo 2004). Dette kan ses som en styrke ved studien. Det vil allikevel være en del svakheter i min metode, da forskningsprosjektet måtte tilpasses informantenes kapasitet. I neste kapittel presenteres funnene den valgte forskningsmetoden har gjort det mulig å komme frem til. Funnene belyses ut fra de teoriene jeg tidligere har presentert i oppgaven.

## Kapittel 4

### Funn og drøftinger

*”Det vi må lære før vi kan gjøre det, det lærer vi ved at vi gjør det”  
(Aristoteles).*

I dette kapitlet vil jeg å drøfte problemstillingen om og eventuelt i hvilken grad J-Kie Cards har påvirket kunnskapsnivået til de informantene som har mottatt kortene, ut fra funnene jeg har gjort. Jeg drøfter funnene med bakgrunn i den teori jeg har fremstilt om skadereduksjon, sosialt arbeid, informasjon og hukommelse. Formålet er å forstå hvordan vi kan gi informasjon til stoffbrukere for å oppnå økt skadereduksjon. Jeg vil drøfte de spørsmålene jeg stilte tidligere i oppgaven: Førte kortene til økt kunnskapsnivå blant mottakerne av kortene? Kan formidling av aksept for stoffbruk påvirke informantenes interesse for kortene og derigjennom deres kunnskapsnivå? Har det noen innvirkning på kunnskapsnivået at tiltaket er bygget på informantenes premisser? Kan kunnskapsnivået før kortene ble delt ut ha vært påvirket av andre skadereduksjonstiltak i Oslo? Har informasjonsmåten påvirket kunnskapsnivået? Har stoffbrukens innvirkning på hukommelse påvirket kunnskapsnivået? Jeg diskuteres også brukernes tilbakemeldinger om opplegget for J-Kie Cards og deres bruk av kortene. Jeg ser på forskjeller i kunnskapsnivå og meninger om kortene, mellom kvinner og menn og informanter med ulik alder.

#### **Økte kunnskapsnivået etter utdeling av J-Kie Cards?**

Begrepet kunnskapsnivå forstås her som andel riktige svar på spørsmål fra kortene. Som nevnt tidligere ble informantene stilt 24 kunnskapsspørsmål og intervjuerne registrerte om svarene var rett, delvis rett, galt eller ikke besvart (informantene kunne ikke svare). I tabell 4.1 vises kunnskapsnivået ved de ulike intervjutidspunktene.

Tabell 4.1 **Kunnskapsnivå på ulike tidspunkt (T1, T2, T3 og T4) (prosent)**<sup>30</sup>

Svar	T1	T2	T3	T4
Riktig svar	56	64	64	69
Galt svar	26	21	22	18
Delvis riktig svar	11	10	10	11
Ikke besvart	7	5	4	2
Sum %	100	100	100	100
Antall deltakere	87	96	97	81

Det var en økende andel av utvalget som svarte riktig etter at informasjonen var blitt distribuert daglig i ni måneder. Femtiseks prosent av kunnskapsspørsmålene ble besvart riktig ved T1, mens 69 prosent ble besvart riktig ved T4, altså en økning med 13 prosentpoeng. Det var en nedgang i antall feilaktige svar og ikke besvarte kunnskapsspørsmål på åtte prosentpoeng. Andelen spørsmål som ble besvart delvis riktig holdt seg omtrent lik ved de fire intervjutidspunktene, mens andelen spørsmål som ikke ble besvart gikk ned med fem prosentpoeng. Flere informanter lærte seg altså å svare helt korrekt, heller enn delvis korrekt gjennom de fire undersøkelsestidspunktene. I den danske undersøkelsen var økningen i kunnskapsnivå 31 prosentpoeng. Det er en større økning enn i min studie. Informantene i den danske undersøkelsen kunne imidlertid mindre før kortene ble delt ut, bare 37 prosent av kunnskapsspørsmålene ble korrekt besvart. Etter at kortene var blitt distribuert i seks til 15 måneder økte dette til 68 prosent riktige svar, noe som er nesten likt resultatet i min undersøkelse.

Jeg har regnet ut gjennomsnittlig skår for det første og det siste undersøkelsestidspunktet. Gjennomsnittlig skår på kunnskapsspørsmålene sier noe om kunnskapsnivået i de to utvalgene før og etter at kortene hadde blitt distribuert over en periode på ni måneder. Jeg har gitt feil svar og ”ikke besvart” skår null, mens ”delvis riktig” er gitt én og ”riktig” er gitt to i skår. Dette vises i tabell 4.2.

Tabell 4.2 **Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for T1 og T4**

Intervjutidspunkt	Antall deltakere	Gjennomsnitt
T1	87	30
T4	81	36

Gjennomsnittlig skår på kunnskapsspørsmålene har økt fra 30 ved T1 til 36 ved T4 (20 prosents økning). Høyest mulig skår var 48 (alle 24 spørsmålene var riktig besvart). Ved T1

<sup>30</sup> T1 gjennomført før de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T2 gjennomført tre måneder etter at de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T3 gjennomført seks måneder etter at de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T4 gjennomført ni måneder etter at de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

var det sju prosent av informantene som skåret fra 40 og opp. Ingen av informantene skåret 48. Ved T4 var det 31 prosent av informantene som skåret fra 40 til 48. Bare én informant skåret 48.

Å se på gjennomsnittlig skår i de to utvalgene er imidlertid ikke nok. Signifikanstesting (t-test) ga  $p < 0,001$ . Når  $p$  er mindre enn 0,05 er det statistisk sannsynliggjort at det er en differanse i kunnskapsnivå mellom informantene som ble intervjuet ved T1 og T4. Jeg kan derfor trekke den konklusjon at J-Kie Cards kan ha påvirket kunnskapsnivået hos informantene.

Ved de tre siste tidspunktene for undersøkelsen, spurte jeg deltakerne om de hadde deltatt i undersøkelsen tidligere. I tabellen under presenteres gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for dem som oppga at de ikke hadde deltatt tidligere og for dem som oppga å ha deltatt én, to eller tre ganger tidligere. Jeg har her regnet ut signifikansen ved å ta med alle besvarelsene fra de fire undersøkelsestidspunktene. Utvalget av informanter som ikke hadde deltatt tidligere omfatter alle informantene fra T1 samt dem som ved T2, T3 og T4 oppga dette.

Tabell 4.3 **Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for informantene, fordelt etter hvor mange ganger de har deltatt i undersøkelsen (T1-T4)**

Antall ganger deltatt i undersøkelsen	Gjennomsnittlig skår	N
Ingen	31	240
1 gang	35	80
2 ganger	37	27
3 ganger	38	14
Antall deltakere		361

Kunnskapsnivået ser ut til å være påvirket av om deltakerne hadde deltatt ved flere av undersøkelsestidspunktene. Ved t-test fant jeg at  $p < 0,001$  som betyr at det er statistisk sannsynliggjort at det var en forskjell i kunnskapsnivå mellom de som bare deltok en gang og de som deltok flere ganger i studien. Dette kan bety at informantene lærte informasjonen bedre ved å delta i undersøkelsen enn ved bare å motta kortene. Dette funnet gjør det imidlertid vanskelig å generalisere økning i kunnskapsnivå til populasjonen. Funnet er interessant fordi det viser at repetisjon kan ha innvirket på informantenes evne til å lære det som sto på kortene. Det kan også være slik at samtalen i intervjusituasjonen har hatt positiv effekt, og at man derfor i fremtidig arbeid med tiltaket bør sette i gang supplerende tiltak utover utdeling av kort.

### ***Hva kan ha påvirket kunnskapsnivået?***

Funnene tyder på at hele 56 prosent av kunnskapsspørsmålene ble besvart riktig allerede før kortene ble delt ut, og at kunnskapsnivået har økt i takt med utdeling av J-Kie Cards. Det kan være ulike måter å forstå det høye kunnskapsnivået før utdeling av kortene på. En mulig medvirkende faktor kan være at det tidligere er drevet skadereduksjonsarbeid i tiltak for stoffbrukere i Oslo. Både Feltpleien, Sykepleie på hjul, Sprøyterommet, Gatehospitalet og gatejuristen formidler informasjon om helse og rettigheter. Kanskje kan dette ha vært med på å påvirke til det relativt høye kunnskapsnivået jeg fant ved første undersøkelse (T1). Etter at kortene var blitt delt ut i ni måneder fant jeg at hele 80 prosent ble besvart rett eller delvis rett. På den ene siden er økningen i kunnskapsnivå relativt lav, men tar man i betraktning tidligere fremstilte teori om rusmidlers påvirkning på hukommelsen så kan økningen ses som relativt høy ut fra hva man kunne forventet.

Økningen i kunnskapsnivå reiser noen spørsmål, og i de neste avsnittene vil jeg derfor diskutere hvorfor kunnskapen økte i takt med utdeling av J-Kie Cards og hvorfor det fortsatt var 20 prosent av kunnskapsspørsmålene som ble besvart feil eller ikke besvart.

### ***Kan skadereduksjonstilnærmingen i J-Kie Cardstiltaket ha påvirket kunnskapsnivået?***

Tidligere har jeg reist spørsmålet om de prinsipper for skadereduksjonsarbeid som J-Kie Cardstiltaket bygger på kan ha påvirket informantenes interesse for kortene og derigjennom kunnskapsnivået. Tiltakets mål er å formidle helsefremmende informasjon som kan føre til reduksjon i skader, samt informere om rettigheter. Grunnlaget for J-Kie Cards er å gi informasjon som brukerne selv har etterspurt i en tilpasset form og dette formidler aksept for brukernes livssituasjon og deres stoffbruk. J-Kie Cards er et eksempel på hvordan man innenfor et skadereduksjonsperspektiv kan tilrettelegge tilpasset informasjon til aktive stoffbrukere.

Har den aksept og respekt som formidles gjennom tiltaket hatt betydning for det økte kunnskapsnivået blant utvalget? Som beskrevet tidligere deles J-Kie Cards ut sammen med rent injeksjonsutstyr. Gjennom denne handlingen formidles aksept for at brukerne ruser seg. Mange av spørsmålene handler om hvordan en kan redusere skadene ved stoffbruk. Ved å svare på slike spørsmål tas brukernes liv på alvor, og de gis tilpasset informasjon. Utgangspunktet for kortene er brukernes egne spørsmål, og tiltaket viser respekt for deres autonomi og selvbestemmelse i forhold til stoffbruk. Dette er i tråd med sosialarbeideres etikk, empowerment-perspektivet og i tråd med skadereduksjonsprinsipper.



Flere informanter fortalte at de ikke hadde fått informasjon om hvordan de kunne bruke rusmidler da de begynte å ruse seg, og at de derfor hadde lært om stoffbruk av andre brukere.

En kvinne sa dette:

Før så var det vanskelig å finne ut hvordan man skulle sette sprøyter og sånn. Fanten ikke sånn informasjon som det gjør nå. Jeg tror kanskje at de som jobba med rus ikke ville si noe om det fordi de var redd vi ikke skulle slutte å ruse oss hvis de sa at det var greit på en måte.

Et annet typisk utsagn var dette:

Når jeg begynte å ruse meg, så måtte jeg bare spørre andre brukere om hvordan jeg skulle mekke og sette skuddet. Vi hjalp hverandre lissom, men ingen av oss kunne vel egentlig så mye om hvordan vi skulle gjøre det uten å skade oss. Jeg synes det er bra at vi kan få riktig informasjon nå, sånn at vi slipper å ødelegge oss helt. Ruse oss gjør vi lissom uansett om det blir riktig eller gær'nt...

Disse utsagnene belyser sammenhenger mellom aksept for stoffbruk og kunnskapsnivå. Disse to informantene fortalte hvorfor de viste interesse for kortene: Kortene ga informasjon som de trengte. I det første utsagnet fortalte kvinnen at hun hadde møtt aksept for stoffbruk, noe hun ikke hadde opplevd fra helse- og sosialarbeidere tidligere. Utsagnene reiser også spørsmål om hvordan brukere tidligere har tilegnet seg informasjon. Kan det være slik at informantenes erfaringer konkurrerer med informasjonen som ble formidlet på J-Kie Cards? Å få vite at det man trodde og har praktisert lenge ikke var riktig kan være vanskelig, og kan være en måte å forstå hvorfor 20 prosent av spørsmålene fortsatt ble feilaktig besvart etter ni måneders distribusjon av kort.

Mange av informantene har brukt rusmidler i mange år, og gjennom praksis har de tilegnet seg kunnskap om hvordan de kan benytte disse rusmidlene. Mange vil nok derfor la være å spørre om ting de mener allerede å vite. Kortene vil kunne øke kunnskapsnivået også om temaer den enkelte informant ikke ville spurt om. En informant sa det slik:

Jeg ble kjempeoverrasket når jeg leste at man skulle bruke så lange kanyler når man setter muskulært uansett hvor tynn man er. Jeg har alltid gjort det med andre kanyler, men det har gjort jævlig vondt da.

Informantene kan lese kortene for seg selv og vurdere om de synes de er nyttige ut i fra egne erfaringer. Kortene kan kanskje bidra til å avlive myter som eksisterer i rusmiljøet, for eksempel hvordan man skal gjøre rusmidler klare til bruk og hvordan injisere.

I teorikapitlet diskuterte jeg motstand fra sosialarbeidere mot å gi ut informasjon som de oppfatter kan oppfordre til stoffbruk. Det kan tenkes at deres motstand også oppleves av stoffbrukerne. Dette kan gjøre det vanskeligere for stoffbrukerne å spørre etter informasjon

om hvordan de skal ruse seg på en bedre måte, enn å spørre etter informasjon om hvordan de skal slutte å bruke rusmidler. Det kan tenkes at målsetningen om et samfunn fritt for narkotika kan ha innvirket både på hvilken informasjon stoffbrukerne tør å etterspørre, og hva slags informasjon sosialarbeiderne ønsker å gi ut. I så måte vil kortene være et godt supplement. Sosialarbeiderne trenger ikke å gi informasjonen muntlig, bare som et vedlegg i pakken med injeksjonsutstyr. Kanskje dette kan belyse hvorfor kunnskapsnivået økte fra 56 prosent til 69 prosent riktige/delvis riktige besvarte kunnskapsspørsmål i takt med utdeling av J-Kie Cards.

### ***Kan kommunikasjonsform og hukommelse ha påvirket kunnskapsnivået?***

I informasjonsteorien går det frem at kommunikasjonsformen kan påvirke hvordan vi lærer. Det er rimelig å tro at interessen for kortene ble påvirket av at de er blitt utviklet i nært samarbeid med brukerne. Budskapet er tilpasset målgruppen. Stimson (1990b) skrev at skadereduksjonstiltak skal være attraktive for brukerne, og et tiltak som J-Kie Cards kan ha vært et attraktivt tiltak. Det at informasjonen er tilpasset brukerne, både gjennom nært samarbeid om hva informasjonen skal inneholde, samt at den gis gjennom kanaler som er tilpasset målgruppen, kan ha påvirket brukernes interesse for kortene og derigjennom kunnskapsnivået.

Et funn fra hukommelsesforskning er at vi husker bedre ved å repetere når vi skal lære noe (Wetterberg 2005). Det at kortene er blitt distribuert over en periode på ni måneder gjorde at informasjonen ble repetert, og det kan ha påvirket deltakernes evne til å huske bedre fra T1 til T4. Videre er kortene laget på en slik måte at hovedbudskapet kommer frem på forsiden av kortet. Det at språket er subkulturens eget og at bildene er fargesprakende er viktige elementer hentet fra teori om informasjon og kan være en ytterligere forklaring på økningen i kunnskapsnivå (Bakke 2004).

At kontekst og konsentrasjon påvirker vår evne til å lære er et annet funn fra forskning på hukommelse (Wetterberg 2005). Informantene lærte informasjonen i en kontekst hvor de kunne praktisere deler av informasjonen i direkte tilknytning til formidling. For eksempel beskrev noen av kortene hva slags injeksjonsutstyr som bør benyttes ved forskjellige typer injeksjoner. Fordi kortene ble delt ut sammen med rent injeksjonsutstyr, kan vi anta at utdelingen står i nær sammenheng med en planlagt injeksjon av rusmidler og at informasjonen ble gitt i en god kontekst med tanke på innlæring. Dette er også et eksempel på det Marlatt (1998b) beskrev som en hovedkategori av skadereduksjonsmetoder; tilrettelegging av omgivelsene slik at brukerne kan praktisere kunnskapen de har lært. Det at det er tillatt å

benytte rusmidler på de stedene brukerne fikk kortene utdelt kan ha virket inn på brukernes mulighet til å benytte den informasjonen de tilegnet seg.

I følge Wetterberg (2005) blir vår evne til konsentrasjon og innlæring og vår evne til å huske påvirket negativt av dårlig psykisk og fysisk helse. Innledningsvis i oppgaven har jeg beskrevet noen forhold som beskriver brukernes vanskelige livssituasjon. For eksempel er mange smittet med hepatitt virus, flere er i perioder er bostedsløse og mange benytter inntektskilder som prostitusjon og vinningskriminalitet for å finansiere sitt stoffbruk. Disse vanskene vil med all sannsynlighet påvirke informantenes fysiske og psykiske helse og kan derfor også påvirke brukernes evne til innlæring. Flere undersøkelser viser at bruk av forskjellige rusmidler påvirker menneskers kognitive evner negativt (Lundquist 2005; Ersche, m.fl. 2006; Prosses, m.fl. 2006). At 20 prosent av spørsmålene fortsatt ble besvart feil ved T4 kan derfor ha sammenheng med informantenes helse og rusmidlers påvirkning på deres konsentrasjon og hukommelse.

#### ***Feilkilde eller kilde til videreutvikling av J-Kie Cardstiltaket?***

Jeg har funnet en signifikant forskjell (t-test) i kunnskapsnivå mellom de som bare deltok én gang i undersøkelsen og de som deltok to til fire ganger i undersøkelsen ( $p < 0,001$ ). Ved T1 hadde ingen deltatt tidligere og informantene fikk 30 i gjennomsnittlig skår, mens ved T4 fikk de som oppga at de ikke hadde deltatt ved noen av de tidligere testene 33 i gjennomsnittlig skår (ti prosent økning). Ved T4 var gjennomsnittlig skår for dem som oppga å ha deltatt én gang tidligere 36, og 38 for de som oppga å ha deltatt to og tre ganger tidligere. Det at kunnskapsnivået er høyere blant dem som har deltatt i undersøkelsen flere ganger kan tolkes som en ”feilkilde.” Det betyr at instrumentet (designet for studien) påvirket resultatene. Samtidig tyder resultatet på at kortene i seg selv øker kunnskapsnivået med 10 prosentpoeng. Selv om dette er en relativt lav økning så betyr det at det ikke bare var deltakelse i undersøkelsen som ga økning i kunnskapsnivå.

Mange av informantene ga uttrykk for at de syntes det var spennende å delta i undersøkelsen flere ganger fordi de ville finne ut om de hadde lært mer siden sist de ble intervjuet. Flere ga uttrykk for at de samlet på kortene i de månedene jeg ikke intervjuet fordi de ønsket å lære mer til neste gang de deltok. Dette gir en klar indikasjon på at det har hatt en innvirkning på økningen i kunnskapsnivå at undersøkelsen har pågått, men det betyr også at det er mulig å skape engasjement i gruppen om å øke kunnskapsnivået. Dette ser jeg som et positivt funn for videreutviklingen av informasjonsarbeid med brukergruppen.

Under intervjuene ble informantene fortalt hva som var riktig svar på spørsmålene hvis de ikke kunne svare eller svarte feil. En del ganger bidro dette til diskusjoner mellom intervjuer og informanter om svarene. Noen ganger var informantene uenige i svarene som ble gitt og dette kunne lede til samtaler om deres erfaringer versus det som var anbefalt på kortene. Å samtale på denne måten kan selvfølgelig ha innvirket på kunnskapsnivået og er i seg selv spennende med tanke på videreføring av J-Kie Cardstiltaket, samt videreutvikling av metoder for informasjonsarbeid. Informasjon alene fører ikke nødvendigvis til endring av atferd, men kanskje samtaler hvor samtalepartnerne tar hverandres synspunkter på alvor kan bidra.

### ***Oppsummering***

Jeg fant at kunnskapsnivået økte med 13 prosentpoeng i løpet av undersøkelsesperioden. At det ikke er høyere kan ha sammenheng med at andre tiltak som feltpleien, sykepleie på hjul og sprøyterommet kan ha bidratt til at kunnskapsnivået var relativt høyt allerede før kortene ble distribuert. En mulig forståelse av økning i kunnskapsnivå kan være at skadereduksjonsprofilen i J-Kie Cardstiltaket kan ha medvirket til brukernes interesse for og bruk av kortene. Jeg har også drøftet mulige sammenhenger mellom kommunikasjonsformen og interessen for kortene, samt muligheten for å lære noe gjennom tiltaket fordi J-Kie Cards deles ut gjentatte ganger i en egnet kontekst. Informantenes helse og stoffbruk kan tenkes å ha en sammenheng med at 20 prosent av kunnskapsspørsmålene fortsatt ble besvart feil ved siste undersøkelse. Det kan også ha en sammenheng med at det kan være vanskelig for informantene å få tillit til informasjon som ikke samsvarer med deres egne praktiske erfaringer med stoffbruk. Til sist har jeg diskutert at brukere som har deltatt flere ganger i undersøkelsen har fått øket sitt kunnskapsnivå mer enn de som bare har deltatt én gang. Dette funnet skaper utfordringer for hvordan man kan arbeide med J-Kie Cardstiltaket i fremtiden, og dette skriver jeg om i siste kapittel i oppgaven.

### **Kunnskapsøkning innenfor informasjonskategoriene**

Kortene er som nevnt delt inn i åtte kategorier. De seks kategoriene som er distribuert i undersøkelsesperioden er: Smitterisiko, Sprøyteteknikk, Stoffene, Rettigheter, Kroppen og Lett Blanding. I det videre presenterer jeg først tallene for kunnskapsøkning. Deretter diskuterer jeg hva forskjellene i kunnskapsøkning i de ulike kategoriene kan være uttrykk for. I tabell 4.4 vises den prosentuelle økningen i kunnskapsnivå innenfor de forskjellige informasjonskategoriene.

Tabell 4.4 **Økning i kunnskapsnivå i forskjellige kunnskapskategorier (T1 og T4) (prosent)** <sup>31</sup>

	T1	T4	T1	T4	T1	T4	T1	T4	T1	T4	T1	T4
Svar	Smittetrisiko		Sprøyteteknikk		Stoffene		Rettigheter		Kroppen		Lett Blanding	
Riktig	46	62	64	82	50	57	63	71	61	72	41	56
Delvis riktig	2	2	9	5	20	25	12	9	5	17	13	10
Feil/Ikke besvart	52	36	27	13	30	18	25	20	34	11	46	34
Sum %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall deltakere	87	81	87	81	87	81	87	81	87	81	87	81

Jeg har regnet ut gjennomsnittlig skår innenfor de forskjellige kategoriene. Feil og ikke besvarte spørsmål er gitt skår null, delvis riktig er gitt én og riktig er gitt to. Det som i tabell 4.5 kalles "Mulig skår" beskriver høyeste mulige skår innenfor hver kategori. Dette varierer fordi jeg ikke har stilt like mange spørsmål i hver kategori.

Tabell 4.5 **Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå i forskjellige kategorier ved T1 og T4**

Kategori	T1	T4	Mulig Skår
Smittetrisiko	3	4	6
Sprøyteteknikk	8	10	12
Stoffene	5	6	8
Rettigheter	8	9	12
Kroppen	2,5	3,2	4
Lett Blanding	3	4	6

### ***God kunnskap om sprøyteteknikk***

Informantene hadde best kunnskap om sprøyteteknikk både ved T1 og T4. Kunnskapsnivået økte med 18 prosentpoeng om dette temaet fra T1 til T4 (fra 64 til 82 prosent riktige svar, fra åtte til ti i skår). Spørsmålene tok opp hygiene ved sprøytebruk og størrelsen på kanyler ved forskjellig bruk. Det høye kunnskapsnivået og økningen i denne kategorien kan forstås ved at meningsfull informasjon huskes bedre og skaper større interesse. Dette støttes av teori om hukommelse (Wetterberg 2005). Å få informasjon om sprøyteteknikk sammen med rent injeksjonsutstyr medførte kanskje at informasjonen opplevdes både som meningsfull og praktisk anvendelig. Kanskje er det denne informasjonen som skaper mest interesse og bidrar til læring, fordi injisering av stoffer er en sentral daglig aktivitet for brukerne. Mange års injiserende stoffbruk ødelegger vener i kroppen, og mange brukere sliter med å finne steder på kroppen hvor de kan injisere rusmidler. Det er rimelig å anta at denne type informasjonen er spesielt viktig for brukerne.

<sup>31</sup>T1 gjennomført før de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T4 gjennomført ni måneder etter at de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

### *Lav økning i kunnskap om stoffene*

Det informantene lærte minst om fra T1 til T4 var ”stoffene” (bare sju prosentpoeng økning, fra 50 til 57 prosent riktige, fra fem til seks i gjennomsnittlig skår). Spørsmålene tok opp kunnskap om opiater, som overdosefare og fare ved nedtrapping. Det kan virke overraskende at bare halvparten av informantene kunne noe om emnet ettersom dette er stoffer informantene benytter daglig, og som flesteparten av dem har benyttet i mange år. Kan det forstås dit hen at informantenes egne erfaringer med opiater og andre stoffer gjør dem mindre mottakelige for informasjon om stoffer? Det kan også tenkes at informasjon om dødelighet er et vanskelig tema å forholde seg til når man vet at det er en risiko ved injiserende stoffbruk. Stoffbrukerne må ofte forholde seg nært til døden. De opplever feildoseringer og overdosedødsfall blant sine nærmeste venner. På samme tid kan det tenkes at de holder refleksjoner om egen død som konsekvens av stoffbruk på avstand for å kunne opprettholde sitt bruk av stoffene. For å sammenlikne med meg selv og min bruk av tobakk, vet jeg at røyking kan føre til dødelige sykdommer, men jeg tenker sjelden på dette ved mitt daglige inntak av tobakk. Hadde konsekvensen av en sigarett vært at jeg fikk åndenød i det samme jeg trakk inn røyken ville kanskje mitt forhold til skadeligheten vært annerledes, og jeg ville kanskje forholdt meg annerledes til bruken av tobakk. Jeg ønsker ikke å lese informasjon om skadene ved bruk av tobakk, da dette skaper dårlig samvittighet og økende angst. Det kan tenkes at informasjon om risiko for overdosering og død kan virke på samme måte på dem som bruker opiater.

I spørsmålene hentet fra kortene ble begrepet ”farlig” benyttet flere ganger. For eksempel: ”Jeg kan ikke alltid få tak i reint vann, så jeg bruker øl, brus eller noe annet å mekke med. Er det farlig?” Når informantene skulle svare på denne typen spørsmål kunne jeg ofte få svar som fra denne kvinnen: ”Nei det er ikke farlig, men det er sikkert ikke bra. Jeg har gjort det sjøl flere ganger, og det har gått helt greit...” Da jeg spurte om hva hun mente med ”greit” svarte hun: ”Nei, jeg døde jo ikke lissom.” Jeg spurte om hun noen gang hadde fått infeksjoner eller abscesser der hun injiserte, og hun svarte da: ”Ja, ja. Mange, mange ganger. Er det på grunn av sånne ting eller?” Dette var et vanlig svar som viser at begrepet ”farlig” har en annen betydning i dette miljøet enn det vi vanligvis forbinder med det. Det viser hvor viktig det er å ha kunnskap om livet stoffbrukerne lever. Kanskje kan den ovenstående diskusjonen om ubehag ved å tilegne seg informasjon om farene ved bruk av stoffene samt bruken av et begrep som ”farlig” være med som en mulig innfallsvinkel til å forstå hvorfor økningen i kunnskap om stoffene var så lav. Det kan også tenkes at brukerne har mye egen erfaringer med bruk av stoffene som gjør informasjonen mindre interessant.

### ***Lite kunnskap om smitterisiko***

Informantene visste nest minst om risiko for smitte ved T1, men det lærte de en del om (16 prosentpoengs økning fra 46 til 62 prosent riktige svar, fra tre til fire i skår). Informantene ble spurt om smitte av og vaksinerings mot hepatitt C og beskyttelse ved bruk av kondomer.

Spørsmålene om hepatitt C var:

- ”Kan jeg smitte meg selv med hepatitt C?”
- ”Kan jeg vaksinere meg mot hepatitt C?”

Mange av informantene trodde at de kunne smitte seg selv med hepatitt C. Når intervjuerne ba om utdypning av dette, ga flere samme forklaring, her fra en av kvinnene: ”På feltpleien sier de at man kan få hepatitt C av å bruke brukt utstyr, så da kan man vel smitte seg selv med det..” Hun ble spurt om hun trodde at hun kunne smitte seg med sitt eget brukte utstyr dersom dette utstyret ikke hadde blitt brukt av andre som hadde hepatitt C. Da svarte hun: ”Ja, jeg tror da det. Hvis man bruker utstyr som man har brukt før, så kan man få hepatitt C.” Flere informanter ga uttrykk for det samme, at de hadde lært at ved å bruke brukt utstyr så kunne de få hepatitt C. Dette betyr at flere av brukerne har fått informasjon om smittefare gjennom ulike deler av tiltaksapparatet. Tiltaksapparatet har konsentrert seg om å gi informasjon om hvordan HIV og hepatitt smitter. Denne studien viser at mange brukere også har mottatt og lært denne informasjonen, men svaret om at man kan få hepatitt uten at utstyret har vært i kontakt med virus viser hvor vanskelig det kan være å gi informasjon om helse. Brukerne har fått med seg hovedbudskapet om at de kan smittes av hepatitt C ved å benytte brukt utstyr, men mange visste ikke at sprøyten da må ha vært i kontakt med viruskilden. Ved siste undersøkelse (T4) var det imidlertid større andel riktige svar på spørsmål i denne kategorien, og det kan se ut til at kortene har vært med på å oppklare denne misforståelsen.

### ***Minst kunnskap om Lett Blanding***

Informantene hadde minst kunnskap i kategorien Lett Blanding både ved T1 og T4 hvis vi ser på den prosentuelle fordelingen (fra 41 til 56 prosent riktige, fra tre til fire i gjennomsnittlig skår). Spørsmålene i denne kategorien omhandlet hvordan brukerne kunne bytte fastlege, hva det betyr når sosialkontoret bruker begrepet ”norm”, og kunnskap om bruk av kondomer. Det kan være vanskelig å forklare hvorfor det er disse temaene informantene hadde minst kunnskap om, og som de lærte minst om gjennom undersøkelsesperioden. Ved T1 kunne informantene mest om hvordan de kunne bytte fastlege. Hele 70 prosent svarte rett på dette. Bare 33 prosent visste hva sosialkontoret mente med begrepet ”norm”, og 20 prosent visste hva slags kondomer de kunne bruke hvis de hadde allergi for lateks. Ved T4 fant jeg en

økning i andelen riktige svar på alle tre spørsmålene, men det var fortsatt flest som visste hvordan de kunne bytte fastlege (77 prosent). Fentifire prosent visste hva sosialkontoret mente med ”norm”. Bare 36 prosent visste hva slags kondom de kunne bruke, hvis de hadde allergi for lateks. At så få kunne svare på det siste spørsmålet kan kanskje ha en sammenheng med at det ikke var relevant kunnskap for flere av informantene. Kanskje var det få som hadde allergi for lateks. Det forklarer imidlertid ikke hvorfor så få visste hva sosialkontoret mente når de brukte begrepet ”norm”. Dette spørsmålet kan ha vært vanskelig å svare på. Flere informanter snakket om normer for atferd når jeg stilte dette spørsmålet. Imidlertid var det så mange som 54 prosent (T4) som sa at ”norm” var det beløpet de hadde rett på å få utbetalt i måneden når de ikke kunne sørge for egen inntekt.

### **Oppsummering**

Funnene har vist at noe informasjon var lettere for brukerne å lære enn annen. Som jeg har diskutert kan dette ha sammenheng med flere ting; for eksempel at konteksten kan ha hatt en betydning for at brukerne best lærte informasjon om sprøyteteknikk, fordi injisering av stoffer er en sentral aktivitet i brukernes liv. Jeg har også drøftet motstanden brukerne kan ha hatt mot for eksempel kunnskap om risiko ved bruk av stoffer, fordi dette er ubehagelig kunnskap ved fortsatt bruk av stoffene. Til sist har jeg diskutert at noen temaer kan ha hatt mindre betydning for brukerne og at de derfor ikke lærte alle temaene like godt. At vi best lærer det som gir mening for oss kjenner vi fra teori om hukommelse.

### **Kunnskapsnivå i forhold til kjønn og alder**

Jeg har forsøkt å finne ut om det var noen forskjell mellom kvinner og menn og alderens betydning når det gjelder kunnskapsnivå og hva informantene mente om tiltaket.

Jeg fant ingen signifikant forskjell i kunnskapsnivå mellom menn og kvinner da jeg så på prosentandelene og ikke differensierte mellom kategorier av spørsmål. Dette vises i tabell 4.6.

Tabell 4.6 **Sammenheng mellom kunnskapsnivå og kjønn (T1 og T4) (prosent)** <sup>32</sup>

Svar	T1		T4	
	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne
Riktig+Delvis riktig	65	70	80	78
Galt+Ikke besvart	35	30	20	22
Sum %	100	100	100	100
Antall deltakere	53	34	57	24

<sup>32</sup>T1 gjennomført før de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T4 gjennomført ni måneder etter at de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.



Menn og kvinner hadde relativt likt kunnskapsnivå også da jeg regnet ut gjennomsnittlig skår for alle tidspunkt (skår 33). Gjennomsnittlig skår for de forskjellige undersøkelsestidspunktene er vist i tabell 4.7.

Tabell 4.7 Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå for kvinner og menn (T1, T2, T3 og T4)<sup>33</sup>

Kjønn	T1	T2	T3	T4	Antall deltakere
Mann	28	33	32	36	233
Kvinne	31	33	34	35	128
Antall deltakere	87	96	97	81	361

Signifikanstest (t-test) ga  $p < 0,639$ . Forskjellen i kunnskapsnivå mellom kvinner og menn var altså ikke statistisk signifikant.

Ved å regne ut gjennomsnittlig skår i de forskjellige kategoriene av kunnskapsspørsmål har jeg undersøkt om menn og kvinner skiltes når det gjaldt hvilke temaer de kunne og lærte mest om. Dette er vist i tabell 4.8.

Tabell 4.8 Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå i forskjellige kategorier fordelt etter kjønn (T1-T4)

Kjønn	Smittorisiko	Sprøyteteknikk	Stoffene	Rettigheter	Kroppen	Lett Blanding
Mann	3	9	6	9	3	3
Kvinne	3	10	5	9	3	3

Forskjellene for menn og kvinner i gjennomsnittlig skår innen de ulike kategoriene, er så små at de ikke er statistisk signifikante. Dette betyr at min antagelse, om at menn og kvinner skulle være interessert i forskjellige temaer og derfor ha ulikt kunnskapsnivå i de forskjellige kategoriene, ikke kan belegges med funn fra denne studien.

### ***Var det noen forskjeller i kunnskapsnivå mellom informanter med ulik alder?***

Jeg hadde en antagelse om at alder kunne spille inn på interesse for tiltaket, og også på hvilke kategorier de forskjellige informantene interesserte seg for og lærte noe om. I tabell 4.9 presenteres gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå fordelt etter aldersgruppering.

<sup>33</sup> T1 gjennomført før det evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T2 gjennomført tre måneder etter de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T3 gjennomført seks måneder etter de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

T4 gjennomført ni måneder etter de evaluerte kortene ble satt i distribusjon.

**Tabell 4.9 Gjennomsnittlig skår i kunnskapsnivå fordelt etter alder (T1-T4)**

Alder	Gjennomsnitt	Antall deltakere
<20	30	6
20-29	33	61
30-39	33	133
40-49	33	138
>50	30	23
Antall deltakere		361

Som vi kan lese av tabellen skåret informanter fra 20-49 år høyere enn de som var under 20 år og de som var fra 50 år og oppover. Dette kan forstås som tilfeldigheter i utvalget når vi ser hvor få informanter dette gjelder.

### ***Mulige forklaringer til mangelen på forskjeller***

Det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinners kunnskapsnivå, heller ikke noen statistisk signifikante forskjeller i kunnskapsnivå mellom de ulike aldersgruppene. Kjønn og alder er antagelig for få variabler for å kunne beskrive forskjeller i utvalget når det gjelder kunnskapsnivå. Informasjon om utvalgets utdanning/arbeidserfaring, behandlingserfaring, eller kontakt med hjelpeapparatet, ville kanskje ha frembrakt noen forskjeller. Mangelen på forskjeller kan ses som et uttrykk for at mye av informasjonen ga mening for hele gruppen. Denne antagelsen støttes av at nesten hele utvalget ved T2, T3 og T4 (99 prosent) svarte at de mente at man kunne lære noe nytt av kortene. Brukernes meninger om J-Kie Cards skriver jeg mer om senere i kapitlet.

### **Hvilken betydning hadde gjenkjennelse av J-Kie Cards for kunnskapsnivået?**

For å teste gjenkjenning ble informantene vist de samme 24 kortene ved T2, T3 og T4 som de ble stilt spørsmål fra, og spurt om de hadde sett kortene tidligere eller ikke. Jeg fant at en økende andel av utvalget husket å ha sett kortene. Trettititre prosent av spørsmålene ble besvart bekræftende om at informantene hadde sett kortene ved T2. Ved de to neste testene økte dette til 34 og 45 prosent. Rett under halvparten av kortene ble altså gjenkjent av informantene. I den danske studien var det 37 prosent som kjente igjen kortene etter seks til 15 måneder.

Jeg har regnet ut gjennomsnittlig skår på spørsmål om gjenkjennelse fra T2, T3 og T4. Svarene ”Nei” og ”Vet ikke” er gitt null i skår, mens ”Ja” er gitt skår én (full skår ga 24). Ved T2 og T3 skåret utvalget gjennomsnittlig åtte. Dette økte med 37,5 prosent til 11 ved T4. Denne økningen er statistisk signifikant ( $p < 0,007$ ).

Jeg har også sett på om det er noen sammenheng mellom å ha deltatt i undersøkelsen flere ganger og å gjenkjenne kortene bedre. Jeg fant at det er en statistisk signifikant forskjell i

gjenkjenning av kortene mellom dem som oppgir ikke å ha deltatt tidligere og de som har deltatt fra én til tre ganger tidligere ( $p < 0,001$ ). Jeg fant også at det er en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom høye skår i kunnskapsnivå og høye skår i gjenkjenning av kortene (korrelasjonskoeffisient  $0,345^{**}$  <sup>34</sup>). Dette betyr at det er sannsynliggjort en sammenheng mellom gjenkjenning av kort og kunnskapsnivået i utvalget.

### ***Hvordan kan vi forstå at så få informanter gjenkjente kortene?***

Gjenkjenning av kortene økte fra 33 til 45 prosent eller fra åtte til 11 i skår fra T2 til T4. Dette betyr at informantene fortsatt ikke gjenkjente over halvparten av kortene. Hvordan kan man forstå dette?

Tidligere har jeg diskutert at det vi lærer bør gi mening for at vi lettere skal kunne huske det vi har lært. Bildene på kortene er sjelden illustrasjoner for å utdype informasjonen på kortene. Derfor gir kanskje bildene lite mening som kunne bidratt til at informantene husket bedre både bilder og tekst på kortene. Det kortet som ble gjenkjent av flest informanter var et kort hvor det sto: "STOPP HEPATITT C". Ved T2 ble dette kortet gjenkjent av 63 prosent av informantene. Dette økte til 67 prosent ved T3 og 69 prosent ved T4. Motivet på kortet er også brukt i annet informasjonsmateriell om hepatitt C. Noe av grunnen til at informantene husket dette kortet kan være at det er brukt ved annen informasjon, men det kan også ha en sammenheng med at dette er det eneste av de 24 kortene som har et motiv som har klar sammenheng med informasjonen som gis på kortet.

### ***Oppsummering***

Motivene på kortene kan ha hatt betydning for informantenes gjenkjenning av kortene. Det at motivene ikke illustrerer temaene kan kanskje belyse hvorfor så få av informantene gjenkjente kortene når intervjuerne viste dem frem. Jeg fant støtte i materialet for at det var en positiv sammenheng mellom å gjenkjenne bildene og kunnskapsnivået i utvalget. Det kan dermed tenkes at det å huske bildene påvirket til at informantene husket teksten og omvendt. Det var allikevel slik at økningen i kunnskapsnivå var høyere enn økningen i gjenkjenning av kortene. Bildene kan kanskje ha vært med på å skape interesse for kortene, fordi bildene kan ha fanget brukernes oppmerksomhet og påvirket brukerne til å lese informasjonen. Men det de husket best var informasjonen, ikke bildene. Dette er i tråd med målet for J-Kie Cards der informasjonen er det viktigste, mens illustrasjonene først og fremst er et middel til å gjøre brukerne interesserte i kortene.

---

<sup>34</sup> \*\*  $p < 0,001$ .

## **Hvilken betydning hadde kortene for informantene?**

Jeg var interessert i å finne ut hva informantene syntes om selve tiltaket J-Kie Cards. Ved T2, T3 og T4 ble informantene derfor stilt noen spørsmål om bruksområdet for kortene samt om hva de mente om tekst og bilder. Jeg stilte spørsmålet: ”Er kortene en god måte å gi ut opplysninger på?” Nesten alle svarte ”Ja” på dette spørsmålet, bare én informant svarte ”Nei” (n=274). Denne positive tilbakemeldingen om tiltaket kan kanskje forklares med seleksjonsskjevhet i utvalget, da brukere som ikke var fornøyde med tiltaket kanskje ikke stilte opp til intervjuer. Sett i sammenheng med at svarprosent for undersøkelsen ble 54 prosent (n=361) betyr det allikevel at det var mange brukere som satte pris på å få informasjon på denne måten.

Jeg har tidligere diskutert at kunnskapsnivået kan ha blitt påvirket av at tiltaket har en klar skadereduserende profil. Med ett unntak var informantene fornøyde med informasjonsformen, noe som viser at man har klart å treffe målgruppen på en god måte. Kanskje kan informantenes positive holdning til informasjonsformen også forstås ved brukernes deltakelse i utvikling av kortene. Muligens gir dette eierforhold til tiltaket. Flere informanter kom med innspill til informasjon på nye kort hvis tiltaket skulle videreføres. En kvinne sa dette:

Jeg synes det er for få kort om makka<sup>35</sup>. Jeg går ikke på heroin, bruker bare makka og da trenger jeg å lære noe om det. Når dere skal lage nye kort synes jeg det skal stå noe om hvorfor man klør og sånn når man bruker makka.

Denne kvinnen syntes å vite, i likhet med mange av de andre informantene, at det er brukere som bestemmer hva som skal stå på nye kort. Det kan ha påvirket brukernes interesse og meninger om tiltaket at J-Kie Cards har vært med på å synliggjøre og respektere deres behov for informasjon de trenger som aktive stoffbrukere. Denne interessen kan ha hatt en betydning for økning i kunnskapsnivået.

## ***Mente brukerne at de kunne lære noe nytt av teksten på kortene?***

For å finne ut om utvalget mente at informasjonen var nyttig for dem, stilte jeg spørsmålet: ”Kan man lære noe nytt av teksten på kortene?”. Tilnærmet hele utvalget svarte bekræftende på dette (98 prosent, n=274). Bare fire brukere mente at de ikke kunne lære noe nytt. Som jeg har diskutert tidligere var det ingen signifikante forskjeller mellom informanter med forskjellig kjønn og alder når det gjaldt kunnskapsnivå. Informasjonen ser ut til å ha truffet alle. At så mange var fornøyd med informasjonen kan skyldes at de brukerne som ikke syntes

---

<sup>35</sup> Makka er et slanguttrykk for Amfetamin.

de kunne lære noe av kortene, ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Det er allikevel mange som synes å lære noe av informasjonen.

### ***Hva mente brukerne om bilder og tekst på kortene?***

Jeg spurte informantene om hva de mente om tekst og bilder på kortene. Spørsmålene var ment å få frem om teksten treffer målgruppen og hva de mente om bildene. Svaralternativene var: ”Svært dårlig,” ”Dårlig,” ”Middels,” ”Bra” eller ”Svært bra.” Få av informantene mente noe negativt om bildene på kortene. Nittiåtte prosent mente at bildene var ”Middels,” ”Bra” eller ”Svært bra.” Bare to prosent mente at bildene var ”Dårlige” eller ”Svært dårlige.” Jeg har tidligere diskutert at bare halvparten av informantene husket å ha sett bildene (45 prosent, n=274). Gjennom dette svaret fant jeg allikevel ut at de likte bildene. Som vi ser av tabellen under så mente flest brukere at bildene var ”Bra” eller ”Svært bra.”

**Tabell 4.10 Utvalgets meninger om bilder og tekst på kortene(T2-T4) (prosent)**

Svar	Bildene	Teksten
Svært bra	36	39
Bra	49	42
Middels	13	17
Dårlig	1	1
Svært dårlig	1	1
Sum %	100	100
Antall deltakere	274	274

Jeg spurte også om hva informantene mente om teksten. Også her ga de positiv tilbakemelding. Nesten alle informantene (98 prosent, n=274) mente at teksten var ”Middels,” ”Bra” eller ”Svært bra” slik det er gjengitt i tabellen over. Sett sammen med at nesten alle informantene oppga at de kunne lære noe nytt av teksten på kortene gir dette en god indikasjon på at tiltaket har truffet målgruppen både med tekst og kommunikasjonsform.

### ***Var det forskjeller mellom kvinner og menn eller mellom informanter med ulik i alder i deres meninger om kortene?***

En av antagelsene ved å velge kjønn og alder som variabler i studien var at det kunne være forskjeller i utvalgets meninger om tiltaket. Ved å undersøke om kvinner og menn hadde ulike oppfatninger om tiltaket, fant jeg at en noe høyere andel av kvinnene enn mennene var svært fornøyd med tiltaket. Ingen kvinner syntes at tekst eller bilder på kortene var svært dårlige. Én prosent (n=180) av mennene mente at bildene var svært dårlige og to prosent (n=180) mente at teksten på kortene var svært dårlig. Alle kvinnene mente at de kunne lære noe nytt av teksten på kortene mens fire menn mente at de ikke kunne lære noe nytt. Kun én mann sa at han mente at kortene ikke var en god måte å gi ut opplysninger på.

Jeg fant ingen betydelige forskjeller i meninger om kortene mellom informanter med ulik alder. Forskjellene mellom kjønnene er ikke statistisk signifikante. Jeg har ikke funnet belegg for antagelsen om forskjeller mellom kvinner og menn eller informanter med ulik alder, når det gjelder kunnskapsnivå eller meninger om kortene.

### ***Samlet brukerne på J-Kie Cards?***

Litt under halvparten (45 prosent, n=274) bekreftet at de samlet på kortene. I den danske studien bekreftet 49 prosent det samme.

**Tabell 4.11 Andel kvinner og menn som samlet på kortene (T2-T4) (prosent)**

Svar	Mann	Kvinne	Totalt
Ja	36	63	45
Nei	64	37	55
Sum %	100	100	100
Antall deltakere	180	94	274

Som tabell 4.11 viser, var det flere kvinner enn menn som samlet på kortene. Skår for å samle er gitt to og for ikke å samle gitt én. Gjennomsnittlig skår for kvinner var 1,63 mens for menn var den 1,36. En t-test ga  $p < 0,001$ . Det er altså en statistisk signifikant forskjell mellom kvinner og menn i forhold til å samle på kortene. Jeg fant ingen forskjeller mellom aldersgruppene for hvem som samlet på kortene.

Det at flere kvinner enn menn samlet på kortene kan være vanskelig å forklare, men gjennom intervjuene har vi fått med mer informasjon enn bare det informantene har fortalt og svart. Flere informanter inviterte oss inn på rommene sine for å gjennomføre intervjuene der. Hos en del av kvinnene vi besøkte var rommet deres preget av mange små og store pyntegjenstander. Mennene hadde også samlet mange ting, men andre gjenstander enn kvinnene. Mens kvinnene hadde pyntegjenstander, bilder og kort på veggene hadde mennene bruksting, verktøy og elektriske apparater. En kvinne viste frem en hel bunke med kort da jeg var på besøk hos henne, en annen viste frem hvor pent de prydet veggen. Kanskje appellerte de pene små kortene til noen av kvinnenes ønske om å pynte opp rundt seg med kort som kan pryde slitne vegger?

Randi Ervik (1994) gjorde en studie blant stoffbrukere om risiko og beskyttelse mot HIV. Gjennom fokusgruppeintervjuer, som omhandlet sprøytebruk, identifiserer hun et fenomen hun kalte "Mummimammaer". I hennes studie fortalte kvinnene om at de i veskene sine bar med seg sprøyter, kondomer, sminke og liknende til både seg selv, kjæresten og andre brukere. Ervik (1994) trakk assosiasjoner til Tove Janssons (1974) Mummi-mamma, som har en veske full av saker til å yte omsorg til sin omgivelse. Ervik fant ikke det samme blant

mennene hun intervjuet om samme tema. Kanskje kan man forstå noe av grunnen til at flere kvinner enn menn samlet på J-Kie Cards med Mummimamma-fenomenet. Kortene kan tenkes å inneholde informasjon kvinnene oppfatter at de selv eller deres nære en gang kan få bruk for, og som de derfor sparer på.

Noen av mennene oppga at de samlet på kortene, men for flere var dette tydelig litt pinlig å fortelle. Jeg snakket blant annet med et par (kvinne og mann). Mannen ble intervjuet etter kvinnen, og hun var derfor tilstede etter mannens eget ønske. På spørsmål om han samlet på kortene svarte han raskt: "Nei, jeg samler ikke på kortene, er jo ikke en liten unge, men hu` (peker på kjæresten) gjør det. Jeg bryr meg ikke om sånt jeg." Kjæresten begynte å le og sa: "Nå får du slutte å tulle og tøffe deg. Du har jo samlet mange du også, det er bare at du roter dem vekk hele tiden." Mannen lo litt han også og sa at det stemte at også han samlet på kortene, bare noe mer sporadisk. Flere av mennene jeg møtte var tøffe i sin fremtreden da de henvendte seg til meg for å si at de ville delta i undersøkelsen, særlig hvis det var flere brukere tilstede. Flere skyldte på at de ønsket sigaretter<sup>36</sup> og at det var den eneste grunnen til at de ville la seg intervju. En mann sa: "For egentlig syntes jeg kortene bare er teite med informasjon jeg kan fra før. Jeg har tross alt rusa meg i 25 år." Kanskje kan dette utsagnet belyses med inntrykk jeg fikk gjennom en del av intervjuene med mennene. Under intervjuene på tomannshånd viste det seg at også mennene med tøff fremtreden mente at de hadde lært noe nytt av teksten, at kortene var en god måte å gi ut informasjon på og at de likte bildene. Den tøffe stilen som mennene ofte viste frem blant de andre brukerne, trengte de kanskje ikke når de var alene.

### ***Var det noen sammenheng mellom å samle på kortene og kunnskapsnivå?***

Jeg har ikke funnet noen signifikant forskjell (t-test) i kunnskapsnivå mellom de som samlet på kortene og de som ikke gjorde det ( $p=0,763$ ). Det er heller ingen korrelasjon mellom å samle på kort og kunnskapsnivå.

Jeg har ikke funnet noen statistisk signifikant sammenheng mellom kjønn og kunnskapsnivå, men det er derimot en sammenheng mellom kjønn og å bruke kortene som samleobjekter. Å samle på kortene ser ikke ut til å gi innvirkning på kunnskapsnivået. En kan spørre seg om hvorfor det ikke er noen sammenhenger her? Hvorfor påvirker ikke det å samle på kortene informantens hukommelse? En antagelse før intervjuene var at de som samlet på kortene også var mer interesserte i kortene og dermed brukte denne informasjonskilden aktivt. Det kan ikke belegges med funnene fra denne studien.

---

<sup>36</sup> Informantene fikk to sigaretter for å delta i undersøkelsen.

Flere informanter fortalte at de hadde samlet på kort tidligere, men at de hadde mistet kortene og deretter ikke ønsket å starte en ny samling. En mann sa dette:

Jeg samla på korta tidligere, hadde en stor bunke.... Men etter at jeg har flytta rundt så mange ganger har jeg nesten mista alle tinga mine og da har jeg ikke giddi å samle på nytt. Man bare mister alt når man flytter fra hospits til hospits...

Det var flere av informantene som sa det samme, men de fortalte også at de fortsatt benyttet kortene som informasjon, men at de kastet kortene etter bruk. Flere informanter uttrykte frustrasjon i forhold til å samle fordi de samme kortene ble delt ut flere ganger. En kvinne sa dette: ”Jeg gidder ikke samle mer, her på huset deler de bare ut de samme korta i måneder av gangen...”. En mulig lærdom av et slikt utsagn kan være at man bør tenke nytt i forhold til hvor ofte det produseres og distribueres helt nye kort, hvis brukerne skal ønske å samle på kortene. Imidlertid kan for hyppig distribusjon av nye kort ødelegge påvirkningen kortene har vist på kunnskapsnivået. I studien har vi sett at kunnskapsnivået fortsatte å øke frem til kortene var blitt distribuert i ni måneder. Etersom studien ikke fortsatte etter dette kan jeg ikke si noe om det ville økt ytterligere etter enda lengre tid.

Det å oppgi at man samler på pene små kort er kanskje ikke forbundet med den litt ”tøffe” mannsrollen jeg observerte blant stoffbrukerne og det kan være noe av forklaringen på at mennene i mindre grad oppga at de samlet på kortene. Det kan imidlertid tenkes at mennene i like stor grad som kvinnene benyttet kortene som informasjonskilde og at dette kan belyse at det ikke var noen forskjell i kunnskapsnivå mellom dem som samlet og dem som ikke samlet. Dette kan også understøttes av at 98 prosent oppga at de kunne lære noe nytt av teksten på kortene og at hele utvalget med unntak av én person sa at de mente kortene var en god måte å gi ut informasjon på. De fleste informantene var også fornøyd med tekst og bilder. Disse høye tallene viser at de fleste informantene var fornøyd med kortene og brukte dem som informasjonskilde, noe som igjen kan belyse hvorfor det ikke var noen sammenheng mellom å samle på kortene å få økt sitt kunnskapsnivå.

### ***Hva brukte samlerne kortene til?***

De informantene som svarte bekreftende på at de samlet på kortene ble spurt om hva de brukte kortene til, med svaralternativene: ”Ser på bildet,” ”Leser teksten” eller ”Begge deler.” Svarene informantene ga på dette spørsmålet vises i tabell 4.12.



Tabell 4.12 **Hva samlerne brukte kortene til (T2-T4) (prosent)**

Ser på bildet	4
Leser teksten	17
Begge deler	77
Ingen av delene	2
Sum %	100
Antall deltakere	123

Som tabell 4.12 viser var det flere som sa at de bare leste teksten enn som bare så på bildene. De fleste (77 prosent, n=123) benyttet kortene til begge deler. Nesten alle mente at de kunne lære noe av teksten på kortene, og det gir grunn til å tro at det var teksten som var viktigst for utvalget og ikke bildene. Allikevel oppga de fleste av samlerne at de brukte kortene både til å se på bildene og lese teksten. Flere informanter sa imidlertid under intervjuene at de ønsket at bildene skulle illustrere det som sto på kortene. Andre sa at de ønsket at bildene skulle være mer i bakgrunnen av teksten og med svakere farger. Dette ble begrunnet slik av en informant:

Jeg ser ikke så godt og det er ikke så mange av oss narkomane som bruker briller selv om vi ser dårlig. Det hadde vært bedre hvis teksten sto på noe litt mindre rotete så vi så det bedre, selv om bildene er fine...

### ***Oppsummering***

Funnene viser at de fleste informantene var fornøyd både med informasjonsformen for J-Kie Cardstiltaket, teksten, bildene og med innholdet i hva det ble informert om. Mange av brukerne samlet på kortene, her var det imidlertid forskjeller mellom menn og kvinner fordi flere kvinner enn menn oppga å samle på kortene.

### **Oppsummering av hovedfunn fra studien**

I denne studien fant jeg at utdeling av J-Kie Cards påvirket kunnskapsnivået i utvalget. Jeg fant også at metoden jeg har brukt i studien påvirket kunnskapsnivået til utvalget mer enn J-Kie Cardstiltaket alene. Det kan se ut til at kortene har påvirket kunnskapsnivået i utvalget uavhengig av kjønn og alder, og jeg mener derfor det er grunnlag for å konkludere med at kortene har positivt påvirket kunnskapsnivået til hele utvalget. Det har vist seg å være forskjell i økning i kunnskapsnivået på de ulike temaområdene kortene omhandler. Dette er ikke spesielt overraskende. Teorier om innlæring sier at vi bedre lærer det som gir oss mening. En del av spørsmålene jeg benyttet i intervjuene kan ha truffet en mindre del av utvalget, og sånn sett vært mindre interessant for flere av de spurte. Et eksempel kan være spørsmålet som tok for seg hva slags kondomer man kan bruke hvis man er allergisk mot lateks. Dersom man ikke har slik allergi vil interessen antageligvis være liten.

I sin helhet var informantene svært fornøyd med tiltaket. De ga positive tilbakemeldinger om deres meninger om bilder, tekst og opplegget for informasjonen. Nærmere halvparten av de spurte (flere kvinner enn menn) samlet på kortene og nesten hele utvalget mente at de kunne lære noe nytt ved å lese teksten. Interessen for undersøkelsen (361 gjennomførte intervjuer) kan også være en indikasjon på interessen brukerne hadde for tiltaket.

Forskning på stoffbruks innvirkning på hukommelsen viser at stoffbruk kan vanskeliggjøre vår evne til å lære nye ting. På tross av at informantene i denne studien bruker rusmidler daglig, så har de lært av kortene. Dette kan ha en sammenheng med at repetisjon av kunnskap har vist seg å ha en positiv effekt på innlæring og at kortene har blitt distribuert gjentatte ganger over en periode på ni måneder mens studien har pågått. Studien har også vist at det er en sammenheng mellom å huske motivene på kortene og å skåre høyt på kunnskapsspørsmålene. Jeg fant i tillegg en signifikant forskjell i kunnskapsnivå mellom de informantene som deltok få ganger og de som deltok flere ganger i undersøkelsen. Dette er av betydning for hvordan man videreutvikler metoder for det skadereduserende informasjonsarbeidet generelt og for J-Kie Cardstiltaket spesielt.

I dette kapitlet har jeg presentert og diskutert funnene fra studien. Jeg vil i neste kapittel diskutere hvilken nytte funnene kan ha for videreutvikling av J-Kie Cardstiltaket.

## Kapittel 5

### Avsluttende betraktninger

*”Den sikreste vei frem mot å få leve et liv slik som vi ønsker, er at vi innrømmer andre samme rett”  
(Sandemose, etter Godt sagt 1989).*

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan man kan drive informasjonsarbeid som kan bidra til å redusere skader av stoffbruk. Jeg har presentert og benyttet teori om skadereduksjon, sosialt arbeid med empowerment og teori om informasjon og hukommelse, for å belyse hvordan vi kan forstå økningen i kunnskap i utvalget jeg har undersøkt. I forrige kapittel presenterte jeg hovedfunnene fra studien, og i dette kapitlet diskuterer jeg hvilken betydning funnene kan ha for arbeid med J-Kie Cardstiltaket i fremtiden.

### Forbedringer av J-Kie Cardstiltaket

#### *Språklige barrierer*

Som nevnt innledningsvis i oppgaven fikk jeg intervjuet få ikke-etnisk norske fordi disse brukerne ikke benyttet kortene på grunn av språklige barrierer. For å nå ut til stoffbrukere som ikke behersker norsk kan J-Kie Cards oversettes og trykkes på flere språk. Dette gjelder spesielt med tanke på at kortene også tar opp en del rettigheter. Dette er viktig informasjon for en gruppe mennesker som på grunn av språklige barrierer kanskje ikke kjenner til det norske samfunnets organisering og hjelpetiltak.

#### *Kan man tilpasse kortenes design bedre til brukergruppen?*

Flere brukere fortalte at de hadde dårlig syn, men at de allikevel ikke brukte briller. Dette er ikke bare en utfordring i arbeidet med J-Kie Cards, men også et viktig område for generelt helsearbeid med stoffbrukere. I forhold til kortene kan man vurdere å forandre skriftstørrelse og fargebruk for å gjøre det lettere å lese. Både forsiden og baksiden av kortene er fargelagte med relativt sterk og mørk fargebruk. Kanskje kan dette tones ned slik at budskapet kommer mer frem, og slik at det er lettere å se også for de som har litt dårligere syn?

Et av funnene i denne studien er at gjenkjenning av kort og kunnskapsnivå hadde en positiv sammenheng. Kunnskapsnivået økte mer enn gjenkjenning av kortene. Teorier om kommunikasjon av informasjon sier at entydighet i budskapet er viktig, og teorier om innlæring sier at mening i budskapet er svært viktig for at vi skal huske det vi lærer. Flere brukere kommenterte at det var liten sammenheng mellom illustrasjon og budskap på kortene.

Flere kort med illustrasjoner av budskapet kunne kanskje ha styrket budskapet slik at brukerne lettere kunne huske informasjonen på kortene.

### ***Undersøkelsen påvirket kunnskapsnivået mer enn utdeling av kortene***

For eventuell videreutvikling av J-Kie Cardstiltaket er det et interessant funn at kunnskapen økte mer blant dem som deltok flere ganger i undersøkelsen. Det er både interessant å finne ut at selve undersøkelsen, som også innebar samtaler, i seg selv påvirket kunnskapsnivået, og at mange brukere viste interesse for å delta flere ganger i undersøkelsen og snakke om temaene. Utdeling av kortene påvirket kunnskapsnivået, men det er grunn til å mene at intervjusamtalene også hadde innvirkning. Brukerne lærte informasjonen bedre i relasjon og samhandling enn ved å bare lese den.

Før de nye kortene skulle deles ut gjennomførte jeg intervjurunde T1. Flere informanter i denne undersøkelsesrunden fortalte at det ikke ble delt ut kort der de bodde. Noen fortalte at de fikk gamle kort, og at de derfor hadde mistet interessen for J-Kie Cardstiltaket. Flere brukere spurte om når det skulle komme nye kort. En mann sa dette:

Når korta kom så sa dem at det skulle komme nye med jevne mellomrom. Jeg får mange av de samme korta nå som var de første som blei delt ut. I begynnelsen samla jeg på dem og syns at dem var ganske kule, men jeg gidder ikke lenger fordi jeg ikke får nye til samlinga mi. Nå er jeg ikke så interessert i korta lenger heller!

Ved at jeg hadde koordineringsansvar og kontaktpersoner ved hvert distribusjonssted ble kortene delt ut slik det var bestemt i den perioden jeg undersøkte. Det kan se ut til at undersøkelsen skapte økt fokus på J-Kie Cards både blant personalet og blant brukerne. Det at personalet ble involvert i undersøkelsen de ukene vi intervjuet samt at kontaktpersonene for distribusjon hadde kontakt med meg flere ganger i løpet av perioden, kan ha påvirket interessen til personalet positivt. Dette kan også ha smittet over på brukerne. Flere brukere ga uttrykk for hadde fått informasjon om undersøkelsen fra ansatte og at de hadde bestemt seg for å være med. Personalet fortalte også om brukere som hadde sagt at de ville minnes på undersøkelsen når den foregikk, slik at de ikke gikk glipp av den. Mange brukere tok selv kontakt og andre ble introdusert av brukere som allerede hadde blitt intervjuet og derfor anbefalt flere å være med. En bruker sa det slik:

Jeg var med i sta`, det gikk skikkelig fort og det var ikke sånne slitsomme personlige spørsmål, bare spørsmål om junkiekorta. Du burde være med du også. Husk å spørre om hvor mange riktige du får så kan vi se hvem som kunne det best...

Mange brukere ønsket å vite noe om hvor mange riktige svar både de selv og vennene deres hadde i undersøkelsen. Informanter jeg intervjuet ved flere av tidspunktene spurte om jeg

husket om de kunne mer enn sist jeg hadde spurt dem, eller de fortalte at de husket dette selv. En kvinne fortalte at hun hadde spart mange kort og prøvd å lære seg svarene i perioden mellom undersøkelsene. En ung mann ville bli intervjuet dagen etter at han hadde svart første gang for å se om han nå husket svarene på det han hadde svart feil på dagen før. Denne interessen for undersøkelsen kan ha hatt betydning for resultatene i studien.

Til sammen kan disse elementene ha bidratt til å gjøre både undersøkelsen og J-Kie Cardstiltaket mer interessant for både brukerne og personalet, noe som er viktig for hvordan man skal organisere distribusjonen av kortene i fremtiden. Kanskje bør man fortsette å ha en koordineringsansvarlig for distribusjonen og kontaktpersoner ved tiltakene som i perioden studien pågikk, slik at man får en planmessig distribusjonsordning. En planmessig distribusjon kan kanskje bidra til å opprettholde brukernes interesse for kortene.

### ***J-Kie Cards-Quiz***

Ved noen av institusjonene hvor jeg undersøkte har man tatt i bruk J-Kie Cards på nye måter. For eksempel blir det ved to av institusjonene arrangert ”J-Kie Cards Quiz”<sup>37</sup> for brukere med spørsmål hentet fra kortene. En kvinne som flyttet fra en institusjon til en annen i perioden jeg undersøkte, tok initiativ til at det skulle arrangeres ”J-Kie Cards Quiz” også ved den nye institusjonene hun flyttet til. Denne brukerens initiativ kan si noe om hennes interesse både for temaene kortene tok opp, samt for tiltaket i seg selv. Når personalet deltar slik bidrar det til anerkjennelse av brukernes livsverden, med et tydelig budskap om at de ønsker at brukerne skal ha og trenger kunnskaper. Kanskje kan man sammen med brukerne utvikle flere måter å bruke kortene, som kan bidra til at brukernes interesse for kortene opprettholdes. Dette vil kunne påvirke kunnskapsnivået.

### **Inntrykk fra intervjuene med brukerne**

Inntrykkene fra møtene med brukerne er svært positive. Den positive omtalen av tiltaket som informantene ga gjennom de standardiserte svarene presenterte jeg i forrige kapittel. Gjennom intervjuene fikk jeg imidlertid utfyllende informasjon fordi de fleste av brukerne fortalte mye om hva de mente om J-Kie Cards utover det de svarte på de standardiserte spørsmålene. Flere fortalte at de visste at tiltaket var blitt startet i København, men at de kortene som nå ble distribuert var laget i Norge. Flere av brukerne sa at de hadde stilt spørsmål de mente å kjenne igjen på kortene, og andre kom med innspill til nye spørsmål som kunne stå på nye kort. En del av brukerne ønsket å ha med spørsmål om amfetamin på kortene og flere kvinner ønsket

---

<sup>37</sup> Quiz er en spørrekonkurranse.

informasjon om temaer som knytter seg til prostitusjon, for eksempel om sikkerhet og anmeldelse av overgrep til politiet. Flere brukere ga uttrykk for at de visste at bildene var laget av kunstnere, både profesjonelle og også stoffbrukere. Dette syntes de var svært positivt. En del brukere snakket om tidligere utdelte kort de hadde lært mye av og som hadde oppklart misforståelser om praktisk bruk av rusmidler. Noen brukere ga uttrykk for at de hadde trodd at J-Kie Cardstiltaket ikke skulle være interessant i ”miljøet” (stoffbrukere i Oslo), men at de opplevde at tiltaket hadde fått stor oppmerksomhet som noe positivt. En mann sa dette:

Når de korta kom så tenkte jeg at ingen kom til å gidde å lese dem, men mange i miljøet samler på dem fordi de er fine og det er mye vi ikke kunne som står på dem.

Etter hver intervjurunde har jeg diskutert mine inntrykk med de andre intervjumedhjelperne, og de har gitt uttrykk for de samme opplevelsene fra møtene med brukerne. Til sammen gir disse opplevelsene viktig informasjon om interessen for undersøkelsen og tiltaket. I videre arbeid med tiltaket er vårt inntrykk at det er interesse blant brukerne for å delta i utforming av tiltak som kan supplere utdelingen av J-Kie Cards.

### **Informasjonsarbeid blant andre enn stoffbrukerne**

Man kan tenke seg at funnene fra denne studien kan brukes til å utvikle informasjonsarbeidet blant andre enn stoffbrukere. Jeg har tidligere diskuterte at noen sosialarbeidere kan oppfatte det som et dilemma å gi informasjon til brukere som kan medføre at de tar andre valg enn det sosialarbeiderne ønsker. I slike tilfeller er det er nærliggende å tro at både samfunnets og sosialarbeidernes holdninger til enkelte temaer påvirker brukerne og kan bidra til at de ikke tør å etterspørre informasjon om emner de opplever som tabubelagte, som i dette tilfellet bruk av rusmidler. Denne studien har vist en metode for informasjonsarbeid med en spesiell gruppe mennesker, som kan bidra til at brukerne får den informasjonen de har behov for på tross av at emnene kan være tabubelagte. Metoden bygger på at brukerne selv vet hva som er nyttig informasjon for dem, samt at de skal motta denne informasjonen gjennom kanaler og med et språk som er tilpasset dem, uten spesifikt å måtte etterspørre den. Med tilpasninger til andre brukere kan kanskje denne metoden også brukes i sosialt arbeid med andre grupper. For eksempel i forhold til brukere av sosialtjenesten. Brukere av sosialtjenesten kan ha svært forskjellige behov, og nettopp derfor kan det være nyttig å hente inn informasjon fra brukerne om hva de ønsker informasjon om. Samarbeid med disse brukerne er da av avgjørende betydning for å treffe målgruppen med budskapet som formidles og kan sikres ved at brukerne tas med i prosessen med å finne ut hva de trenger informasjon om og hvordan den kan formidles.

## Avslutning

Å arbeide med stoffbrukere vil arte seg forskjellig fra møte til møte og vil være avhengig av partene som møtes. Verken sosialarbeidere eller stoffbrukere er homogene grupper. En av de største utfordringene i arbeidet med mennesker er at vi tar med oss vår forforståelse og våre fordommer inn i møter med dem vi skal hjelpe. Dette vil påvirke hvordan relasjonene utvikles. For eksempel vil en oppfatning av stoffbrukere som ”ofre” heller enn ”aktivt handlende” mennesker kunne påvirke sosialarbeidernes forventninger til hvorvidt brukerne kan gjøre noe med livssituasjonen sin eller ikke. Om sosialarbeiderne tror de besitter sannheten om hvordan et godt liv skal leves, eller om de tror at brukerne selv er eksperter i egne liv og har det som utgangspunkt i arbeidet, vil ha stor betydning for hvordan møtene utarter seg. Skadereduksjonstenkning forutsetter at stoffbrukere bryr seg om sin egen helse og ønsker å unngå infeksjoner og skader av stoffbruken dersom de gis mulighet til det (Stimson 1990b). J-Kie Cards bygger på brukernes egne erfaringer og behov for informasjon om en rekke områder som er viktige for aktive stoffbrukere. Som i empowerment-tilnærminger i sosialt arbeid har brukerne selv definert sine livsvansker. De har selv identifisert behovet for informasjon og fått svar på det. Brukerne ble tatt med i alle ledd i utarbeidelsen av tiltaket. I etterkant har de gjennom denne undersøkelsen også fått gi tilbakemeldinger om hva de synes om produktet.

Både brukere, helse- og sosialarbeidere og ulike grupperinger i samfunnet kan identifisere problematiske konsekvenser av stoffbruk, men disse vil antagelig være forskjellige fra hvilket ståsted partene har. I et skadereduserende perspektiv er det viktig at stoffbrukerne selv får definere mål og midler for at de skal vinne tilbake en følelse av å ha kontroll i eget liv. Mange mennesker og systemer har tatt kontroll og makt over dem og bestemt hvordan de skal oppføre seg og være. For eksempel brukes fengsel for å disiplinere stoffbrukere i forhold til kjøp og salg av definerte illegale rusmidler. Fra en aktiv stoffbrukers perspektiv er kanskje ikke å avslutte sitt stoffbruk det nærmeste mål, men å redusere en del av de skadelige konsekvensene av stoffbruk. Små forbedringer i livsvilkår kan kanskje motivere for å ta fatt på andre sider ved livet hvor man ønsker endring. Dette kan for eksempel gjøres gjennom et tiltak som J-Kie Cards, som bidrar til å gi brukerne kunnskaper som også kan endre deres handlingsalternativer. Ved å formidle informasjon om forskjellige temaer, kan brukerne få kunnskaper som kan gjør det mulig for dem å endre noen av deres levekår.

Jeg lar et utdrag fra en tekst av avdøde Joachim Nielsen (1996) avslutte denne oppgaven. Han var selv stoffbruker og skrev mange tekster om livet sitt. Denne teksten beskriver og avslører noe av kompleksiteten i stoffbruk og derfor også kompleksiteten i hva slags tilnærminger sosialarbeiderne skal velge i møter med brukerne.

Nykter

*Jeg går ned gata, og sola svir  
Og alle folka som går forbi  
ser ut som om dem hater meg lidenskapelig  
Jeg er paralyisert og paranoid  
og verst av alt jeg er nykter nå.*



## Litteraturliste

- Adams, Robert. 1996. *Social work and empowerment*. London: Macmillan.
- Andersen, Maja Lundemark, Pernille Brok og Henrik Mathiasen. 2000. *Empowerment på dansk*. Frederikshavn: Dafolo forlag.
- Aristoteles 384-322 f.kr. 2006. *Siterte sitater*.  
<http://www.ordtak.no/index.php?fn=&en=Aristoteles> (lastet ned 29.11.06).
- Ashton, Robert. 2002. *This is HEROIN*. London: Sanctuary.
- Baer, John S. og Heather Brady Murch. 1998. Harm Reduction, Nicotine and Smoking. I *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, red. Marlatt G. Alan. New York: The Guilford Press.
- Bakke, Henrik. 2004. *Kommuniser! Gode råd for bedre kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Berridge, Virginia. 1993. Harm minimization and public health: an historical perspective. I *Psychoactive Drugs and Harm Reduction. From Faith to Science*, red. Heather, Nick, Alex Wodak, Ethan Nadelmann og Pat O'Hare. London: Whurr Publishers
- Blindheim, Martin. 2003a. Just say KNOW! *Rus & Avhengighet* 5:18-19.
- Blindheim, Martin. 2003b. Til kamp mot nullvisjonen. *Rus & Avhengighet* 5: 28-29.
- Bowman, Scotty. 2006. *Siterte sitater*. <http://www.ordtak.no/index.php?emne=Statistikk> (lastet ned 29.11.06).
- Bretteville-Jensen, Anne Line, Einar Ødegård. 1999. Injeksjonsmisbrukere i Norge. *SIFA rapport* 4:99.
- Bretteville-Jensen, Anne Line. 2005. Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. *SIRUS rapport* 4:05.
- CfNI (Center for Narkotika Indsats/Gadejuristen). 2004. *Skadesreduktion*.  
<http://www.CfNI.dk/dok/skadesreduktion-notat.doc> (lastet ned 30.08.06).
- CfNI (Center for Narkotika Indsats/Gadejuristen). 2006. *Organisation*.  
<http://www.CfNI.dk/organisation.html> (lastet ned 30.08.06).
- Christie, Nils og Ketil Bruun. [1985] 2003. *Den gode fiende*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Cohen, Peter. 2003. Harm refusal. Making Peace with Cocaine, and Advancing from Harm Reduction to Harm Refusal. *Presentation at the Foro Social Mundial Temático Democracia Derechos Humanos, Guerras y Cultivos de Uso Ilícito, Cartegna de Indias, Colombia, 2003*. Amsterdam: CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek.

- Dahl, Kjell. 1998. *Livs- og dødskrefter i organisasjoner*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Denning, Patt, Jeannie Little og Adina Glickman. 2004. *Over the Influence*. New York: The Guilford Press.
- Egeland, Atle. 2003. *Hepatitt C blant stoffbrukere. En undersøkelse om forekomst og risiko for hepatitt blant sprøytebrukere i Oslo*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletaten.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). 2003. *Tabell 6 OL: Det skadereduserende arbeidets rolle*. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1360> (lastet ned 07.11.06).
- Ersche K., Clark L., London M., Robbins T., Sahakian B. 2006. Profile of executive and memory function associated with amphetamine and opiate dependence. *Neuropsychopharmacology*. 31(5):1036-1047.
- Ervik, Randi. 1994. *Sårbar posisjon. Om stoffmisbrukere, risiko og beskyttelse mot hiv, med kvinnene i fokus*. Oslo: Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo.
- Felttiltaket. 2006. *Ettårsrapport 1. feb 2005- 31.jan 2006 Sprøyterommet*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletaten.
- FO (Fellesorganisasjonen). 2006. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. <http://www.fobsv.no> (lastet ned 05.12.06).
- Frantzsen, Evy. 2001. *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fransiskushjelpen. 2006. *Fransiskushjelpens Gatetjenesten*. <http://www.fransiskushjelpen.no/> (lastet ned 01.12.06).
- Frelsesarmeen. 2006. *Rusomsorgen i Oslo – Gatehospitalet*. <http://www.rusomsorgen.no/> (lastet ned 01.12.06).
- Fugelli, Per. 2003. *0-visjonen*. Otta: Universitetsforlaget.
- Gilje, Nils, Harald Grimen. 1993. *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger – innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gotfredsen, Nanna. 2006. Mailkorrespondanse om navnet J-Kie Cards. (Se vedlegg nr. 1).
- Handlingsplan. 2003-2005. *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer*. Norge: Sosialdepartementet.
- Harbo, Mette. 2004. *Evaluering av vidensformidling med J-Kie Cards*. København: Embedslæge institutionen for Københavns og Frederiksberg kommuner.

- Hawks, David. 1993. Impediments to the Global Adoption of Harm-reduction Policies. I *Psychoactive Drugs and Harm Reduction. From Faith to Science*, red. Heather, Nick, Alex Wodak, Ethan Nadelmann og Pat O`Hare. London: Whurr Publishers.
- Hjertnes, Bjørn Louis. 2005. *Andre blikk. Et innsyn i livssituasjonen til tre stoffbrukere med ikke-vestlig bakgrunn i Oslo*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletatens Kompetansesenter.
- HRC (Harm Reduction Coalition USA). 2006. *Principles of harm reduction*. <http://www.harmreduction.org/aboutHRC/aboutindex.html> (lastet ned 30.08.06).
- Jansson, Tove. 1974. *Trollmannens hatt*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Kristoffersen. 2004. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Otta: Abstrakt forlag.
- Johansen, Nicolay B., Hanne Myhre. 2005. *Skadereduksjon i praksis, Del 1*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletatens Kompetansesenter.
- Kompetansesenteret i RME (Rusmiddeletaten). 2005. *Klientkartlegginger*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletatens Kompetansesenter.
- Kvinnetiltaket Bryn. 2005. *Årsmelding for 2005*. Oslo Kommune Rusmiddeletaten.
- Larimer, Mary E., G. Alan Marlatt, John S. Baer, Lori A. Quigley, Arthur W. Blume og Elisabeth H. Hawkins. 1998. Harm Reduction for Alcohol Problems: Expanding Access to and Acceptability of Prevention and Treatment Services. I *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, red. Marlatt, G. Alan. New York: The Guilford Press.
- Levin, Irene. 2004. *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lundquist, Thomas. 2005. Cognitive consequences of cannabis use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*. 81:319-330.
- Maliks, Reidar Kiljan. 1999. Det levende ordet. *Samtiden* 2/3:1-12.
- Marcus Thranes Hus. 2004. *Årsmelding for 2004*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletaten.
- Marlatt, G. Alan. 1998a. Harm Reduction around the World: A Brief History. I *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, red. Marlatt, G. Alan. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. Alan. 1998b. Basic Principles and Strategies of Harm Reduction. I *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, red. Marlatt, G. Alan. New York: The Guilford Press.

- Marlatt, G. Alan. 1998c. Highlights of Harm Reduction. A Personal Report from the First National Harm Reduction Conference in the United States. I *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviours*, red. Marlatt, G. Alan. New York: The Guilford Press.
- Moen, Mette. 2004. *Abscess...fistel?*  
<http://www.doktoronline.no/section/nosection/?action=showQA;QAEntryId=2378179>  
 (lastet ned 01.12.06).
- Moksness, Cathrine. 2006. *Gatejuristen – Årsrapport 2005*.  
[http://www.bymisjon.no/templates/Page\\_16481.aspx](http://www.bymisjon.no/templates/Page_16481.aspx) (lastet ned 01.12.06).
- Molde, Audun. 2004. Rus, rock og romantikk. *Rus & Avhengighet* 3: 23-26.
- Nielsen, Joachim. 1996. Nykter. På albumet *Nykter*. Oslo: Desperado/Slagerfabrikken.
- Oslo Kommune. 1989. *Informasjons-buss i HIV/AIDS-forebyggende arbeid. Prosjektbeskrivelse, Vedtak i formannskap og rapport for tidsrommet 24.10.88 28.02.89*. Oslo: Oslo Kommune, Etat for miljørettet helsevern.
- Prosser James, Lisa J. Cohen, Matthew Steinfeld, Daniel Eisenberg, Edythe D. London og Igor I. Galynker. 2006. Neuropsychological functioning in opiate-dependent subjects receiving and following methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 16:1-8.
- Reinås, Knut T. 2000. "Skadereduksjon" - "Harm reduction."  
<http://www.fmr.no/index.php?id=73262&cat=9422&printable=1> (lastet ned 20.02.07).
- Ringdal, Kristen. 2001. *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- RME (Rusmiddeletaten). 2005. *Årsberetning for 2005*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletaten.
- RME (Rusmiddeletaten). 2006. *Felttiltakene*.  
<http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbudet/skadereduksjon/smittevern/>  
 (lastet ned 01.12.06).
- Roe, Gordon. 2005. Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health* 15(3): 243-250.
- Rossow, Ingeborg, Astrid Skretting og Arvid Amundsen. 1998. Fra straff til varm seng. *SIFA-rapport* 1:98.
- Sandemose, Aksel. 1989. *I Godt sagt*. Oslo: Cappelens Forlag.
- Simonsen, Arne. 1998. *Deltaker i samfunnet: håndbok i kommunal informasjon*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

- SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning). 2007. *Narkotikadødsfall i Oslo og resten av Landet* <http://statistikk.sirus.no/sirus/> (lastet ned 18.02.07).
- Slettebø, Tor. 2000. Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 2:75-85.
- Solheim, Liv Johanne. 2001. Sosialhjelp, sjølrespekt og mestring. I *Fra mottaker til aktør*, red. Sandbæk, Mona. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solinge, Tim Boekhout van. 1999. Dutch Drug Policy in a European Context. *Journal of Drug Issues* 29 (3), 99:511-528.
- Staley, Lane. 1992. Junkhead. På albumet *Dirt* med Alice in Chains. Hollywood: One and One and El Dorado.
- Staples, Peter. 1993. Reduction of alcohol- and drug-related harm in Australia: a Government Minister's perspective. I *Psychoactive Drugs and Harm Reduction. From Faith to Science*, red. Heather, Nick, Alex Wodak, Ethan Nadelmann og Pat O`Hare. London: Whurr Publishers.
- Stimson, Gerry. 1990a. AIDS and HIV: The challenge for British drug services. *British Journal of Addiction*, 85:329-339.
- Stimson, Gerry. 1990b. "Revising policy and practice: New Ideas about the drug problem." *Aids and drug misuse*, red. Strang, John og Gerry Stimson. London og New York: Routledge.
- St.meld. nr. 16 (1996-1997). *Narkotikapolitikken*. Norge: Sosial- og helsedepartementet.
- Taksdal, Arnhild. 1997. *Kvinnerettet rusbehandling*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og Helsedepartementet.
- Tatarsky, Andrew. 2002. Harm Reduction Psychotherapy. Tom: Harm Reduction to Moderation. I *Harm Reduction Psychotherapy. A New Treatment for drug and Alcohol Problems*, red. Tatarsky, Andrew. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Thereses Hus. 2005. *Årsmelding for 2005*. Oslo: Oslo Kommune Rusmiddeletaten.
- Trappevis. 2006. *Feltpleien*. <http://www.trappevis.no/web/x.aspx?id1=33> (lastet ned 01.12.06).
- Wetterberg, Peter. 2005. *Hukommelsesboken: hvorfor vi husker godt og glemmer lett*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- WHO (World Health Organization). 2006. *About WHO*. <http://www.who.int/about/en/> (lastet ned 01.12.06).
- Winehouse, Amy. 2006. Rehab. På albumet *Back to black*. UK: Universal Music.

Øiern, Tone og Martin Blindheim. 1995. Skadereduksjon: En ny bærebjelke. *Stoffmisbruk* 6:20-22.

Øiern, Tone. 2000. Parolen om narkotikafrihet – ledestjerne eller blindvei? *Rus & Avhengighet* 6: 33-35.

## Vedlegg 1

Fra: Anna-Sabina Lindroos Soggiu [<mailto:anna-sog@online.no>]  
Sendt: 22. november 2006 14:01  
Til: Nanna W. Gotfredsen  
Emne: Evaluering av J-Kie Cards

Hei hei!

Jeg er nå i slutfasen av å skrive ferdig rapporten om J-Kie Cards. Jeg lurere på to ting.

1. Stemmer det at CfNI har skiftet navn til Gatejuristen? Har dere i så fall ny nettsadresse?
2. Jeg har lyst til å skrive noe om hva J-Kie Cards navnet kommer fra og lurte på om du kunne si noe kort om det? Hvordan kom du/dere frem til at det var det kortene skulle hete?

Håper det går fint med arbeidet i København :-)

Mvh Anna-Sabina Soggiu

Fra: Nanna W Gotfredsen  
Sendt: 22.11.2006 10:18  
Til: [anna-sog@online.no](mailto:anna-sog@online.no)  
Emne: Evaluering av J-Kie Cards

Ja – CfNI hedder nu Gadejuristen. Det gjør vi først og fremmest fordi det bare var det navn stofbrugerne selv brukte om os, fx når de er på kontoret og ringer til sagsbehandler mv. – ”jeg er hos Gadejuristen – du kan legge besked til mig her hos dem”. Der er flere grunde; herunder, at vores eksistensgrundlag og –berettigelse handler om stofbrugernes behov, som vi til enhver tid bestræber os på at indrette os efter. Og behovet for juridisk førstehjælp er både voksende og stort.

Også vores kort har skiftet navn ... :-) I Danmark hedder de nu J-Key Cards – udtales på samme måde som J-Kie Cards. En af grundene til dette navneskift er, at vi netop var trøtte af at forklare navnet ... :-)

Dengang Charlotte Fich (den første gadesygeplejerske i Danmark, som fik idéen til kortene og som jeg har lavet konseptet sammen med) og jeg gikk rundt i gaderne og samlede viden om vilkår og spørsmål, mødte vi en enorm tillid fra gadefolket. Den blev bl.a. uttrykt sådan: ”DU må gerne kalde mig junkie!” – det kaldte folk gerne sig selv, og også hinanden - der var ingen tvivl om, at det var ment som en enorm tillidsklæring. Men dette var måske ikke det viktigste ift valget af navnet J-Kie Cards. På harm reduction konferencen i Geneve i 1998, fortalte en schweizisk stofbruger om hvordan heroinunderstøttet behandling, havde ændret hans liv radikalt. Ægteskabet var reddet, han var i stand til at være en god far for sine børn – og han

var kommet i arbejde. Han sluttede sit indlæg af med at sige: "I want to reclaim the word junkie!". Så til ære for ham – og for systemer som formår at møde stofbrugere med anerkendelse. Når vi tog to af bogstaverne ud – u og n – var det vel i erkendelse af, at Danmark slet ikke var i mål endnu.

Glæder mig til at se rapporten!

Mange hilsner  
Nanna



## Vedlegg 2



Oslo kommune  
**Rusmiddeletaten**

### **Informasjon om distribusjon av J-Kie Cards**

I forbindelse med at det skal gjennomføres en evaluering av J-Kie Cards er det nødvendig med en liten gjennomgang av distribusjonsregler for kortene.

#### **Evaluering av virkningen av J-Kie Cards**

I løpet av 2005 og 2006 vil det gjennomføres en undersøkelse for å evaluere virkningen av J-Kie Cards. Hensikten er å finne ut om informasjonen som gis gjennom kortene gir økt kunnskapsnivå i brukergruppen. Denne evalueringen må foreligge for at det eventuelt skal produserer nye kort. Per i dag er det 83 kort som ennå ikke er distribuert og det er disse kortene evalueringen vil basere seg på. Evalueringen vil gjennomføres i et nært samarbeide mellom Kompetansesenteret i Rusmiddeletaten og seksjon skadereduksjon. Ansvarlig for evalueringen er Anna-Sabina Soggiu som til daglig arbeider som fagkonsulent ved Thereses hus.

Formålet med evalueringen er å undersøke kunnskapsnivået i brukergruppen før de nye kortene distribueres og i etterkant av distribusjon. For at metoden for evalueringen skal overholdes er det derfor svært viktig at riktige kort deles ut i perioden evalueringen gjennomføres.

#### **Distribusjon av nye kort**

I uke 41/2005 skal det slippes 42 helt nye kort og i uke 45 slippes de siste 41 kortene. De 83 kortene som slippes i disse to ukene vil sirkulere sammen frem til intervjuene er ferdige den 13.08.06 og ingen andre enn disse 83 kortene skal deles ut i denne perioden. Det er helt avgjørende for resultatene av undersøkelsen at denne tidsplanen holdes ved alle distribusjonsstedene. Distribusjonsstedene må derfor trekke inn/legge til side de kortene som nå er ute, slik at man kan starte med nye kort i uke 41 og 45.

---

Postadresse:  
P.b. 7104  
0130 OSLO

Telefon: 02180  
Telefaks:

Org.nr.:976820061

### **Utdelingsregler i evalueringsperioden**

Det er svært avgjørende for resultatet av undersøkelsen at det deles ut kort i evalueringsperioden 10.10.05 – 13.08.06. Dette betyr at kortene skal deles ut selv om brukerne ikke etterspør kort. Dette gjøres ved at kortene legges i hver pakke med utstyr som skal deles ut. Når det deles ut utstyr som ikke er i pakker, eller ved retur av brukt utstyr, så skal den som står får utdeling/mottakning spørre brukeren om han/hun ønsker kort.

- Det skal deles ut 1 kort i 10 pakningene eller ved utdeling i mindre kvanta.
- Det skal deles ut 3 kort i 30 pakningene.
- Ved retur av 1 puck får brukeren 3 kort. Når brukeren leverer inn mer enn 1 puck, skal brukeren få 1 kort ekstra per innleverte puck, begrenset til 6 kort.

Riktige kort som skal deles ut i evalueringsperioden hentes ved seksjons skadereduksjon på Ila hybelhus. Eskene med kort er merket med hvilke kort som skal deles ut f.o.m. hvilke uker.

### **Oppsummerende er det viktig å huske dette:**

- **Evalueringsperioden er f.o.m. 10.10.05 t.o.m. 13.08.06.**
- **Prosjektleder leverer kortene ved hvert utdelingssted i forkant av oppstart av utdeling av nye kort.**
- **Distribusjon av 42 nye kort skal starte i uke 41.**
- **Distribusjon av de 41 siste kortene skal starte i uke 45.**
- **F.o.m. uke 45 deles alle de 83 kortene ut samtidig.**
- **Ansvarlig for distribusjon av kortene må sørge for at det ikke deles ut andre kort enn de 83 nye i evalueringsperioden.**
- **Det er viktig av det deles ut forskjellige kort av de 83 mulige i perioden. Man skal ikke vente til det er gått tomt for 1 av kortene før man begynner å dele ut et nytt kort.**
- **Ansvarlig for distribusjon av kortene må ta ansvar for at det legges kort i alle pakker med utstyr som skal deles ut (les over hvor mange kort som skal være i pakkene).**
- **De som deler ut utstyr eller mottar retur må huske på å spørre brukerne om de ønsker kort når de ikke mottar ferdige pakker med kort eller når de returnerer brukt utstyr.**

Ved spørsmål kan Anna-Sabina Soggiu kontaktes på tlf.nr. 95463185 eller mailadresse [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

Med vennlig hilsen  
Anna-Sabina Soggiu, prosjektleder  
(sign.)

Annlaug Lia, seksjonsleder  
(sign.)

## Vedlegg 3



Oslo kommune  
**Rusmiddeletaten**  
Kompetansesenteret

### **Informasjon til intervjuere om evaluering av J-Kie Cards**

J-Kie Cards ble utviklet av Center for Narkotika Indsats (CfNI) i København, i samarbeid med Embedslæge institutionen for Københavns og Fredriksbergs kommuner. Det hele startet ved at en sykepleier og en gatejurist i København begynte å notere ned spørsmål de fikk fra stoffbrukere når de arbeidet på gata. Spørsmålene er delt inn i åtte kategorier: kroppen, smitterisiko, stoffene, sprøyteteknikk, rettigheter, psyken, historie og "lett blanding". Gjennom et samarbeid mellom Kompetansesenteret i Rusmiddeletaten og CfNI ble J-Kie Cards også tilgjengelige i Oslo. De første kortene som ble delt ut i Oslo var oversatt fra dansk, mens de siste kortene i sin helhet er produsert i Oslo. Kortene blir i Oslo, som i København, delt ut sammen med brukerstyr og ved innlevering av brukt utstyr.

#### **Formål med undersøkelsen:**

Rusmiddeletaten har bestemt at ordningen med J-Kie Cards skal evalueres før man eventuelt går i gang med å produsere nye kort. Formålet med evalueringen er å finne ut om J-Kie Cards påvirker kunnskapsnivået blant mottakere av kortene. Videre er det ønskelig å få tilbakemelding fra mottakere av J-Kie Cards om hva de synes om kortene, denne spesielle måten å gi informasjon på og om de selv bruker kortene.

#### **Gjennomføring av undersøkelsen:**

Kompetansesenteret er ansvarlig for evalueringen. Undersøkelsen vil bli utført av Anna-Sabina Soggiu. Hun er til daglig fagkonsulent ved Thereses Hus og masterstudent ved Høgskolen i Oslo. Evalueringen vil gjennomføres i et nært samarbeid med Seksjon skadereduksjon generelt og spesielt med Marcus Thranes hus, Ila, Dalsbergstien hus Kvinnetiltaket Bryn og Thereses hus. Undersøkelsen vil gjennomføres høsten 2005 og våren/sommeren 2006. I den forbindelse skal ansatte ved Marcus Thranes hus, Dalsbergstien hus, Ila, Kvinnetiltaket Bryn og Thereses hus være med å intervju brukere i undersøkelsen: **"Evaluering av virkningen av J-Kie Cards."**

Det foreligger 83 nye kort som skal deles ut i to omganger, samkjørt med evalueringen. Evalueringen vil bestå av førundersøkelse og etterundersøkelser. Et visst antall kort er valgt ut, og brukerne vil bli bedt om å svare på spørsmål hentet fra kortene før de slippes på markedet og med faste mellomrom etterpå for å se om kunnskapsnivået øker etter hvert som kortene sirkulerer blant brukerne.

Etterundersøkelsene vil i tillegg inneholde spørsmål om gjenkjenning av kort og anvendelse av kortene.

---

**Kompetansesenteret**  
Org.nr.:976820061

Postadresse:

P.b. 7104  
0130 OSLO

E-postadresse: [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

Telefon: 02 180

Telefaks: 23 42 71 82

### **Praktiske detaljer ved gjennomføring av intervjuene:**

Undersøkelsen består av korte personlige intervjuer med brukere som har mottatt J-Kie Cards. Et krav for å delta i undersøkelsen er at informanten har mottatt J-Kie Cards samt at han/hun er over 18 år. Intervjueren benytter en fasit med de riktige svarene og et skjema for å registrere om brukeren har svart rett, galt eller delvis rett. Førintervjuene vil bestå av 24 spørsmål hentet fra 24 utvalgte kort. Intervjueren er nødt til å kunne vurdere hvorvidt informanten svarer rett, galt eller delvis rett. Etterintervjuene vil foregå på samme måte som føreintervjuene. De samme 24 kortene vil bli anvendt, men her inngår også spørsmål om gjenkjenning og anvendelse av kortene.

### **Tidsplan for gjennomføring av undersøkelsene:**

Føreintervju:	uke 36/2005	(05.09.05 - 11.09.05)
Første etterintervju:	uke 6/2006	(06.02.06 - 12.02.06)
Andre etterintervju:	uke 18/2006	(01.05.06 - 07.05.06)
Tredje etterintervju:	uke 32/2006	(07.08.06 - 13.08.06)

For at evalueringen skal kunne gi generaliserende data er det ønskelig med minst 50 respondenter ved hver intervjurunde. Prosjektleder vil selv delta ved å gjøre intervjuer, men da utvalget av informanter er stort skal også personal fra nevnte institusjoner hjelpe til ved å intervjuer. Det er også ansatt en intervjuer som heter Maja Flaato. Hun vil avhjelpe med intervjuer rundt om på institusjonene de ukene intervjuingen pågår. Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og intervjuet varer i omtrent 10-15 minutter.

Hver institusjon vil få utdelt en perm med spørreskjemaer, de gjeldende 24 kortene, samt en del informasjon etc. De ferdig utfylte spørreskjemaene skal oppbevares forsvarlig (i låsbart skap eller liknende) i de ukene intervjuene pågår. Prosjektleder vil levere permen i forkant av gjeldende uker og hente de ferdig gjennomførte spørreskjemaene i etterkant.

### **Håndtering av opplysninger som gis i intervjuene:**

Opplysninger den intervjuede gir under intervjuet vil ikke knyttes til personopplysninger utover spørsmål om kjønn og alder. Opplysningene vil oppbevares i et sikkert datanettverk kun med innsyn fra prosjektleder og de utfylte skjemaene fra intervjuene vil oppbevares i låsbart skap frem til de er lagt inn i datanettverket. Når opplysningene er lagt inn i datanettverket vil papirversjonene makuleres. Opplysningene vil benyttes i en evalueringsrapport til Rusmiddeletaten og i en masteroppgave som prosjektleder Anna-Sabina Soggiu skriver for Høgskolen i Oslo. Evalueringsrapporten leveres til Rusmiddeletaten i desember 2006 og masteroppgaven er beregnet ferdig våren 2007. Når evalueringsrapporten og masteroppgaven er innlevert og publisert vil opplysninger som er lagret fra undersøkelsen slettes. Ved publisering av masteroppgave og evalueringsrapport vil informantene kunne få tilgang til dette gjennom institusjonene Dalsbergstien hus, Marcus Thranes hus, Ila, Kvinnetiltaket Bryn og Thereses hus eller ved å ta kontakt med prosjektleder.

Intervjuerne har taushetsplikt om det som blir snakket om i intervjuet. Intervjueren må skrive under på en egen taushetsplikterklæring før han/hun går i gang med å intervjuer. Opplysninger som gis i intervjuet vil ikke kunne deles med annet personal ved institusjonen hvor intervjuet gjennomføres.

### **Oppsummerende er det viktig å huske på:**

- Hver institusjon hvor intervjuene foretas får en perm med nødvendig informasjon, spørreskjemaene, de utvalgte kortene etc. Denne leverer prosjektleder i forkant av de ukene undersøkelsene skal gjennomføres.
- Intervjueren må lese nøye på de utvalgte J-Kie kortene og kunne svarene.
- Informanten skal få informasjonsskriv når de spørres om å delta i undersøkelsen. Den skriftlige informasjonen kan suppleres med muntlig informasjon fra intervjueren.
- Husk at du har taushetsplikt om opplysninger som kommer frem i intervjuet. Skriv under på taushetsplikterklæringen som ligger i permen.
- Hver informant skal få 2 sigaretter ved gjennomført intervju. Sigaretter vil leveres av prosjektleder sammen med permen til undersøkelsen.
- Spørreskjemaene skal oppbevares i låsbart skap eller liknende frem til undersøkelsen er ferdig gjennomført og prosjektleder kommer og henter de ferdig utfylte spørreskjemaene.
- Prosjektleder tar kontakt hver morgen mellom 08.00 og 09.00 de dagene undersøkelsen gjennomføres. Prosjektleder ønsker informasjon om hvor mange intervjuer som er gjennomført.
- Husk å henge opp plakater som blir levert av prosjektleder med informasjon om undersøkelsen.
- Snakk gjerne om undersøkelsen med brukere i forkant av oppstart. Det hadde jo vært spennende om det ble økt interesse for kortene mens undersøkelsen pågår.

Anna-Sabina Soggiu er kontaktperson for evalueringen og kan kontaktes ved spørsmål i forbindelse med undersøkelsen.

Mailadresse: [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

Tlf nummer: 95463185

Med vennlig hilsen

---

Anna-Sabina Soggiu, prosjektleder

## Vedlegg 4



### Oslo kommune Rusmiddeletaten

## ERKLÆRING OM TAUSHETSPLIKT

Taushetsplikten gjelder for alle medarbeidere ved etaten herunder også medarbeidere som på vegne av etaten gjennomfører intervjuer for prosjekter i regi av etaten.

Taushetsplikten gjelder i henhold til Lov om behandlingsregler i forvaltningen (forvaltningsloven) § 13 a til f, Lov om sosiale tjenester § 8 og i henhold til de til enhver tid gjeldene særlover. For øvrig gjelder for alt helsepersonell, jfr. § 3 i Lov om helsepersonell 1999-07-02 nr. 64, taushetsplikt og opplysningsrett i henhold til samme lovs kap. 5. §§ 21 – 29.

Enhver medarbeider har taushetsplikt med hensyn til hva vedkommende måtte få kjennskap til av sensitive opplysninger om etaten og dens klienter/brukere. Taushetsplikten gjelder ikke bare utad, men også overfor kolleger for hvem forholdet måtte anses uvedkommende.

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid i forbindelse med en forsknings- eller evalueringsoppgave som Rusmiddeletaten har støttet, godkjent eller gitt opplysninger undergitt taushetsplikt til, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til: 1) opplysninger undergitt taushetsplikt som forsker/intervjuer får fra et forvaltningsorgan, 2) opplysninger som i forbindelse med forskningsarbeidet er mottatt fra private under taushetsløfte, og 3) opplysninger som gjelder personer som står i et avhengighetsforhold til den instans (rusinstitusjon, offentlig myndighet m.m.) som har formidlet deres kontakt med forskeren eller intervjueren.

Opplysningene kan bare brukes slik det er nødvendig for forsknings- eller evalueringsarbeidet. Skal resultater av forskningsarbeidet publiseres eller brukes på annen måte, gjelder forvaltningslovens § 13 a nr.1 og 2 tilsvarende. Videre binder en seg til den taushets- og lojalitetsplikt som følger av ansettelsesforholdet, reglene for behandling av fortrolige saker i Oslo kommune og de til enhver tid fastsatte retningslinjer innenfor offentlighetslovens grenser. Det understrekes at taushetsplikten også gjelder etter at en har sluttet i tjeneste. Plikten gjelder både i arbeidet og privat. Brudd på taushetsplikten kan rammes av vanlige disiplinærforføyninger og vil således kunne få konsekvenser for ansettelsesforholdet. Brudd på taushetsplikten vil dessuten kunne medføre straffeansvar, jfr. straffelovens § 121. Den lyder som følger:

”Den som forsettlig eller grovt uaktsomt krenker taushetsplikt som i henhold til lovbestemmelse eller gyldig instruks følger hans tjeneste eller arbeid for statlig eller kommunalt organ, straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder.

Begår han taushetsbrudd i den hensikt å tilvende seg eller andre en uberettiget vinning eller utnytter han i en slik hensikt på annen måte opplysninger som er belagt med taushetsplikt, kan fengsel inntil 3 år anvendes. Denne bestemmelsen rammer også taushetsforhold m.m. etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet.”

**Rusmiddeletaten**  
Org.nr.:973 626 183

Postadresse:

P.b 7104 St.Olavsplass  
0130 OSLO

Telefon: 02 180

Telefaks: 23 42 71 82

Jeg forplikter meg til å bevare taushet i samsvar med gjeldende lovbestemmelser og instruksjoner om det jeg i forbindelse med utføring av arbeid eller tjeneste for etaten får vite om noens personlig forhold. Jeg er kjent med at brudd på taushetsplikten er straffbart etter Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai 1902 (straffeloven § 121).

Oslo, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*intervjuerens navn med trykte bokstaver*

\_\_\_\_\_  
*fødselsnr. (11 siffer)*

\_\_\_\_\_  
*stilling*

\_\_\_\_\_  
*tjenestested*

\_\_\_\_\_  
*intervjuerens underskrift*

## Vedlegg 5

Gjennomført 05.09.05-11.09.05.

### Spørreskjema for førundersøkelse

**A:**

Mann: \_\_\_\_\_

Kvinne: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

**B:**

#### GUL → SMITTERISIKO

1. Kan jeg smitte meg selv med hepatitt C?
2. Beskytter jeg meg bedre ved å bruke 2 kondomer under samleie?
3. Kan jeg vaksinere meg mot hepatitt C?

#### RØD → SPRØYTETEKNIKK

4. Jeg bruker den samme sprøyta flere ganger, kan jeg bli syk av det?
5. Trenger jeg å bytte pumpe hver gang?
6. Sprøyta mi blir rein hvis jeg klorer den, ikke sant?
7. Hvor lange nåler skal man bruke når man setter muskulært i baken hvis man er veldig tynn?
8. Jeg kan ikke alltid få tak i reint vann, så jeg bruker øl, brus eller noe annet å mekke med. Er det farlig?
9. Hvis jeg koker utstyret mitt etter bruk, da blir det helt reint, ikke sant?

#### LILLA → STOFFENE

10. Hvorfor dør noen av Dolcontin?
11. Kan det være farlig å trappe seg ned fra metadon og andre opiater på egen hånd?
12. Hvis jeg skal inn å sone, kan jeg "ta med" meg metadonen min?
13. Går det ann å få overdose på heroin når jeg røyker heroinen?

#### GRØNN → RETTIGHETER

14. Jeg får ikke egen leilighet. Sier ikke loven at alle har rett til bolig?
15. Kan jeg legge meg inn til avrusning uten å si hva jeg heter?
16. Jeg skal inn å sone en dom for ruskriminalitet. Kan jeg sone samtidig som jeg får behandling?
17. Hvor får jeg vite hvem som er fastlegen min?
18. Hva betyr det at jeg legger meg inn i behandling på frivillig tvang?
19. Hvis politiet stopper meg, har jeg rett på betjentens navn?

#### MØRK BLÅGRØNN → KROPPEN

20. Er bakterier normalt?
21. Blir jeg fortere rein hvis jeg trener og svetter ut stoffene?

#### HVIT → LETT BLANDING

22. Hvordan kan jeg bytte fastlege?
23. Hva betyr det at sosialkontoret snakker om norm?
24. Jeg har latex-allergi. Hvilke donger skal jeg da bruke?



*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

**C: Er spørsmålet riktig besvart?**

C	Ja	Nei	Delvis	Ikke besvart	Fasitsvar på undersøkelsen
1.					<b>NEI</b>
2.					<b>NEI</b>
3.					<b>NEI</b>
4.					<b>JA</b>
5.					<b>JA</b>
6.					<b>NEI IKKE ALLTID</b>
7.					<b>30-40mm</b>
8.					<b>JA</b>
9.					<b>NEI</b>
10.					Dolcontin er <b>MORFIN</b> som virker dempende på pustesenteret i hjernen og i høye doser kan det <b>FORÅRSAKE PUSTESTANS</b>
11.					<b>NEI:</b> Det er ikke farlig å trappe seg ned på egenhånd <b>HVIS DU GJØR OPP ET NEDTRAPPINGSSKJEMA</b> og klarer å følge det
12.					<b>JA: DERSOM</b> du er i behandling med metadon eller subutex ved arrestasjon, varetektsfengsling eller soner en ubetinget dom
13.					<b>NEI:</b> Du får <b>VANLIGVIS IKKE</b> overdose ved å røyke heroin, men i svært sjeldne tilfeller ved rent heroin eller når en person ikke er tilvent kan man få overdose ved å røyke
14.					Sosialtjenesten er pålagt å finne <b>MIDLERTIDIG HUSVÆRE IKKE LEILIGHET</b>
15.					<b>NEI</b>
16.					<b>JA:</b> Du kan søke om å sone dommen i behandlingsinstitusjon
17.					<b>FASTLEGE ELLER LOKALT TRYGDEKONTOR</b> (Holder å svare en av delene)
18.					Ved frivillig tvang <b>SAMTYKKER</b> du skriftlig i at Institusjonen <b>KAN HOLDE DEG TILBAKE</b> der i 3 uker mot din egen vilje
19.					Politiet plikter å oppgi tjenestenummer og politilegitimasjon
20.					<b>JA</b>
21.					<b>NEI</b>
22.					<b>RING FASTLEGEKONTORET</b>
23.					Norm er det beløpet politikerne beregner som tilstrekkelig til å dekke de såkalte normale faste utgiftene man har til livsopphold
24.					Man kan få <b>LATEXFRIE KONDOMER PÅ RESEPT</b>

## Vedlegg 6

Gjennomført f.o.m. 06.02.06 t.o.m. 12.02.06

### Spørreskjema for etterundersøkelse 1

**A:**

Mann: \_\_\_\_\_

Kvinne: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

*Intervjueren må vise frem hvert av kortene til informanten.*

*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

#### **B: Har du sett kortet før?**

B	Ja	Nei	Vet ikke
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

## C:

### GUL → SMITTERISIKO

1. Kan jeg smitte meg selv med hepatitt C?
2. Beskytter jeg meg bedre ved å bruke 2 kondomer under samleie?
3. Kan jeg vaksinere meg mot hepatitt C?

### RØD → SPRØYTETEKNIKK

4. Jeg bruker den samme sprøyta flere ganger, kan jeg bli syk av det?
5. Trenger jeg å bytte pumpe hver gang?
6. Sprøyta mi blir rein hvis jeg klorer den, ikke sant?
7. Hvor lange nåler skal man bruke når man setter muskulært i baken hvis man er veldig tynn?
8. Jeg kan ikke alltid få tak i reint vann, så jeg bruker øl, brus eller noe annet å mekke med. Er det farlig?
9. Hvis jeg koker utstyret mitt etter bruk, da blir det helt reint, ikke sant?

### LILLA → STOFFENE

10. Hvorfor dør noen av Dolcontin?
11. Kan det være farlig å trappe seg ned fra metadon og andre opiater på egen hånd?
12. Hvis jeg skal inn å sone, kan jeg "ta med" meg metadonen min?
13. Går det ann å få overdose på heroin når jeg røyker heroinen?

### GRØNN → RETTIGHETER

14. Jeg får ikke egen leilighet. Sier ikke loven at alle har rett til bolig??
15. Kan jeg legge meg inn til avrusning uten å si hva jeg heter?
16. Jeg skal inn å sone en dom for ruskriminalitet. Kan jeg sone samtidig som jeg får behandling?
17. Hvor får jeg vite hvem som er fastlegen min?
18. Hva betyr det at jeg legger meg inn i behandling på frivillig tvang?
19. Hvis politiet stopper meg, har jeg rett til å få betjentens navn?

### MØRK BLÅGRØNN → KROPPEN

20. Er bakterier normalt?
21. Blir jeg fortere rein hvis jeg trener og svetter ut stoffene?

### HVIT → LETT BLANDING

22. Hvordan kan jeg bytte fastlege?
23. Hva betyr det at sosialkontoret snakker om norm?
24. Jeg har latex-allergi. Hvilke donger skal jeg da bruke?

*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

**C: Er spørsmålet riktig besvart?**

C	Ja	Nei	Delvis	Ikke besvart	Fasitsvar på undersøkelsen
1.					<b>NEI</b>
2.					<b>NEI</b>
3.					<b>NEI</b>
4.					<b>JA</b>
5.					<b>JA</b>
6.					<b>NEI IKKE ALLTID</b>
7.					<b>30-40mm</b>
8.					<b>JA</b>
9.					<b>NEI</b>
10.					Dolcontin er <b>MORFIN</b> som virker dempende på pustesenteret i hjernen og i høye doser kan det <b>FORÅRSAKE PUSTESTANS</b>
11.					<b>NEI:</b> Det er ikke farlig å trappe seg ned på egenhånd <b>HVIS DU GJØR OPP ET NEDTRAPPINGSSKJEMA</b> og klarer å følge det
12.					<b>JA: DERSOM</b> du er i behandling med metadon eller subutex ved arrestasjon, varetektsfengsling eller soner en ubetinget dom
13.					<b>NEI:</b> Du får <b>VANLIGVIS IKKE</b> overdose ved å røyke heroin, men i svært sjeldne tilfeller ved rent heroin eller når en person ikke er tilvent kan man få overdose ved å røyke
14.					Sosialtjenesten er pålagt å finne <b>MIDLERTIDIG HUSVÆRE IKKE LEILIGHET</b>
15.					<b>NEI</b>
16.					<b>JA:</b> Du kan søke om å sone dommen i behandlingsinstitusjon
17.					<b>FASTLEGE ELLER LOKALT TRYGDEKONTOR</b> (Holder å svare en av delene)
18.					Ved frivillig tvang <b>SAMTYKKER</b> du skriftlig i at Institusjonen <b>KAN HOLDE DEG TILBAKE</b> der i 3 uker mot din egen vilje
19.					Politiet plikter å oppgi tjenestenummer og politilegitimasjon
20.					<b>JA</b>
21.					<b>NEI</b>
22.					<b>RING FASTLEGEKONTORET</b>
23.					Norm er det beløpet politikerne beregner som tilstrekkelig til å dekke de såkalte normale faste utgiftene man har til livsopphold
24.					Man kan få <b>LATEXFRIE KONDOMER PÅ RESEPT</b>

**D:**

**1. Samler du på kortene?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**2. (Hvis Ja på spm 1)**

**Hva bruker du kortene til?**

a) Ser på bildet: \_\_\_\_\_

b) Leser teksten: \_\_\_\_\_

**3. Kan man lære noe nytt når man leser teksten?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**4. Hva synes du om bildene?**

Skaler på en skala fra 0-4.

**0= svært dårlig, 1= dårlig, 2=middels, 3= bra, og 4= svært bra**

Tall: \_\_\_\_\_

**5. Hva synes du om tekstene på kortene?**

*Benytt samme skala som i spørsmål 4.*

Tall: \_\_\_\_\_

**6. Er kortene en god måte å gi opplysninger på?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**7. Har du deltatt i evalueringen av J-Kie Cards tidligere?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

## Vedlegg 7

Gjennomført f.o.m. 01.05.06 t.o.m. 07.05.06

### Spørreskjema for etterundersøkelse 2

**A:**

Mann: \_\_\_\_\_

Kvinne: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

*Intervjueren må vise frem hvert av kortene til informanten.*

*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

#### **B: Har du sett kortet før?**

<b>B</b>	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>	<b>Vet ikke</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

## C:

### GUL → SMITTERISIKO

1. Kan jeg smitte meg selv med hepatitt C?
2. Beskytter jeg meg bedre ved å bruke 2 kondomer under samleie?
3. Kan jeg vaksinere meg mot hepatitt C?

### RØD → SPRØYTETEKNIKK

4. Jeg bruker den samme sprøyta flere ganger, kan jeg bli syk av det?
5. Trenger jeg å bytte pumpe hver gang?
6. Sprøyta mi blir rein hvis jeg klorer den, ikke sant?
7. Hvor lange nåler skal man bruke når man setter muskulært i baken hvis man er veldig tynn?
8. Jeg kan ikke alltid få tak i reint vann, så jeg bruker øl, brus eller noe annet å mekke med. Er det farlig?
9. Hvis jeg koker utstyret mitt etter bruk, da blir det helt reint, ikke sant?

### LILLA → STOFFENE

10. Hvorfor dør noen av Dolcontin?
11. Kan det være farlig å trappe seg ned fra metadon og andre opiater på egen hånd?
12. Hvis jeg skal inn å sone, kan jeg "ta med" meg metadonen min?
13. Går det ann å få overdose på heroin når jeg røyker heroinen?

### GRØNN → RETTIGHETER

14. Jeg får ikke egen leilighet. Sier ikke loven at alle har rett til bolig??
15. Kan jeg legge meg inn til avrusning uten å si hva jeg heter?
16. Jeg skal inn å sone en dom for ruskriminalitet. Kan jeg sone samtidig som jeg får behandling?
17. Hvor får jeg vite hvem som er fastlegen min?
18. Hva betyr det at jeg legger meg inn i behandling på frivillig tvang?
19. Hvis politiet stopper meg, har jeg rett til å få betjentens navn?

### MØRK BLÅGRØNN → KROPPEN

20. Er bakterier normalt?
21. Blir jeg fortere rein hvis jeg trener og svetter ut stoffene?

### HVIT → LETT BLANDING

22. Hvordan kan jeg bytte fastlege?
23. Hva betyr det at sosialkontoret snakker om norm?
24. Jeg har latex-allergi. Hvilke donger skal jeg da bruke?

*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

**C: Er spørsmålet riktig besvart?**

C	Ja	Nei	Delvis	Ikke besvart	Fasitsvar på undersøkelsen
1.					NEI
2.					NEI
3.					NEI
4.					JA
5.					JA
6.					NEI IKKE ALLTID
7.					30-40mm
8.					JA
9.					NEI
10.					Dolcontin er MORFIN som virker dempende på pustesenteret i hjernen og i høye doser kan det <b>FORÅRSAKE PUSTESTANS</b>
11.					NEI: Det er ikke farlig å trappe seg ned på egenhånd <b>HVIS DU GJØR OPP ET NEDTRAPPINGSSKJEMA</b> og klarer å følge det
12.					JA: <b>DERSOM</b> du er i behandling med metadon eller subutex ved arrestasjon, varetektsfengsling eller soner en ubetinget dom
13.					NEI: Du får <b>VANLIGVIS IKKE</b> overdose ved å røyke heroin, men i svært sjeldne tilfeller ved rent heroin eller når en person ikke er tilvent kan man få overdose ved å røyke
14.					Sosialtjenesten er pålagt å <b>finne MIDLERTIDIG HUSVÆRE IKKE LEILIGHET</b>
15.					NEI
16.					JA: Du kan søke om å sone dommen i behandlingsinstitusjon
17.					<b>FASTLEGE ELLER LOKALT TRYGDEKONTOR</b> (Holder å svare en av delene)
18.					Ved frivillig tvang <b>SAMTYKKER</b> du skriftlig i at Institusjonen <b>KAN HOLDE DEG TILBAKE</b> der i 3 uker mot din egen vilje
19.					Politiet plikter å oppgi tjenestenummer og politilegitimasjon
20.					JA
21.					NEI
22.					<b>RING FASTLEGEKONTORET</b>
23.					Norm er det beløpet politikerne beregner som tilstrekkelig til å dekke de såkalte normale faste utgiftene man har til livsopphold
24.					Man kan få <b>LATEXFRIE KONDOMER PÅ RESEPT</b>



**D:**

**1. Samler du på kortene?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**2. (Hvis Ja på spm 1)**

**Hva bruker du kortene til?**

a) Ser på bildet: \_\_\_\_\_

b) Leser teksten: \_\_\_\_\_

**3. Kan man lære noe nytt når man leser teksten?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**4. Hva synes du om bildene?**

Skaler på en skala fra 0-4.

**0= svært dårlig, 1= dårlig, 2=middels, 3= bra, og 4= svært bra**

Tall: \_\_\_\_\_

**5. Hva synes du om tekstene på kortene?**

*Benytt samme skala som i spørsmål 4.*

Tall: \_\_\_\_\_

**6. Er kortene en god måte å gi opplysninger på?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**7. Har du deltatt i evalueringen av J-Kie Cards tidligere?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**8. (Hvis Ja på spm 7)**

**Hvor mange ganger tidligere har du blitt intervjuet til evalueringen?**

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

## Vedlegg 8

Gjennomført f.o.m. 07.08.06 t.o.m. 13.08.06

### Spørreskjema for etterundersøkelse 3

**A:**

Mann: \_\_\_\_\_

Kvinne: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

*Intervjueren må vise frem hvert av kortene til informanten.*

*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

#### **B: Har du sett kortet før?**

B	Ja	Nei	Vet ikke
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

## C:

### GUL → SMITTERISIKO

1. Kan jeg smitte meg selv med hepatitt C?
2. Beskytter jeg meg bedre ved å bruke 2 kondomer under samleie?
3. Kan jeg vaksinere meg mot hepatitt C?

### RØD → SPRØYTETEKNIKK

4. Jeg bruker den samme sprøyta flere ganger, kan jeg bli syk av det?
5. Trenger jeg å bytte pumpe hver gang?
6. Sprøyta mi blir rein hvis jeg klorer den, ikke sant?
7. Hvor lange nåler skal man bruke når man setter muskulært i baken hvis man er veldig tynn?
8. Jeg kan ikke alltid få tak i reint vann, så jeg bruker øl, brus eller noe annet å mekke med. Er det farlig?
9. Hvis jeg koker utstyret mitt etter bruk, da blir det helt reint, ikke sant?

### LILLA → STOFFENE

10. Hvorfor dør noen av Dolcontin?
11. Kan det være farlig å trappe seg ned fra metadon og andre opiater på egen hånd?
12. Hvis jeg skal inn å sone, kan jeg "ta med" meg metadonen min?
13. Går det an å få overdose på heroin når jeg røyker heroinen?

### GRØNN → RETTIGHETER

14. Jeg får ikke egen leilighet. Sier ikke loven at alle har rett til bolig??
15. Kan jeg legge meg inn til avrusning uten å si hva jeg heter?
16. Jeg skal inn å sone en dom for ruskriminalitet. Kan jeg sone samtidig som jeg får behandling?
17. Hvor får jeg vite hvem som er fastlegen min?
18. Hva betyr det at jeg legger meg inn i behandling på frivillig tvang?
19. Hvis politiet stopper meg, har jeg rett til å få betjentens navn?

### MØRK BLÅGRØNN → KROPPEN

20. Er bakterier normalt?
21. Blir jeg fortere rein hvis jeg trener og svetter ut stoffene?

### HVIT → LETT BLANDING

22. Hvordan kan jeg bytte fastlege?
23. Hva betyr det at sosialkontoret snakker om norm?
24. Jeg har latex-allergi. Hvilke donger skal jeg da bruke?

*I dette skjemaet skal intervjueren krysse av det alternativet som passer.*

**C: Er spørsmålet riktig besvart?**

C	Ja	Nei	Delvis	Ikke besvart	Fasitsvar på undersøkelsen
1.					<b>NEI</b>
2.					<b>NEI</b>
3.					<b>NEI</b>
4.					<b>JA</b>
5.					<b>JA</b>
6.					<b>NEI IKKE ALLTID</b>
7.					<b>30-40mm</b>
8.					<b>JA</b>
9.					<b>NEI</b>
10.					Dolcontin er <b>MORFIN</b> som virker dempende på pustesenteret i hjernen og i høye doser kan det <b>FORÅRSAKE PUSTESTANS</b>
11.					<b>NEI:</b> Det er ikke farlig å trappe seg ned på egenhånd <b>HVIS DU GJØR OPP ET NEDTRAPPINGSSKJEMA</b> og klarer å følge det
12.					<b>JA: DERSOM</b> du er i behandling med metadon eller subutex ved arrestasjon, varetektsfengsling eller soner en ubetinget dom
13.					<b>NEI:</b> Du får <b>VANLIGVIS IKKE</b> overdose ved å røyke heroin, men i svært sjeldne tilfeller ved rent heroin eller når en person ikke er tilvent kan man få overdose ved å røyke
14.					Sosialtjenesten er pålagt å <b>finne MIDLERTIDIG HUSVÆRE IKKE LEILIGHET</b>
15.					<b>NEI</b>
16.					<b>JA:</b> Du kan søke om å sone dommen i behandlingsinstitusjon
17.					<b>FASTLEGE ELLER LOKALT TRYGDEKONTOR</b> (Holder å svare en av delene)
18.					Ved frivillig tvang <b>SAMTYKKER</b> du skriftlig i at Institusjonen <b>KAN HOLDE DEG TILBAKE</b> der i 3 uker mot din egen vilje
19.					Politiet plikter å oppgi tjenestenummer og politilegitimasjon
20.					<b>JA</b>
21.					<b>NEI</b>
22.					<b>RING FASTLEGEKONTORET</b>
23.					Norm er det beløpet politikerne beregner som tilstrekkelig til å dekke de såkalte normale faste utgiftene man har til livsopphold
24.					Man kan få <b>LATEXFRIE KONDOMER PÅ RESEPT</b>

**D:**

**1. Samler du på kortene?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**2. (Hvis Ja på spm 1)**

**Hva bruker du kortene til?**

a) Ser på bildet: \_\_\_\_\_

b) Leser teksten: \_\_\_\_\_

**3. Kan man lære noe nytt når man leser teksten?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**4. Hva synes du om bildene?**

Skaler på en skala fra 0-4.

**0= svært dårlig, 1= dårlig, 2=middels, 3= bra, og 4= svært bra**

Tall: \_\_\_\_\_

**5. Hva synes du om tekstene på kortene?**

*Benytt samme skala som i spørsmål 4.*

Tall: \_\_\_\_\_

**6. Er kortene en god måte å gi opplysninger på?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**7. Har du deltatt i evalueringen av J-Kie Cards tidligere?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nei: \_\_\_\_\_

**8. (Hvis Ja på spm7)**

**Hvor mange ganger tidligere har du blitt intervjuet til evalueringen?**

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

## Vedlegg 9

Fra: [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

Dato: 17/08/2005 13:48

Til: [uwe.ziebarth@rme.oslo.kommune.no](mailto:uwe.ziebarth@rme.oslo.kommune.no)

Emne: J-Kie Cards undersøkelsen meldes til direktøren?

Hei hei!

Fikk beskjed fra Randi Ervik om at du har vært i kontakt med Datatilsynet i forhold til evalueringen jeg skal gjøre av J-Kie Cards og at det var slik at undersøkelsen ikke var meldepliktig da jeg ikke skulle ha identifiserbare personopplysninger.

Fikk beskjed fra Randi om at jeg er nødt til å melde til direktøren at jeg skal gjøre denne undersøkelsen. Vet du hva slags opplysninger som kreves at jeg sender?

Med vennlig hilsen Anna-Sabina Soggiu

Fra: Uwe Ziebarth [[uwe.ziebarth@rme.oslo.kommune.no](mailto:uwe.ziebarth@rme.oslo.kommune.no)]

Dato: 17/08/2005 16:55

Til: [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

Emne: Ad: J-Kie Cards undersøkelsen meldes til direktøren?

Vedlegg: JKieCards evaluering.doc (26kB)

Hei Anna

Se vedlegg.

Med hilsen

Uwe Ziebarth

Sikkerhetskoordinator

Rusmiddeletaten, Oslo Kommune

Postboks 7104 St.Olavs plass, 0130 Oslo kommune Besøksadresse: Pilestredet 27

Telefon 234-27119 eller 97157444

e-post [uwe.ziebarth@rme.oslo.kommune.no](mailto:uwe.ziebarth@rme.oslo.kommune.no)

## Vedlegg 10

**Til: Uwe Ziebarth**

**Fra: Anna-Sabina Soggiu**

Tema: Oppbevaring av opplysninger fra evalueringsundersøkelse av J-Kie Cards

Forsto det slik at Randi Ervik har vært i kontakt med deg når det gjelder oppbevaring av opplysninger som er hentet inn gjennom evalueringsundersøkelsen av J-Kie Cards.

Jeg har i dag min første arbeidsdag som prosjektansvarlig for evaluering av J-Kie Cards og lurte derfor på om du hadde undersøkt om det er greit at opplysninger hentet gjennom denne undersøkelsen lagres i datasystemet til Rusmiddeletaten. Forsto det på Ervik slik at du skulle undersøke dette. Opplysningene som innhentes gjennom undersøkelsen er ikke sensitive opplysninger. De eneste spørsmålene som knytter seg til personene som intervjues er kjønn og alder.

Med vennlig hilsen

Anna-Sabina Soggiu

---

17.8.2005

Til: Anna-Sabina Soggiu

Fra: Uwe Ziebarth

Ref.: Din henvendelse via e-post 17.8.2005

Jeg ser at du skal bruke anonyme opplysninger (kjønn og alder og uttalelser om J-Kie Cards). Anonyme opplysninger er opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson.

Anonyme opplysninger omfattes ikke av personopplysningsloven eller helseregisterloven. Det har som konsekvens at din undersøkelse ikke er underlagt plikten til å sende en melding eller søknad om konsesjon til Datatilsynet.

Lovene inneholder regler for informasjonssikkerhet og personvern.

Nb! Dersom opplysningene teknisk sett fremstår som anonymiserte, men likevel er knyttet til en så liten gruppe eller satt sammen på en slik måte at identiteten fremkommer indirekte eller ved en kasusbeskrivelse i din sluttrapport eller publikasjon, vil personopplysningsloven gjelde og meldingen må sendes. Vennligst send meg spørreskjemaet, så kan vi vurdere dette sammen.

Du burde oppbevare data i en katalog i Rusmiddeletatens datanettverk. Katalogen skal ikke være felles, men ha begrenset tilgang. Selv om opplysningene er anonyme, skal ikke uvedkommende har tilgang.

Du skal ikke oppbevare og lagre opplysninger lengre enn det som er nødvendig for å gjennomføre formålet med din databehandling. Derfor er hovedregelen at opplysningene burde slettes straks prosjektet er avsluttet. Og prosjektet anses avsluttet når de oppgitte analyser er gjennomført og resultatene publisert.

Her noen anbefalinger for kommunikasjonen med dem du skal spørre, J-Kie Card – brukerne altså:

- Innledning med forespørsel om deltakelse.
- Informasjon om prosjektets formål/tittel og prosjekteier.
- Opplysninger om hvem som er kontaktperson for undersøkelsen, og hvordan man kan komme i kontakt med vedkommende.
- Metoden, ev. hva denne innebærer for klienten.
- Hvilke kriterier som gjelder for deltakelsen.
- Om prosjektet kan være til gagn for klienten.
- Informasjon om innsyn, oppbevaring og sletting.
- Eventuelle muligheter for tilbakemelding om eller tilgang til resultater etter at prosjektet er avsluttet.
- Hvis du bruker lydopptak: Når disse vil slettes.
- Info om oppbevaring, lagring, anonymisering og sletting.
- Din taushetsplikt.
- Informasjon om prosjektets varighet.
- Opplysning om at deltakelsen er frivillig og at det ikke får innvirkning på deres forhold til hjelpeapparatet og hjelpere.

Når det gjelder samtykke, husk at det skal være frivillig, uttrykkelig og informert. *Uttrykkelig* betyr at det ikke er noe tvil om at det avgis samtykke. Passivt samtykke er ugyldig. Passivt betyr at vedkommende ikke gjør en aktiv handling for å være med. Det å svare på spørsmål er å betrakte som uttrykkelig og aktiv. *Informert* betyr at vedkommende gis tilstrekkelig informasjon. Se listen over. Informasjon skal imidlertid ikke være så detaljert at det virker forvirrende eller at fokus flyttes fra det som faktisk kan true personvernet. Informasjon bør som regel gis skriftlig. Muntlig informasjon supplerer og erstatter. Skal du spørre mange med norsk som andrespråk, bør informasjonen gis på morsmålet, så langt det lar seg gjøre.

En eventuell melding etter personopplysningsloven eller helseregisterloven må sendes av Lilleba som er den behandlingsansvarlige for etaten etter loven. Praktisk vil det være slik at du – og hvis du ønsker med min støtte – fyller ut et spesielt skjema og at du sender det Lilleba tjenestevei. Skjemaet har jeg, men – som skrevet over – er det vel ikke nødvendig å sende en melding til Datatilsynet for ditt prosjekt. Jeg tar et forbehold fordi et avsluttende svar er avhengig av en gjennomgang av spørreskjemaet.

Det var kanskje et lengre svar enn du forventet. I delen med anbefalinger står det sikkert noe du har kunnskap om fra før. I så tilfelle kan du se bort fra mine råd. Gjerne ring hvis du har spørsmål eller kommentarer. Og send meg spørreskjemaet (se over).

Lykke til med en spennende og viktig undersøkelse!

Uwe Ziebarth  
sikkerhetskoordinator



## Vedlegg 11

Date: Wed, 17 Aug 2005 13:44:55

From: Anna-Sabina Soggiu [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

To: [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)

Subject: Trenger jeg konsesjon eller må jeg melde fra om dette prosjektet

Hei hei!

Sender ved et brev, og vedlegg til brevet med intervju skjema for undersøkelsen.  
Vedlegget som er et brev heter: Spørsmål til NSD.

Jeg kan kontaktes per mail eller på tlf nummer 95463185

Med vennlig hilsen Anna-Sabina Soggiu

Fra: [Synnøve Serigstad \[Synnove.Serigstad@nsd.uib.no\]](mailto:Synnøve.Serigstad@nsd.uib.no)  
Dato: 17/08/2005 14:39  
Til: <[anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)>  
Kopi: "Anne M. Dueland" <[Anne.Dueland@nsd.uib.no](mailto:Anne.Dueland@nsd.uib.no)>  
Emne: Re: Fwd: Trenger jeg konsesjon eller må jeg melde fra om dette prosjektet?

Hei,

Dersom navnelisten ikke på noen som helst måte kan koples til studien, dvs at det kun er en liste med navn uten annen informasjon knyttet til den, trenger du ikke melde prosjektet.

Vennlig hilsen

Synnøve Serigstad  
*Fagkonsulent*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Harald Hårfagers gate 29  
5007 BERGEN

Tlf.: + 55 58 35 42 / 55 58 21 17  
Faks: + 55 58 96 50  
E-post: [synnove.serigstad@nsd.uib.no](mailto:synnove.serigstad@nsd.uib.no)  
Internett: [nsd.uib.no](http://nsd.uib.no)

## Vedlegg 12

Oslo 17.08.05

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste  
Harald Hårfagresgt 29  
5007 Bergen

### **Vedr. Meldeplikt eller søknad om konsesjon?**

Undertegnede har fått i oppdrag fra Kompetansesenteret i Rusmiddeletaten Oslo kommune å evaluere et skadereduksjonsprosjekt. I forbindelse med dette vil undertegnede også skrive en masteroppgave i sosialt arbeid for Høgskolen i Oslo med opplysninger fra denne evalueringen. Undertegnede er usikker på om denne undersøkelsen trenger konsesjon eller om det er meldepliktig.

Undertegnede vil i løpet av 2005 og 2006 undersøke virkningen av såkalte J-Kie Cards som er små opplysningskort som deles ut til rusbrukere i forbindelse med sprøytedistribusjon. Undertegnede har planlagt å intervju 200 rusbrukende personer i aktiv rus. Disse vil bli valgt ut i forhold til at de bor i institusjoner som Rusmiddeletaten driver, samt at de oppgir å være mottakere av J-Kie Cards. Deltaking i undersøkelsen er frivillig.

### **Undertegnede vil i intervjuene spørre om følgende:**

1. Undertegnede har valgt ut 24 J-Kie Cards av i alt 83, som distribueres i forkant og etterkant av intervjuene. På disse kortene står det ett spørsmål og ett svar på hvert. Informantene vil bli bedt om å svare på spørsmålene som kortene gir.
2. Informantene vil bli spurt om å svare på om de har sett kortene før eller ikke.
3. Informantene vil bli spurt om hva de bruker kortene til.
4. Informantene vil bli spurt om hva de synes om bildene og tekstene på kortene.
5. Informantene vil bli spurt om de samler på kortene.
6. Informantene vil bli spurt om de mener at de kan lære noe nytt av teksten på kortene.
7. Informantene vil bli spurt om de synes kortene er en god måte å gi opplysninger på.

Av personopplysninger til informantene ønsker undertegnede kun å spørre om deres alder og det vil også bli registrert hvilket kjønn informanten har.

Da undersøkelsen vil foregå i 4 omganger, ett intervju før kortene distribueres og tre i etterkant av at kortene er distribuert, så ønsker undertegnede at hver av informantene undertegner en separat liste om at de har deltatt i undersøkelsen. Navnene skal ikke knyttes til opplysninger de har gitt i intervjuet, men skal være en liste hvor jeg sjekker om det er flere av informantene som har vært med i flere av undersøkelsene. Undertegnede ønsker å lagre opplysningene elektronisk i datanettverket til Oslo Kommune Rusmiddeletaten.

Undertegnede er usikker på om evalueringsundersøkelsen må ha konsesjon eller om det er meldeplikt for å gjennomføre en slik undersøkelse. Rusmiddeletaten har allerede sjekket opp i forhold til datatilsynet og det er ikke meldepliktig for Rusmiddeletaten å gjøre denne

undersøkelsen. Undertegnede er derfor usikker på om det er meldepliktig da opplysningene også skal brukes til en masteroppgave i sosialt arbeid.  
Sender ved intervjueskjemaene for undersøkelsen. Håper å kunne få et svar på dette.

Med vennlig hilsen

Anna-Sabina Soggiu, prosjektansvarlig (sign)

## Vedlegg 13

Fra: [anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no](mailto:anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no)

Dato: 30/08/2005 12:10

Til: [i.s.nyquist@medisin.uio.no](mailto:i.s.nyquist@medisin.uio.no)

Emne: Vedrørende tillatelse til å gjennomføre evalueringsprosjekt

Kjære Ida Nyquist!

Viser til samtale per telefon 30.08.05.

Jeg har etter samtalen med deg vært i kontakt med min oppdragsgiver i forhold til dette med å innhente navn på en separat liste samt skriftlig samtykke og da besluttet at dette ikke er nødvendig. Det betyr at de eneste personopplysningene som innhentes er kjønn og alder og intet annet!

Kort prosjektbeskrivelse:

J-Kie Cards er små informasjonskort som deles ut til sprøytebrukere sammen med rent injeksjonsutstyr. Informasjonen som gis er delt inn i 8 kategorier; kroppen, sprøyteteknikk, psyken, stoffene, rettigheter, smitterisiko, historie og lett blanding. Kortene består av spørsmål som brukere har stilt til personer i hjelpeapparatet og svar som fagfolk har gitt. Undertegnede har fått i oppdrag fra Kompetansesenteret i Rusmiddeletaten å evaluere virkningen av disse kortene. Er det slik at kunnskapsnivået blant brukergruppen øker i samsvar med distribusjon av kortene.

Undertegnede planlegger å gjennomføre en undersøkelse i fire ledd. Alle fire undersøkelsene består av korte personlige intervjuer med brukere. Spørsmålene i intervjuet er hentet fra J-Kie Cards og brukerne vil bli bedt om å svare på disse. Første undersøkelse vil gjennomføres i forkant av at 83 nye kort distribueres og de 3 neste undersøkelsene vil gjennomføres i etterkant av distribusjon for å se om kunnskapsnivået i brukergruppen påvirkes av distribusjon av kortene. (Se vedlegg med spørreskjemaene til undersøkelsen). Undertegnede ønsker 50 informanter ved hver undersøkelse.

Intervjuene vil bli gjennomført ved Ila hybelhus, Dalsbergstien hus, Marcus Thranes Hus og Thereses Hus. Deltakerne vil få informasjon (se vedlegg med informasjonsskriv) og bli spurt om de ønsker å delta. Undertegnede og personal ved institusjonene brukerne bor ved vil være intervjuere. Hver intervjuer må skrive under på en taushetspliktserklæring hvor det de samtykker i at de ikke kan gi opplysninger de har fått gjennom intervjuet videre. Denne innskrenker også muligheten til å dele informasjon med andre ansatte innad på institusjonen.

Undertegnede har tidligere vært i kontakt med Ragnwald Kalleberg som sendte saken videre til Hilde Nagell. Hun var ikke sikker på om hun kunne svare meg i løpet av denne uken da hun hadde mye å gjøre. Undertegnede gjør derfor et nytt forsøk på å få en rask avklaring.

Undertegnede har vært i kontakt med NSD og Datatilsynet som sier at jeg kan gjennomføre undersøkelsen da jeg ikke ber om personopplysninger. De ga også tillatelse til at jeg innhentet fullt navn så lenge navnet ble knyttet til opplysninger som er gitt i undersøkelsen. Etter samtale med Ida Nyquist har undertegnede gått bort fra ønsket om å innhente skriftlig samtykke samt en separat liste med underskrift da dette er overflødig.

Jeg ønsker en vurdering av hvorvidt jeg må søke om å gjennomføre denne undersøkelsen eller om jeg kan sette i gang. Ønsker å begynne allerede neste uke.

Med vennlig

hilsen Anna-Sabina Soggiu, prosjektleder for evaluering av J-Kie Cards.  
Kan kontaktes per mail eller tfnr 95463185

Fra: [Ida Susanne Nyquist \[i.s.nyquist@medisin.uio.no\]](mailto:Ida.Susanne.Nyquist@medisin.uio.no)  
Dato: 31/08/2005 08:05  
Til: "Anna-Sabina Soggiu" <anna.soggiu@rme.oslo.kommune.no>  
Kopi:  
Emne: Re: Vedrørende tillatelse til å gjennomføre evalueringsprosjekt

Jeg har konferert med komiteens leder, som deler de oppfatninger jeg ga uttrykk for i telefonen. Dvs. at det ikke er nødvendig å legge prosjektet frem for komiteen dersom man ikke har noen navneliste og ikke innhenter skriftlig samtykke. I den skriftlige informasjonen bes det tilføyd en setning om at man når som helst kan trekke seg under intervjuet. Vi går også ut fra at samtalene ikke tas opp på bånd.

Mvh  
Ida Nyquist

Ida Nyquist  
Avdelingsleder/sekretær  
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Øst (REK I)  
Postadresse: Postboks 1130 Blindern  
Besøksadresse: Frederik Holsts hus, Ullevål sykehus

## Vedlegg 14



Oslo kommune  
**Rusmiddeletaten**  
Kompetansesenteret

### **Informasjon til deltakere i undersøkelsen: "Evaluering av virkningen av J-Kie Cards"**

#### **Introduksjon av kortene:**

J-Kie Cards ble utviklet av Center for Narkotika Indsats (CfNI) i København, i samarbeid med Embedslæge institutionen for Københavns og Fredriksbergs kommuner. Det hele startet ved at en sykepleier og en gatejurist i København begynte å notere ned spørsmål de fikk fra stoffbrukere når de arbeidet på gata. Spørsmålene er delt inn i åtte kategorier: kroppen, smitterisiko, stoffene, sprøyteteknikk, rettigheter, psyken, historie og "lett blanding". Gjennom et samarbeid mellom Kompetansesenteret i Rusmiddeletaten og CfNI ble J-Kie Cards også tilgjengelige i Oslo. De første kortene som ble delt ut i Oslo var oversatt fra dansk, mens de siste kortene i sin helhet er produsert i Oslo. Kortene blir i Oslo, som i København, delt ut sammen med brukerstyr og ved innlevering av brukt utstyr.

#### **Formål med undersøkelsen:**

Rusmiddeletaten har bestemt at ordningen med J-Kie Cards skal evalueres før man eventuelt går i gang med å produsere nye kort. Formålet med evalueringen er å finne ut J-Kie Cards påvirker kunnskapsnivået blant mottakere av kortene. Videre er det ønskelig å få tilbakemelding fra mottakere av J-Kie Cards om hva de synes om kortene, denne spesielle måten å gi informasjon på og om de selv bruker kortene. I den forbindelse kan mottakere av J-Kie Cards delta i undersøkelsen: **"Evaluering av virkningen av J-Kie Cards."**

Kompetansesenteret er ansvarlig for evalueringen. Undersøkelsen vil bli utført av Anna-Sabina Soggiu. Hun er til daglig fagkonsulent ved Thereses Hus og masterstudent ved Høgskolen i Oslo. Evalueringen vil gjennomføres i et nært samarbeid med Seksjon skadereduksjon generelt og spesielt med Marcus Thranes hus, Ila, Dalsbergstien hus, Kvinnetiltaket Bryn og Thereses hus. Undersøkelsen vil gjennomføres høsten 2005 og våren/sommeren 2006.

#### **Gjennomføring av undersøkelsen:**

Undersøkelsen består av korte personlige intervjuer med mottakere av J-Kie Cards. Intervjuundersøkelsene vil gjennomføres i 4 omganger med noen måneders mellomrom. Brukere trenger kun å intervjues 1 gang. At brukeren har mottatt J-Kie Cards samt at han/hun er over 18 år, er et krav for å delta i undersøkelsen. Spørsmålene som stilles i undersøkelsen er hentet fra J-Kie Cards og brukeren vil bli spurt om å svare på spørsmålene. Intervjuerne er ansatte fra Dalsbergstien hus, Marcus Thranes hus, Ila, Kvinnetiltaket Bryn og Thereses hus, samt en innleid intervjuer som heter Maja Flaato og prosjektleder Anna-Sabina Soggiu.

---

**Kompetansesenteret**  
Postadresse:

Telefon: 02180  
P.b. 7104 St.. Olavs Plass  
0130 Oslo

Org.nr.: 976820061  
Telefax: 23 42 71 82

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og intervjuet varer i omtrent 10-15 minutter. Deltakeren har anledning til å trekke seg etter eget ønske når som helst under intervjuet.

Opplysninger brukeren gir under intervjuet vil ikke knyttes til personopplysninger utover spørsmål om kjønn og alder. Opplysningene vil oppbevares sikkert i tråd med Datatilsynets bestemmelser med innsyn fra prosjektleder.

Opplysningene vil benyttes i en evalueringsrapport til Rusmiddeletaten og i en masteroppgave som prosjektleder Anna-Sabina Soggiu skriver for Høgskolen i Oslo. Evalueringsrapporten leveres til Rusmiddeletaten desember 2006 og masteroppgaven er beregnet ferdig våren 2007. Når evalueringsrapporten og masteroppgaven er innlevert og publisert vil opplysninger som er lagret fra undersøkelsene slettes. Ved publisering av masteroppgaven og evalueringsrapporten vil deltakerne i undersøkelsen kunne få tilgang til disse gjennom institusjonene Dalsbergstien hus, Marcus Thranes hus, Ila, Kvinnetiltaket Bryn og Thereses hus eller ved å ta kontakt med prosjektleder.

Intervjuerne har taushetsplikt om det som blir snakket om i intervjuet. Opplysninger som gis i intervjuet vil ikke kunne deles med personal ved institusjonen hvor intervjuet gjennomføres.

Anna-Sabina Soggiu er kontaktperson for evalueringen og kan kontaktes på tlf.nr. **23 22 89 85** ved spørsmål i forbindelse med undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

---

Anna-Sabina Soggiu, prosjektleder for "Evaluering av J-Kie cards."