

Den daglige dose.
**Utprøving av dagbokføring som metode for kartlegging
av kulturøkonomisk tilknytning og misbruksutvikling**

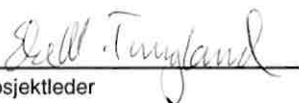
RF-2000/105

Vår referanse: ArkivKode/Pr.Nr	Forfatter(e): Irene Dahle, Kolbjørn Brønnick, Else M. Tunglund	Versjonsnr. / dato: Vers. 1 / dd. mm åå
Ant. sider: 30	Faglig kvalitetssikrer Sverre M. Nesvåg	Gradering: Åpen
ISBN: 82-490-0041-2	Oppdragsgiver(e): Norges Forskningsråd	Åpen fra (dato): dd. mm åå
Forskningsprogram: xx	Prosjekttittel: Kulturøkonomisk tilknytning og misbruksutvikling	

Hovedmålet med dette forprosjektet var å utprøve og validere dagbokføring som metode for å kartlegge og analysere utvikling i legemiddel- og rusmiddelbruk hos forskjellige brukergrupper.

Hensikten var mellom annet å se om det er mulig å få informanter til å føre dagbøker over sitt forbruk av legemidler, og andre rusmidler, og utfra dette påpeke sammenhenger mellom mønster i rusmiddelinntak og tilhørighet i sosiale nettverk.

RF - Rogalandforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001


Prosjektleder

Navn


for/RF - Rogalandforskning

Navn

1	INNLEDNING OG MÅLSETNINGER.....	4
2	METODISKE FREMGANGSMÅTER	5
2.1	Utforming av dagbokskjema.....	5
2.2	Definisjon av kriteria for informantutvalgelse.....	6
2.3	Rekruttering av dagbokførere	6
2.3.1	Primærlegers, PUT og Basissenterets rolle i opprinnelig plan	6
2.3.2	Alternative rekrutteringsmetoder	7
2.4	Prosedyrer etter at informanten har tatt kontakt.....	8
2.5	Motivasjon og oppfølging.....	9
2.5.1	Premiering.....	9
2.5.2	Intervju og uformelle samtaler.....	9
2.6	Etiske problemstillinger	10
2.6.1	Skille mellom forsker og terapeut.....	10
2.6.2	Faren for å blir informantens ‘allierte’ mot helsevesenet	10
2.6.3	Behandling av informasjon i forhold til helsevesenet.....	10
2.6.4	Ansvar for effekter av dagbokføring på informantenes helse	10
3	ERFARINGER MED DAGBOKFØRING SOM METODE.....	11
3.1	Informantene	11
3.1.1	Bruksmønster.....	12
3.1.2	Årsaker til frafall.....	15
3.2	Behov for en differensiert rekrutterings- og oppfølgingsstrategi.....	16
4	ANALYSER AV DAGBOKINFORMASJON.....	17
4.1	Kvantitative analyser av dagbøkene.....	17
4.1.1	Dagbokskjemaets måleegenskaper.....	18
4.2	Kvalitative analyser.....	20
4.2.1	Kulturell diskurs og narrativ sannhet.....	20
5	RESULTATER OG KONKLUSJONER	21
5.1	Sammenhenger mellom rusmiddelbruk og hendelser	22
5.2	”Sosial og kulturell avhengighet”	23
5.3	Kulturell definisjon av ‘bruk’ og ‘misbruk’	25
5.4	Oppsummering hovedkonklusjoner	27
6	REFERANSER, NOTER OG VEDLEGG.	29

1 Innledning og målsetninger

Hovedmålet med dette prosjektet var å utprøve og validere dagbokføring som metode for å kartlegge og analysere utvikling i legemiddel- og rusmiddelbruk hos forskjellige brukergrupper. Hensikten var mellom annet å se om det er mulig å få informanter til å føre dagbøker over sitt forbruk av legemidler, og andre rusmidler, og utfra dette påpeke sammenhenger mellom mønster i rusmiddelinntak og tilhørighet i sosiale nettverk.

Tidligere studier har vist at brukere av illegale rusmidler også har en *kulturøkonomisk avhengighet* til rusmidler og stoffmiljø, der det å bryte ut av miljøet, oppgi bekjentskaper, inntektskilder og status, kan være vel så vanskelig som det å bli kvitt selve ”stofftrangen.”ⁱ Vårt utgangspunkt var en antakelse om at behandling ofte mislykkes fordi det ikke tas nok hensyn til klienters kulturøkonomiske bindinger til stoff og rusmiljø.

Målet var å rekruttere ca 100 dagbokførere gjennom 10 primærleger i Sandnes kommune, der prosjektet: 'Legemidler på avveier' allerede hadde lagt grunnlag for et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid mellom bl.a. primærleger, PUT, Basisenter og sosialtjenesten.

I denne rapporten beskrives først de metodiske fremgangsmåtene vi har benyttet i dette prosjektet, hva som lyktes og hva som ikke fungerte så bra. Deretter følger en vurdering av dagbokskjema som metode og hvilke analyser informasjon innhentet på denne måten egner seg for. Utfra data dagbokførerne i forprosjektet frembrakte, drøftes til slutt noen av de problemstillinger prosjektet søkte svar på.

Kort oppsummert var målet med forprosjektet å vurdere om dagbokføring er en egnet metode for å:

1. påvise hvordan klienters forbruk av legemidler og rusmidler, samt sosial og økonomisk situasjon, endrer seg over tid i takt med eventuelle intervensjoner fra hjelpeapparatets side.
2. analysere utvikling i legemiddel- og rusmiddelbruk hos forskjellige brukergrupper og få data på integrasjonen mellom personer i ”rusmiljø” og eventuelle selgere av legemidler som ikke tilhører dette miljøet.
3. belyse sammenhenger mellom legemiddel- og rusmiddelbruk og bestemte hendelser i dagbokførernes liv
4. få en bedre forståelse av hvordan eventuell ”sosial og kulturell avhengighet” arter seg for ulike brukergrupper.

2 Metodiske fremgangsmåter

I forprosjektet ønsket vi å komme i kontakt med flere kategorier av legemiddel- og rusmiddelbrukere. Hensikten var å utprøve dagbokføring som metode i forhold til ulike grupper, og se om dette var en egnet metode for å få informasjon om utvikling og bruk av legemidler og rusmidler over en lengre tidsperiode (2-4 år).

2.1 Utforming av dagbokskjema

Dagbokskjema ble utformet for å belyse problemstillingene som er beskrevet over. Utfordringen var å finne frem til et skjema som fungerte i praksis både når det gjaldt formulering på tema/spørsmål og grafisk design. Utforming av spørsmålene måtte være så presis at risikoen for misforståelser ble minst mulig.

Det var også viktig at det var plass nok for notater. Vi testet ut skjemaet på noen kollegaer før vi tok det i bruk. Det ble også foretatt mindre justeringer underveis på oppfordring fra informantene. Resultatet ble etterhvert som vist under.

DAG:

1. Legemiddelbruk	2. Evt. rusmiddelbruk	3. Ved ny tilførsel av legemidler (evt. rusmidler). Noter type og mengde	4. Hva har du gjort i dag? marker omtrentlig tidsperiode (se veiledning)							5. Dagsform
Noter type, mengde og ca. kl.slett	Noter type, mengde og ca. kl.slett		Ca. kl.	Legemidd bruk	Ann et behandling	Lønnet arbeid	med venner	Sovn	Ann et	
		Lege/ apotek:	07:00							
			09:00							
			11:00							
		Fått/ byttet:	13:00							
			15:00							
			17:00							
			19:00							
			21:00							
		Kjøpt av andre:	23:00							
			03:00							
			05:00							
			06:00							

Dagbokskjema (A-4 format ble benyttet overfor informanter)

Informasjon om informantens deltagelse i svart kulturøkonomi var ment å skulle avledes av informantens markeringer mht hvor han/hun har fått tak i legemidler eller rusmidler og om han eller hun har solgt eller gitt legemidler videre til andre.

Sosialt nettverk ble den største utfordringen i forhold til skjemaet. En mulig problemstilling i denne sammenheng var overfor personer som i utgangspunktet følte seg ensomme. Om informantene daglig skulle notere ned hvem de var sammen med kunne vi risikere at 'ensomheten' ble enda mer synlig, noe som kanskje kunne være problematisk for noen. Vi valgte derfor å ha 'samvær med venner' som et av flere

gjøremål som informanten streket av for, ved siden av andre gjøremål som f.eks. at de har gått tur, vært på kino etc.

Informanten ble også bedt om å indikere tidspunkt for bestemte aktiviteter, slik at det var mulig å finne ut om rusmiddel/legemiddelbruk tas i de samme tidspunkt hver dag. På denne måten kunne vi få informasjon om informantens sosiale nettverk var preget av rusmiddel og legemiddelbruk, om informanten brukte legemiddel for å håndtere sosiale relasjoner etc.

2.2 Definisjon av kriteria for informantutvelgelse

Kriteriet for deltagelse i prosjektet var at personen hadde brukt B-preparater over en lengre tidsperiode (mer enn 4 mnd) og/eller at personen hadde et stort forbruk av rusmidler.

Begrepet 'rusmidler' referer her til alkohol, cannabis eller sterkere narkotiske stoffer som heroin, amfetamin etc. Med begrepet 'legemidler' siktes det i denne rapporten til B-preparater¹. Vi vil imidlertid som oftest spesifisere ulike typer av B-preparater. I noen tilfeller er legemidler som ikke kommer inn under denne kategorien tatt med der disse blir brukt sammen med B-preparater, som supplement. Skillet referer til ulike typer av 'substance' og ikke til ulikhet i stoffenes effekter og hensikter.

Vi begrenset ikke målgruppen til definerte 'misbrukere'. Personer som hadde et jevnt inntak av B-preparater, som de fikk gjennom lege, ble også inkludert i prosjektet.

2.3 Rekruttering av dagbokførere

I opprinnelig plan var det meningen å rekruttere mellom 50-100 informanter gjennom primærleger, Psykiatrisk Ungdoms Team (PUT) i Sandnes og Basissenteret i Sandnes. Rekruttering av dagbokførere ble imidlertid en stor utfordring og fremgangsmåtene måtte endres seg underveis. Vi vil her gå litt inn prosessen slik den forløp.

2.3.1 Primærlegers, PUT og Basissenterets rolle i opprinnelig plan

Gjennom prosjektet 'Legemidler på avveier' var RF- Rogalandforskning allerede i dialog med primærlegene i Sandnes og Gjesdal. Rogalandforskning utarbeidet en framgangsmåte, der hjelpeapparatet skulle:

1. Informere om prosjektet gjennom å dele ut en informasjonsbrosjyre.
2. Motta pasientens underskrift på en samtykkeerklæring og returnere denne til RF-Rogalandforskning. RF-Rogalandforskning skulle deretter ta kontakt med pasienten, gi mer utfyllende informasjon, å dele ut dagbokskjema.

¹ Reseptpliktig medisin som har risiko for vanedanning.

I utgangspunktet vurderte vi mulighetene for assistanse fra hjelpeapparatets side i motivasjonsarbeidet mot informantene, under hele prosjektperioden. Et forslag gikk på å la informanter levere inn dagbokskjema ved f.eks. legekantor eller andre steder som de besøkte regelmessig. Dette forslaget ble imidlertid forkastet både av praktiske grunner, og fordi det hos informantene lett kunne bli en uheldig sammenblanding av hva som var forskning og hva som var behandling.

Det ble arrangert et møte mellom Rogalandforskning, PUT og Basissenteret i Sandnes der fremgangsmåtene ble gjennomgått. Utover dette tok vi kontakt med primærlegene, både gjennom møte i Sandnes og Gjesdal legeförening og p.r. telefon. I utgangspunktet var interessen fra primærlegene, PUT og Basissenteret god. Primærlegene og alle instansene i hjelpeapparatet fikk utlevert en pakke som inneholdt:

- a) generell informasjon om prosjektetⁱⁱ
- b) informasjonsbrev som de kunne dele ut til aktuelle dagbokførereⁱⁱⁱ
- c) samtykkeerklæringer^{iv} samt noen dagbokskjema som kunne leveres direkte til mulige informanter dersom de ønsket det.

Resultatet av denne fremgangsmåten ble svært magert. Tre informanter ble rekruttert gjennom PUT og Basissenteret og én gjennom legene. Av de tre informantene som ble rekruttert gjennom PUT og Basissenteret begynte kun én å føre dagbok. Han førte dagbok i tre uker. Informanten som ble rekruttert gjennom sin primærlege fullførte dagbokføringen, gjennom hele prosjektperioden. Mulige årsaker til frafallet, vil bli beskrevet senere.

I samtale med legene kom det fram at flere hadde spurt aktuelle pasienter om de ville føre dagbok, men at pasientene ikke ønsket dette. Disse avslagene demotiverte trolig legene fra å spørre flere. I tillegg trakk flere av legene fram at de var svært presset i forhold til tid, og at det derfor var vanskelig å informere aktuelle pasienter om prosjektet.

2.3.2 Alternative rekrutteringsmetoder

På grunn av det lave antallet dagbokførere som ble rekruttert gjennom primærlegene, PUT og Basissenteret ble vi nødt til å utprøve alternative rekrutteringsmetoder. Fremgangsmåtene ble godkjent av: hhv. Datatilsynet, Justisdepartementet og fengselsdirektoratet (se vedlegg).

Følgende rekrutteringsmåter ble utprøvd:

1. Annonse i avisen. Vi satte inn annonse i avisen der RF-Rogalandforskning opplyste om behov for informanter til prosjekt vedrørende legemiddelbruk. Vi henvendte oss her til en bred målgruppe og spesifiserte *ikke* hvilke typer av legemidler vi var ute etter. Det viste seg imidlertid at flertallet av de som tok kontakt hadde brukt B-preparater over lengre tid og var således aktuelle prosjektdeltagere. Denne fremgangsmåten viste seg å gi god respons. Vi fikk en rekke henvendelser etter dette. Etter at potensielle informanter hadde tatt kontakt med RF over telefon, sendte vi skriftlig informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring som vi bad informanten returnere til oss. Vi tok

deretter kontakt for å avtale et møte der vi forklarte fremgangsmåte ved dagbokføring.

2. Informasjon til distribusjon på legekontor, eldrecenter, hjemmehjelp. Vi sendte ut informasjon om prosjektet til leger både i Stavanger, Sandnes og Gjesdal, til hjemmehjelpen i Stavanger og til et eldrecenter. Informasjonen henvendte seg til brukere av B-preparater og antidepressiva og ga en kort beskrivelse av mål i prosjektet. De som var interessert i å delta i prosjekt ble bedt om å ta kontakt med Rogalandsforskning for mer utfyllende informasjon. Det ble ikke opplyst om at dagbokføring inngikk som metode. Det ble derfor gitt utfyllende informasjon om dette når potensielle prosjektdeltagere tok kontakt. Bruk av denne brosjyren var mindre arbeidskrevende for primærlegene og mange la den ut på venteværelse. Noen delte den ut også til pasienter som fikk resept på B-preparater. Dette var også en rekrutteringsmetode som ga god respons.

3. Deltagelse på møte i Foreningen for kroniske smertepasienter. Som en del av rekrutteringsarbeidet holdt RF-Rogalandsforskning et innlegg om prosjektet i Foreningen for kroniske smertepasienter. Vi fikk her god respons og fire deltagere tok senere kontakt og ønsket å delta i prosjektet. Vi delte også her ut informasjon til alle deltagerne.

4. Fengsel. For å få flere rusmiddelbrukere med i prosjektet forsøkte vi å rekruttere innsatte i fengsel. På forhånd måtte vi søke fengselsdirektør og Justisdepartementet om tillatelse. Dette tok så lang tid at denne fremgangsmåten ikke ble ferdig utprøvd i forprosjektet, men vi fikk i utarbeidet en prosedyre som ble godkjent av alle instanser. Måten vi tenkte oss å gjøre dette på er som følger:

Informanter som rekrutteres når de er i fengsel skal være anonyme. Fengselspresten skulle derfor fungere som 'mellommann' mellom forskere og innsatte. Det var bare hun som skulle vite hvem som deltok i prosjektet. Ved løslatelse ville informantene få tilbud om å treffe forskerne for intervju og orientering om eventuell videre prosjektdeltakelse, på lik linje med andre informanter.

Vi utarbeidet et registreringsskjema som aktuelle informanter skulle fylle ut og returnere til forskerne via fengselspresten. Skjemaet inneholdt opplysninger om eventuelle endringer i legemiddel- og rusmiddelbruk før og under fengselsoppholdet. Deretter skulle informanten daglig fylle ut dagbokskjema og levere det til presten i lukket konvolutt.

I løpet av prosjektperioden var det bare en innsatt som sa seg villig til å prøve dette, men vedkommende trakk seg før han begynte. Årsaken til dette var at vedkommende var redd for at skjemaene skulle bli oppdaget av fangevokterne og han skulle bli stilt til ansvar for det som sto der. Presten foreslo å løse dette ved at informantene fylte ut skjemaet på hennes kontor isteden for å oppbevare det i cella. Ved eventuell oppfølging vil denne fremgangsmåten kunne utprøves nærmere.

2.4 Prosedyrer etter at informanten har tatt kontakt

Det ble slik at majoriteten av informantene vi klarte å rekruttere i dette prosjektet tok

direkte kontakt med Rogalandforskning, enten etter å ha lest en brosjyre, eller etter de hadde hørt om prosjektet på informasjonsmøte i 'Foreningen for kroniske smertepasienter.'

De som tok kontakt fikk tilsendt skriftlig informasjon om prosjektet, samtykkeerklæring, veiledning og dagbokskjema for et par uker. Etter at informanten hadde returnert samtykkeerklæringen ble vedkommende kontaktet og det ble avtalt tid for et møte. Noen dagbokførere fikk informasjon over telefon og fikk tilsendt skjema (sammen med samtykkeerklæring og veiledning). Disse informantene begynte å føre dagbok på egen hånd i noen uker. Vi tok deretter kontakt og møttes for et intervju.

Vi gjorde oss noen erfaringer om hvilken fremgangsmåte som fungerte best i fortsettelsen.

For det første ble det kun sendt ut dagbokskjema for ca 1 mnd om gangen. Å få en større 'bunke' skjema i fanget kunne virke avskrekkende på noen. Dette var en konklusjon vi trakk tidlig i prosessen etter at noen dagbokførere syntes at 'jobben virket for stor.'

For det andre valgte vi å foreta intervjuet etter at informanten hadde ført dagbok i en periode. Enkelte var skeptiske i utgangspunktet men ble mer motiverte da de hadde ført dagbok en stund. Intervjuet kan derfor med fordel tas etter at informanten har kommet inn i dagbokføringen.

2.5 Motivasjon og oppfølging

2.5.1 Premiering

Det antall dagbokførere vi i utgangspunktet hadde som ambisjon å rekruttere umuliggjorde en svært tett oppfølging av alle informantene. Vi valgte derfor å motivere dem gjennom *premiering*. For hver uke de leverte inn skjema fikk de tilsendt ett skrapelodd. De informantene som førte dagbok over et halvt år ble med i trekningen av en reise.

Etiske sider ved en slik premiering ble diskutert med Aamund Aakerholt ved PUT i Sandnes. Vi kom fram til at det var ryddigere å gi informantene noe konkret igjen for dagbokføringen, da det uansett kan ligge forventninger hos dagbokførere om å 'få noe tilbake.' Det å få tilbakemelding om sammenhenger i eget legemiddelbruk kunne være en slik forventning – en forventning vi ikke kunne innfri da det å opplyse om slike sammenhenger måtte blitt gjort innenfor en terapeutisk ramme. Ved premiere i form av flaxlodd kommuniseres det tydeligere at informantene gjør en innsats *for oss*. Informanter rekruttert gjennom fengselet skulle ikke premieres da vi ikke fikk godkjent denne ordningen her.

2.5.2 Intervju og uformelle samtaler

Utover dette hadde vi jevnlig møter med noen av dagbokførerne, der vi spurte om hvordan det gikk og snakket litt omkring den informasjonen vi hadde fått så langt. Disse møtene viste seg å være helt nødvendige for å motivere enkelte til videre innsats og ga

også verdifull informasjon. Disse møtene, sammen med mer formelle intervju, ble et viktig supplement til dagbokføringen. Intervjuene var fokusert på her og nå situasjonen, og på sammenhenger mellom de variablene vi hadde skissert opp på forhånd. Vi ba også informantene om å fortelle om sin 'legemiddelkarriere' og yrkeskarriere. I intervjuene valgte vi ellers i så stor grad som mulig å la informantene selv forme sin fortelling.

2.6 Etiske problemstillinger

2.6.1 Skille mellom forsker og terapeut

I noen situasjoner ble skillet mellom forsker og terapeut noe komplisert. Flere av informantene fikk brosjyren om prosjektet hos legen sin. Dette førte til at forskerne i noen tilfeller ble sett på som en 'forlengelse' av helsevesenet. Vi ble spurt til råd om behandlingsmetoder, etc. Informantene ble da henvist videre til egen lege/terapeut.

Vi var også vært forsiktige med tilbakemeldinger til informanten om mønstre i deres legemiddelbruk og sosiale situasjon. Dette mener vi måtte blitt gjort innenfor en terapeutisk ramme.

2.6.2 Faren for å blir informantens 'allierte' mot helsevesenet

Flere av informantene gav uttrykk for at de var skuffet over den behandling de hadde fått av helsevesenet. Noen følte seg mistenkeliggjort, de hadde opplevd å ikke bli trodd når de beskrev sine smerter etc. Noen mente også at de var blitt feilbehandlet.

Vi forsøkte å holde oss nøytrale i forhold til slike spørsmål, og bad informanten heller å ta opp alternative behandlingsstrategier med sin lege. Vi kunne ikke ta stilling til leger og terapeuters vurderinger og prioriteringer og ønsket heller ikke å gi uttrykk for at vi sto på informantens side *mot* helsevesenet.

2.6.3 Behandling av informasjon i forhold til helsevesenet

I opprinnelig plan var det noe uklart hvilken rolle helsevesenet skulle spille, men vi hadde som tidligere nevnt forventet ett bidrag i rekrutterings- og motivasjonsarbeidet.

Slik prosjektet utviklet seg ble helsevesenet sin deltagelse i prosjektet svært begrenset. De fikk ikke noen rolle utover det å legge ut brosjyrer på legekantorene etc. Å håndtere informasjonsflyt mellom forskere og leger ble dermed ikke noe aktuelt problem, slik vi hadde trodd på forhånd. Leger og terapeuter fikk ikke informasjon om hvem som deltok i prosjektet, ettersom det var pasientene som på eget initiativ tok kontakt med forskerne. Vår erfaring er at en slik klar avgrensningen i forhold til hjelpeapparatet er nødvendig for å få data. Flere av dagbokførerne skrev opplysninger i dagbokskjemaet som de klart uttaler *ikke* ønsket at legen skulle vite.

2.6.4 Ansvar for effekter av dagbokføring på informantenes helse

En annen etisk problemstilling som reises er hvem som har ansvaret hvis det å føre dagbok har negative konsekvenser for pasientens helse. Pasienten kan bli berørt

gjennom at han eller hun daglig blir 'minnet' om eget legemiddel og rusmiddelbruk. En fare er at pasienter som en følge av dette unnlater å ta anbefalt medisin. Dagbokføring kan også føre til at informanter som egentlig har behov for å tenke på noe *annet* enn sykdom, gjennom dagbokføringen riktig får anledning til å 'grave seg ned i' sine egne problemer. Dette er heller ingen ønsket effekt.

På den annen side så kan dagbokføring også ha en rekke positive effekter på helse. Informanten kan se sitt legemiddel- og rusmiddelforbruk, valgmuligheter og livssituasjon i et nytt lys. Dette kan igjen lede til positive endringsprosesser.

3 Erfaringer med dagbokføring som metode

Vi vil i dette kapittelet gå nærmere inn på konkrete erfaringer med dagbokføring som metode. Følgende spørsmål vil danne utgangspunkt for diskusjonen.

- 1) Hvem har vi ikke lyktes med å nå? Hva er årsakene til frafall? Finnes det kjennetegn ved den gruppen/gruppene av informanter som ikke ønsket å begynne å føre dagbok eller kun førte i noen uker?
- 2) Hvilke problemstillinger kan belyses gjennom dagboksnotatene til de grupper av informanter vi har klart å rekruttere?

3.1 Informantene

Totalt kom vi i kontakt med ca 30 potensielle informanter. I tillegg fikk vi en del henvendelser fra personer som hadde sett annonsen i avisen, men som ikke var i målgruppen for prosjektet.

Av de 30 aktuelle sa 19 personer seg villige til å føre dagbok, etter å ha fått mer informasjon. 5 av disse sluttet å føre dagbok før det var gått 1 uke, eller de begynte aldri å føre. 5 førte dagbok fra 1 uke til 4 måneder, mens 9 personer holdt ut i mer enn 4 måneder.

Tabell 1: Informantoversikt

Antall personer som ikke ville føre dagbok når de fikk mer informasjon	11
Antall personer som førte dagbok i mindre enn 1 uke	5
Antall personer som førte dagbok fra 1 uke til 4 mnd	5
Antall personer som har ført dagbok fra 4 - 6 mnd	9
Sum: Aktuelle informanter	30

Det framkommer av tallene at rekruttering og motivasjonsarbeid var en stor utfordring i prosjektet. Som vi ser var det forholdsvis få som ønsket å føre dagbok. 5 av de som ikke ville føre dagbok ble det foretatt intervju av der de fortalte om tidligere eller nåværende legemiddelbruk. Vi kunne også ha intervjuet flere om vi hadde hatt tid og ressurser til det. Dette viser at det er ikke selve temaet som var barrieren, men at dagbokføringen i seg selv var problematisk for noen.

Av de 30 aktuelle informantene ble det til sammen foretatt dybdeintervjuer med halvparten. Noen av informantene snakket vi også med flere ganger. De 14 informantene som førte dagbok fra 1 uke til 6 mnd uker fordeler seg slik i forhold til antall møter:

Tabell 2: Antall møter med dagbokførere

Antall møter	1	2	3	4
Antall personer	7	4	1	2

Av tabellen nedenfor ser vi at det var en jevn fordeling mellom menn og kvinner. Det er altså ingen ting som tyder på at dagbokføring som metode skulle være mer egnet for det ene eller det andre kjønn.

Tabell 3: Dagbokførere fordelt på kjønn

	Menn	Kvinner
Under 4 mnd	5	5
Mer enn 4 måneder	5	4
Sum dagbokførere	10	9

Gjennomsnittsalderen på de som ønsket å føre dagbok var ca. 45 år. Den eldste informanten var 71 år og den yngste var 20.

3.1.1 Bruksmønster.

Våre rekrutteringsmetoder ble etter hvert basert på at informanter selv kontaktet oss etter å ha fått informasjon gjennom lege, vært på informasjonsmøte i 'Foreningen for kroniske smertepasienter' eller som hadde lest annonse i avisen. Dette var i stor grad informanter som var trygge på at eget forbruk var 'normalt', eller som var i tvil om de var feilbehandlet eller brukte for mye legemidler.

De kvalitative intervjuene viste at de førte dagbok stort sett var trygge på at forbruket av legemidler befant seg innenfor det 'normale' og aksepterte. De så på seg selv som legemiddelbrukere – ikke misbrukere.

Noen fikk alle sine medikamenter foreskrevet av sin primærlege, og de syntes å se på legen som en 'garantist' for at bruken var 'riktig.' Ola kan brukes som eksempel:

Han fikk en yrkesskade for noen år siden og har sliter med store smerter i rygg og nakke. "Hver dag er en utfordring". Til tider blir smertene så utholdelige at Ola har vurdert å gjøre slutt på alt. For Ola er pillene en nødvendighet for å overleve.

Noen var imidlertid i tvil om de fikk riktig medisineringsen eller de ønsket å slutte/trappe ned fordi de ikke følte seg ikke helt komfortable med nåværende forbruk. 'Alma' kan brukes som eksempel:

Hun er en samfunnsengasjert bestemor i 70-årsalderen, som er pensjonert fra en relativt godt betalt jobb. Hun har en aktiv fritid og reiser til Syden flere ganger i året. Om kvelden roer hun seg gjerne ned på et glass vin. Med unntak av vitaminer og hormoner bruker hun ingen faste medikamenter, men tar gjerne noe beroligende flere ganger i måneden, særlig foran krevende hendelser: "Hvis jeg

skal holde en tale – eller når barnebarna kommer på besøk. Tar jeg en pille er det lettere å være snill, jeg slapper mer av og bryr meg ikke så mye om de bråker”. Hun har fått Valium av legen sin men bruker også et tilsvarende legemiddel hun kjøper i Syden, etter anbefaling av en venninne. Alma vil ikke være noen ’valiumfrue’ og vil heller ikke at noen hennes nærmeste familie skal vite at hun bruker beroligende.

Vi var også i kontakt med noen få personer som definerte seg selv som misbrukere og som var involvert i illegal omsetning av legemidler og illegale rusmidler. Noen av disse sa seg også villige til å føre dagbok, men bare en av dem gjennomførte dette i en kortere periode, med mye oppfølging fra forskerne. Et eksempel her er Knut:

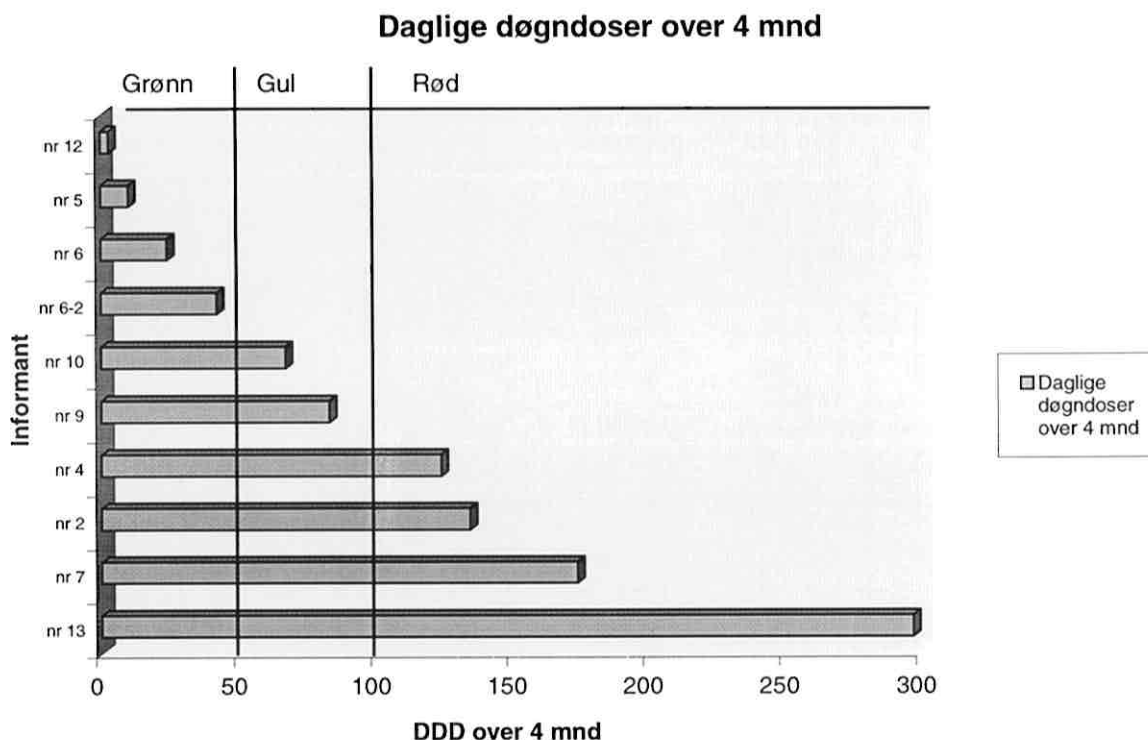
Han hadde ikke fast bopæl og i løpet av de tre ukene han førte dagbok bodde han delvis hos en slektning og hos 2-3 forskjellige kamerater. I løpet av disse ukene ble han bl.a. arrestert en gang for innbrudd, han var en smuglertur til utlandet og han ble holdt fanget noen dager hos uvennlige kreditorer. Alt dette vanskeliggjorde selvfølgelig dagbokføringen. Vi traff han 1-2 ganger i uka i denne perioden. Ofte fylte vi ut dagbokskjema sammen utfra det han husket siden sist. Vi fikk stadig oppgitt nye telefonnummer som han kunne treffes på. Vi måtte jobbe en god del for å holde kontakten, men det virket alltid som om han likte å treffe oss og var svært åpen om det meste.

Hva som er bruk og hva som er misbruk er det imidlertid vanskelig å finne noe objektivt mål på. I prosjektet ”Piller på avveie” (1998) er det blitt utarbeidet noen retningslinjer for legers forskrivning av B-preparater som kan brukes som et utgangspunkt for en slik kategorisering. En deler her inn legers forskrivningspraksis i ”rød”, ”gul” eller ”grønn”, der en kan uttrykke disse fargekodene som henholdsvis ”uakseptabel”, ”på grensen av det akseptable” og ”akseptabel”. Ett punkt omhandler forskrivningsvolum, der en bruker den såkalte ”Anatomical Therapeutic Chemical” (ATC) klassifikasjonsindeksen (1997) fra WHO. I denne er det oppgitt ”definerte døgndoser” (DDD) for hvert preparat. I retningslinjene for forskrivningsvolum blir følgende grenser anvendt:

- Rød praksis: Mer enn 100 DDD i løpet av 4 måneder
- Gul praksis: Mellom 50 og 100 DDD i løpet av 4 måneder
- Grønn praksis: Mindre enn 50 DDD i løpet av 4 måneder

I diagram 1 har vi brukt disse grensene for å klassifisere de av informantene som førte dagbok over flere måneder.

Diagram 1. Klassifikasjon av informantene ut fra daglig medisinförbruk²



Vi ser at flere har et förbruk av B-preparater som kan defineres som rödtt dvs. 'uakseptabelt.' 2 har et 'gult' förbruk mens 4 har et 'grönt' förbruk. Et förbehold en bör ta er at noen kan ha underrapportere sitt medikamentbruk. Likevel sier dette noe om hvordan informantenes bruksmönstre ser ut.

I fölge inndelingen i figuren over ser vi at förbruket var uakseptabelt höyt hos flere av informantene selv om deres *subjektive* opplevelse var at förbruket var 'vanlig'. Dette viser at oppfatningen av hva som er bruk eller misbruk ikke uten videre har noen sammenheng med faktisk förbruk.

Mye tyder likevel på at informanter som ser på seg selv som 'brukere' er mer villige til å føre dagbøker enn personer som har et mer problematisk forhold til eget legemiddelinntak. Dette kan skyldes at de med problemer ikke önsker å bli konfrontert med sitt daglig inntak på den måten som dagbökföringen vil kreve. En annen forklaring kan være at 'misbrukere' ofte lever et lagt mer ustabil og omflakkende liv, noe som gjør dagbökföring vanskelig å gjennomføre i praksis.

² Tre av informantene fylte ut dagbökskjema i mindre enn 120 dager (nr 2, nr 6 og nr 6-2). For disse er DDD over 4 måneder estimert ut fra förbruket i den registrerte perioden. Den korteste dagbökföringen som er tatt med her, strakk seg over 36 dager.

3.1.2 Årsaker til frafall

I det følgende vil mulige årsaker til frafall bli beskrevet nærmere.

1. Noen ønsker ikke å se sitt forbruk 'svart på hvitt'

Flere personer tok kontakt med oss etter at han hadde funnet en brosjyre hos legen sin. I denne brosjyren sto det ingenting om at *dagbokføring* inngikk i prosjektet. Noen av de som tok kontakt kan nok ha følt at prosjektet ble mer 'avslørende' i forhold til deres legemiddelbruk, enn det de hadde regnet med.

To av informantene fortalte at de opplevde det som psykisk belastende å bli 'minnet om' sitt eget medikamentforbruk daglig. Dette var hovedgrunnen til at de ikke ønsket å føre dagbok. En fortalte at hun ble deprimert av å føre dagbok fordi hun hadde et mye høyere forbruk enn det hun ønsket å ha. Belastningen ved å hele tiden bli konfrontert med dette ble for stor. Ut fra samtaler kom det fram at hun var engstelig for at hun kanskje var en 'misbruker', noe som stemte dårlig med det selvbildet hun ønsket å bevare.

Den andre informanten var en aktiv deltager i svart kulturøkonomi og definerte seg selv som 'misbruker' av både legemidler og rusmidler. Etter første møte ønsket han ikke å begynne å føre dagbok. Årsaken til dette var ifølge ham selv at han nå var i kontakt med hjelpeapparatet for å *slutte* med sitt misbruk. Dersom han klarte dette ønsket han ikke daglig å bli 'minnet på' at han *ikke* brukte legemidler/rusmidler. Dersom han ikke klarte å slutte ville han heller ikke bli minnet på dette daglig. "*Hvis jeg fører dagbok, så får jeg liksom ikke lagt det fra meg*" var hans begrunnelse for sin beslutning.

2. Noen kan ha mye å skjule

Personer som er aktive i illegal omsetning av legemidler og/eller rusmidler kan være redde for at disse opplysningene skal komme fram. At fremstillingsformer i tillegg er skriftlig gjør kanskje dagbokføring mer truende enn f.eks. et intervju ville vært. Informantene kan være redde for å legge igjen 'skriftlige spor' gjennom dagboknotatene sine. Dette var en særlig aktuelle problemstilling for de vi forsøkte å rekruttere mens de satt i fengsel.

3 Et ustrukturert liv

Som tidligere nevnt var det vanskelig å få personer med en ustrukturert hverdag til å fylle ut dagbokskjemaet. Dette gjaldt særlig personer som i tillegg var involvert i illegal omsetning av rusmidler (jmf. Knut i eksempelet over). Konklusjonen her må bli at det ikke er umulig å følge opp personer som har et omflakkende liv, men det er svært ressurskrevende.

4. Barrierer mot skriftlige fremstillinger

Noen ga uttrykk for at de syntes at det var problematisk å skrive. De spurte om vi skjønnte håndskriften deres og unnskyldte seg i tilfelle det skulle være mange skrivefeil i det de leverte fra seg. Å daglig skulle utføre noe skriftlig kan derfor høyst sannsynlig ha virket sa avskrekkende at noen unnlot å bli med i prosjektet av den grunn. For personer med mer alvorlige skrive og leseproblemer er dagbokføring avgjort ikke noen egnet metode.

5. Brutte forventninger om vennskap

Noen av personene i målgruppen var svært ensomme og det er mulig at de så på prosjektet som en mulighet for sosial kontakt og vennskap. Dersom informantene opplevde at disse forventningene *ikke* ble innfridd kan trolig dette være en årsak til at han eller hun sluttet å føre dagbok. Vår informant Knut kan igjen tjene som eksempel. Knut ønsket kontakt under dagbokføringen, eller som han selv sa: *“Det er fint at det er noen som bryr seg.”* I dette utsagnet ligger det en forventning om at forskeren skal være noe *mer* en forsker. Informanten krevde en viss gjenytelse i form av omsorg og oppmerksomhet. Dette kan fort bli et etisk dilemma.

6. Sykdom

En av dagbokførerne sluttet å føre dagbok fordi han ble innlagt på sykehus.

En annen begynte aldri å føre dagbok fordi han var plaget av tvangstanker og angst og mente derfor at dagbokskjema ville gjøre ham sykere. Siden målgruppen for vårt prosjekt inkluderer personer som får eller har fått behandling for slike psykiske plager er dette reaksjoner som vi egentlig burde ha forventet hos enkelte.

7. For arbeidskrevende.

Noen ønsket ikke å begynne å føre dagbok fordi de syntes det var for arbeidskrevende. Å finne en balansegang mellom behovet for data og det å ikke overbelaste informanten har vært en utfordring i prosjektet. Vi forsøkte å utforme dagbokskjema enklest mulig, men likevel var det altså noen som syntes dette ble for krevende.

3.2 Behov for en differensiert rekrutterings- og oppfølgingsstrategi

En konklusjon vi kan trekke av den foregående diskusjonen er at bruk av dagbokskjema ikke er en egnet metode i forhold til alle typer informanter.

For å nå definerte 'misbrukere' og informanter som deltar i illegal legemiddelomsetning tror vi det hadde det vært nødvendig med en annen oppfølging og kanskje også andre rekrutteringsstrategier enn det som dette prosjektet har gitt rom for. Her er det en forutsetning at forskerne *først* blir kjent med informanten, og at det etableres et tillitsforhold. Dette er imidlertid en lagt mer ressurskrevende tilnærming enn det vi hadde forutsatt. I utgangspunktet hadde vi tenkt at terapeut/lege som *allerede er i relasjon til* pasienten skulle spille en mer aktiv rolle. Dette viste seg som tidligere nevnt å være vanskelig å gjennomføre. Et unntak her er rekruttering av personer som er under soning, som beskrevet i kap.2.3. Om innsatte ved hjelp av fengselsprest, eller annen tillitsperson kan føre dagbok uten at andre får vite det, tror vi at dette kan være en egnet metode for å kartlegge hva som skjer med rusmiddelbrukere når de havner i fengsel. Generelt sett er trolig regelmessige møter over en lengre tidsperiode er en mer fruktbar strategi for å kartlegge rusmiddel og legemiddelbruk i 'misbruksgruppen'. I denne sammenheng kan dagbokskjema være et godt hjelpemiddel for bruk ved kvalitative intervju og samtaler, men da som et skjema som forsker og informant fyller ut sammen.

I forhold til 'tvilerne' kan kanskje dagbokføring være skremmende ikke bare fordi de vil 'avsløre' bruk overfor andre, men også fordi de vil 'avsløre' bruk overfor pasienten selv. Noen ønsket ikke å vite hvor mye de faktisk brukte og andre opplevde å bli mistenkeliggjort i helsevesenet. Det ble derfor svært viktig å formidle forskernes uavhengige rolle, og at informasjon som kommer frem gjennom prosjektet ikke ville gå videre til hjelpeapparatet.

Også i forhold til denne gruppen bør alternative rekrutteringsstrategier vurderes. Det vil være spesielt viktig å bli kjent med informanten *først* for å skape tillit. Også her bør det vurderes i hvert enkelt tilfelle om dagbokføring bør inngå som en del av den metodiske strategien eller om en heller bør basere seg på jevnlig intervju.

Personer som er forholdsvis sikre på at deres forbruk kommer inn under kategorien 'bruk' heller enn 'misbruk', og som ikke er involvert i illegal omsetning var lettest å rekruttere. Både rekruttering og oppfølging har i forhold til denne kategorien var forholdsvis uproblematisk. Flaxlodd og mulighet for å vinne en reise var her tilstrekkelig motivasjon.

Vår erfaring er likevel at ulike individer krever ulik grad av oppfølging for at de skal fortsette dagbokføringen. Men, som sagt så tror vi at det i forhold til andre kategorier av informanter, enn de som faktisk har ført dagbok, ville vært nødvendig med enda tettere oppfølging enn dette prosjektet har gitt rom for.

Likevel vil vi si at dagbokføring kan være en god metode for å få kunnskap om personers legemiddel og rusmiddelbruk dersom:

1. Metodens egnethet vurderes i forhold til hver informant
2. Oppfølgings- og rekrutteringsstrategi tilpasses enkeltinformanter.
3. Vurdering av *antall* dagbokførere ses i forhold til hvem en ønsker å ha med i prosjektet. Ønsker å nå ut til rusmiddel- og legemiddel misbrukere som er aktive i illegale rusmiddel og legemiddelomsetning bør en begrense antallet slik at *en* forsker tett kan følge opp *en* informant.

4 Analyser av dagbokinformasjon

Som vi har sett er bruk av dagbokskjema for å innhente informasjon ikke uten videre en metode som passer på alle typer informanter. Et annet spørsmål er hvordan informasjonen vi får inn på denne måten kan brukes. I det følgende drøftes dagbokskjemaenes måleegenskaper for bruk i kvantitative analyser. Deretter ser vi nærmere på mer kvalitative tilnærminger.

4.1 Kvantitative analyser av dagbøkene

Dagbøkene utgjør for hver person et omfattende datamateriale på opp til ca. 164 dager der en rekke variabler er blitt registrert hver dag. Disse omfatter legemiddelbruk, søvn,

samvær med venner, dagsform, legemiddelkjøp, legebesøk og annen behandling. I rubrikken ”dagsform” beskriver enkelte informanter detaljert hva de har gjort, hva som har skjedd og hvordan de har opplevd dagen. Andre informanter bruker symboler som : ”☺, ☹, ☹” og oppgir ikke annen informasjon. I hver enkelt datafil valgte vi å lage ett felt som beskrev dagsform kvantitativt ved at personen som la inn data tolket teksten i ”dagsform” rubrikken inn i tre kategorier: -1, 0 og 1. Disse kategoriene betyr følgende:

- -1 uttrykker at dagsformen beskrives som dårlig
- 0 uttrykker at dagsformen beskrives som middels og
- 1 uttrykker at dagsformen beskrives som god.

I tillegg inkluderte vi et ”hendelse” felt i datafilene der vi la inn en beskrivelse av eventuelle markante begivenheter som ble beskrevet i ”dagsform” feltet. Begge disse feltene representerer et forsøk på å kode kvalitative data for bruk i kvantitative analyser.

Kvantitative analyser av de foreliggende dagbøkene kan foretas for å belyse flere typer problemstillinger. En kan vinkle analysene i retning kasuistikker eller analyser på gruppenivå. Analyser på gruppenivå kunne i dette prosjektet vært rettet mot en kategorisering av informantene i ulike subgrupper. En relevante statistisk metode ville vært klyngeanalyse[1] der en kategoriserte informantene på bakgrunn av bla. mønstre i medikamentbruk. Datamaterialet er imidlertid for lite omfattende for å gjennomføre en slik klyngeanalyse. Datamaterialet er også for heterogent sett i forhold til sitt beskjedne omfang til å kjøre multippel regresjonsanalyse eller flerveis variansanalyse. Vi har derfor bedømt materialet som best egnet for en kasuistikktilnærming.

Bruken av kasuistikkbeskrivelser muliggjør en integrasjon av de kvalitative data fra intervju med kvantitative data fra dagbokskjemaene for hver enkelt informant. Bruken av kvantitative metoder i denne rapporten er ikke gjort for å kunne generalisere ut fra et begrenset datamateriale. Hensikten er å bruke de kvantitative dataene for å utdype og validere de kvalitative. Valget av metode bør derfor variere for hvert enkelt kasus for best å få frem det særegne med hver informant.

4.1.1 Dagbokskjemaets måleegenskaper

Som før nevnt inneholder dagbokskjemaene både dagbokførernes fremstilling av egen dagsform i fritekstform og mer objektivt verifiserbar informasjon om rusmiddelbruk og medisinerbruk, samt ulike typer gjøremål. En tradisjonell evaluering av måleverktøy vil drøfte verktøyets reliabilitet og validitet. I denne sammenhengen må en imidlertid skille mellom det vi i denne rapporten kaller ”narrativ sannhet” og de objektive data vedrørende gjøremål og medikamentbruk/rusmiddelbruk.

Reliabilitet

Reliabilitet uttrykker i dette tilfellet i hvilken grad dagbokførerne korrekt gjengir sitt daglige medikamentbruk og hendelser /gjøremål. I en undersøkelse utført av Landry, Smyer, Tubman og Lago (1988), viste spørreskjemaundersøkelser tilfredsstillende reliabilitet mht. rapportering av medikamentbruk. Hersh, Mulgrew, Van-Kirk og Kranzler (1999) fant at en ved bruk av ukerapportering oppnådde et mål på kokainbruk

hos kokainbrukere som korresponderte godt med resultater fra urinprøver.

I vårt materiale var kanskje det største problemet mht. reliabilitet feltet "dagsform" som var i fritekst. For å kunne behandle dette enhetlig i dataanalysene kan opplysningene klassifiseres slik at -1 betegner en dårlig dag, 0 en middels dag og 1 en god dag. For å unngå problematikk mht til inter-rater reliabilitet det vil si i hvilken grad de som skårer skjemaene er samstemte, bør ikke mer enn en person skåre hver informant. Problemstillingen gjelder dermed ikke for den enkelte dagbok.

Enkelte misforståelser oppsto for noen få av våre informanter. En informant oppgav systematisk sitt daglige forbruk av Omega-3 fettsyrer, samt andre helsekostpreparater, men unnlot å oppgi sitt forbruk av valium. Andre informanter oppgav f.eks. en "normaldose" som de viste til for hver dag, men der det gjennom samtaler viste seg at de faktisk hadde justert sitt medikamentinntak.

De tilfellene av feilrapportering av medikamentbruk som har forekommet har stort sett blitt avdekket gjennom intervjuer/ telefonsamtaler. I de tilfellene der informanten har oppgitt antall tilførte tabletter gjennom kjøp på apotek, har vi sjekket dette mot oppgitt forbruk og funnet god overenstemmelse. Andre reliabilitetsmål har ikke blitt brukt. Når det gjelder annen informasjon, har spesielt "søvn" vist seg å bli omtrentlig oppgitt, eller ikke oppgitt. "Samvær med venner" har også vært et problematisk mål, men det vil bli utdypet i neste avsnitt.

Validitet

Validitet dreier seg om måleinstrumentet måler det som det er tiltenkt å måle. I vårt tilfelle vil dette dreie seg om dagbokskjemaene og intervjuene til sammen gir den informasjon som er relevant for å besvare problemstillingene som er skisserte. Av de variablene som brukes på dagbokskjemaene, har "samvær med venner" vist seg å være problematisk dersom denne betraktes som et "objektivt" mål. Ulike dagbokførere har ulike definisjoner av hva som går inn under betegnelsen "venner". En dagbokfører arbeidet som støttekontakt. I samme tidsrom førte hun både "samvær med venner" og "lønnet arbeid" ut fra rasjonalet om at klienten også var hennes venn. En annen dagbokfører oppgav et omfattende "samvær med venner". I hennes tilfellet dreide det seg om hennes datter som hun også definerte som venn. En av dagbokførerne oppgav at han var i selskap hos bekjente, uten at han definerte dette som "samvær med venner". Det synes rimelig å anta at denne variabelen er subjektivt preget gjennom informantenes fortolkninger og selvpresentasjon. (Hvem ønsker vel å fremstå som venneløs?). Variabelen "samvær med venner" må derfor analyseres som del av informantenes narrativer.

Variabelen "dagsform" hadde fritekstform. Dette gir mye informasjon, men informasjonen er vanskelig å omforme til enhetlige størrelser. I tillegg til fritekst burde vi trolig brukt et symbolsystem som f. eks. "☺, ☹, ☹" slik at informanten selv klarere kunnet formidle egen dagsform, uten av våre fortolkninger av friteksten blir avgjørende for kvantifiseringen av dagsform.

4.2 Kvalitative analyser.

Dagbøkene ga også informasjon som ikke lar seg kvantifisere. Skjemaene ga rom for at informantene kunne gi uttrykk for hvordan de opplevde sin hverdag gjennom kolonnen 'dagsform.' Noen brukte denne kolonnen flittig til å skrive utfyllende fortellinger, både når de følte seg bra og når det gikk ille:

Eks. 1

16.05.99: Tenk å få sove til en våkner av seg selv, uten forpliktelser resten av dagen! Hvilken luksus! Og formen er slett ikke verst i dag. Og dagen skal nytes! Litt husarbeid, bade 2 katter, lage det koselig ute og inne til 17. mai. Men i mitt tempo. Herlig! Har vært og tatt solarium, og hentet en venninne med datteren. Så nå er det i gang igjen.

Eks.2

26.04.99: Sto opp med sterke smerter, dagen fortsatte verre enn ventet. Jeg våknet første gang om natten fordi jeg lå så forkjært og vondt i sengen og jeg tror det var det som startet helvete. Det var bare så vidt at jeg fikk reduksjon i smerten pluss at det begynte fra morgenen av å stikke bak øyeeplet som før jeg fikk første smertebehandling. Da er det så vondt at tårene bare renner .

Gjennom oppfølging og motivasjon av informantene, ved intervju og samtaler, fikk vi også høre informanters 'historier' i muntlig fremstilling. Kombinasjonen av intervju og dagbokføring ga således en utfyllende informasjon.

Det er sentralt å holde klart for seg at data fra prosjektet både er objektive, i betydningen at det prinsipielt er mulig for andre å etterprøve den oppgitte informasjon (f.eks. mengden tatt eller kjøpt av et medikament), og subjektive, i betydningen at det dreier seg om informantens fortolkninger og opplevelser. (Dagsform, selvpresentasjon i intervjuer osv.). Den subjektive informasjonen ønsker vi å beskrive som del av subjektets "narrative sannhet".

4.2.1 Kulturell diskurs og narrativ sannhet

Ifølge Bruner er det når ting *ikke* er som de burde være at 'narrativer,' eller 'fortellinger,' produseres. Fortellinger får mening ved at de forklarer avvik fra det vanlige i en forståelig form. Fortellinger må, ifølge Bruner, *relateres* til hva som er moralsk verdsatt, riktig eller usikkert i kulturen. Fortellingen 'megler' på en måte mellom kulturens kanoniske verden, og den mer idiosynkratiske verden av menneskers forestillinger, ønsker og håp (Bruner s. 52).

Bruner (-90) introduserer begrepet 'folkepsykologi.' Han skriver:

"All cultures have as one of their most powerful constitutive instruments a folk psychology, a set of more or less connected, more or less normative descriptions about how human beings "tick." What our own and other minds are like, what one can expect situated actions to be like, what are possible modes of life, how one commits oneself to them, and so on. We learn our culture's folk psychology

early, learn it as we learn to use the very language we acquire and to conduct the interpersonal transactions required in communal life.” Bruner-90

Følkepsykologi har ifølge Bruner en kanonisk status. Den konstituerer ikke bare hvordan ting *er*, men også hvordan de *burde være*.

Perspektivet er interessant i forhold til temaet bruk og misbruk av legemidler. Informantenes fortellinger (i intervjuer og i dagbok) kan forstås som slike ‘meglinger’ mellom en ‘folkepsykologi’ og informantenes forestillinger om eget liv. Informantenes fortellinger gjør deres situasjon forståelig og håndterbar.

Med dette som bakteppe vil vi i neste kapittel diskutere problemstillinger eller tema vi mener kan belyses ut fra den informasjonen vi fikk gjennom dagboksnotater og intervju.

5 Resultater og konklusjoner

Med utgangspunkt i den informasjonen vi fikk i forprosjektet skal vi her drøfte i hvilken grad dette er en egnet metode for å få svar på de problemstillingen vi ønsket å få belyst. Innledningsvis stilte vi spørsmål om dagbokføring kan brukes for å:

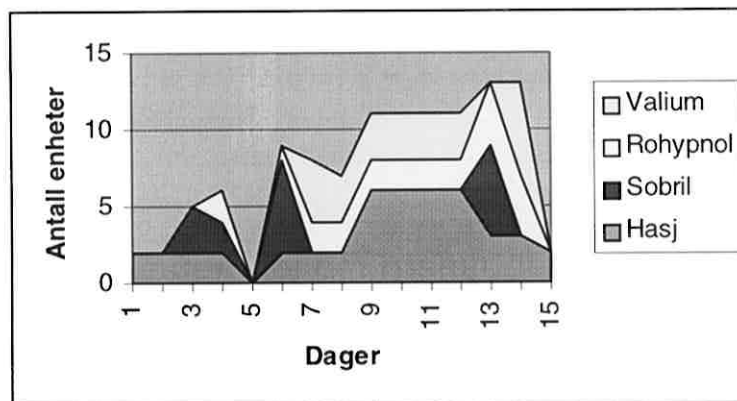
1. påvise hvordan klienters forbruk av legemidler og rusmidler, samt sosial og økonomisk situasjon, endrer seg over tid i takt med eventuelle intervensjoner fra hjelpeapparatets side.
2. analysere utvikling i legemiddel- og rusmiddelbruk hos forskjellige brukergrupper og få data på integrasjonen mellom personer i ”rusmiljø” og eventuelle selgere av legemidler som ikke tilhører dette miljøet.
3. belyse sammenhenger mellom legemiddel- og rusmiddelbruk og bestemte hendelser i dagbokførernes liv
4. få en bedre forståelse av hvordan eventuell ”sosial og kulturell avhengighet” arter seg for ulike brukergrupper.

Punkt 1 og 2 gir resultatene fra forprosjektet i liten grad svar på. De informantene som førte dagbok lengst hadde et relativt stabilt forbruk og gjennomgikk ingen større endringer i behandlingssammenheng. I et tidsperspektiv på noen få uker og opp til 6 måneder var det heller ikke å forvente store resultateter på dette området. Om de samme personene hadde fortsatt å føre dagbok i 2-3 år hadde resultatet trolig blitt et annet. – Spørsmålet er likevel om de informantene vi klarte å rekruttere var de mest interessante i denne sammenheng. Ved å satse på å følge færre informanter, som i utgangspunktet var utstatt for bestemte intervensjoner, og følge dem over en lengre tidsperiode, kunne vi trolig fått langt mer spennende resultater. Ved f.eks. å satse på å rekruttere personer i ”kriminelle rusmiljø” og følge dem gjennom fengselsopphold og eventuelle behandlingsforsøk, kunne vi fått gode data på hvordan behandlingsskjeden fungerer fra brukernes ståsted. Det vi har sett er at dagbokføring kan være en egnet måte å få inn informasjon på i denne sammenheng, særlig om det kombineres tett oppfølging gjennom regelmessige samtaler og intervju.

5.1 Sammenhenger mellom rusmiddelbruk og hendelser

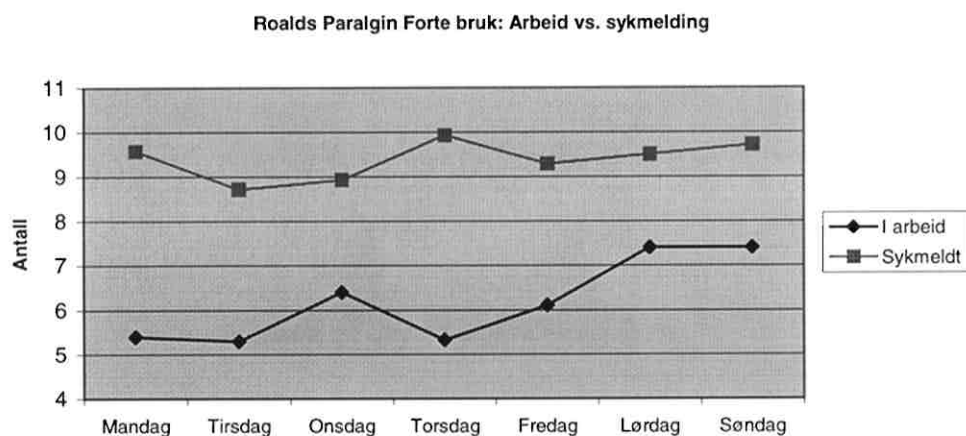
For å vise sammenhenger mellom legemiddelforbruk og andre hendelser i dagbokførernes liv, kan dagbokskjemaet være en egnet metode. Knut kan brukes som eksempel. Diagram 2 viser Knut sitt forbruk av legemidler og rusmidler i løpet av en 14 dagers periode. I intervju fortalte han at han foretrekker å ruse seg på hasj, og som vi ser har han brukt hasj nesten daglig. Unntaket er dag 5. Gjennom intervju får vi vite at han her var i arresten. Fra dag 8 stiger forbruket fra 2 til 6 jointer daglig. Her oppholdet han seg i utlandet et sted det er lettere tilgang på hasj.

Diagram 2



Et annet eksempel er analyser av smertepasienters dagbøker som gjerne viser en sammenheng mellom rapportert dagsform og bruk av smertestillende.

Diagram 3



Roald tar Paralgin Forte mot smerter. Dette viser også dagbokskjemaene hans, der det fremgår at han tar mer smertestillende i perioden han har vært sykemeldt for smerter. (Diagram 3).

5.2 ”Sosial og kulturell avhengighet”

Spørsmålet videre er om dagbokmetoden kan brukes for å få en bedre forståelse av hvordan eventuell ”*sosial og kulturell avhengighet*” arter seg for ulike brukergrupper. Som tidligere nevnt gir de informantene vi rekrutterte gjennom forprosjektet ikke noe grunnlaget for å svare på dette spørsmålet. Men dagbokskjema kan, kombinert med intervju, brukes til å få kunnskap om faktiske bruksmønstre av ulike stoff (substances) og se hvordan disse bruksmønstre blir ulikt kategorisert, som ’bruk’ eller ’misbruk,’ avhengig av sosial kontekst.

Gjennom intervju med informantene får vi tilgang til deres ’fortelling’ om *hvordan* de bruker rusmidler og legemidler, hvilke effekter av stoffene de vektlegger og hvilke brukergrupper de identifiserer seg med. Med dette som utgangspunkt vil vi gi noen eksempler på bruksmønstre av ulike stoff (substances) og se hvordan informantene kategoriserer sitt legemiddelbruk ulikt, som ’bruk’ eller ’misbruk,’ avhengig av sosial kontekst.

Klassifikasjon av informantene ut fra daglig medisinforbruk

Roald (Informant nr. 13 i Diagram 1) er plaget av rygg smerter. For 15 år siden ble han utsatt for en ulykke og har siden den gang brukt Paralgin Forte. I begynnelsen brukte han medisinen sporadisk, men de siste 10 årene har han brukt medisinen daglig. I perioder har han brukt svært mye, opp mot 18 piller i døgnet. Roald tar nå medisinen i store doser om kvelden fra 5 til 15 innenfor en tidsramme på noen timer. Om dagen bruker han sjeldnere medisiner. Vi ser ut fra figuren at Roalds forbruksmønster ligger langt over det som defineres som ’akseptabelt.”

Roald er klar over at hans forbruk av Paralgin Forte er svært høyt. Men han forklarer de høye dosene med at han i perioden han førte dagbok har hatt svært mye smerter. Dette ser vi også fra dagbokskjemaene hans, der han tar mer i perioden han har vært sykemeldt og når han rapporterer store smerter. Dette viste vi i diagram 2).

Men, Roald tar også Paralgin Forte fordi han selv opplever at medisinen har en positiv innvirkning på livet hans. Han blir ikke sløv eller noe slikt – det er heller motsatt. Han blir pratsom:

”(Så du merker ikke noen problemer knyttet til medikamentbruken) Nei, når jeg tar mange om kvelden så sover jeg godt hele natten. Det er ingen problem. Hadde jeg tatt mindre hadde jeg våknet og sovet dårlig. Jeg vet ikke hva det er i de tablettene, men jeg føler meg ikke fyllesyk neste morgen. Tror ikke det er problem med å kjøre. Men jeg vet jo ikke hvor lang nedbrytningstid de har. De vil ikke svare på apoteket. Men jeg ser ikke bivirkninger med disse tablettene. Bare positive virkninger. Jeg blir pratsom. Konen sier ingen ting, fordi det ikke er noe ubehagelig knyttet til det. Min medikamentbruk går ut over meg selv, ikke familien, ingen andre. Jeg kjenner ingen bivirkninger, leveren er fin Det er mye skremselspropaganda fra legene. De sier du får leverskader av 8 Paracet. Jeg har brukt mye PF, i mange år og jeg er helt fin!

Roald ser på Paralgin Forte som en god medisin. Han opplever få bivirkninger, i hvert

fall ingen bivirkninger som han ikke liker. Vi ser at Roald tar Paralgin Forte for å redusere smerte og for å oppnå det han ser på som positive effekter av medisinen. Han sover godt og blir pratsom. Men, han definerer *ikke* dette som 'rus' men som en tilleggseffekt til smertelindring.

Men, en annen motiverende faktor for å ta medisiner er angsten for negative effekter av å *ikke* ta den. Konen reagerer generelt ikke på Roalds medikamentbruk. Grunnen til dette er ifølge Roald selv at effektene av medisinen heller er positive enn negative. Men, det som konen reagerer på er Roalds oppførsel i perioder da han har lite medisiner igjen og når det ikke er sikkert han klarer å få tak i nye (legen kan være bortreist etc). I disse periodene blir Roald svært irritabel og vanskelig å være i hus med.

Roald opplever også sterke abstinenser dersom han ikke får Paralgin forte:

"Å trappe ned til fem går greit, men går jeg under 5 får jeg kløe i leddene og maur i kroppen. Jeg får abstinens og problemer med å sove. Hadde jeg gått 4 måneder uten medisin så tror jeg det hadde tatt knekken på meg. Det hadde jeg ikke klart."

"Jeg er ikke voldelig, men hadde jeg ikke fått Paralgin Forte så hadde jeg gått amok, slått ned kona"

Oppsummeringsvis kan vi si at Roald først og fremst forklarer sitt legemiddelbruk ved at han må minske smerte og unngå abstinenser. I tillegg synes han medisinen har en rekke positive bivirkninger. Det er tydelig at han får en viss rus-effekt (han blir pratsom, 'erten' etc) men han kaller ikke selv disse effektene for 'rus.' Pratsomheten er bare en, om enn behagelig, bivirkning. Han tar ifølge seg selv ikke legemidlene i den *hensikt* å oppnå rus. På denne måten bevarer Roald et bilde av seg selv som 'normal' bruker av legemidler, selv om den objektive mengden tabletter han får i seg tilsvarer mengden som brukes av personer som defineres som 'misbrukere' i hjelpeapparatet.

Roalds forbruk kan sammenlignes med Toms.³ Tom ruser seg på Heroin. Han har også stor kunnskap om ulike legemidler; hva de inneholder, bivirkninger, effekter etc. Tidligere, da Tom fremdeles hadde en lever som tålte det, trengte han 10-15 Paralgin Forte for å oppnå den effekten han ønsket seg, og for Tom var det snakk om 'ruseffekten.' Roald har i perioden med dagbokføring tatt like store doser Paralgin Forte som Tom (Roald tar fra 5-15 innenfor rammen på noen timer). Roald ser imidlertid ikke, slik som Tom gjør, på seg selv som 'narkoman.' Roald tar i følge seg selv lovlige legemidler som *legen* har foreskrevet og hans begrunnelse for å ta dem er fysiske smerter – ikke rus. Roalds avhengighet forklarer han nesten som en 'bivirkning' av denne medisinen som han ser på som helt nødvendig.

Det er konteksten bruken forgår innenfor og det at Tom og Roald representerer ulike

3 Informasjon om Tom baserer seg på intervju. Tom ønsket ikke å føre dagbok.

brukergrupper som får betydning for hvordan Roald og Tom kategoriserer sitt forbruk på skalaen fra 'bruk' til 'misbruk.'

Alasuutari(1992) beskriver to ulike referanserammer for bruk av *alkohol*. På den ene siden har vi en "every day life frame" og på den andre siden en "alcoholism frame". Innenfor hverdagsrammen defineres alkoholen som en del av andre aktiviteter som f.eks. å feire en fødselsdag eller gå ut å spise. Innenfor alkoholikerrammen tas alkoholen ut fra sin sosiale kontekst. Hovedhensikten defineres da som å drikke og bli full. De to rammene tar næring fra hverandre ved at det er med 'alkoholikeren' som et (sosialt konstruert) bakteppe at hverdagsbruken defineres. Ved å holde de to måtene å forklare alkoholbruk sterkt atskilt (compartmentalisation) blir subjektivt opplevd *risiko* knyttet til hverdagsbruken redusert. 'Alkoholikeren' ses på som noe helt *annet* enn 'hverdagsbrukeren.' Alkoholismen blir definert som risikoaktivitet: en er 'avhengig', har økt fare for sykdom, fare for å miste jobb, miste familie etc. Pga dette sterke fokuset kommer ikke risiko knyttet til *hverdagsbruk* fram i lyset, selv om det objektivt sett også er risiko knyttet til denne formen for bruk.

Perspektivet kan også brukes till å kaste lys over legemiddelbruk og misbruk. Når Roald sier han tar medisin primært for smerter (ikke rus) og får foreskrevet medisinen av sin primærlege på 'plasserer' han sin egen bruk inn i det vi kan kalle en 'hjelpeapparatramme' og ikke i en 'misbrukerramme.' Det er mulig at Roald ved å definere seg som 'bruker' reduserer sin opplevelse av risiko. Han synes paralgin forte er en god medisin. Advarsler om leverskade tolker han som skremmelspropaganda. Han har i egne øyne ingen problem med bruken, så lenge han får nok medisin av legen sin.

Problemstillinger knyttet til sammenhenger mellom bruksmønstre rapportert igjennom dagbokskjema og egenkategorisering av rusmidler kunne være et interessant spor å følge videre i en eventuell videreføring av prosjektet.

5.3 Kulturell definisjon av 'bruk' og 'misbruk'

Et spørsmål som resultatene fra forprosjektet reiser er i hvilken grad det er kulturelle faktorer som er avgjørende for at legemiddel og rusmiddelbruk skal bli definert som bruk eller misbruk. Som vi tidligere har vært inne på (kap .3) er det vanskelig å finne kvantitative grenser for når et forbruk blir 'misbruk'. Mye tyder også på at det ikke er konsumet som er det avgjørende. Et eksempel kan fungere som et inntak:

Anne forteller at hun en gang ble innlagt på sykehus etter en bilulykke. Hun hadde sterke smerter og ble derfor gitt morfin. Morfinen gjorde henne behagelig ruset. Hun følte seg så lett og glad at det endte med at hun satte seg opp i senga og begynte å synge. Dette førte til sterke reaksjoner fra sykepleierne rundt henne. Anne følte at sykepleierne uttrykket skepsis til hennes motiver for å ønske smertestillende i utgangspunktet. Hun følte at de trodde hun hadde benyttet sjansen til en lett kjøpt rus. Anne satt igjen med en opplevelse av å ha fått kjeft.

Innenfor **hjelpeapparatet** hører en ofte at det skilles skarpt mellom legemidler som tas, forskriftsmessig, for å helbrede, og legemidler som tas for å oppnå ruseffekt. De to ulike

funksjoner stoffene har (helbredelse og rus) henspiller i denne argumentasjonen på to ulike brukergrupper: 'brukeren' som inntar ulike stoffer for å helbrede sykdom eller redusere sykdomssymptom og 'misbrukeren' som bruker ulike stoffer for å oppnå ruseffekt. I denne argumentasjonen skilles stoffene også ut fra konteksten de inngår i: legemidler som tas for å helbrede tas *innenfor* rammer satt av hjelpeapparatet, mens legemidler tatt for å oppnå ruseffekt tas *utenfor* rammer satt av hjelpeapparatet. De to ulike funksjonene et stoff som f.eks. morfin har – smertelindring og rus – forbindes da med svært ulike kontekster.

Debatt oppstår ofte når grensene mellom de definerte funksjoner, hensikter, bruksmåter og sosiale kontekster blir uklare. Situasjonen med Anne kan ses på som et eksempel på dette. Hun viser at hun er ruset og hun viser at hun *liker* rusen (hun synger og er glad). Sykepleierne knytter således hennes atferd til andre kontekster der det er *rusen* som er formålet med å innta medisinen. Fordi Anne gir inntrykk av å like rusen blir hun mistenkelig: er hun kanskje en 'misbruker' heller enn en 'bruker'? Andre eksempler på situasjoner når grensene blir uklare er når hjelpeapparatet tilbyr morfinderivater til narkotikamisbrukere (er dette å lindre pasientens angst, uro og smerte, eller er det å gi pasienter en (lettkjøpt) rus?) eller når definerte rusmiddelmissbrukere har en lidelse de trenger B-preparater for å kurere eller redusere symptom (misbruker eller bruker de da B-preparater?).

Som en del av rekrutteringsarbeidet til dette prosjektet har vi vært i kontakt med et fengsel. Fengselspresten der sier at ved ankomst til fengselet blir de innsatte fratatt evt. B-preparater. B-preparatene byttes ut med mildere medisiner. Det er interessant å merke seg at legemidler som anses som viktig og god medisin innenfor én kontekst, blir *ulovlige og mistenkelige* innenfor en annen. B-preparater som brukes av *kriminelle* blir av andre kategorisert som potensielle *rusmidler*. I forhold til eldre ser en ofte en helt annen holdning til B-preparater. Det er få som tenker seg at en f.eks. skulle ta fra eldre deres B-preparater når de flytter inn på et aldershjem. For gruppen eldre er det sjelden at legemidler defineres som potensielle rusmidler – heller blir de sett på som god og nødvendig medisin.

4 av informantene i dette prosjektet fikk behandling for sine rusproblem. Tre av dem har blitt intervjuet. To av disse personene sier at de ikke uten videre aksepterer slike skiller mellom 'bruk' og 'misbruk.' En forteller hvordan hun opplevde at hun i helsevesenet mistet status, fra å være det hun kalte en 'lovlig narkoman' til og bli en 'ulovlig narkoman.' Hun opplevde et dramatisk skille i hvordan *omgivelsene* oppfattet henne da hun skiftet 'status.' Informanten *selv* på den andre siden ser ikke noen stor forskjell mellom hvordan hun *før* brukte og forholdt seg til legemidlene og hvordan hun *nå* forholder seg til legemidler og rusmidler (hun bruker nå både B-preparater som 'Rohypnol' og sterkere narkotiske stoffer). Hun sier hun brukte og bruker både legemidler og rusmidler for å dempe angst og smerte og for å kunne fungere. En av de andre registrerte rusmiddelmissbrukere sier det samme. For ham fyller hasj og valium den samme funksjon: nemlig å dempe angst.

Mange av de andre pasientene som vi har vært i kontakt med i dette prosjektet er imidlertid opptatt av å definere sitt legemiddelbruk som 'normalt.' Grensene mellom når et stoff blir legemiddel eller rusmiddel, mellom akseptable og ikke akseptable effekter–

mellom bruk og misbruk- er utydelige for pasientene. Noen strever med å definere – både overfor seg selv og overfor omverdenen – seg selv som *brukere* og ikke *misbrukere* av legemidler.

Oppsummeringsvis kan vi si at spørsmålet om et stoff (substance) blir betegnet som legemiddel eller som rusmiddel avhenger den sosiale konteksten bruken foregår innefor. Den sosiale kontekst legger rammer for:

- Definisjoner av legitime måter stoffet kan brukes på (f.eks. i forhold til mengde)
- Hvilke effekter av stoffet som er legitime (f.eks. behandling eller rus)
- Definisjoner av relevant brukergruppe (økonomi, sosial status)

5.4 Oppsummering hovedkonklusjoner

Målet var å rekruttere ca 100 dagbokførere gjennom 10 primærleger i Sandnes kommune, der prosjektet: 'Legemidler på avveier' allerede hadde lagt grunnlag for et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid mellom bl.a. primærleger, PUT, Basisenter og sosialtjenesten. Utfra disse målsetningene må prosjektet sies å være nokså mislykket. Det lyktes ikke å rekruttere på langt nær så mange informanter som på forhånd antatt, hverken gjennom primærleger og hjelpeapparat eller etter å ha tatt i bruk alternative rekrutteringsmetoder. De informantene som dagbokføringen fungerte best over for var; personer som levde et relativt stabilt liv, som hovedsaklig brukte medisiner som de fikk foreskrevet av egen lege og som så på seg selv som legemiddelbrukere – ikke misbrukere.

Resultatene fra forprosjektet gir ikke noe grunnlag for å påvise hvordan klienters forbruk av legemidler og rusmidler, samt sosial og økonomisk situasjon, endrer seg over tid i takt med eventuelle intervensjoner fra hjelpeapparatets side. Overfor en relativt stor gruppe med velfungerende(selvdrevne) medisinbrukere, som fører dagbøker over 2-3 år kunne kanskje dagbokføring gitt interessante resultater m.h.t effekter av intervensjoner. Men utfra de problemstillingene vi ønsket å få belyst, var dagbokføring uten annen oppfølging, en lite egnet metode.

For å få data om hvordan intervensjoner fra hjelpeapparatet påvirker personer i såkalte "rusmiljø", og for å få en bedre forståelse av hvordan eventuell "sosial og kulturell avhengighet" arter seg, anbefales det at man i fremtidige studier konsentrerer innsatsen om en mindre gruppe informanter.

Nesten ingen av de vi etterhvert rekrutterte til dagbokføring var såkalte stoffmisbrukere som var involvert i illegal virksomhet. Forprosjektet viste at for å få informasjon fra denne gruppen kreves en tett oppfølging av hver enkelt informant, både ved oppstart og underveis. Oppgaven er ikke umulig, men den er ressurskrevende. Dagbokskjema fungerte imidlertid bra overfor denne gruppen når forskerne fylte det ut i samarbeid med informanter ved regelmessige intervju/samtaler. Noen klarte også å fylle ut skjemaet på egenhånd i en uke eller to før de gav opp. I longitudinelle kan derfor dagbokføring i kortere perioder fungere utmerket som et utdypende supplement til andre metoder.

I forprosjektet ble det også laget en plan for dagbokføring og rekruttering av informanter mens de var under soning, der fengselspresten skulle følge opp informantene og forskere eventuelt skulle overta oppfølgingen ved løslatelse. Dette kan være en fruktbar måte å rekruttere informanter som er involvert i illegal virksomhet.

Generelt sett kan dagboknotater være en egnet metode for å få informasjon om bruksmønster over tid hos stabile brukergrupper av bestemte legemidler. Det vi si grupper som vurderer sitt eget forbruk som normalt, eller som er litt usikre på om den medisinen de tar har de ønskede effekter.

Resultatene fra de dagbøkene vi fikk inn viste at flere av de som selv mente at de var 'normalbrukere' av legemidler i realiteten hadde et forbruk som lå over anbefalte døgndoser. For enkelte var forbruket fullt på høyden med det såkalte stoffmisbrukere på gatenivå fortærer daglig. Dette reiser spørsmålet om hvilke kriterier som legges til grunn når noe defineres som bruk eller misbruk. Konklusjonen må bli at dette ikke bare gjelder volumet på inntak, men at det også er et spørsmål om hvilke stoff som brukes, når det brukes og ikke minst hvem som bruker hva.

6 Referanser, noter og vedlegg.

- Alasuutari, P (1992) *Desire and craving. A cultural theory of Alcoholism.* State Univ. New Y. Press
- Bruner J. (1990) *Acts of Meaning.* Harvard University Press.
- Frantzen, Evy (1996): "Mens vi venter på metadon", s. 247-258. I: Willy Pedersen og Helge Waal: *Rusmidler og veivalg.* Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Hersh, D., Mulgrew, C. L., Van-Kirk, J., Kranzler, H.R. (1999) *The validity of self-reported cocaine use in two groups of cocaine abusers.* Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology. Vol 67(1): 37-42.
- J. Brewer og A. Hunter (1989): *Multimethod Research. A synthesis of styles.* Sage Publications.
- J.F. Hair, R.E. Anderson, R.L. Tatham & W.C. Black (1998), *Multivariate analysis.* New Jersey:Prentice-Hall.
- Knudsen, J. C. (1994) 'Eksilets mysterier: Refleksjoner med og omkring unge flyktninger i Norge.' I Fønes, I & Kjølørød, L (red.) *Velferdssamfunnets barn..* Oslo: Ad Notam forlag.
- Kaarhus, R. (1992) 'Diskurs som analytisk begrep' i *Norsk antropologisk tidsskrift* 2/1992.
- Landry, J. A., Smyer, M. A., Tubman, J. G., Lago, D. J. (1988) *Validation of two methods of data collection of self-reported medicine use among the elderly.* Gerontologist. Vol 28(5): 672-676.
- Marshall, C. og G. Rossmann (1995): *Designing qualitative Research.* Sage Publications.
- Smith-Solbakken, Marie og Else M. Tunglund (1995): *Legemidler på avveier - en del av den illegale rusøkonomien.* Rogalandforskning: Arbeidsnotat RF-95/292.
- Smith-Solbakken, Marie og Tunglund, Else M. (1997): *Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Svensson, Bengt (1996): *Pundare, jonkare och andra - med narkotikan som följeslagere.* Stockholm:Carlssons.
- Tungland, Else M. , Smith-Solbakken, Marie, Claussen, Tor (1996): *Talent eller klient? Om unge stoffmisbrukeres kulturøkonomiske avhengighet.* Rogalandforskning:: Rapport RF-96/025.

- World Health Organization (1997) Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs)
- Wiik, Ragnhild, Smith-Solbakken, Marie, Christie, Olav (1997): *Legemidler til rus. Undersøkelse av bruksmønstre og omsetningssystemer som ledd i å redusere utilsiktet bruk og illegal omsetning av legemidler.* Rogalandforskning. (Åpen fra 31.6.97).
- Williams, Terry (1989): *The Cocaine Kids. The inside story of Teenage Drugs Ring.* Bloomsbury.
- Williams, Terry (1992): *Crackhouse. Notes from the end of the line.* USA: Addison-Wesely.

ⁱ Kulturøkonomisk avhengighet

Prosjektet tok utgangspunkt i tidligere forskning ved RF- Rogalandforskning om rusmiddelbruk og deltagelse i svart kulturøkonomi. Stoffmiljøet ses her på som en motkultur til det etablerte samfunnet der aktørene er bundet til hverandre gjennom, felles normer og regler, et eget gatespråk, ulike former for forretningsvirksomhet i “den sorte økonomien”. Omsetningen av narkotika kan være svært så organisert og aktørene kan ha bestemte “yrker” som gir dem høye fortjenestemuligheter, anseelse og respekt *innen rusmiljøet* (Tungland, Smith-Solbakken, Claussen 1996). Problemet er at når man bryter ut av miljøet blir alt det som tross alt var positivt snudd til noe negativt. Det som refereres som fordelaktig i den svarte økonomien er ofte ufordelaktig i den hvite økonomien og omvendt. For mange er alternativet til et liv i den svarte økonomien, dårligere materielle betingelser, ofte som klient og stigmatisert. Man må innstille seg på et liv hvor det man kan og behersker ikke lenger kreditteres på noen fordelaktig måte. Å konvertere fra å være en vellykket markedsaktør i den svarte økonomien til å bli en mistilpasset og marginalisert aktør i den hvite økonomien innebærer et formidabelt tap på det økonomiske, sosiale og personlige plan. Dilemmaet kan illustreres i en slik svart-hvit tankegang som figuren under viser:

	Sort økonomi (Før rehabilitering)	Hvit økonomi (Etter rehabilitering)
Arbeid	Pusjer /arbeidsgiver	Arbeidsløs
Økonomi	20-30.000,- pr. mnd i fortjeneste	ca. 3000,- pr mnd i trygd, og masse gjeld.
Markeds posisjon og karriere muligheter	Lang ansiennitet, høy kompetanse, etterspurt	Ikke fullført folkeskole, uønsket
Vandel/rykte	“En som er til å stole på”	“En kriminell ramp”
Sosialt nettverk	“En av gutta”	Outsider og eksnarkoman
Språk og uttrykksform	Velartikulert forståelig	Støtende uforståelig
Forbruksmønster	“En som ikke er kjiip”	Ødslende og uansvarlig
Kreditt muligheter	God	Svartelistet

Dette er en idealtypisk modell. “Pusheren” som det refereres til i modellen har høy status i den svarte økonomien. Han har valget mellom å bli sett på som “talent” eller bli sett på som “klient.” Hans høye status og ’vellykkethet’ i den svarte økonomien kan påvirke hans motivasjon og respons i forhold til ulike behandlingstiltak. På den andre side viser han høy grad av mestringsevne i det svarte kulturøkonomiske systemet, og disse personlige ressursene kan overføres i en eventuell behandlingssammenheng.

ii Informasjon til leger/hjelpeapparat

'Dagbokprosjektet' ved RF -Rogalandforskning

Tusen takk for at du har sagt deg interessert i å bidra i rekruttering av pasienter til 'Dagbokprosjektet' ved RF-Rogalandforskning.

Prosjektets mål er å følge stoff- og/eller legemiddelbrukere over tid, slik at vi kan studere sammenhenger mellom intervensjoner fra lege/hjelpeapparat, det illegale marked for legemidler / illegale stoff og klientenes sosiale nettverk. Vi ønsker også å kartlegge hva som skjer når bruk av legemidler utvikler seg til *misbruk* (se vedlagt prosjektbeskrivelse).

I første omgang er vi interessert i å rekruttere brukere/misbrukere av legemidler og rusmidler til å føre dagbok over en periode på 6 mnd. Her trenger vi hjelp fra primærleger, PUT og Basissenteret i Sandnes til å formidle kontakt mellom aktuelle pasienter og forskere. Dette gjøres på følgende måte:

- Lege/terapeut gir aktuelle pasienter informasjon om prosjektet og spør om de vil være med. Vi har laget et eget informasjonsskriv som kan brukes i denne sammenheng.
- Pasienter som vil være med i prosjektet fyller ut vedlagte samtykke erklæring som lege/terapeut returnerer til RF.
- Lege/terapeut informerer pasienten om at RF- Rogalandforskning vil ta kontakt med ham/henne for å levere dagbokskjema for 6 mnd. og for å gi veiledning og informasjon.

Aktuelle pasienter

Vi er interessert i å rekruttere brukere av B-preparater som har blitt foreskrevet mer enn 60 DDD på 4 mnd. I tillegg ønsker vi at primærlegene rekrutterer definerte (registrerte?) rusmiddelmissbrukere. Utover dette vil Basissenteret og PUT rekruttere legemiddel og rusmiddelmissbrukere. I utgangspunktet er vi interessert i at primærlegene og hjelpeapparatet rekrutterer så mange personer som mulig pga. sannsynlighet for et ganske stort frafall.

Pasientenes motivasjon for å delta i prosjektet

Dabokførerne vil få tilsendt skrapelodd for hver uke de fører dagbok. I tillegg vil alle som fører dagbok i 6 mnd. være med i trekningen av en reise. RF vil ha kontakt med de dabokførere som ønsker det. Forskerne kan gjennom denne kontakten motivere respondentene til å fortsette dabokføringen (se prosjektbeskrivelse).

Utfordringer

Frykt for å miste sine B-preparater og for å bli stemplet som 'misbruker' kan nok demotivere noen fra å delta i prosjektet. Det vil være viktig å informere om at legen ikke vil få tilbakemelding i forhold til enkeltpersoner. I tillegg skal det informeres om at vi er interessert i å få med ulike *kategorier* av brukere/misbrukere i den hensikt å kunne 'skille ut' grei bruk fra misbruk. Respondentene må informeres om at de ikke er definert som 'misbrukere' fordi om de er med i dette prosjektet. Det skal også gjøres klart for pasienten at deltagelse i prosjektet er frivillig. Ellers vil følgende prosedyrer bli fulgt i prosjektet:

- Forskerne har taushetsplikt i forhold til de opplysninger som kommer fram i dagboksnotatene og i intervjuer.
- Forskerne har ikke meldeplikt om straffbare forhold hvis det ikke er fare for liv og helse.
- Behandling av informant registeret vil skje i samsvar med §2-17 i forskrifter til Personregisterloven ii
Spesialpsykolog Amund Aakerholt ved PUT i Sandnes vil veilede forskerne i forhold til etiske problemstillinger som kommer opp i løpet av prosjektet.

iii Informasjonsbrev til pasienter.

Dagbokføring ved legemiddelbruk

RF-Rogalandsforskning er i gang med et forskningsprosjekt om bruk av legemidler i kategorien B-preparater (smertestillende som f.eks Paralgin Forte, sovetabletter, beroligende medikamenter og antidepressiva). Dette er et området hvor det er behov for å dokumentere den kunnskap og erfaring som pasienter sitter med. Derfor ønsker vi kontakt med brukere av B-preparater, og andre som har kunnskap om legemiddelbruk, for samtale og evt. videre deltagelse i forskningsprosjekt. Hensikten med prosjektet er:

- å få bedre kunnskap om hvordan legemidler brukes
- finne ut om pasienter som trenger medisiner opplever at de får de medisiner de behøver
- å få kunnskap om hvilke situasjoner og livsfaser ordinær bruk av legemidler utvikler seg til - et misbruksproblem
- å finne ut hvor mye legemidler som er nødvendig for at den enkelte opplever at han eller hun mesterer hverdagen
- å få kunnskap om hvordan legemidler virker i kombinasjon med rusmidler
- å kartlegge hvordan bruk av legemidler endres over tid.

Vi regner med at ca 30-50 personer vil delta i prosjektet. Prosjektdeltagerne bes om å føre 'dagbok' over legemiddelbruk. Å føre 'dagbok' vil ikke være tidkrevende, med innebærer at du fyller ut et skjema for hver dag. Dette skjemaet sendes til RF-Rogalandsforskning **ca. en gang i uken**. Sammen med dagbokskjemaene får du adresserte og frankerte konvolutter som du kan bruke når du skal sende skjemaene til RF - Rogalandsforskning. Det vil være av stor interesse for oss å holde kontakt med deg i perioden du fører dagbok, slik at vi kan få tilbakemelding på hvordan dagbokføringen går og, ikke minst, slik at du kan bidra med informasjon til prosjektet.

For hver utfylte uke vil du få tilsendt skrapelodd. Etter å ha levert inn skjema i 6 måneder får du være med i trekning av en reise.

De opplysningene du gir i dagboken vil bli behandlet konfidensielt. Forskerne har taushetsplikt, og opplysninger vil bli brukt på en slik måte i prosjektet at det ikke er mulig å kjenne igjen enkeltpersoner. Dine utfylte dagbokskjema sendes direkte til RF-Rogalandsforskning. Legene/hjelpeapparatet vil bare få tilbakemelding på generelt grunnlag, og vil ikke få noe informasjon om enkeltpersoner som er med i prosjektet.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, eller bare ønsker mer informasjon, ber vi deg om å fylle ut vedlagte samtykkeerklæring som legen din vil returnere til oss. Vi tar deretter kontakt med deg for å avtale et møte. Du kan også ringe til oss på RF-Rogalandsforskning hvis det er noe du lurer på. Våre navn og telefonnummer er: Torunn Ludvigsen, 51875160, Else Tunglund (prosjektleder): tlf. 51875097 og Irene Dahle: tlf. 51875208

iv SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg er kjent med Dagbokprosjektet ved RF-Rogalandsforskning, og samtykker i å delta i prosjektet. Jeg er kjent med at min deltagelse i prosjektet er frivillig og at jeg når som helst kan avslutte dagbokføringen. Jeg kan også når som helst be om å få slettet de opplysninger som er registrert om meg.

Jeg er kjent med at mitt navn og adresse vil bli slettet fra alle registre etter at prosjektet er avsluttet og at all informasjon om meg er taushetsbelagt.

.....

Sted **Dato** **Prosjektdeltagerens underskrift**

Prosjektdeltagers navn:

Kjønn (K eller M):

Alder:

Adresse:

Telefon: (a)_____ (p)_____

Vennligst returner samtykkeerklæringen til RF-Rogalandsforskning i vedlagte konvolutt.



Rogalandsforskning
Else Tungland
P.boks 2303 Ullandhaug
Stavanger

AD DAGBOKPROSJEKTET - LEGEMIDDELBRUK

Det vises til faks mottatt her 12. november d.å.

Ved henvendelse fra vår fengselsprest S. Nerhus er det rettet en forespørsel til Åna kretsfengsel vedrørende deltakelse fra innsatte vedrørende ovennevnte forskningsprosjekt.

Jeg finner å kunne tillate at Åna kretsfengsel deltar i forskningsprosjektet, tilsagnet gis under forutsetning av at de opptrukne retningslinjer for slik virksomhet iakttas. Det tenkes her særlig på Datatilsynets krav om personvern i henhold til personregisterlovgivning.

Fengselsprest Sissel Nerhus vil etter det jeg forstår være prosjektets kontaktperson i fengslet.

Jeg formoder at det må fremmes en egen søknad til Justisdepartementet via oss for å klarere endelig deltakelse i prosjektet.

Med vennlig hilsen



Ståle Olsen
underdirektør

Kopi : fengselsprest
arkiv

F:\UNDERDIR\FORSK.DOC



DET KONGELIGE
JUSTIS- OG POLITIDEPARTEMENT

Rogalandforskning
seniorforsker Else Tungland
Postboks 2503 Ullandhaug
4004 Stavanger

4.3.99
RF-MN (KN)
EMT

Deres ref

Vår ref
98/15401 D 600 ADBM

Dato
1.03.1999

**AD SØKNAD OM Å INNHENTE OPPLYSNINGER FRA INNSATTE
VIA DAGBOKSKJEMA**

Det vises til deres søknad den 21.12.98, hvor det bes om tillatelse til å benytte innsatte som informanter i et forskningsprosjekt, hvor stoff- og legemiddelbrukere skal følges over tid. Deltagerne skal kommunisere med forskerne via dagbokskjemaer som jevnlig skal innleveres. Rogalandforskning ved seniorforsker Else Tungland er ansvarlig for prosjektet.

Justisdepartementet gir dere tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen ved Åna kretsfengsel.

Undersøkelsen må være basert på informert samtykke fra innsatte. De innsatte skal på forhånd gjøres kjent med at deltakelse er frivillig og at de kan trekke seg fra undersøkelsen på ethvert trinn hvis de måtte ønske det.

Det forutsettes at all kommunikasjon med innsatte skjer via fengselspresten ved Åna kretsfengsel.

Dere skal påse at innsamlet materiale blir oppbevart på en forsvarlig måte og at det foretas anonymisering av personidentifiserende opplysninger ved publikasjon. Innsamlet materiale skal makuleres så snart undersøkelsen er avsluttet.

Opplysninger dere blir gjort kjent med kan være undergitt taushetsplikt, jf forvaltningsloven §13. Dere er undergitt taushetsplikt, jf forvaltningsloven §13 c. Av § 13 e følger at dere plikter å hindre andre i å få tilgang til eller kjennskap til opplysningene. Overtredelser av taushetsplikt-

bestemmelser er straffbart, jf. straffeloven § 121.

Tillatelsen forutsetter at dere har fått eventuell nødvendig konsesjon fra Datatilsynet, jf lov om personregistre mm. § 9.

Departementet ber om et eksemplar av avhandlingen.

Gjenpart av dette brev er sendt direktøren for Åna kretsfengsel.

Med hilsen



Jan-Erik Sandlie e.f.
underdirektør



Anne Dahl
førstekonsulent