

«Du, av alle»

Intervjuer med ti sykepleiere som har stjålet og brukt medikamenter

Oda Sjøvoll

Akan publisasjon 1/2016

akan
KOMPETANSESENTER

«Du, av alle»

Intervjuer med ti sykepleiere som har stjålet og brukt medikamenter



Oda Sjøvoll (f. 1984) har jobbet som prosjektleder i Akan kompetansesenter siden 2013.

Hun er utdannet sosiolog ved Universitetet i Oslo.

Akan publikasjon nr. 1 / 2016

Akan – Arbeidslivets kompetansesenter for
rus- og avhengighetsproblematikk

Oslo 2016

Akan kompetansesenter eies av NHO, LO og staten.

Kompetansesenteret gir råd, veiledning og opplæring i hvordan norske virksomheter kan forebygge og håndtere rus- og avhengighetsproblemer.

Copyright Akan kompetansesenter

Oslo 2016

ISBN 978-82-998134-6-4

ISSN 1881-5345

Akan kompetansesenter

P.b. 8822 Youngstorget

0028 Oslo

Besøksadresse: Møllergata 8, inngang Skråninga, Oslo

Telefon: 22 40 28 00

E-post: akan@akan.no

Nettadresse: <http://www.akan.no>

Trykket hos X-idé AS

Sammendrag

Denne rapporten er sluttproduktet av et prosjekt som har tatt for seg medikamentbruk blant helsepersonell. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet og gjennomført av Akan kompetansesenter. Rapporten er basert på dybdeintervjuer med ti kvinner som har mistet sykepleierautorisasjonen fordi de har stjålet og brukt medikamenter fra arbeidsplassen.

Prosjektet har hatt som mål å løfte frem og lære av fortellingene til sykepleiere som har mistet sin autorisasjon grunnet medikamentbruk, samt å få handlingsrettet kunnskap om hvordan arbeidslivet generelt, og helse- og omsorgssektoren spesielt, kan jobbe forebyggende og intervenserende med bruk og misbruk av medikamenter.

Rusmiddelbruk, herunder medikamentbruk, er den største enkeltårsaken til at helsepersonell i Norge mister autorisasjonen, og hovedårsaken til at sykepleiere mister sin autorisasjon (Statens helsetilsyn 2016). De fleste som bruker og misbruker medikamenter vil imidlertid ikke selv kategorisere sin bruk som rusmiddelbruk. Mange er sosialt velfungerende og bruker medikamenter for å fungere normalt i hverdagen, men det ligger et potensial for bruk utover medisinsk effekt (Fekjær 2008, Hauge 2009). Statens helsetilsyn understreker at helsepersonell som blir tatt for rusmiddelbruk som oftest blir oppdaget fordi de har stjålet fra arbeidsplassen, og ikke fordi de har opptrådt ruspåvirket på jobb (Statens helsetilsyn 2012). Helsepersonell, og særlig sykepleiere, straffes ofte hardt for rusmiddelbruk og medikamentbruk (Nygaard og Nordal 2005), og de fleste som blir oppdaget mister både jobben og autorisasjonen.

Tanken bak denne studien var først og fremst å få fortellinger om bruk og misbruk av medikamenter, og på den måten å innhente kunnskap om hvordan arbeidslivet kan jobbe forebyggende med dette. Det viste seg imidlertid at det som var viktigst for informantene å fortelle om var hvordan de ble møtt av arbeidsgiver i etterkant av at de ble oppdaget. Det er tydelig at informantene forstår seg selv og det de har gjort i lys av arbeidsgivers håndtering. Hvorvidt de har blitt møtt som et medmenneske som har et problem og trenger hjelp, eller som en som har gjort noe ulovlig og straffbart, betones som viktigere enn konsekvensene og utfallet.

Rapporten tar for seg hvordan informantene selv begrunner hvorfor de startet med medikamenter og hvordan det utviklet seg. Informantene er ulike i omfang av bruk av medikamenter, men de har alle latt det gå så langt at de har stjålet fra arbeidsplassen. De moralske avveiningene og hvordan informantene forteller at de tenkte da de stjal beskrives også i rapporten. Til sist tar rapporten for seg fortellingene om arbeidsgivers håndtering, og om hvordan informantene har blitt møtt når det de har gjort kom for en dag. Nettopp fordi det har vært så viktig for informantene å fortelle om dette, har rapporten blitt en rapport som også er relevant for andre enn helsepersonell. Funnene som gjelder bruk av medikamenter og arbeidsgivers håndtering har stor overføringsverdi til arbeidslivet for øvrig, og noe vi i Akan kompetansesenter tar med oss i vårt videre arbeid.

Takk!

Først og fremst en stor og ydmyk takk til informantene som har bidratt i denne studien. Jeg har stor respekt for at dere har valgt å snakke med meg om det dere har vært gjennom. Uten dere hadde ikke denne rapporten blitt til! Takk til Bergljot Baklien for faglige innspill og kyndig veiledning. Elisabeth Ege fortjener takk for gjennomlesning og oppbyggende tilbakemeldinger. Takk til Rikke Kalsveen for språkvask og lusing av komma. Jeg vil også rette en takk til Statens Helsetilsyn, herunder Ståle Ackermann, for å ha vært veldig behjelpelig i rekrutteringen av informanter. Og, sist, men ikke minst: en stor takk til mine kolleger i Akan kompetansesenter for å ha ventet så tålmodig på denne rapporten, og for å vise stor interesse og entusiasme underveis. En særlig takk til deg, Camilla Lynne Bakkeng, for uvurderlig støtte, både faglig og mentalt.

Oda Sjøvoll

Oslo, 2. november 2016

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1 Introduksjon | 9 |
| Om prosjektet | 9 |
| Leserveiledning | 10 |
| 2 Bakgrunn og tidligere forskning..... | 11 |
| Medikamentbruk..... | 11 |
| Helsepersonell, rusmiddelbruk og tap av autorisasjon | 12 |
| 3 Metode og data..... | 15 |
| Rekruttering | 15 |
| Utvalg | 17 |
| Kvalitative dybdeintervjuer | 18 |
| Etiske refleksjoner | 20 |
| 4 Bruk og avhengighet | 22 |
| To innganger..... | 22 |
| Et tilfeldig møte..... | 22 |
| Legepraksis..... | 25 |
| En måte å mestre på..... | 29 |
| Ruseffekt, forbruk og avhengighet | 31 |
| Oppsummering | 35 |
| 5 Terskler og rettferdigjøring | 36 |
| Fem moralske terskler | 36 |
| Første terskel: informasjonsplikt | 37 |
| Andre terskel: ta fra et overskudd /medisin som ikke skal brukes | 37 |
| Tredje terskel: stjele fra medisinrommet/signere ut legemidler med egen signatur | 39 |
| Fjerde terskel: forfalske signaturer/reseptar | 43 |
| Femte terskel: stjele fra pasienter | 45 |
| Den ensomme avvikerer | 47 |
| Oppsummering | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 6 Arbeidsgivers håndtering | 50 |
| To hovedfortellinger | 50 |
| Fra uønsket handling til uønsket person | 51 |
| Straff og resignasjon..... | 56 |
| Når du blir ivaretatt..... | 59 |
| Verdighet..... | 63 |
| Oppsummering | 66 |
| 7 Oppsummering | 68 |
| 8 Veien videre..... | 70 |
| Overføringsverdi til andre autorisasjonsbaserte bransjer | 70 |
| Å møte mennesker i vanskelige situasjoner | 71 |
| En tydelig policy og gode rutiner | 73 |

1 Introduksjon

*«Jeg var jo for fader sykepleier [...] Jeg planla jo ikke at jeg skulle bli avhengig og ødelegge livet mitt, det var ikke det som var planen. Men det var sånn det ble.»
(Sara, tidligere sykepleier)*

«Du, av alle» har jeg valgt å kalle denne rapporten, som baserer seg på intervjuer med ti kvinnelige sykepleiere som har stjålet medikamenter fra arbeidsplassen til egen bruk. Tittelen på rapporten refererer til hvordan de opplevde at omverden reagerte da det de hadde gjort kom for en dag. Det de har gjort bryter med oppfatningen av den de er, og for noen får dette bruddet mellom oppfatning og ugjerning større konsekvenser enn for andre. Tittelen sier noe om at dette er mennesker man ikke ante hadde problemer med bruk av medikamenter, og at de selv har holdt det godt skjult for omverden. Intervjupersonene i denne rapporten er forskjellige både i hvilke medikamenter de har brukt, hvor mye og lenge de har brukt medikamenter, og hvor langt det gikk før de ble avslørt. Felles for dem alle er at de har stjålet medikamenter fra arbeidsplassen og at de derfor har mistet sykepleierautorisasjonen. Det fremgår også at hvordan de ble møtt av arbeidsgiver da de ble oppdaget har vært avgjørende for hvor de står i dag.

Om prosjektet

Høsten 2012 fikk Akan kompetansesenter innvilget midler fra Helsedirektoratet til et prosjekt omhandlende medikamentbruk blant helsepersonell. Denne rapporten er prosjektets sluttprodukt og baserer seg på dybdeintervjuer med ti kvinnelige sykepleiere som har mistet autorisasjonen grunnet stjeling og bruk av medikamenter.

Helsepersonell står i en særstilling når det kommer til medikamenter. Dette er en yrkesgruppe som innehar en faglig kompetanse på bruk og virkning av legemidler, samt at de har tilgang til legemidler på arbeidsplassen. Helsepersonell, og særlig sykepleiere, straffes også ofte hardt for rusmiddelbruk og medikamentbruk (Nygaard og Nordal 2005). I et arbeidslivsperspektiv, og i et Akan-perspektiv, er kunnskap om hvordan disse sakene håndteres, og hvordan det oppleves av den ansatte, av særlig verdi. Da Akan kompetansesenter startet opp prosjektet var

det med et ønske om handlingsrettet kunnskap om medikamentbruk i arbeidslivet. Fortellinger fra sykepleiere som selv har stått midt i det, sentrert rundt deres egne begrunnelser og erfaringer, ble dermed en naturlig inngang til tematikken.

Prosjektet har hatt som mål å løfte frem og lære av fortellingene til sykepleiere som har mistet sin autorisasjon grunnet medikamentbruk, samt å få kunnskap om hvordan arbeidslivet generelt, og helse- og omsorgssektoren spesielt, kan jobbe forebyggende og intervenserende med bruk og misbruk av medikamenter.

Prosjektet har tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- 1) Hvordan forteller informantene om stjeling og bruk av medikamenter?
 - a. Hvordan begrunner de selv at de brukte medikamenter, og hvordan utviklet bruken seg til å bli et problem?
 - b. Hvordan reflekterer de rundt stjeling av medikamenter fra arbeidsplassen?
 - c. Hvordan opplever de at saken ble håndtert av arbeidsgiver?
- 2) Hva kan arbeidslivet lære av fortellingene?
 - a. Hva kan vi i Akan ta med oss i vårt videre arbeid?
 - b. Hvordan kan arbeidslivet, og særlig helsesektoren, ta tak i denne problematikken?

Leserveiledning

Hvis du ønsker å hoppe rett til kapitlene som omhandler fortellingene fra informantene, anbefaler jeg at du blar deg frem til kapittel 4 - 6. I kapittel 2 vil jeg kort ta for meg bakgrunn for prosjektet og tidligere forskning på feltet, før jeg i kapittel 3 redegjør for metoden og hvordan jeg har kommet frem til funnene. Kapittel 7 er en oppsummering av de empiriske funnene. Helt til slutt, i kapittel 8, har jeg gitt ordet til Camilla Lynne Bakkeng, fagansvarlig i Akan kompetansesenter. Hun skriver om hva hun mener er verdt å ta med seg videre fra dette prosjektet, både for Akan og for arbeidslivet for øvrig.

2 Bakgrunn og tidligere forskning

Medikamentbruk

Vanedannende legemidler skrives som hovedregel ut for behandling av smerter, søvnproblemer og angstproblematikk. Disse legemidlene har imidlertid et potensial for misbruk, og enkelte bruker dem utover terapeutisk formål (Rossow og Bramness 2015). Norske retningslinjer for utskrivning av slike legemidler er at de kun skal brukes i en kort periode, og at daglig bruk skal begrenses til kortest mulig tidsrom (ibid). En undersøkelse av det totale salget av vanedannende legemidler i Norge viser imidlertid at de som bruker mer enn 365 døgndoser i året står for nesten halvparten av den totale bruken, og at det er en klar sammenheng mellom gjennomsnittlig bruk per innbygger og utbredelsen av misbrukere (ibid). En studie som tar for seg data fra reseptregisteret for perioden 2005-2013 viser at andelen voksne som brukte vanedannende legemidler var høyere hos kvinner enn hos menn (Handal m.fl. 2015). Studien viser at 18 % av den norske befolkningen brukte vanedannende legemidler i løpet av et år, og at bruken økte med alderen hos begge kjønn. Kjønnforskjellene var størst for z-hypnotika og angstdempende benzodiazepiner, nesten dobbelt så mange kvinner som menn brukte disse legemidlene (ibid).

Hans Olav Fekjær (2008) skriver at de som blir medikamentavhengige er en annen gruppe enn vanlige rusmisbrukere, og at de fleste er middelaldrende kvinner. Mange er sosialt velfungerende og bruker medikamenter for å fungere normalt i daglige plikter og aktiviteter (Fekjær 2008:303). Det ligger imidlertid, som nevnt over, et potensial for bruk utover rent medisinsk formål, til dels fordi man etter hvert utvikler en høyere toleranse slik at man må ta større doser for å oppnå samme virkning (ibid:388). Fekjær skriver i tillegg at «avhengigheten av tabletter gjør også skade på selvrespekten og fører til skam- og skyldfølelse» (2008:14).

I sin bok *Legemiddelavhengighet* betegner Kari Hafseng medikamentavhengighet som «et skjult problem» (1998:27). I det legger hun at medikamentavhengige sjeldent eller aldri viser bruken sin til andre, samt at det ikke eksisterer et fellesskap eller miljø rundt medikamentbruk. Hun skriver at de færreste viser avvikende atferd knyttet til bruken, og at avhengigheten kan skjules i årevis. I likhet med Fekjær, peker Hafseng på at medikamentavhengighet er knyttet til en følelse av skyld og skam. Det fremgår også at

utvikling av medikamentavhengighet har sammenheng med vanskelig livssituasjon og/eller psykiske problemer (ibid:29).

Helsepersonell, rusmiddelbruk og tap av autorisasjon

Enkelte bidrag i forskningen peker på at misbruk av legemidler er mer utbredt blant helsepersonell enn det er i befolkningen for øvrig (bla Nordal 2006, Monroe og Kenaga 2010), mens andre mener det ikke er grunnlag for å anta at problemet er noe større blant helsepersonell enn i den øvrige befolkningen (bla Baldisseri 2007, Zierau 2002).

Rusmiddelbruk er imidlertid den største enkeltårsaken til at helsepersonell i Norge mister autorisasjonen, og hovedårsaken til at sykepleiere mister sin autorisasjon. I 2015 mistet totalt 39 sykepleiere autorisasjonen grunnet rusmiddelbruk (inkludert medikamentbruk), og 22 mistet autorisasjonen grunnet leggemiddeltveri (Statens helsetilsyn 2016). Det er imidlertid viktig å understreke at dette er kategorier Statens helsetilsyn opererer med. Mange som bruker og misbruker medikamenter vil ikke selv kategorisere seg som rusmiddelbrukere. I tillegg understreker Statens helsetilsyn at helsepersonell som blir tatt for rusmiddelbruk, herunder bruk av medikamenter, blir oppdaget fordi de har stjålet fra arbeidsplassen, og ikke fordi de har opptrådt ruspåvirket på jobb (Statens helsetilsyn 2012).

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgssektoren, og kan tilbakekalle helsepersonells autorisasjon i henhold til helsepersonelloven¹. Fylkesmannen er underlagt Statens helsetilsyn, og er den som fører tilsyn med helse- og omsorgstjenester i fylket. Fylkesmannen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekallelse av autorisasjon. Statens helsetilsyn avgjør hvert år et betydelig antall tilsynssaker overfor helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten basert på informasjon om enkelthendelser, der en del ender med at den det gjelder får tilbakekalt sin autorisasjon. Konsekvensene ved tap av

¹ «Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen» (Helsepersonelloven § 57).

sykepleierautorisasjonen er at man ikke lenger kan omtale seg selv som sykepleier. Du kan heller ikke være ansatt i en stilling, utføre oppgaver eller gjennomføre studier som krever autorisasjon (Statens helsetilsyn 2009). Mister du autorisasjonen er det som oftest ensbetydende med å miste jobben, siden det kreves autorisasjon for å jobbe som sykepleier. Helsepersonell som har fått tilbakekalt, mistet eller som frivillig har gitt avkall på autorisasjonen sin, kan imidlertid søke Statens helsetilsyn om ny autorisasjon eller om begrenset autorisasjon (ibid). I en slik søknad må man dokumentere at man er skikket til å jobbe som helsepersonell igjen. Har man mistet autorisasjonen grunnet rusmiddelbruk må man dokumentere at man ikke lenger misbruker rusmidler eller medikamenter ved å ta jevnlig urinprøver (2-4 ganger i måneden) over en periode på to år. Hvis man har hatt en bruk over flere år, med gjentatte tilbakefall, må man dokumentere en enda lengre periode som rusfri (ibid).

I Norge er Aud Nordals rapport «Falne engler» (2006) det faglige bidraget som i størst grad belyser rusmiddelbruk blant helsepersonell. Grunnlaget for denne rapporten er en systematisering av tilsynssaker om rusmiddelbruk blant sykepleiere (begge kjønn) fra år 1998-2000 i arkivet til Statens helsetilsyn, samt en spørreundersøkelse til norske sykehus og tilfeldig valgte kommuner om rutiner. Smerter, psykiske problemer og sammensatte problemer ble hyppigst oppgitt som årsak til bruk av rusmidler, og nærmere 80 % av sakene omhandlet medikamentbruk alene (2006:23). Rapporten viser store forskjeller i hvordan arbeidsgiver håndterte sakene, alt fra oppsigelse til ingen reaksjon, og om og når sakene ble meldt til Statens helsetilsyn (ibid:25). Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at så mange som ni av ti sykehus hadde Akan, men et fåtall hadde utarbeidet egne prosedyrer for helsepersonell (ibid:28). I et flertall av sakene som omhandlet sykepleiere og rusmiddelbruk på sykehus fikk vedkommende tilbud om Akan-opplegg, mens et fåtall fikk tilbud om Akan-opplegg i kommunene. Nordal mener å finne at det er behov for egne prosedyrer når det gjelder medikamentbruk blant helsepersonell i lys av tilgjengeligheten på arbeidsplassen, for å skape en kultur som tidlig avdekker rusmiddelbruk blant ansatte (ibid:67).

En rapport utgitt i 2000, av det som den gang het sosial- og helsedepartementet, tar for seg helsepersonells personlige opplevelser og erfaringer med uformell kritikk, tilrettevisning, advarsel eller tilbakekall av autorisasjonen. I studien gir alle informantene uttrykk for sterke følelser i forbindelse med reaksjonen de har mottatt, og begreper som urettferdighet, maktesløshet og ensomhet, eller alenefølelse, går igjen. De som har fått en advarsel eller fått autorisasjonen tilbakekalt opplever den største fortvilelsen og avmaktsfølelsen (2000:17).

Flertallet av informantene med tilbakekalt autorisasjon hadde mistet autorisasjonen grunnet misbruk av rusmidler i jobbsituasjonen. Studien viser at de som hadde mistet autorisasjonen på grunn av rusmiddelbruk aksepterte situasjonen sin i større grad enn de som av andre grunner hadde mistet autorisasjonen (ibid:35). Omtrent alle sykepleiere som hadde mistet autorisasjonen hadde fått andre jobber i helsevesenet, mens alle leger og tannleger i utvalget var uten jobb og hadde heller ikke søkt jobber hvor autorisasjon ikke er nødvendig (ibid:37). Alle i gruppen som har mistet autorisasjonen rapporterer om en sterk skam- og skyldfølelse overfor familien, og flere har vurdert selvmord (ibid).

3 Metode og data

Denne rapporten er basert på dybdeintervjuer med ti kvinnelige sykepleiere som alle har mistet autorisasjonen fordi de har stjålet og brukt medikamenter. Det sentrale for meg er hvordan de selv forteller om dette, hva de vektlegger og hvilke refleksjoner de gjør seg. I dette kapittelet redegjøres det for utvalgsriterier og rekruttering, før jeg går inn på valg av metode og hvordan selve intervjuundersøkelsen ble utført. Til slutt vil jeg gjøre noen etiske refleksjoner.

Rekruttering

Da Akan kompetansesenter startet opp prosjektet var det med mål om å undersøke medikamentbruk blant helsepersonell, for å få mer kunnskap om bruk av medikamenter generelt og for å undersøke om det er faktorer i arbeidssituasjonen til helsepersonell som gjør denne gruppen mer sårbar for bruk og misbruk. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å få innpass på et sykehus for å gjøre intervjuer med helsepersonell der, og kanskje sammenligne avdelinger. Det viste seg vanskelig å få til, og jeg bestemte meg for å kontakte Statens helsetilsyn for hjelp med rekruttering av informanter som har mistet autorisasjonen sin fordi de har brukt medikamenter. Da ville jeg få informanter med en helt unik erfaring, og samtidig sørge for at rekrutteringen foregikk på en etisk forsvarlig måte. Da jeg beveget meg fra ett spesielt sykehus som nedslagsfelt til å rekruttere informanter gjennom Statens helsetilsyn, endret også målet med prosjektet seg litt. Prosjektets mål ble nå å løfte frem og lære av fortellingene til sykepleiere som har mistet sin autorisasjon grunnet medikamentbruk, samt synliggjøre deres egne forklaringer og begrunnelser.

Rekrutteringen av informanter har foregått via Statens helsetilsyn, i to runder. Statens helsetilsyn har videreformidlet en forespørsel fra Akan kompetansesenter til aktuelle personer i sitt arkiv. Statens helsetilsyn har taushetsplikt vedrørende personlige opplysninger i tilsynssaker, slik at jeg ikke har hatt informasjon om personene før de har kontaktet oss for deltakelse i prosjektet. De som har ønsket å delta i prosjektet har henvendt seg direkte til meg, og har ikke gått gjennom Statens helsetilsyn. I informasjonsskrivet om prosjektet ble det understreket at deltakelse var frivillig, at den enkelte informant kunne trekke seg når som

helst og at alle informantene var garantert full anonymitet i utgivelsene i etterkant. Samtlige informanter har undertegnet en samtykkeerklæring i forkant av intervjuene.

Første forespørsel ble sendt ut til 113 personer fra arkivet, alle kvinnelige sykepleiere som har fått tilbakekalt eller begrenset autorisasjon med bakgrunn i helsepersonelloven § 57: «Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen». Tidsperiode for aktuelle saker ble satt til siste fem år. Denne forespørselen resulterte i åtte intervjuer.

Andre forespørsel ble sendt ut til 40 nye personer fra arkivet, under samme kategori som ved første runde, men med en utvidet tidsperiode for når saken pågikk (perioden juli-desember 2007, eller i perioden 2014-juni 2015). Denne forespørselen resulterte i to intervjuer.

Første forespørsel ble sent ut i konvolutter merket med Statens helsetilsyn. Det jeg i forkant ikke hadde tenkt over, var at Statens helsetilsyn representerer noe problematisk for mange av de som fikk forespørselen i posten. Dette ble nemlig poengtert under et par av intervjuene:

[J]eg må innrømme at jeg fikk et knyttneveslag i magen da jeg fikk brev fra Statens helsetilsyn nå for to uker siden. [...] Altså, jeg tenkte sånn... Ja, om de rett og slett hadde skrevet brev til meg fordi de hadde funnet mer dritt. Jeg ble helt dårlig. Og jeg kan tenke meg at det er mange som meg. (Ane)

[D]et er litt sånn som å få brev fra kemneren liksom. «Ahh, hva er dette her?», ikke sant, og ettersom at de brevene jeg har fått fra Helsetilsynet så har det stått at «du har gjort sånn og sånn og derfor blir det sånn og sånn, og du kan ikke ha autorisasjon lengre». (Sara)

Det er grunn til å tro at reaksjoner som Ane og Sara her beskriver har ført til at enkelte ikke har tatt kontakt for å delta i prosjektet. I tillegg er det uheldig at forespørselen har påført

sårbare mennesker et ubehag når det kunne vært unngått. Derfor ble forespørselen sendt ut i vanlige, hvite konvolutter i runde nummer to.

Utvalg

Målet med studien har vært å gå i dybden på et tema, og å få handlingsrettet kunnskap om tematikken. Sammenligning på tvers av kjønn eller profesjon ble dermed ikke sett på som hensiktsmessig, selv om det helt sikkert hadde vært interessant. Utvalget i denne studien består utelukkende av kvinner, og utelukkende av sykepleiere, og det er i all hovedsak to grunner til det. For det første er bruk av vanedannende legemidler i den voksne befolkningen mer utbredt blant kvinner enn blant menn (Handal m.fl. 2015). For det andre er sykepleieryrket et kvinnedominert yrke. Dette er to faktorer som gjorde det naturlig å begrense utvalget til å bestå av kvinnelige sykepleiere. Tidligere undersøkelser har også vist at sykepleiere straffes hardt for rusmiddelbruk (Nygaard og Nordal 2005), herunder medikamentbruk, noe jeg mente det kunne være interessant å forfølge i dette prosjektet.

Alle informantene forteller at de ble tatt for å ha stjålet fra arbeidsplassen, og ikke for å ha opptrådt ruspåvirket på jobb. Statens helsetilsyn bekrefter at «tyveri av legemidler fra arbeidsplassen er en av hovedgrunnene til at arbeidsgiver oppdager rusmisbruk» (Statens helsetilsyn 2012).

Informantene er ti kvinnelige sykepleiere som har mistet autorisasjonen fordi de har stjålet og brukt medikamenter fra arbeidsplassen. Alle har jobbet på sykehus, men noen forteller også om arbeidsforhold på sykehjem i tillegg. Informantene kommer fra ulike steder på Østlandet, Vestlandet og Sørlandet. Aldersspennet på informantene er cirka 35-55 år. Alle informantene har fått fiktive navn i rapporten.

| Informant | Medikamentbruk | Sak | Situasjon i dag |
|------------------|---|--|---|
| «Turid» | Angstdempende, smertestillende og sovemedisin i perioder over mange år. | Stjeling og reseptforfalskning. Mistet jobben og ble politianmeldt. | Har fått tilbake autorisasjonen, men er uten jobb. |
| «Randi» | Smertestillende over flere år. | Stjeling. Mistet jobben på den ene avdelingen, beholdt jobben på den andre. Ble politianmeldt. | Har fått tilbake autorisasjonen, og jobber deltid som sykepleier. |
| «Lise» | Angstdempende i perioder. | Stjeling. Mistanke om stjeling. Ble politianmeldt, men saken henlagt. | Mistet autorisasjonen to ganger. Har verken autorisasjon eller jobb. |
| «Ane» | Kortvarig, men intens, bruk av sterke smertestillende. | Stjeling. Mistet jobben og ble politianmeldt. | Har fått tilbake autorisasjonen, men er uten jobb. |
| «Ingvild» | Stort forbruk av smertestillende over flere år. | Stjeling og reseptforfalskning/ dokumentforfalskning. Beholdt jobben. | Har fått tilbake begrenset autorisasjon, og jobber som sykepleier. |
| «Sara» | Stort forbruk av smertestillende i perioder over mange år. Flere tilbakefall. | Stjeling. Mistet jobben. | Mistet autorisasjonen flere ganger. Har verken autorisasjon eller jobb. |
| «Monika» | Sovemedisin i perioder. | Stjeling. Mistanke om stjeling. Mistet jobben. | Mistet autorisasjonen to ganger. Har ikke autorisasjon, er i jobb. |
| «Berit» | Sovemedisin i mange år. | Stjeling. Beholdt jobben, men annen type jobb. | Har fått tilbake autorisasjonen, er i jobb. |
| «Irene» | Angstdempende i en kort periode. | Stjeling. Mistet jobben. | Har ikke autorisasjon, er i jobb gjennom NAV. |
| «Gro» | Sovemedisin i perioder over noen år. | Stjeling. Beholdt jobben ett år. | Har ikke autorisasjon eller jobb. |

Kvalitative dybdeintervjuer

For å belyse tematikken har jeg valgt kvalitative dybdeintervjuer. Intervjuene har fungert som en samtale, noe som har gitt meg muligheten til å følge opp det som ble sagt og dermed få en bredere forståelse av temaet (Widerberg 2001). Et av kjennetegnene til den kvalitative intervjuformen er at den kan få frem aspekter informantene selv synes er viktige og relevante, formulert med egne ord, nettopp fordi det er deres erfaringer som er det sentrale. Hva de velger å vektlegge og hvordan de snakker om egen medikamentbruk, hvordan de selv forklarer det og hvilke refleksjoner de gjør seg, er sentralt for meg i min tilnærming (Kvale og Brinkmann 2009).

Elliot G. Mishler (1986) anser forskningsintervjuet som et sted hvor parter møtes og snakker sammen, og ser på fortellinger som en kilde til å få tak i mening og erfaring hos informanter: «telling stories is one of the significant ways individuals construct and express meaning» (Mishler 1986:67). I denne rapporten bruker jeg gjennomgående betegnelsen fortellinger om det som har kommet frem i intervjuene. Folk forstår handlingene sine gjennom fortellingene om dem, og folk handler på spesielle måter på grunnlag av disse fortellingene (Gutting 1996). Fortellinger er med andre ord både en rasjonalisering over noe som har skjedd i fortiden, men også som noe som er med på å bestemme hva vi gjør nå og hva vi kommer til å gjøre i fremtiden (Presser 2009). Fortellingene påvirker handlingene våre og dermed virkeligheten vi lever i. Samtidig blir fortellingene konstruert i denne virkeligheten. Det betyr ikke at det ikke er en rekke bakenforliggende faktorer som påvirker hvilke valg vi tar. Mitt hovedfokus er imidlertid ikke å finne ut av hvilke bakgrunnsfaktorer som har påvirket situasjonen til informantene, men snarere hvordan de selv forstår og forklarer situasjonen. Her er fortellingene en viktig inngang.

Jeg hadde en intervjuguide som jeg forholdt meg til under intervjuene, men den fungerte mer som en huskeliste over tema jeg gjerne ville at vi skulle innom, samt forslag til spørsmålsformuleringer, heller enn en mal for intervjuet. Da jeg utarbeidet intervjuguiden var jeg mest opptatt av å få fortellinger om bruk av medikamenter, hvordan det startet og hvordan det utviklet seg. Dette fikk jeg fortellinger om, og har viet et kapittel i rapporten til det. Jeg har også skrevet et kapittel som omhandler de moralske avveiningene som oppstår når informantene stjeler fra arbeidsplassen, og om hvilke moralske terskler som finnes i fortellingene. Det som imidlertid viste seg som viktigst for et flertall av informantene å fortelle om, var hvordan de ble møtt av arbeidsgiver når det de hadde gjort kom for en dag. Det er tydelig at informantene forstår seg selv og det de har gjort i lys av hvordan de i etterkant ble møtt. Jeg mener derfor at kapittelet som omhandler arbeidsgivers håndtering er det viktigste kapittelet i rapporten, og et kapittel jeg håper alle som åpner rapporten leser.

Hvert intervju varte mellom en og en og halv time, og fant sted på et møterom på hotell, på et møterom hos Akan eller hjemme hos informanten. Med tanke på tema for intervjuene foreslo jeg aldri kafé eller andre offentlige møteplasser for gjennomføring av et intervju. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i sin helhet. I transkripsjonene er alt av navn og stedsnavn anonymisert, og lydfilene ble slettet etter at de var transkribert.

Etiske refleksjoner

Sensitive temaer krever sensitivitet fra intervjuerens side. Ansvaret den som intervjuer har for å legge til rette for at den som blir intervjuet føler seg trygg nok til å snakke fritt, uten at det krysser grensen til det utleverende, er avgjørende. Å finne denne balansegangen kan være vanskelig, men er nødvendig av etiske hensyn (Kvale og Brinkmann 2009). Dette har vært spesielt viktig med tanke på at studiens tematiske ramme allerede er av en etisk sårbar karakter. Prosjektet omhandler en tematikk som det potensielt er vanskelig å fortelle om. I tillegg viste det seg at en del av informantene har sterke opplevelser på hjemmebane som bakteppe for sin bruk av medikamenter, og noen har også hatt tøffe ettervirkninger etter det de har vært gjennom. Jeg var verken forberedt på å høre fortellinger om slike opplevelser eller beskrivelser av forsøk på selvmord. Mange av informantene befant seg i en situasjon uten jobb, og noen var fortsatt ganske preget av det de har vært igjennom. I en periode med mange intervjuer etter hverandre ble det rett og slett litt mye å ta innover seg, og jeg slet med en følelse av både avmakt og av å utnytte mennesker som har det vanskelig i livet. At jeg møtte dem, fikk deres fortellinger, og gikk igjen, uten å kunne gi noe tilbake. Nå, når jeg har intervjuene litt på avstand, vet jeg at denne rapporten, samt det å fortelle om funnene ute i arbeidslivet, er å gi noe tilbake. I tillegg er det flere av informantene som uttrykte en takknemlighet over å få muligheten til å bruke opplevelsene og erfaringene sine til noe som kan være til hjelp for andre. Fortellinger om livskriser, selvmordsforsøk og turbulente familieforhold har det imidlertid vært ekstra viktig for meg å håndtere med varsomhet. Jeg har avstått fra å gå i detalj på dette i rapporten, først og fremst for å bevare informantenes anonymitet.

Det er også knyttet et etisk ansvar til fremstillingen av funnene. I kapitlene som omhandler funn vil jeg legge vekt på å ligge så nær informantenes fortellinger som mulig, blant annet ved å gjengi sitater i sin helhet eller i parafrasert form. Det jeg skriver skal være gjenkjennbart for informantene, men det skal også forankres i en faglig kontekst. Det er med andre ord viktig for meg å markere tydelige skillelinjer mellom mine forståelser, faglige perspektiver og presentasjon av informantenes egne forståelser (Thagaard 2003).

Det er flere ting som skiller meg fra informantene enn det er likhetstrekk. Jeg jobber med helt andre ting enn de har gjort, eller gjør, er yngre enn dem og har liten kjennskap til bruk av medikamenter. Det bidro nok til at det ble en form for distanse mellom meg og den jeg intervjuet, noe jeg forsøkte å kompensere for med å være veldig åpen og avslappet i

intervjusituasjonen. Jeg har imidlertid intervjuet kvinnelige sykepleiere tidligere, i forbindelse med min masteroppgave i sosiologi, om hvordan det er å kombinere turnusliv og familieliv. Selv om det var en helt annen tematikk, fikk jeg innsikt i hvordan det er å jobbe som sykepleier, og satt igjen med stor respekt for denne yrkesgruppen. Respekten har ikke blitt mindre etter møtet med informantene i dette prosjektet, det er heller tvert i mot. Jeg sitter igjen med et inntrykk av at informantene er oppegående og kompetente mennesker, som tross det de har vært gjennom, står relativt støtt. Dette var noe jeg formidlet til informantene mine, og som de tydelig satt pris på å høre. Jeg håper og tror at jeg med dette bidro til at de kjente at vi var mer likeverdige parter, og ikke «forsker» som møter «medikamentavhengig».

4 Bruk og avhengighet

Litteratur og tidligere forskning peker på at bruk av medikamenter i utgangspunktet handler om å fungere i hverdagen, men at det ligger et potensial for bruk utover medisinsk effekt (Fekjær 2008, Hauge 2009). Det er langt fra alle som starter med medikamenter som blir avhengige, eller som tar mer enn terapeutisk dose², men for noen går det så lang at man mister kontroll og bruken blir altoppslukende. Utgangspunktet kan være det samme, men utfallet forskjellig, og det gjelder også informantene i denne studien. Felles for dem alle er likevel at de har mistet autorisasjonen fordi deres bruk av medikamenter har gått så langt at de har stjålet fra arbeidsplassen. Dette kapitlet handler om hvordan informantene selv begrunner hvorfor de startet med medikamenter og hvordan det eskalerte. Hvordan forklarer de behovet for å ta medikamenter i utgangspunktet? Hvordan startet det, hvordan utviklet det seg, og når gikk bruken over i overforbruk og avhengighet?

To innganger

I fortellingene finner jeg to ulike innganger til bruk av medikamenter, som begge ender opp med at de til slutt stjeler fra arbeidsplassen. Den ene inngangen er at man mer eller mindre helt tilfeldig får kjennskap til virkningen av en type medikament, mens den andre handler om at man oppsøker legen og får skrevet ut en resept på vanedannende legemidler. I begge tilfellene er selve bruken i etterkant ledet ut fra et ønske om å håndtere livet på en bedre måte.

Et tilfeldig møte

For enkelte av informantene er det første møtet med medikamenter, og virkningen av medikamentene, mer tilfeldig enn hos andre. Ane forteller om postoperativ smertelindring, Lise om at hun får en tablett av sin far for å roe nervene før en eksamen og Sara om smertelindring etter å ha trukket to visdomstenner. Ikke helt uvanlige situasjoner, som får store konsekvenser.

² Med terapeutisk dose menes mengden av et legemiddel som må til for å helbrede en tilstand, med et minimum av bivirkninger og uten at det gir toksikologisk effekt.

Ane forteller at hun «har slitt mye med angst» og søvnproblemer, men hun sier samtidig at hun har «aldri tatt tak i det». Hun har «vært vant med å ha en indre uro», men i forbindelse med en enkel operasjon får hun postoperativ smertelindring som gir henne en slags ro:

[S]å ble jeg altså følelsesmessig nummen etter den smertelindringen. Jeg var ikke ruset, jeg bare kjente ingenting. Og den følelsen glemmer jeg aldri. Men jeg gikk på jobb da jeg ble frisk nok [...], og hadde ingen trang til å ta noen medisiner i det hele tatt.

Det går et helt år etter operasjonen før hun får et «innfall» om å ta ampuller med morfin og Ketorax³ fra arbeidsplassen:

At den følelsen hadde ligget så latent i meg, det var veldig skremmende. At jeg plutselig fikk det innfallet når det begynte å bygge seg opp. Hadde det ikke greit med meg selv på den tiden, [...] sov lite, og hadde mye tankekjør. Det var ikke sånn at jeg ble utskrevet fra sykehuset den gangen, og gikk på jobb og begynte å misbruke, det tok faktisk over ett år.

Slik jeg forstår Ane, mener hun at hun aldri helt glemte hvordan hun følte seg da hun kjente virkningen av medikamentene, som gjør at hun til slutt begynner å ta samme type smertelindrende medikament fra jobb et helt år etterpå. Hun sier selv at det ikke var «noe spesifikt der og da som gjorde at jeg begynte», men «noe som ulmet over lang tid». Det når et slags punkt der det kroppslige minnet om virkningen av smertelindringen møter en anledning til å stilne det følelsesmessige kaoset som har fått bygge seg opp over tid. Dette fører til at hun plutselig stjeler rester fra en morfinampull på jobb, som bare er starten på et kortvarig, men heftig og omfattende, forhold til medikamenter.

Sara er den av informantene som forteller om det vanskeligste forholdet til medikamenter, med mange tilbakefall og en bruk som tidvis har slukt henne helt. Hun mener hun aldri vil bli helt kvitt avhengigheten, en avhengighet som starter med noe så alminnelig som trekking av visdomstenner:

³ Et legemiddel som tilhører opioidgruppen og som brukes ved sterke smerter.

Og så sier tannlegen: «jeg tar bare en for det kommer til å gjøre så vondt». Og jeg sier: «ta begge to, så blir jeg ferdig». Og så fikk jeg Paralgin forte av han. Det hadde jeg aldri tatt. Og da husker jeg at [...] pillene tok ikke bare smertene, jeg fikk jo energi av det, liksom. Men jeg fikk jo 20 da, og så var jo det over.

«Mitt forhold til piller, før, var liksom ingenting», forteller hun. Hun har små barn, full jobb og mye annet å styre med, og sier at hun «var så trøtt at jeg kunne stå og sove hvis jeg bare fikk lene hodet mot veggen». I likhet med Ane, går det lang tid fra dette tilfeldige første møtet med virkningen av medikamenter, før Sara selv oppsøker denne virkningen ved å ta fra jobb:

[D]et verste av alt er at jeg tenkte at... der, da hadde jeg skutt gullfuglen. Det funket jo kjempebra, liksom. Jeg orket jobb og unger og [...] gubbe og det som var liksom. Følte meg knallfin. [...] [J]eg var ute etter mere kraft. Og det fikk jeg.

Den tredje informant som adresserer en form for kroppslig minne etter å ha blitt introdusert for virkningen av medikamenter, er Lise. Hun forteller om en ungdomstid preget av angst og spiseforstyrrelser, og at hun ved en anledning, og «i beste mening», får en Vival⁴ av sin far for å roe nervene før en eksamen:

Og akkurat den følelsen og det motet det ga meg, det var noe.. selv om det gikk mange, mange år før at jeg tok neste, så husket på en måte kroppen min det da, føler jeg.

Det interessante med disse fortellingene er nødvendigvis ikke de tilfeldige inngangene isolert sett, selv om det er tankevekkende at omfattende avhengighetsproblematikk kan starte med å trekke visdomstenner. Det er nettopp at informantene forteller at kroppen husker hvordan den responderte på medikamentene, i mange år etterpå, og at behovet for denne virkningen plutselig melder seg i en situasjon der muligheten for å ta medikamenter er til stede. Det kroppslige minnet om den positive virkningen krysser rett og slett en anledning for å ta medikamenter fra jobb i en situasjon som oppleves litt ekstra krevende. Grunnen til at jeg

⁴ Angstdempende middel (benzodiazepin).

bruker begrepet «kroppslig minne» er at jeg forstår informantenes fortellinger dithen at de ikke er bevisste dette minnet om virkningen. Det ligger rett og slett mer i kroppen enn i hodet. De tenker verken over det, kjenner på det, eller savner det, men ville ikke fått et behov for å ta medikamenter fra jobb om ikke dette minnet hadde ligget latent i dem. Problemet er med andre ord ikke den tilfeldige inngangen, men at virkningen setter seg som et minne i kroppen, som etter en tid vekkes til live og fører til et avhengighetsforhold.

Legepraksis

Den andre inngangen til bruk av medikamenter er rett og slett gjennom fastlegen, eller annen lege man har kontakt med. Dette er fortellinger om å oppsøke legen for å få hjelp med noe man sliter med, alt fra søvnproblemer og angst til ulike former for smerter. Det er også fortellinger om leger som først er på tilbudssiden når det gjelder å skrive ut medikamenter, men som plutselig setter ned foten og ikke vil skrive ut mer.

Berit forteller om langvarig bruk av medikamenter, som startet med at hun opplevde «å slite med søvnen» da hun fikk barn, og at «det ballet litt på seg». Berit skiller seg fra mange av de andre informantene ved at hun forteller om en bruk i kontrollerte former, selv om det foregikk over lang tid. Men også hun erkjenner et avhengighetsforhold. Hun beskriver seg selv som «litt sånn flink pike som skal fikse alt selv», noe som gjør at hun etter hvert blir «helt utslitt» og kontakter fastlegen. Legen skriver ut Imovane⁵ mot søvnproblemer, og sier samtidig at «det er ikke farlig, bare en innsovningstablett». I starten var hun veldig forsiktig og ville «ta så lite som mulig»:

[N]år jeg fikk disse Imovane så delte jeg de i fire så jeg skulle ta så lite som mulig, jeg var helt sånn. Men jeg ble sikkert, tenker jeg nå da, fort avhengig av dem. Men jeg var ikke klar over det selv. Jeg fikk jo bare ny medisin av han, og fortsatt så var de ikke farlige, sant. Så det var liksom.. og i og med at jeg hadde en veldig travel jobb, unger, så gikk årene og jeg fikk medisin av han, og det var liksom ikke.. det var jo bare en del.. akkurat som andre tok blodtrykksmedisin. Ja, årene gikk, og klart, jeg var jo avhengig av dem.

⁵ Sovemedisin (benzodiazepin).

Berit forteller at hun stadig går med planer om å trappe ned og slutte med sovemedisinen, men at hun hele tiden skyver det foran seg: «Jeg skulle slutte selv, skulle fikse det selv, skulle bare ta denne konfirmasjonen. Sånn var det hele tiden, nye milepæler.». Hun har tatt Imovane fast i over ti år da hun får en ny fastlege som plutselig sier stopp og nekter å skrive ut mer medisiner til henne:

Han satt foten ned: «nå er det nok». Og da var det jeg [...] det var vel da jeg begynte å finne meg første gangen selv. Fordi at, sant.. jeg hadde tilgang.

Når legen etter så lang tid ikke vil skrive ut mer, og heller ikke tilbyr nedtrapping eller andre løsninger på søvnproblemene, blir veien til å ta medikamenter fra jobb ganske enkelt for kort. «Fordi [...] jeg hadde tilgang», som Berit sier det selv. Irene forteller om en liknende opplevelse med sin fastlege. Hun oppsøkte legen fordi hun «begynte å slite med angst» og «sov ikke om nettene», noe som «førte til at jeg fikk veldig mye muskelspenninger, og ble veldig stiv i nakke og skuldre». Hos legen får hun resept på Sobril⁶, Stilnoct⁷ og Somadril⁸, men etter et år får hun ny lege med en helt annen tilnærming til problematikken:

[H]an skulle helbrede meg. Så han stoppet all utskrivning av medisin, kuttet det tvert. Det var ikke aktuelt å skrive ut en tablett til meg mer.

«Det at han kuttet alle medisinene tvert, det.. det var jo da det skar seg. Det skar seg fullstendig», forteller Irene. Hun ender opp, i likhet med Berit, med å ta medikamenter fra jobb, fordi hun har tilgang og fordi hun opplever at hun trenger det. Heller ikke Irene synes å ha en lege som skjønner at hun kunne trengt enten en nedtrappingsperiode eller noen alternativer til medikamentene. Selv om Irene ikke har brukt medikamentene mer enn ett år, mens Berit har brukt sovemedisin i ti år, før legen sier stopp, opplever de begge å ha utviklet en avhengighet som bidrar til at tilgjengeligheten på arbeidsplassen blir løsningen.

⁶ Angstdempende middel (benzodiazepin).

⁷ Sovemedisin (benzodiazepin).

⁸ Smertestillende middel (trukket fra markedet grunnet stor fare for avhengighet).

Randi er en annen informant som opplever at legen ikke vil skrive ut mer medikamenter til henne, etter å ha gjort det over lang tid. Hun forteller om en mye mer omfattende bruk av medikamenter enn Berit og Irene, en bruk som starter med at hun får utskrevet smertestillende i forbindelse med en prolaps i ryggen. Fastlegen skriver ut 200 Paralgin forte i måneden til henne i seks år, før han sier stopp etter påpakning fra apoteket for å ha skrevet ut mye vanedannende legemidler. I likhet med både Berit og Irene, er det når legen setter ned foten at Randi begynner å ta medikamenter fra arbeidsplassen. Etter å ha brukt en såpass stor mengde smertestillende i så mange år, har Randi godt på vei utviklet en avhengighet. Det som er interessant med fortellingen til Randi er at hun faktisk på et tidspunkt konfronterer legen sin med den mengden medikamenter han skriver ut til henne:

Jeg jobbet sammen med legen min også, mye. [...] Jeg vet jeg sa på et eller annet tidspunkt at «jeg bruker jo mye av dette», og da sa han at «du er ikke typen som blir avhengig, og jeg ser deg jo på jobb, du er jo aldri rusa, du jobber jo masse».

Randi er selv bekymret for at hun tar litt mye medisin, og forsøker å luften dette med legen som skriver ut medisinen til henne, og som hun tilfeldigvis også jobber sammen med. Svaret hun får tydeliggjør en immunitetstematikk som delvis kommer til syne i flere av fortellingene, som er en annen immunitetstematikk enn tidligere studier har pekt på. I tillegg til at helsepersonell har direkte nærhet til legemidler, som muliggjør anskaffelsen av medikamenter, har helsepersonell en nærhet gjennom sin faglige kompetanse om hvordan legemidlene virker. På grunn av denne kompetansen kan helsepersonell være av den oppfatning at de er i stand til å kontrollere sin bruk av vanedannende legemidler på en måte som ikke fører til avhengighet (Baldisseri 2007:110). Tanken om egen immunitet gir imidlertid liten gjenklang i fortellingene til mine informanter. Derimot er det mye som tyder på at andre rundt dem, og da særlig leger som skriver ut medikamenter, anser dem som mer eller mindre immune mot avhengighet. Slik jeg tolker samtalen Randi har med legen sin, er det nettopp en slik tanke om immunitet som fremkommer i svaret legen gir henne: «du er jo ikke typen som blir avhengig». Irene er også innom denne tematikken i sin fortelling, om enn på et litt mer generelt nivå:

[J]eg tror at leger tror at sykepleiere har mer kontroll enn andre. [...] At de tenker at «dette kan du jo, dette vet du». Men man blir jo ikke noe mindre avhengig av den grunn.

Jeg har ikke grunnlag for å si noe om legene i disse tilfellene har vurdert det det dithen at yrkeskompetansen gjør sykepleiere immune mot medikamentavhengighet. Det er imidlertid flere av informantene som har fått utskrevet vanedannende legemidler over flere år uten at det har vært noe spørsmål fra legen om nedtrapping eller om å prøve noe annet:

[D]et jeg hadde trengt, det var jo på en måte noen som også tenkte at «i den situasjonen du er nå, så er det kanskje ikke et godt alternativ... du får ikke noe mer enn én resept». [...] Litt sånn, hadde satt noen... tenkt «hvordan kunne vi prøvd å hjelpe her». (Ingvild)

[D]a ringer fastlegen til meg [...], og så sier hun «hvis du trenger noe å sove på, så skal du få det». «Ja, det trenger jeg», sa jeg. Med en gang sa jeg det, at det trengte jeg. (Lise)

[D]a hadde jeg på en måte fått fastlegen min med på at jeg trengte... altså, både fikk Imovane, fikk Sobril, fikk Paralgin forte. Sånn at da brukte jeg den trekombinasjonen liksom. (Turid)

Dette er fortellinger om leger på tilbudssiden, og om leger som skriver ut sterkt vanedannende legemidler i årevis. Leger som kanskje stiller spørsmål, men ikke noe mer enn at de likevel skriver ut medisiner. Et par av informantene forteller at de går til flere leger for å få skrevet ut resepter. Dette er nok ikke enestående for mine informanter, og dermed en viktig påminnelse om hvordan avhengigheten for mange starter. Det er likevel verdt å påpeke at det her er snakk om informantenes fortolkninger av legens rolle i en fortelling som omhandler misbruk og avhengighet, og at vi ikke kjenner til fastlegens begrunnelser for egen utskrivningspraksis. Man kunne kanskje tenke seg at informantene har et behov for å ha noen å skylde på, slik at avhengighetsforholdet fremstår mer ytre påført enn selvpåført. Min fortolkning av deres fortellinger er likevel at informantene nødvendigvis ikke er ute etter å skylde på noen når de forteller om medikamentbruken sin, heller motsatt, men at de stiller spørsmål ved hvordan legen forholdt seg til dette når de i etterkant vet hvor det bar hen.

Det mest tankevekkende med fortellingene om leger som er raus med å skrive ut resepter, er det som skjer når de bestemmer seg for å si stopp uten å tilby nedtrapping eller alternativer til medikamentene. Når informantene da har rukket å utvikle en avhengighet til medisinen, og de

har tilgang til samme type medikamenter på jobb, er det tydelig at de fort ender opp med å ta fra arbeidsplassen når anledningen byr seg. Med tanke på tilgjengeligheten sykepleiere har til medikamenter, blir det ekstra betenkelig om det faktisk er slik at fastlegene er mindre påpasselige i sin utskrivningspraksis til nettopp sykepleiere. Nå vet vi imidlertid ikke om det er slik det henger sammen, men en praksis der legene plutselig setter ned foten etter lang tid med utskrivning er uansett kritikkverdig.

En måte å mestre på

Når informantene snakker om hvorfor de har brukt medikamenter, peker de i stor grad på psykiske og fysiske utfordringer. I nesten alle tilfeller er disse utfordringene ledet av større eller mindre kriser på hjemmebane – fra krevende småbarnsfase og skilsmisse, til alvorlig sykdom og dødsfall. Bruken av medikamenter kretser i all hovedsak rundt å fungere i hverdagen med smerter, angst og søvnproblematikk, og ikke minst å kunne stå i jobb. En gjenganger i fortellingene er også at overgangen fra terapeutisk bruk til en mer omfattende bruk skjer suksessivt.

At det psykiske og det fysiske henger tett sammen, kommer tydelig frem i fortellingene. Mange av informantene opplever ganske store familiære belastninger, som setter seg som fysiske smerter og en generell uro. Når de strever med å håndtere det som skjer, og å fungere i jobb i tillegg, oppleves medikamentene som en strategi for både å døyve og for å fungere. Lise er en av informantene som forteller om ganske krevende familieforhold og hendelser som har satt dype spor. Hun beskriver perioder hvor hun er «veldig nedkjørt» og har «mye angst», som er knyttet opp mot turbulente familieforhold. Hun understreker at hun aldri har tatt tabletter for å ruse seg, «det var mer for å klare meg på en måte». Hun har en lege som i perioder skriver ut sovemedisin og angstdempende, og hun beskriver bruken sin slik:

[D]et gikk jo ikke lang tid [...] før jeg begynte å ta den om dagen i stedet... Jeg brukte den ikke til å sove på, men jeg brukte den til å roe meg på, og til å klare og komme meg gjennom dagen.

Det Lise her setter ord på er hvordan hun etter hvert går over til å bruke medikamentene til noe mer enn ren terapeutisk bruk. Hun får utskrevet medikamenter som skal hjelpe henne til å få sove, men bruker de heller på dagtid for «å roe meg på». Akkurat denne overgangen går igjen i flere av fortellingene, og særlig i Ingvilds fortelling:

[J]eg hadde en lege som fulgte meg opp, og som skrev ut Pinex forte. Fordi jeg hadde vondt i hodet, hadde vondt i ryggen og nakken [...]. Og sånn tror jeg det bare eskalerte. Også tror jeg jeg synes det var litt behagelig rett og slett, og liksom.. «Å, det er så mye å forholde seg til. Nei, jeg tar en Pinex forte eller to, og legger meg på sofaen og slumrer der en time».

Ingvilds fortelling handler om en samboer som blir alvorlig syk, og senere dør, en belastning som fører til at hun får smerter i hodet og kroppen. I likhet med i Lise, blir pillene en måte å flykte unna, eller i alle fall å døyve, vanskelige ting på. «Det var liksom en pille for alt», forteller hun. I Ingvilds og Lises fortellinger kretser bruken av medikamenter etter hvert mer rundt å mestre krevende situasjoner heller enn å behandle kroppslige symptomer. Dette gjelder også Sara, som forteller at for henne gikk det så langt som at medikamentene ble en strategi for å håndtere også mindre alvorlige situasjoner, som en krangel med mannen eller andre mer dagligdage utfordringer:

[F]ørste tiden, da er det jo sånn som for andre mennesker: hvis du har vondt så tar du noen ting, og hvis du ikke har vondt så tar du ingenting. Men når det da begynner å bli sånn «i tilfelle jeg får vondt, så tar jeg noe». Ikke sant? Og så ble den en sånn liten krykke hvis jeg var lei meg liksom [...] Altså, det la seg som bomull rundt hjertet.

Medikamentene går rett og slett fra å være noe som skal lindre psykiske eller fysiske symptomer til å bli en måte å mestre situasjoner på, og for å holde vanskelige ting på avstand. Medikamentene demper, døyver og beskytter i en krevende fase, og blir en strategi for å håndtere også mindre utfordringer, samt at man tar det «i tilfelle» det skulle oppstå vanskelige situasjoner.

Ingen av informantene snakker om belastninger knyttet til sykepleieryrket som direkte årsak til medikamentbruken. Turnus, søvnforstyrrelser og forhold på arbeidsplassen kan likevel virke forsterkende i en allerede krevende situasjon, og for noen i større grad enn andre. Dette

gjelder i all hovedsak søvnforstyrrelser, og det er særlig to av informantene som forteller om hvordan en arbeidshverdag som skiftet mellom dag, kveld og natt bidro til å forsterke en opprinnelig søvnproblematikk. Det som imidlertid oftere går igjen i fortellingene er hvor viktig jobben er når man føler at livet for øvrig er utfordrende. For Irene er det å kunne gå på jobb en mestringsstrategi i seg selv, når hun opplever store utfordringer i sitt private liv: «Jobben betydde alt for meg. Jeg var aldri borte fra jobb. [...] Jobben ble veldig, veldig viktig for meg». Dette er hun ikke alene om å adressere, men det at jobben blir et viktig ankerpunkt står nødvendigvis ikke i motsetning til at jobben kan virke forsterkende på fysiske og psykiske lidelser.

Ruseffekt, forbruk og avhengighet

De fleste av informantene oppgir ulike terapeutiske motiver som utgangspunkt for medikamentbruken. Det ligger likevel, slik som tidligere beskrevet, et potensial for bruk utover medisinsk formål. Både fordi man etter hvert trenger mer for å oppnå samme effekt, og fordi man opplever at virkningene i seg selv er positive og ønskerverdige. Som en av informantene selv sier det: «du får en utrolig toleransegrense⁹». Det er imidlertid et vidt spenn i forbruket av medikamenter blant informantene – alt fra kontrollert bruk av sovetabletter i ti år til over 30 smertestillende om dagen. Det er heller ikke alle som snakker om at de har en ruseffekt av medikamentene, men de som gjør det forteller samtidig om en bruk som tar helt overhånd.

Randi er en av informantene som etter hvert opplever at det er ruseffekten heller enn smertelindringen hun er ute etter, og beskriver overgangen fra medisinsk bruk til en mer rusorientert bruk slik:

Du skal ikke ha gått mange dagene på Paralgin forte før kodeineffekten¹⁰ er bortkastet på smertelindring. Det vet jeg jo nå. Jeg visste det nok da også, men da var ikke det så veldig relevant kunnskap for meg. Altså, den.. den kodeineffekten.. det kicket den ga, det var... [...] å tenke at det ikke hjalp så nevneverdig mot smertene, det må jo ha

⁹ Et uttrykk for hvor mye en person tåler av et medikament uten at det oppstår ubehagelige eller skadelige bivirkninger. Etter langvarig bruk av en type medikamenter utvikler kroppen en toleranseøkning. Det må da tilføres større doser for å oppnå samme effekt.

¹⁰ Kodein blir delvis omdannet til morfin i kroppen. Det virker ved å endre smerteoppfattelsen og øke smerteterskelen. Mister virkning over tid pga toleransegrense.

skjedd etter noen få uker egentlig. Og.. egentlig innerst inne visste jeg veldig tidlig at det mer var kicket, rusen, jeg var ute etter, enn smertelindringen. Innerst inne så visste jeg.. eller så tenkte jeg «ja, takk, begge deler».

Det Randi beskriver her er både hvordan hun utvikler en økt toleransegrense, i den grad at medikamentene rett og slett ikke har noe særlig virkning på smertene hun har, men også hvordan ruseffekten blir det hun etter hvert søker etter når hun tar medikamentene. Randi er den av informantene som tydeligst setter ord på hva som skjer med henne når hun tar medikamenter, en beskrivelse som er et ganske godt eksempel på hvordan virkningen i seg selv oppleves som positiv og ønskverdig:

[D]et der når Paralgin forte, morfin, kicker inn, det ga meg et.. altså, et smell i ganen. Det var min sånn [klikker med tunga]. Og så ga det en sånn der velværefølelse. Det varte ikke så lenge, men den «nå virker den, nå er jeg der». [...] Det kan sammenlignes litt med.. den der første slurken med rødvin, det er jo den som er den beste. Den der hvor du bare.. altså, du vet at det blir en hyggelig kveld.

Randi går etter hvert fra å ta Paralgin forte til også å injisere morfin og Ketorax, og sier selv at «det var en terskel» å gå fra tabletter til sprøyter: «det var jeg klar over, at da var det rusen jeg var ute etter». Det er kun Randi som i så klare ord uttrykker en opplevelse av rusorientering, men det er flere av informantene som beskriver et rusforhold til medikamentene. En av dem er Ane, som forteller om et kort og intenst forhold til medikamenter. Over en periode på tre måneder hamstrer hun ampuller med morfin og Ketorax fra arbeidsplassen, først brukte ampuller med rester og etter hvert ubrukte. I denne perioden setter hun sprøyter nesten hver dag etter arbeidstid, og omtaler det selv som «sprøytemisbruk»:

Sprøytemisbruk, det gjorde jeg. Og det gikk helt ut av kontroll, for det var så befriende å ikke bekymre seg mer.

Hun omtaler følelsen hun får når hun tar medikamentene som «den distanserte følelsen», og beskriver det som en ro hun ikke har kjent noen gang tidligere i livet. Hun mener selv at det var «helt naivt å tro at man skal nøye seg med rester». Der og da tenkte hun ikke på at «toleransen blir jo høyere og høyere for hver gang du tar noe, så det ender jo med at du ikke bare kan nøye deg med disse restene»:

Det var jo skremmende. Du skjønner jo ikke selv hva det er som skjer, du skjønner jo ikke selv hva du er i ferd med å vikle deg inn i. Og så fortrenger du hvor mye du faktisk tar. Men da dommen kom hadde jeg blitt tatt for 67 ampuller.

Mange av informantene snakker om en bruk av medikamenter som «eskalerte» og om et «fullstendig kontrolltap». At det i etterkant er vanskelig å forstå hva som egentlig skjedde, og hvordan det kunne gå så langt som det gjorde. Randi forteller at hun etter hvert helt «mistet gangsynet», og at det har tatt henne «mange år» å komme dit hen at hun kan snakke om hva som har skjedd «uten å begynne og grine». Det hun har gjort oppleves som «mer og mer meningsløst»:

Det blir fjernere og fjernere for meg hvordan jeg kunne.. altså, hva det egentlig var jeg trengte, hvorfor jeg var nødt til å gå så jævlig lang for å gjøre dette. [...] Det å i så mange år innbille meg at jeg trengte så mye. Altså, jeg var jo klar over at jeg var avhengig av dem, det var jeg. Jeg var klar over at jeg hadde en sånn fysisk avhengighet også, men det vurderte jeg da som en bivirkning av det at jeg trengte de smertestillende, for jeg hadde jo vondt i ryggen.

Ingvild er den av informantene som forteller om det høyeste daglige inntaket av medikamenter, og hun innrømmer også å ha vært påvirket på jobb. Hennes medikamentforbruk starter forsiktig, men eskalerer fort og tar etter hvert helt overhånd. Det siste halve året før hun blir oppdaget er hun oppe i «30 Pinex forte om dagen, pluss to Imovane slik at jeg skulle få sove». I begynnelsen tar hun «det som stod på pakken at jeg kunne ta», men det tar ikke lang tid før bruken hennes overskrider den maksimale døgndosen:

[J]eg husker [...] at jeg tok to tabletter mer enn det du kan ta som maksdøgndose. Da hadde jeg tatt 10 tabletter totalt. Og da tenkte jeg «det spørres om jeg våkner i morgen».

Hun erfarer imidlertid «at dette gikk jo greit», og fortsetter å øke forbruket av medikamenter. Hun har to leger som skriver ut resepter til henne, i tillegg til at samboeren får utskrevet sterke smertestillende grunnet alvorlig sykdom, som hun også forsyner seg av. Det er i forbindelse med samboerens sykdom at Ingvild begynner å bruke medikamenter, og forbruket eskalerer

når han dør etter vel to års sykdomsperiode. Han etterlater seg blant annet «en flaske med OxyContin-mikstur¹¹», som hun betegner som «hakket sterkere, samme type, morfinpreparat», og den forsyner hun seg av i tiden etter at han dør:

Jeg begynte med det som ifølge etiketten var en dose. Jeg hadde jo ikke noe ønske om å dø, jeg ville bare dempe.. altså, alt det... som var vondt og vanskelig.

Det Ingvild omtaler som «en sånn bieffekt» av samboerens død, er at tilgangen på medikamenter gjennom han etter hvert forsvinner. Det er da hun begynner å ta fra arbeidsplassen, i tillegg til å forfalske resepter ved bruk av legestempel på jobb:

«Jaja, i morgen skal jeg på jobb, så da kan jeg bare ta med meg noen ekstra tablett derfra». Men jeg hadde jo så høyt forbruk etterhvert at jeg drev og skrev ut resepter til meg selv på sånn hundre tablett. Og en boks på hundre brukte jeg på tre dager.

Selv om Ingvilds fortelling beskriver en ytterkant i forbruk av medikamenter, i alle fall i dette materialet, så har fortellingen en del til felles med det mange av de andre informantene beskriver. Overgangen fra bruk til misbruk og avhengighet skjer for de fleste ganske raskt, og mange forteller at avhengigheten tar overtak og styrer store deler av livet. Ane snakker om at hun «har møtt opp på jobb med omgangssyken og kastet opp i papirsøpla på kontoret i skjul» fordi en dag borte fra jobb var en dag uten tilgang på medikamenter. Turid forteller at hun har «brukt masse tid på å brette inn piller [i papir]» for å skjule avhengigheten sin for omverden. «Når man er avhengig av noe, så gjør man alt for det», forteller Ingvild. Sara er den av informantene som har hatt det lengste avhengighetsforholdet til medikamenter, med flere tilbakefall, og snakker mye om hvordan hun føler at avhengigheten har styrt, og til dels fortsatt styrer, livet hennes:

«Alle vil ha mer og fanden vil ha fler». Avhengigheten på en måte tok tak, da blir det liksom aldri nok. Og da ble det liksom at hvis jeg da hadde piller først, det var liksom førsteprioritet, og så kunne jeg gjøre alt annet. [...] [D]et skapes et grunnleggende behov som er på samme styrke som spise, sove.. altså, rett og slett et grunnleggende behov. Så tanken, og tankesettet.. man får et helt annet tankesett.

¹¹ Tilhører en legemiddelgruppe som kalles opioider og har en kraftig smertestillende effekt. Brukes ved langvarige sterke smerter, slik som smerter ved kreft.

Det er langt ifra alle informantene som beskriver et så heftig forbruk av medikamenter som fortellingene over gjengir, og det er heller ikke alle som adresserer en så altopplukende avhengighet som særlig Ingvild og Sara snakker om. På sett og vis er fortellingene over eksempler på hvor langt det *kan* gå, og hvor dypt trangen til å ta medikamenter *kan* sette seg. Det er likevel verdt å nevne at det tilsynelatende ikke ser ut til å være en sammenheng mellom tidligere forbruk og det forholdet man har til medikamenter i dag, noe som blir enda tydeligere senere i rapporten. Felles for alle informantene er uansett at behovet for å ta medikamenter har ført dem til å stjele fra arbeidsplassen, som er en terskel vi skal se nærmere på i neste kapittel.

Oppsummering

Fortellingene vektlegger forklaringer på medikamentbruken som kretser rundt det kroppslige, både i fysisk og psykisk forstand, som hos mange igjen har sammenheng med livssituasjon og livsomveltende hendelser. De fleste av informantene opplever en form for «livssmerte», som i større eller mindre grad setter seg fysisk i kroppen. Men fortellingene handler også om tilfeldigheter som har ført til et etter hvert uheldig inntak av medikamenter. Informantene forteller om hvordan de mer eller mindre tilfeldig får kjennskap til virkninger av medikamenter – gjennom en time hos tannlegen, som følge av en enkel operasjon, eller direkte gjennom fastlegen i en fase som oppleves som utfordrende. Hos enkelte setter virkningen av medikamentene seg som et «kroppslig minne», som lenge ligger latent før behovet for igjen å oppleve samme virkning oppstår. Flere forteller om en legepraksis som mer eller mindre har ført dem til å stjele medikamenter fra jobb, fordi legen plutselig har satt ned foten etter å ha skrevet ut vanedannende legemidler over en lengre periode.

Bruken av medikamenter kretser i all hovedsak rundt å fungere i hverdagen med smerter, angst og søvnproblematikk, og ikke minst å kunne stå i jobb i en krevende situasjon. Medikamenter blir en måte å mestre en vanskelig hverdag på, og mange forteller at bruken går fra å lindre symptomer til å håndtere situasjoner. Ikke alle forteller om at de utvikler en rusorientering, men de som gjør det opplever også at bruken eskalerer og at de mister helt kontroll. Det neste kapitlet vil ta for seg hvilke terskler som oppstår underveis, hva de forteller at de tenkte og hvordan de rettferdiggjorde overfor seg selv det de gjorde.

5 Terskler og rettferdiggjøring

Dette kapittelet handler om de moralske kvalene som oppstår når informantene beveger seg over grensa for hva som er akseptabel atferd, og hvordan de der og da prøvde å rettferdiggjøre det overfor seg selv. Hva tenkte de egentlig når de stjal medikamenter fra arbeidsplassen sin? Kapittelet handler også om å sitte igjen med en enorm skamfølelse, og om å føle seg helt alene om å ha gjort det de har gjort. Selv om de i situasjonen forsøkte å forsvare for seg selv det de gjorde, så fremgår det tydelig at det ikke finnes noen måte å rettferdiggjøre det på i etterkant.

Fem moralske terskler

Når det oppstår en uoverensstemmelse mellom det vi egentlig oppfatter som moralsk riktig å gjøre og det vi faktisk gjør, vil det ofte utløses et behov hos oss for å rettferdiggjøre det vi gjør, slik at vi bevarer vårt moralske selvbilde. Denne uoverensstemmelsen betegnes i psykologien som «kognitiv dissonans», og viser til ubehaget som oppstår når oppførselen vår ikke stemmer overens med verdiene våre (Festinger 1957). Dette ubehaget kan få to utslag, enten at vi rett og slett endrer atferden vår eller at vi prøver å finne måter vi kan forsvare atferden vår på. Når vi forsøker å redusere de negative følelsene vi får etter å ha gjort noe galt, ved å unnskyldde eller nøytralisere det vi har gjort, gjør vi det for å distansere oss fra vår egen skyldfølelse. Denne øvelsen kalles «moralsk nøytralisering», og teknikkene vi bruker betegnes i sosiologen for «nøytraliseringsteknikker» (Sykes og Matza 1957). Dette er teknikker jeg mener at informantene i studien forteller at de benytter seg av i øyeblikket de trår over en terskel. Moralsk nøytralisering er nemlig noe annet enn etterpåklokskap og rasjonalisering, fordi nøytraliseringsteknikkene handler om at man gjør det forsvarlig for seg selv å trå over disse tersklene (ibid).

Jeg vil i dette kapittelet presentere fem terskler jeg finner i fortellingene til informantene, samt hvordan de forteller at de for hver terskel rettferdiggjorde for seg selv det de gjorde. Det er viktig å understreke at alle informantene tar tydelig avstand fra det de har gjort nå i etterkant, så rettferdiggjøringen jeg skriver om i dette kapittelet er ikke noe de står for i dag. Ikke alle informantene forteller om alle tersklene, noen har for eksempel trådt over den tredje terskelen

uten å ha trådt over terskel nummer to først, og ingen har trådt over den siste terskelen: å ta fra pasienter. I følge informantene i denne studien er den terskelen så høy at det ikke under noen omstendigheter kan forsvares.

Første terskel: informasjonsplikt

I helsepersonelloven står det at helsepersonell som inntar legemidler på grunn av sykdom har en plikt til å orientere sin arbeidsgiver om dette¹². Ingen av informantene som har fått foreskrevet medikamenter fra fastlegen forteller at de har informert arbeidsgiver om dette, og adresserer heller ikke denne plikten. Allerede her trår de med andre ord over en slags terskel, men jeg oppfatter at ingen av informantene opplever det som en reell terskel. Det kan være flere grunner til det, men mest sannsynlig handler det om at man ikke er klar over at man plikter å informere om bruk av legemidler til arbeidsgiver. Det kan også ligge en frykt for at man risikerer enten å bli mistenkt ved et eventuelt svinn fra arbeidsplassen, eller å så tvil om egen evne til å utføre jobben sin.

Andre terskel: ta fra et overskudd /medisin som ikke skal brukes

Som beskrevet i forrige kapittel, starter bruken av medikamenter enten med en resept fra legen, i en periode som oppleves ekstra utfordrende, eller at man tilfeldig får kjennskap til virkningen av et legemiddel. For informantene som får medikamenter utskrevet av fastlegen synes problemet å oppstå når de trenger mer enn det legen er villig til å skrive ut, eller når legen setter ned foten og ikke vil skrive ut noe mer. Hvis du da har gått på medisiner lenge, og har utviklet en avhengighet, kan veien være kort til «å stjele fra lasset». Det samme gjelder for dem som gjennom trekking av visdomstenner eller postoperativ smertelindring har fått kjennskap til hvordan kroppen responderer på sterke smertestillende, og der behovet for samme type virkning oppstår i en ekstra utfordrende fase. De er alle sykepleiere med medikamenter tilgjengelig på arbeidsplassen, og i mange tilfeller serveres muligheten til å ta til seg selv helt plutselig:

Anledningen er på et sølvfat foran deg, sant. For når vi gir smertelindring til pasientene, så er det ikke ofte vi gir hele ampullen, for å si det sånn, det er alltid en

¹² § 8 om pliktmessig avhold i Lov om helsepersonell.

rest. Og den hives uansett. Så jeg tok resten. Det blir du ikke tatt for, for det skal jo hives uansett. (Ane)

Det begynte vel med at jeg hadde fått beskjed om å skrive ut til en pasient. Skriver ut fire Paralgin forte, tar de med til pasienten og pasienten sier at «nei, men jeg trenger ikke det, jeg har det hjemme». «Okei», og så legger jeg det i lomma på frakken. Skal ta det tilbake, og så den der følelsen «nei, det er utskrevet, ingen merker noe». (Randi)

[P]å medisinerrommet, svært medisinerrom, der var det en sånn kateboks, sånn gul kateboks, men ikke med lokk på. Og det var jo mange pasienter og mange runder med medisiner som ikke ble tatt, noen hadde dødd, andre hadde dratt hjem og sånt. Så jeg, jeg husker at jeg tok derfra. Og følte liksom ikke at jeg stjal. (Sara)

Første gangen, det var ikke planlagt. Det var det ikke. Første gangen jeg tok, og det husker jeg veldig godt, fordi vi hadde sånne multiposer... som skulle leveres, og så var det en pasient som var død og de skulle tilbake til apotek. Og det var ikke ført noen plass, det var ikke noe system på... tilbakeføring av medisiner. De ble bare lagt i en kasse og returnert. Ja. Så jeg tok fra multiposer da. (Irene)

Informantene over refererer til første gang som en tilfeldighet, noe som overhodet ikke var planlagt. Sitatene beskriver hvordan det plutselig oppstår en situasjon der de skjønner at det ikke vil ha noen konsekvenser for verken en selv eller andre om de tar medikamenter. Fordi det er medisiner som skal kastes, har blitt kastet eller allerede er utskrevet uten at noen skal ha de. På sett og vis har informantene her enda ikke trådt over en klar grense for hva som er legitimt. På dette stadiet befinner de seg, slik jeg forstår det, litt i limbo nettopp fordi det skjer så tilfeldig og fordi det rent faktisk ikke får konsekvenser for noen. De stjeler verken fra pasienten eller fra arbeidsgiver, siden medikamentene de tar ikke er med i noe tellesystem. Som Irene sier: «Det var det jeg kunne rettferdiggjøre det med – det skulle jo kastes likevel, det skulle destrueres». Ane beskriver på liknende måte hvordan hun prøvde å rettferdiggjøre for seg selv første gang hun stjal:

[E]tter at jeg injiserte og følelsene kom, så tenkte jeg bare.. det er jo det overlevelsesinstinktet, sant, du skal på død og liv rettferdiggjøre alle handlinger.

«Jaja, det var ingen som kom til skade, den ampullen skulle jo kastes uansett». Ja, og at «nå, nå har jeg det bra».

Når det ikke har gått ut over noen at hun har tatt ampullen som uansett skulle kastes, legger hun til i det moralske regnestykket at hun selv får det bedre av å ta. Da unngår hun, slik jeg forstår det, å komme ut på minussiden i dette regnestykket. Måten informantene her forteller at de har tenkt rundt, og rettferdiggjort for seg selv, at de tross alt stjeler fra arbeidsplassen, minner om både «skadebenektelse» og «offerbenektelse» (Sykes og Matza 1957:667-669). Skadebenektelse er en nøytraliseringssteknikk som handler om at du argumenterer med at det du gjør ikke fører til betydelig skade for noen, slik at du dermed kan opprettholde et moralsk selvbilde (ibid). Offerbenektelse går på at det du gjør ikke går utover noen personlig, det du gjør rammer ikke enkeltindivider. Utsagn som «det var ingen som kom til skade», «det skulle kastes uansett» og «følte liksom ikke at jeg stjal» er utsagn som kan tolkes som eksempler på slike former for nøytralisering av egen atferd. I tillegg virker det som om at informantene tilsynelatende ikke løper noen risiko for å bli tatt for å ta fra overskudd eller kastede medikamenter, siden «ingen merker noe». Problemet er at det synes å være vanskelig å holde seg på nivået der man kun tar av et overskudd, enten fordi man trenger mer og er villig til å gå lengre for å få tak i det, eller fordi slike situasjoner ikke oppstår ofte nok til å få dekket behovet.

Tredje terskel: stjele fra medisinrommet/signere ut legemidler med egen signatur

Neste terskel handler om enten å stjele direkte fra medisinlager/medisinrom eller å signere ut legemidler med egen signatur. Som sagt innledningsvis, er det ikke alle informantene som forteller at de har trådt over alle tersklene. Mange av informantene har hoppet over andre terskel, og startet med å stjele direkte fra medisinrommet eller signere ut til seg selv. I motsetning til forrige terskel kan ikke denne terskelen forstås som en gråsoner mellom legitimt og illegitimt. Når informantene trår over denne terskelen er det med viten om at de gjør noe ulovlig. Med denne viten følger det naturlig nok et større moralsk ubehag enn ved terskelen over, og viser seg som vanskeligere å rettferdiggjøre. Informantene som forteller om det største moralske ubehaget knyttet til denne terskelen har ikke tatt fra overskudd eller kastede medikamenter først. Det er med andre ord første gang disse informantene trår over en moralsk terskel.

Berit er en av dem som stjeler direkte fra medisinerrommet uten å ta fra et overskudd først. Det handler nok delvis om at hun innehar en lederstilling, som medfører at hun ikke håndterer medisiner på daglig basis. Hun havner dermed ikke så ofte opp i situasjoner der hun tilfeldig kan ta, slik beskrevet over. På sett og vis handler denne terskelen nettopp om at de selv oppsøker muligheten til å ta, i stedet for at anledningen bare byr seg. Berit forteller at hun «tok ett brett her, ett brett der» fra medisinskapet på jobb: «Jeg hadde jo nøkler, jeg var jo leder, sant.» Hun beskriver imidlertid at hun hadde store moralske kvaler første gang hun tok:

[J]eg husker veldig godt første gangen, jeg var helt.. da slår alt dette her samvittighet og moral.. jeg var helt skjelven, da jeg fant meg [medikamenter] første gangen.

I tillegg til at Berit helt tydelig adresserer et moralsk ubehag knyttet til det at hun stjal fra arbeidsplassen, er det også interessant hvordan hun unngår å bruke betegnelsen «stjele». Det er liten tvil om at det hun gjør er å stjele, men når hun omtaler det som «å finne seg» skaper hun, bevisst eller ubevisst, en litt større distanse til lovbruddet. Gros forteller også om moralske kvaler da hun første gang stjal fra arbeidsplassen, i så stor grad at hun faktisk la brettet med pillene tilbake fordi hun tenkte at «dette går ikke»:

Og så tok jeg mine første.. tok jeg fem Imovane, og så la jeg de tilbake. [...] Det var første gangen. Da la jeg de tilbake, og ble helt kald og klam og svett, og «dette går ikke». Så var det vel kanskje neste vakt, så tok jeg mitt første brett. Og da var den barrieren nede. Og da gikk jeg jo hjem, tok noen Imovane, og da fikk jeg jo sove. Men det førte jo ikke til at stresset ble noe mindre. Jobben var den samme.. det var akkurat det samme. I tillegg hadde jeg det stressmomentet at jeg stjal.

Gros fortelling er, som forrige kapittel beskriver, en fortelling om store søvnproblemer, og hun ender opp med å stjele fra arbeidsplassen fordi hun vet at hun ikke får mer sovemedisin hos legen: «jeg visste jeg ikke fikk, for siste gangen jeg spurte så var han helt stram i ansiktet». Hun forteller at det var «helt forferdelig» hver gang hun gikk på medisinerrommet for å stjele sovemedisin til seg selv, fordi «samvittigheten og moral og alt dette... alt slo inn, skam og hele pakka». Men hun betoner at hun var desperat etter å få sove:

Jeg kan ikke si noe annet enn at jeg visste at jeg gjorde noe galt, men det var ikke for å skade noen og det var ikke for å ta på jobb og det var ikke for å gå rundt i en rus, men.. jeg måtte få sove.

Lise forklarer at også hun stjal fra medisinerrommet i desperasjon, fordi «jeg fikk jo ikke det jeg følte jeg trengte av legen». Hun forteller, som vi kommer nærmere inn på i neste kapittel, at hun blir oppdaget allerede den første gangen hun stjeler:

Jeg var så dårlig og.. jeg var på jobb og.. tenkte «skal jeg klare meg, og komme igjennom det, så er jeg nødt til å ha». Og det var.. og da tok jeg. Jeg tror jeg ble sett, fordi vi hadde medisinerrommet vis-a-vis vaktrommet og det var sånn glassvegg ved vaktrommet og døra sto åpen, alltid døra åpen til medisinerrommet. Så jeg tror noen må ha sett meg.

Lise er inne på noe som flere av de andre informantene adresserer, og som forrige kapittel også omhandler: å ta medikamenter for å fungere på jobb og å klare å stå i en vanskelig situasjon. Forrige kapittel beskriver at dette er en grunn i seg selv til at mange tar medikamenter. Det kan imidlertid virke som at det også blir en måte å rettferdiggjøre at de stjeler på. At det rett og slett er bedre for pasientene de skal ivareta om de bruker medikamenter enn om de skulle vært uten. Dette kan ses på som et eksempel på «appell til høyere troskap», en nøytraliseringssteknikk som går ut på at man tenker at man utfører en umoralsk handling først og fremst for å hjelpe andre, og at motivet på den måten helliger handlingen (Sykes og Matza 1957). Randi sier at hun tenkte at hun ble «skjerpa» når hun tok medikamenter, og dermed var en bedre sykepleier enn hun hadde vært uten medikamentene. Denne måten å tenke på omtaler hun som «min forklaring oppe i hodet mitt» på hvorfor hun gjorde som hun gjorde, mens hun betoner at hun i realiteten «blokkerte masse». Ane beskriver i enda tydeligere ordelag en slik måte å tenke på:

[D]u kommer jo med helt sinnsyke argumenter i hodet ditt for på en måte å rettferdiggjøre dine handlinger. At.. ja... nei, at du.. du blir en god sykepleier når du er uthvilt. Det er bra for pasienten at jeg kommer uthvilt på jobb i morgen. For hvis ikke jeg tar den morfinen så får ikke jeg sove i natt, og da blir det et helvete i morgen. Du

innbiller deg at du gjør det for pasienten sin skyld, når du egentlig gjør det for din egen rus sin skyld.

Ane forteller at hun gikk fra å ta rester som var kastet til å stjele ubrukte ampuller, rett og slett fordi det etter hvert ble vanskelig å klare seg på rester: «Du kan ikke bare nøye deg med disse restene, da ender det med at du manuelt tar en hel en». Hun understreker imidlertid at hun hele veien signerte ut ampuller med sitt eget navn, «og kontrassegnerte med en krusedull»:

Jeg forfalsket ikke, jeg kvitterte med mitt eget navn. Og jeg skjønner ikke hvorfor. For jeg ville jo ikke bli tatt. Altså, sånn.. dette var jo ikke.. i mine øyne var det ikke et rop om hjelp.

Randi beveger seg også etter hvert over fra å stjele fra et overskudd til at hun «produserer overskuddssituasjoner». Hun finner på pasientnavn for å signere ut medikamenter til seg selv, slik at avdelingen ikke skal oppdage svinnet:

[N]år vi ga til pasienter, så skrev man bare inn initialer og fødselsdato på pasientene, og så signerte du ut. Fordi at det var telling.. det var telling. Men det var ikke noe kontroll på at signaturene, eller initialene, stemte med journalen. Det var jo det de tok meg på.. det at jeg hadde skrevet «K.S. født 12.07.68», og så var det ingen K.S. født på den datoen.

Ingvild forteller at hun ofte tenkte at «jaja, i morgen skal jeg på jobb, så da kan jeg bare ta med meg noen ekstra tablett derfra». Ansvar for medisinerrommet gjorde medikamentene ekstra tilgjengelige for henne fordi hun alltid kunne finne på en grunn til å gå inn der: «Det var litt sånn: ‘har dere sett de nye listene? Ja, jeg skal gå inn å finne det, viktig at den informasjonen henger her, altså’». I tillegg forteller hun at de medikamentene hun var mest avhengig av ble enda lettere å stjele når arbeidsplassen flyttet inn i nye lokaler, fordi medisinerrommet ble organisert «litt annerledes»:

Da kom disse medikamentene, som Pinex forte og Paralgin forte, øverst i en skuff. Veldig lett å åpne en skuff bare litt, ta noen og putte rett i lomma. Før var det det inne i pakker. Da måtte du ta en pakke og åpne den, du måtte gjøre en ekstra... så på en måte så opplevdes det nok som ganske enkelt.

I den grad informantene forteller om måter å rettferdiggjøre det at de stjal medikamenter på, omhandler det først og fremst at de tross alt ikke gjør noe som får konsekvenser for andre enn dem selv. Det kan også virke som om de lener seg på en forståelse av at det de gjør ikke rammer noen personlig, og dermed også her benytter seg av nøytraliseringsteknikken «offerbenektelse» (Sykes og Matza 1957). Irene betoner at «jeg ville jo ikke at mitt misbruk skulle gå utover noen». Hun tegner opp et skille mellom å stjele fra en person og å stjele fra «staten» i sin fortelling:

[D]et er noe annet å stå inne i et medisinrom med tusenvis piller som staten eier. Eh.. det er galt det også.. men om du forstår? Det er forskjell på at jeg skal gå i veska di.. når du går på do nå, så skal jeg sjekke veska di om du har noen piller.. det er stor forskjell på det og å stå... å ta fire piller av staten.

Ikke alle informantene forteller om store moralske kvaler når de stjeler for første gang. Det betyr nødvendigvis ikke at de ikke hadde det, men for noen er det tydelig at denne første gangen har brent seg mer i minne enn hos andre. De fleste av informantene ser ut til å stoppe her, og trår ikke over neste terskel. Først og fremst handler det nok om at de ble oppdaget før det utartet seg ytterligere, selv om man ikke kan vite med sikkerhet om, og eventuelt hvordan, det ville utartet seg. I tillegg virker det som om at systemene for lagring, utskrivning og telling av medikamenter på de ulike arbeidsplassene fungerer ulikt, og at noen systemer i større grad fanger opp stjeling og svinn enn andre. Dette vil jeg også tro er en medvirkende faktor.

Fjerde terskel: forfalske signaturer/resepter

Tre av informantene forteller at de enten har forfalsket kollegers signaturer når de stjal medikamenter fra arbeidsplassen eller forfalsket resepter for å hente ut medikamenter fra apoteket. Her er tilleggsfaktoren at det man gjør kan få konsekvenser for andre, og ikke bare en selv, samt at man gjør seg skyldig i dokumentforfalskning når man forfalsker resepter. Ingvild er en av de tre informantene som trår over denne terskelen, og hennes reseptforfalskning fører faktisk til at hun blir dømt for dokumentforfalskning. Hun beskriver første gang slik:

Når man er avhengig av noe, så gjør man alt for det. Og da begynte jeg å skrive mine egne resepter. [...] [B]are skrev det inn i et vanlig Word-dokument og printa det ut. Og så hadde jeg sett noen legestempel som sto der, så jeg signerte og stempla, og gikk på apoteket. Og etter å ha gjort det den første gangen, så oppdager du at det her er «piece of cake». Den første gangen var jeg sikker på at politiet sto og venta på meg, men man gjør det likevel. Du trår over noen grenser som du virkelig ikke tror. Og jeg husker jeg tenkte at «om jeg blir tatt for det her så må jeg i fengsel».

Ingvild virker med andre ord å være klar over at hun faktisk gjør noe som kan få alvorlige konsekvenser for seg selv, men adresserer ikke at det hun gjør kan skaffe problemer for andre. Slik jeg forstår det, har medikamentbruken til Ingvild tatt helt overhånd når hun velger å forfalske resepter slik at hun i liten grad reflekterer over annet enn sin egen rolle. En annen informant som forteller om reseptforfalskning, er Turid, men hennes fortelling om dette er en ganske annen enn Ingvilds. I Turids tilfelle er det snakk om et forsøk på å hente ut mer medikamenter på en resept fra fastlegen enn det fastlegen har skrevet ut:

[S]å får jeg jo de reseptene som jeg pleier å få, og så skal jeg da på apoteket for å løse ut dem. Og [...] så finner jeg ut at nå skal jeg få ut tredve tabletter til. Så jeg skriver hundre.. altså, tre over nullen, ikke sant. Og så kommer jeg da på apoteket og så er det da en ny farmasøyt som ikke kjenner meg, og ikke vet kanskje at jeg er der og løser inn reseptene. Og så sier hun «jeg må ringe legen og høre om det stemmer at det er rettet her fra hundre til hundreogtredve». Og da holder jeg altså rett og slett på å besvime, for da skjønnte jeg at nå.. nå.. nå er det gjort altså.

Randi er den tredje informanten som trår over denne fjerde terskelen, men for henne innebærer det at hun forfalsker signaturer når hun stjeler fra arbeidsplassen. Randi er åpenbart veldig klar over at det hun gjør kan få konsekvenser for andre. Hun forteller at hun begynte å forfalske kollegers signaturer «for at ikke mine signaturer skulle gå igjen», og at hun tok «noen av de som jeg syns hadde enkle signaturer». Ved å kombinere både falske initialer på pasienter og kollegers signaturer «kunne jeg ta ganske mye», forteller hun, og beskriver det som «det kvalmeste jeg gjorde»:

Der og da så.. den der lille i bakhodet som sa at «nå kan du faktisk sette noen andre i knipe», så var det en annen stemme som sa «nei, men hvis så skulle skje, så

innrømmer jeg jo». I den grad det var noen diskusjon inni meg på det, så var det.. var det sånn rettferdiggjøring med at «jeg kommer jo ikke til å la noen andre få svi for dette».

Tankene som Randi gjør seg i etterkant av det hun har gjort, når hun har trådt over en etisk og moralsk grense, kan forstås som et tydelig eksempel på moralsk nøytralisering. Ikke bare setter Randi seg selv «i knipe» ved å stjele medikamenter, hun går til det steget at hun også setter kolleger «i knipe». Dette rettferdiggjør hun for seg selv ved å tenke at hun innrømmer det hvis det oppstår mistanke rundt andre enn henne selv, men også ved å tenke at hun tross alt ikke lar det hun gjør gå utover pasienter:

Hvis legen ga beskjed om send med en pasient fire Paralgin forte, så skrev jeg ut seks Paralgin forte og tok to selv. Sånn gjorde jeg det. Det var også en sånn der.. en veldig grei måte å være selvrettferdig på. For jeg.. jeg.. det gikk jo ikke ut over noen. Jeg stjal ikke fra noen pasienter.

Ved å markere avstand fra «dem som tar fra pasienter» ser det ut til at Randi lettere kan rettferdiggjøre at hun tross alt stjeler fra arbeidsplassen, og potensielt retter mistanken mot kolleger. For nettopp det med å stjele fra pasienter, som er neste terskel, det er en terskel som ikke på noen måte kan forsvares.

Femte terskel: stjele fra pasienter

Det fremgår av intervjuene at den mest alvorlige terskelen man kan overskride, er å la medikamentbruken gå utover pasienter. Her går det en absolutt etisk og moralsk grense, som ingen av informantene forteller at de har brutt. Slik jeg forstår det, mener de at en slik atferd ikke kan rettferdiggjøres på noen måte:

Jeg frarøvet aldri smertelindring fra pasienter, det gjorde jeg ikke. Det er det eneste redelige jeg har gjort i dette her, skulle en pasient få smertestillende så ga ikke jeg den pasienten saltvann. Pasienten fikk sin dose. (Ane)

Jeg tok ikke fra pasientenes.. nei, nei.. neida, det gjorde jeg ikke. Det får være grenser! (Turid)

Jeg tok ikke fra pasienter. Det var også sånn der «jeg er ikke en av dem som gjør det sånn». Der gikk grensa mi. (Randi)

Slik jeg tolker utsagnene over, så er den store forskjellen mellom denne terskelen og de øvrige tersklene at det her vil være snakk om at bruken av medikamenter faktisk krever et offer. Om du forfalsker resepter eller kollegers signaturer får handlingen din potensielt konsekvenser for andre enn deg selv, men det kan ikke ses på som et offer på lik linje med om du tar medikamenter fra pasienter. Stjeler du fra en pasient rammer handlingen din en person som er syk og trenger medisiner. Handlingen din forårsaker i så måte både stor skade og rammer en svak part, noe som gjør terskelen så høy at det blir vanskelig å forsvare å trå over den. Som tidligere nevnt, er det ingen av dem jeg har snakket med som har stjålet medikamenter fra pasienter. I lys av hvor alvorlig de jeg har intervjuet ser på det å stjele fra pasienter, er det ikke utenkelig at nettopp denne alvorlighetsgraden er årsaken til at ingen som har trådt over denne terskelen har svart på forespørselen om å bli med i studien. At det rett og slett blir for vanskelig å snakke om, og at skammen og skyldfølelsen er for stor. Det kan vi selvfølgelig ikke vite med sikkerhet, men fortellingene i denne studien gir inntrykk av at det kan være en sammenheng der.

Samtidig som samtlige av informantene forstår denne terskelen som endelig, og en eventuell overskridelse som utilgivelig, snakker noen av dem om at de er usikre på om de hadde klart å holde seg innenfor denne grensa om de ikke hadde «blitt stoppet»:

Hvis jeg ikke hadde blitt stoppet, så tror jeg.. da hadde.. da hadde det begynt å gå utover pasienter. Jeg tror det var veldig bra at jeg ble stoppet. [...] For når jeg nå ser hvor mye jeg mistet meg selv.. da ville jeg sagt at «nei, jeg ville aldri». Jeg sa det da jeg ble tatt, «jeg ville aldri funnet på å la det gå utover pasienter», men.. nå kan jeg si «jeg vil aldri finne på å stjele medisiner». (Randi)

Det kommer til et punkt der du mister din moral fullstendig, kan jeg tenke meg. Det hadde sikkert endt med at jeg tar fra pasienter. [...] Jeg har aldri hørt om noen som slutter av seg selv uten å bli tatt. (Ane)

Refleksjonene til Ane og Randi sier noe om hvordan de opplevde at de stadig flyttet på grensen for hvor langt de var villige til å gå for å få tak i medikamenter. De snakker begge to, i likhet med flere av de andre informantene, om at de i etterkant er veldig glade for at de ble tatt når de ble tatt. «Jeg tror det var veldig, veldig bra at jeg ble tatt når jeg ble tatt», sier Randi, og for henne handler det om at neste terskel faktisk var å stjele fra pasienter. Det er slett ikke sikkert at hun hadde endt opp med å trå over denne terskelen, men det er nettopp denne uvitenheten om hvor langt man kunne latt det gå som oppleves som skremmende.

Den ensomme avvikerer

Hva sitter informantene igjen med etterpå, når alt det de har gjort har kommet for en dag? Her er fortellingene helt entydige: det man sitter igjen med etterpå er først og fremst en voldsom følelse av skam, skyld og selvforakt. Det finnes ingenting i hele verden som kan unnskyld eller bortforklare det de har gjort, slik jeg forstår dem, selv om de har rettfærdiggjort for seg selv underveis. Sara er den informanten som i størst grad setter ord på denne skamfølelsen, noe jeg tror har en sammenheng med at hun har hatt mange tilbakefall og stjålet medikamenter i flere arbeidsforhold:

[D]et som er så fælt.. det er så mye stygge følelser, og som jeg egentlig.. føler meg selv, ganske.. langt unna mine egne verdier om hva jeg mener som er riktig og galt og sånt. Og.. det blir en frustrerende... og det går veldig på selvforakt at ikke jeg.. som for eksempel som å stjele. Jeg tror aldri jeg har stjålet noe annet enn piller. Men piller har jeg stjålet. Det skulle liksom aldri falt meg inn å stjele noe annet. Jeg tør ikke å snike på trikken.. altså, sånn type menneske er jeg.

Slik jeg tolker Sara, er det helt ubegripelig for henne at hun kunne gjøre det hun har gjort. Hun er, i likhet med de andre informantene, tvunget til å ta innover seg at hun har gjort noe moralsk uforsvarlig. I motsetning til hvordan de forteller om hva de tenkte underveis, virker det ikke som om de leter etter måter å forsvare handlingene sine på nå i etterkant:

[D]u er i en situasjon hvor du.. det er så mye skam.. og så er det det at du har grunn til å skamme deg, du har absolutt grunn til å skamme deg. [...] Altså, det.. og det sitter lenge i. Det gjør det. Veldig lenge. (Randi)

Mange forteller at skamfølelsen rundt bruken av medikamentene har gitt seg utslag i at de har holdt det skjult for folk rundt seg. Lise sier at hun har «vært veldig skamfull» og «alltid skjult dette her at jeg har et problem med medikamenter», til og med for de aller nærmeste. Ane forteller at hun «bar dette alene i flere år» og «fortalte ingenting til familien min». Til og med de som har hatt samboer eller ektefelle mens det stod på som verst, forteller at ikke en gang partneren visste om det. «Det kom jo som en bombe på til og med mannen min», sier Irene, mens Turid forteller at hun «har brukt masse tid på å brette inn piller» for å skjule misbruket sitt for samboeren:

[H]an visste aldri hvor mye jeg faktisk brukte, og han visste heller ikke at jeg stjal av lasset. Altså, han trodde jeg brukte det jeg fikk av legen. Så det her var min hemmelighet i livet. Jeg er egentlig et veldig åpent menneske, men.. men det var min hemmelighet altså.

Lise forteller at det var verst like etter at det hun hadde gjort kom frem. Hun sier at hun skammet seg så fryktelig at hun «turte ikke å se folk i øynene» og «gikk med blikket på skotuppen hele tiden». Lise er en av flere informanter som forteller at hun i etterkant følte seg veldig alene om å stå i det hun stod i, noe som bidro til å øke følelsen av skam og selvforakt:

Jeg har jo følt hele tiden at jeg var helt alene om å ha det sånn. Jeg trodde jeg var den eneste i Norges land, og kanskje til og med i hele verden, som gjorde noe sånt. Som hadde gjort noe sånt. [...] [J]eg trodde rett og slett at... at jeg var et helt horribelt, grusomt menneske.

Ingvild sier også at hun «trodde jeg var den eneste i hele verden» som hadde stjålet medikamenter fra arbeidsplassen fordi hun «hadde aldri hørt at det hadde skjedd noe sånt før». Hun forteller at hun kunne hatt behov for å snakke med noen, bare for å få bekreftet at

det fantes flere der ute som hadde vært gjennom noe av det samme. «Er det ingen jeg kan ringe, kan jeg kontakt noen?», forteller hun at hun tenkte. Både Lise og Ingvild setter ord på en ensomhetsfølelse som er gjennomgående i mange av fortellingene, det finnes ikke noe sted de kan søke bekræftelse eller en felles forståelse av det de står i.

Fortellingene i dette kapittelet er fortellinger om avvik og avvikerrolle. Informantene har utført handlinger som bryter med lover og regler i samfunnet og møtt sanksjoner på dette (Østerberg 1997:86). Det som skiller avvikerrollen i disse fortellingene fra andre avvikerroller, som eksempelvis narkomane, er at det ikke eksisterer noe fellesskap rundt dem. De er rett og slett veldig ensomme i avvikerrollen sin, noe som bidrar til å øke skamfølelsen ytterligere.

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg presentert fem etiske og moralske terskler jeg finner i fortellingene til informantene, samt hvordan de forteller at de for hver terskel rettferdiggjorde for seg selv det de gjorde. Det er fortellinger om moralske kvaler, og om en følelse av å handle på tvers av hva de oppfatter som moralsk riktig og galt. Men det er også fortellinger om hvor langt man kan være villig til å gå for å få tak i medikamenter. Ikke alle informantene forteller om alle tersklene, og ingen har trådt over den siste terskelen: å ta fra pasienter. Her går det en absolutt grense for alle sammen, selv om noen av dem reflekterer rundt hva som kunne skjedd om de ikke hadde blitt tatt da de ble tatt. Fra tid til annen kan vi lese i media om sykepleiere som har latt sin egen medikamentavhengighet gå ut over pasienter, ved at de for eksempel har byttet ut innholdet i morfinampuller med saltvann. Vi vet at det skjer, men i denne studien har ingen latt det gå så langt. I lys av hvor alvorlig de jeg har intervjuet ser på det å stjele fra pasienter, er det ikke utenkelig at nettopp denne alvorlighetsgraden er årsaken til at ingen som har trådt over denne terskelen har svart på forespørselen om å bli med i studien. At det rett og slett blir for vanskelig å snakke om.

Fortellingene i dette kapittelet handler også om å sitte igjen med en stor skamfølelse, og om å føle seg veldig alene om å ha gjort det de har gjort. Et manglende fellesskap bidrar til å øke følelsen av skam og selvforakt, og gjør at avvikerrollen blir veldig ensom.

6 Arbeidsgivers håndtering

Hva skjer når du, som sykepleier, blir tatt for å ha stjålet og brukt medikamenter fra arbeidsplassen? Her finnes det ikke ett svar, eller én fortelling, men mange. Felles for alle fortellingene er likevel at det som skjer i etterkant, og hvordan man blir møtt, har avgjørende betydning. Tanken bak denne studien var først og fremst å få fortellingene om bruk og misbruk av medikamenter, om hvordan det startet og hvordan arbeidslivet i større grad kan jobbe forebyggende. Det viste seg imidlertid at noe av det som var viktigst for informantene å fortelle om var hvordan de hadde blitt møtt av arbeidsgiver i etterkant av at de ble oppdaget. Slik jeg forstår det, har måten de ble møtt på vært avgjørende for hvor de står i dag og hvordan de lever med det de har gjort. Dette kapitlet handler om det som skjer når informantene blir oppdaget, hvordan de blir behandlet og deres refleksjoner i etterkant. Det handler om hvordan ledere møter ansatte i dyp krise, og hvilke konsekvenser det får for den det gjelder.

To hovedfortellinger

Innledningsvis vil jeg understreke at fortellingene i dette kapitlet, og i rapporten generelt, er fortellingene til de som har stått på den ene siden i disse sakene, jeg har ikke snakket med arbeidsgiverne. Dette har sin naturlige forklaring i at målet med denne studien nettopp var å løfte frem, og å lære av, dem som har opplevd dette direkte på kroppen. Dette er *deres* fortellinger, og min fortolkning av deres fortellinger. Med andre ord har ikke målet vært å få frem «sannheten», eller den nyanserte historien, men rett og slett opplevelsene og erfaringene som informantene sitter med.

Betydningen av relasjon og interaksjon, og da særlig mellom arbeidsgiver og ansatt, formidles tydelig i fortellingene til informantene, og det er denne betydningen som dette kapitlet handler om. For å illustrere dette vil jeg presentere to hovedfortellinger: en fortelling om å bli ivaretatt og en fortelling om å bli behandlet som en kriminell. Under hver av de to hovedfortellingene vil jeg presentere flere underfortellinger, som alle handler om hvordan informantene har opplevd håndteringen fra sin arbeidsgiver. Slik jeg forstår fortellingene, er det ikke nødvendigvis det å miste eller beholde jobben, eller å bli politianmeldt og å miste autorisasjonen, som er av størst betydning. Det som virkelig har preget fortellingene er

hvordan informantene ble møtt da det de hadde gjort kom for dagen. Ingen av informantene snakker om at de burde beholdt jobben, eller at det de har gjort ikke burde få konsekvenser. Det å bli møtt, eller ikke møtt, med respekt og medmenneskelighet fremstår derimot som utslagsgivende for hvordan de har det med seg selv i etterkant.

Fra uønsket handling til uønsket person

Felles for de fleste informantene er at de presenterer seg selv som ansvarlige, faglig dyktige og pliktoppfyllende sykepleiere. De forteller at de var godt likt på jobben, tok mye ansvar og trivdes i jobben. Jeg forstår det som informantenes måte å bygge opp en selvpresentasjon som flinke sykepleiere og ansvarlige mennesker på (Goffman 1959). Det er gjennomgående i fortellingene at det som har skjedd tolkes i lys av en identitetsforståelse som dyktig sykepleier. Som vi skal se, sier fortellingene også noe om tap av denne identiteten, og om hvor brutalt det kan oppleves.

Den ene hovedfortellingen i dette kapittelet handler om hvordan informantene straffes hardt for det de har gjort. Her utløser nemlig kontrasten mellom den gode sykepleierjobben informantene har lagt ned og de fatale handlingene de har utført en ganske tøff behandling fra arbeidsgivers side. Ane er en av dem som virkelig har fått kjenne konsekvensene av handlingene sine. Hun forteller hvordan «bruddet» mellom oppfatningen av henne og det hun har gjort farget den umiddelbare reaksjonen hun fikk da hun ble oppdaget:

Jeg var alltid.. jeg var alltid der. Jeg hadde ikke en eneste egenmelding på papiret. [...] Så jeg tror sjokket ble forferdelig stort da saken kom fram for en dag. At det massive svinnet de hadde hatt i de to siste månedene, det var meg.

«Du, av alle». Hvor manipulerende, kynisk og kalkulerende jeg hadde vært som kunne spille det dobbeltspillet. Her har jeg vært med lederen hjem på middagsbesøk, og vi har vært i hverandres bursdager og.. sant. Har hatt vennerelasjoner til alle kolleger, også er det meg.

Ane blir ikke bare møtt med reaksjoner på selve handlingen hun har gjort, i kjølvannet opplever hun også at hun tillegges særdeles negative persontrekk som «manipulerende», «kynisk» og «kalkulerende». Sjokket og skuffelsen over at det var henne, og ikke noen andre,

som stod bak «det massive svinn» bidrar til at hun blir «behandlet mer uverdigg enn andre», i følge henne selv. «De var så skuffet over at det var meg», sier hun. Ikke bare mister hun identiteten som pliktoppfyllende sykepleier og god kollega, hun blir en helt annen i lys av det hun har gjort. Hun stemples som den kalkulerende og kyniske «tyven»:

[D]et er et sånt angrep når klinikksjefen som du aldri har håndhilst på tar seg bryet med å komme ned på avdelingen, sant. Autoritære mannfolk som jeg aldri har sett, jeg har ikke et forhold til deg i det hele tatt. Også sitter du der, og så: «jaså, er det du som er tyven».

Dette «konfrontasjonsmøtet», som hun selv omtaler det som, er det første som skjer etter at hun blir oppdaget. Hun har tidligere hatt et godt forhold til sin nærmeste sjef, og skulle gjerne sett at saken ble håndtert annerledes:

Jeg tenkte på det i ettertid, at avdelingsleder skulle bare ha snakket med meg. Vi to sammen. Også.. hadde det vært enklere å legge kortene på bordet og man kan gråte ut. [...] Så kan du heller bli kalt inn på teppet på ny. [...] Vi har jo vært venner, og de har vært i mitt hus og jeg har vært i deres. Så det kunne vært håndtert med bare å si «Ane, jeg er glad i deg, men vi har et kjempeproblem».

I det Ane sier her skinner det gjennom et ønske om at relasjonen hun har hatt til avdelingsleder skal komme henne til gode, at det skal bidra til at hun blir møtt som et medmenneske man tross alt har omsorg og respekt for. Ane understreker at hun har forståelse for at «formalitetene må gjennomføres», og at hun «skjønner at det møtet må til», men at hun skulle ønske at hun ble møtt med mer medmenneskelighet, og mindre brutalitet, i den situasjonen hun befant seg i:

Det er helt ubeskrivelig å bli tatt. Altså ubeskrivelig vondt. Og det tror jeg ikke bare er for meg, det tror jeg det er for mange. Å ha et formelt konfrontasjonsmøte rett etter at noe slik at skjedd, det er veldig brutalt. Det er det.

Randis fortelling om hvordan hun ble møtt av arbeidsgiver er en todelt fortelling. Den ene delen handler om å være uønsket av arbeidsgiver, som har mange likhetstrekk med Anes fortelling, og den andre om å få hjelp. Randi jobber nemlig på to forskjellige avdelinger da hennes forhold til medikamenter blir oppdaget, og hun opplever svært ulik håndtering av sine to arbeidsgivere. Randi opplever med andre ord ikke en total avvisning, slik Ane forteller at hun har gjort, men er tydelig på at hun har blitt behandlet «elendig» av arbeidsgiveren som ga henne «sparken på dagen»:

Altså, det ville jeg aldri sagt da, for da fortjente jeg jo alt. Men de behandlet meg elendig.[...][N]år du står i den situasjonen jeg stod i da, så føler man ikke at man har krav på noe som helst. Altså, man føler ikke at man kan reagere på noe som helst, fordi at jeg var jo den slemme. Og det var jeg jo!

I møte med arbeidsgiver blir hun «den slemme», og føler selv at det hun har gjort tilsier at det var en riktig oppfatning av henne. «Da fortjente jeg jo alt», sier hun, noe som er et kraftig vitnesbyrd om skamfølelse og et selvbilde under press. Straff ser ut til å bli, i likhet med Anes tilfelle, hele drivkraften bak håndteringen. Randi motsetter seg ikke å «ta straffen for det man har gjort», tvert i mot. Slik jeg forstår henne opplever hun det helt legitimt at det hun har gjort skal straffe seg, men betegner det likevel som «tragisk» at hun ikke ble tilbudt «et bedre opplegg»:

Da var det kun straff, og ikke noe.. altså, at de ikke har et bedre opplegg, det er tragisk. Det er veldig tragisk. For en ting er at man skal ta straffen for det man har gjort, men at man skal kunne få en mulighet til å bli kvitt et problem.

I det man stempler noe, og noen, som et problem, kan det få utilsiktede konsekvenser i form av økte problemer for den som blir stemplet (Skog 2006:188). Når arbeidsgiver velger å behandle deg som en tyv, en som har gjort noe kriminelt, heller enn en som trenger hjelp og støtte, kan det få store følger for hvordan du selv håndterer og bearbeider det du har gjort. Både Ane og Randi blir, slik jeg forstår det, utsatt for en håndtering fra arbeidsgiver som signaliserer at det ikke bare er det de har gjort som er et problem, personen bak handlingen

blir også uønsket. Når jeg snakker med dem, gjør de seg noen tankevekkende refleksjoner om hva det har gjort med dem – både der og da, og nå i etterkant.

«Den er jo helt vanvittig, den krisen som du kommer inn i», sier Ane om tiden rett etter at hun ble tatt. Anes historie er et eksempel på at veien er kort fra uønsket atferd til uønsket person (Skog 2006:187). Hun blir sendt hjem i sjokk, med beskjed om at hun ikke lengre har noen jobb å gå til, og sier at «da var jeg suicidal, ikke sant.». Det var aldri mistanke om at hun hadde vært ruset eller inntatt rusmidler på jobb, siden hun ble oppfattet som «den flinkeste». Det får imidlertid ingen formildende konsekvenser for hvordan hun blir behandlet:

Og så ringer arbeidsgiver, hardt og kontant: «Ja, forresten vi har politianmeldt deg». [...] Da var jeg i stor fare for å ta mitt liv. Jeg tenkte: «Har jeg nøkkelkortet fremdeles? Skal jeg opp på jobb og hente ut Curacit¹³ og gjøre slutt på meg selv?» Sant, altså, jeg virkelig begynte å planlegge handlinger som kunne være suksessive da. At det ikke skulle være et rop om hjelp, jeg ville virkelig gjøre slutt på det.

Det Ane setter ord på her sier noe om at det som betyr noe ikke er konsekvensene isolert sett, men hvordan det blir kommunisert og håndtert, og hvordan man behandler et menneske i dyp krise. Slik jeg forstår det, motsetter ikke Ane, i likhet med Randi, seg straff eller at det hun har gjort meldes til politiet. Hun forteller faktisk at hun opplever politiet som «de største medmenneskene i denne prosessen», og at de etter avhøret til og med gir henne en klem og sier at de kommer til å tenke på henne. Men at politianmeldelsen blir kommunisert over telefon, i den situasjonen hun står i, blir rett og slett for mye for henne. Ane forteller at hun var i sjokk etter det som hadde skjedd, og at hun til og med var «suicidal». At hun først blir stemplet som tyv i et formelt «konfrontasjonsmøte», så blir oppringt med beskjed om at hun er politianmeldt, gjør at hun tenker at «nå kan jeg ikke leve». Hun forteller at hun blir «helt rådvill», men at hun til slutt «hopper i joggeskoene og løper til nærmeste psykologkontor»:

Og.. så var det en fantastisk psykolog der som kom meg i møte i trappeoppgangen og da kollapset jeg. Så da tok han meg inn uten henvisning. [...] Så det var.. ja, det var avgjørende.

¹³ Muskellammende narkosemiddel (Felleskatalogen).

Ane beskriver det tilfeldige møtet med psykologen i trappeoppgangen som «avgjørende». Slik jeg tolker det, handler det om at Anes selvbilde er så skakkjørt etter arbeidsgivers håndtering at hun helt mister fotfestet. På samme måte som at «konfrontasjonsmøtet» med arbeidsgiver er avgjørende for henne, og fortsatt virker å være avgjørende for henne, er dette møtet i trappeoppgangen også avgjørende. Hos psykologen møter hun noe, og noen, som kan bekrefte at hun fortjener å bli behandlet med respekt og som et gyldig menneske tross det hun har gjort (Album 1996:130). Hun forteller at psykologen «ville skrive brev til arbeidsgiver» om hvordan de hadde behandlet henne, fordi «det er jo å sende deg i graven ved å gjøre sånt».

Der Ane betoner møtet med psykologen i trappeoppgangen som avgjørende, er Randi tydelig på at måten hun ble møtt på av sin andre arbeidsgiver utgjorde en stor forskjell for henne: «Altså, hvis ikke han sjefen min i [avdeling 2] hadde hanket meg, så er jeg ikke sikker på at jeg hadde overlevd». I likhet med Ane kan det synes som om at Randis selvbilde var under press etter håndteringen fra sin ene arbeidsgiver, og at Randi rett og slett trengte at noen bekreftet henne som en som fortjente å føle seg verdig. Hun sier selv at hun mistet verdigheten sin i møte med arbeidsgiveren som ga henne sparken. Det fremkommer likevel tydelig at det ikke handlet om at hun fikk sparken i seg selv, men måten det ble gjort på. Hun sier nemlig at det hun kunne trengt er noen «oppklaringssamtaler» for å kunne kjenne på en verdighet i etterkant:

Jeg tror noen flere runder, oppklaringssamtaler, med [avdeling 1] ville.. latt meg beholdt den delen av verdigheten min som faktisk var verdt å beholde. Jeg tror.. ja, jeg tror jeg hadde fått det bedre raskere.

Det kan virke som om både Ane og Randi *blir* det de har gjort. Diskrepansen mellom det de har gjort og oppfatningen av dem, synes å bidra til at de blir møtt av arbeidsgiver på den måten de gjør. Ane mener selv at skuffelsen over at det var akkurat henne bidrar til hun blir straffet hardere. Dette står i sterk kontrast til fortellingen om de som blir ivaretatt og møtt med medmenneskelighet nettopp fordi de oppfattes som dyktige sykepleiere. Denne diskrepansen mellom handling og oppfatning, og konsekvensene det får, kan betegnes som et stigma (Goffman 1990). Et stigma er en generalisering der en persons spesifikke handlingsmønster blir definerende for hvordan man oppfatter og behandler vedkommende. Med andre ord bidrar

stigmaet til at vedkommende får en sosial status basert på det de har gjort, og ikke øvrige egenskaper, slik som i Anes tilfelle. Videre kan en slik stigmatisering føre til at reaksjoner fra andre blir ødeleggende for hvordan vedkommende oppfatter seg selv (ibid). Det er nettopp her vi rører ved kjernen, nemlig hvor avgjørende det er hvilke reaksjoner de får fra omverden på det de har gjort. Som Ane selv sier det: «det er en person der som får fengsel, og som er ganske syk, og som trenger hjelp».

For Ane har måten hun ble møtt på det vært «traumatiserende»: «Jeg vet ikke om jeg greier å havne i den hvite uniformen igjen. [...] Jeg har liksom et arr for livet.» Når jeg intervjuer henne er det sju år siden hun mistet jobben og autorisasjonen. Hun forteller at hun alle disse årene har holdt det skjult for familien, foruten mannen, fordi hun ikke fikk seg til å si noe: «Det er jo ikke meg, sant». Slik jeg forstår det, sikter Ane her til diskrepansen mellom oppfatningen av henne og handlingen hun har utført, og at det hun har gjort ikke *er* henne. Hun er en redelig og dyktig sykepleier, ikke en som stjeler og misbruker medikamenter. Denne lille setningen, «det er jo ikke meg, sant», sier så mye om både tap av identitet, og om hvordan reaksjonen fra omverden får betydning for hvordan du bærer det du har gjort med deg videre. Det handler også, som Randi peker på, om verdighet, noe flere av informantene peker på, og som jeg vil forfølge nærmere senere i kapittelet.

Straff og resignasjon

Noe av det som fremgår av fortellingene i studien, er at det er lite samsvar mellom omfanget av det hver enkelt informant har gjort og sanksjonene de møtes med. Tilsynelatende virker alle former for stjeling og bruk av medikamenter som god nok grunn til å avskjedige vedkommende, samt å melde personen inn til fylkesmannen¹⁴. Samtidig som det finnes fortellinger om alvorlig bruk og stjeling som ikke fører til at man mister jobben. Fortellingene til Lise og Irene er eksempler på at også stjeling av få tabletter kan føre til at du mister både jobb og autorisasjon, og samtidig viktig fotfeste i en vanskelig periode i livet. Fortellingene viser også at en del arbeidsgivere utøver lite skjønn i håndteringen av saker der en ansatt har stjålet og brukt medikamenter.

Irene blir straffet hardt med tanke på at det, i følge henne selv, verken var snakk om en langvarig eller særlig omfattende bruk av medikamenter, men er likevel av den formening at

¹⁴ Fylkesmannen fører tilsyn med helsepersonell i fylket, og informerer Statens helsetilsyn om forhold som tilsier tilbakekall av autorisasjon. Mer forklart om saksgang i innledningskapittelet.

hun fikk den behandlingen hun fortjente. Hun blir innkalt til et møte med blant annet styrer og avdelingsleder når det hun har gjort kommer for en dag. Her har hun med seg en venninne, men forteller at Akan-kontakt og tillitsvalgte ikke dukker opp på møtet på tross av at de er innkalt:

Det var ikke noe langt møte og det var ikke noe konstruktivt, og jeg var.. jeg var helt knust, fullstendig.. skjønte at nå mister jeg jobben, nå mister jeg alt.

Hun sier at «da raste egentlig alt», noe som førte til at hun «havnet på psykiatrisk». Irene forteller at hun slet mye i etterkant, og at hun på et tidspunkt mistet fotfeste helt: «På under ett år så.. mistet jeg alt. Jobb, sertifikat, hus, ungene.. ja». I etterkant har hun fått høre fra tidligere kolleger at hun «skulle hatt oppfølging» i regi av arbeidsplassen, noe hun ikke fikk. Det hører med til fortellingen at Irene først og fremst snakker om problemer på hjemmebane som utløsende for at hun etter hvert «mister alt», men betoner samtidig hvor viktig jobben var for henne midt oppi alt. Hun forteller at «det var jobben jeg gledet meg til» og «det eneste jeg mestret», samt at det først var da hun mistet jobben at alt virkelig raste for henne. På spørsmålet om hun føler seg urettferdig behandlet av arbeidsgiver, svarer hun likevel: «Nei, det har jeg ikke tenkt. Jeg har jo tenkt at det er min egen feil».

Selv om Irene er av den formening at hun fikk den straffen hun fortjente, fremgår det likevel under intervjuet at hun mener måten arbeidsgiver behandlet henne på ikke var optimal. På spørsmål om hva hun ville gjort om hun, i en tenkt situasjon som sykepleier, visste at en kollega hadde et medikamentproblem, er hun tydelig på hva hun mener:

[J]eg tenker jo at hadde jeg oppdaget noen som hadde problemer så ville jeg gjort alt for at den personen fikk hjelp. Ikke bare sparken. [...] For det.. det er ikke det de trenger.

I likhet med fortellingen til Irene er Lises fortelling et eksempel på at det ikke kun er langvarig stjeling og bruk som får konsekvenser. Lise forteller at hun blir oppdaget etter å ha stjålet et brett med tabletter én gang, Irene har tatt et par tabletter i tre runder. Her er det på sin plass å understreke at dette er *deres* fortellinger, og at det selvfølgelig kan være at de har

stjålet og brukt mer enn det de forteller om. Det fremgår likevel ganske tydelig at det i så fall ikke er snakk om en like omfattende bruk som mange av de andre informantene. Fortellingene deres er fortellinger om moderat bruk i krevende perioder, og de forteller begge at det ikke gikk lang tid før de ble oppdaget på jobb. I Lises tilfelle er det snakk om et begrenset svinn, som hun blir konfrontert med en morgen før hun går av vakt:

[O]g så spurte hun meg, og jeg innrømmet det med en gang [...]. Og da fikk jeg beskjed om at jeg kom til å bli suspendert... og... og jeg var jo helt lammet. Jeg klarte ikke å gripe tak i noe selv, på en måte. Jeg følte jeg ikke hadde noen rettigheter i det hele tatt. Og jeg klarte ikke å stå opp for meg selv på noe slags vis. Så jeg mistet jobben [...].

Lise får beskjed om at hun ikke kan forvente seg å komme tilbake i jobb verken i kommunen hun bor i eller kommunen hun har pendlet til: «Så det fikk jeg jo beskjed om, og jeg turte ikke å søke». Lise har fire barn som hun forsørger alene, og hun får store økonomiske problemer i kjølvannet av at hun mister jobben og autorisasjonen. Hun forteller at hun starter en «langvarig og omstendelig prosess» for å få tilbake autorisasjonen, og husker enda både datoen hun fikk den tilbake og datoen hun er tilbake i jobb som sykepleier, vel og merke i en annen kommune enn den hun bor i og den hun tidligere har jobbet i. Hun legger alle kort på bordet i prosessen med å få seg jobb igjen, noe som skal straffe seg når det senere oppdages svinn på den nye arbeidsplassen:

Ble innkalt til et møte, og da var det ny sjef der. [...] Veldig myndig dame og.. og hun fortalte meg at det hadde forsvunnet medisin, og jeg ble mistenkt. Og jeg hadde jo ikke tatt noe. Så jeg skjønnte jo at «her er det noe som er feil, her er det noen flere som har strevd», tenkte jeg da. Og det sa jeg jo og.. Men.. jeg var jo livredd for ikke å bli trodd, og jeg ble ikke trodd. [...] Jeg sa «jeg kan ikke innrømme noe jeg ikke har gjort». Og jeg ble veldig dårlig av dette, og ble sykemeldt. Og så.. og så fikk jeg beskjed om at jeg hadde mistet jobben.

Fortellingen til Lise er altså en fortelling om å miste både jobb og autorisasjon to ganger, første gang fordi hun hadde tatt et brett med tabletter fra jobb, og andre gang uten at det, i

følge henne selv, var hun som stod bak svinnet hun ble beskyldt for. «Da var jeg helt på felgen, og orket ikke å ta opp noe kamp», forteller hun. Det ender med at også hun blir «innlagt på psykiatrisk» til slutt. Intervjuet med Lise er et av de intervjuene som har gjort størst inntrykk på meg. Ikke først og fremst på grunn av det hun forteller, men resignasjonen hun gir uttrykk for. Hun forteller at hun formelt sett ikke er sagt opp, men at hun har gitt opp å komme seg tilbake i jobb, på tross av at hun kunne hatt mange år i arbeidslivet igjen, fordi hun ikke orker nok en kamp.

Verken Irene eller Lise jobber som sykepleiere når jeg snakker med dem, men Irene er i arbeidspraksis gjennom NAV, og ingen av dem har fått tilbake autorisasjonen. De adresserer begge to en slags håpløshet og maktesløshet når de snakker om det som har skjedd. Slik jeg forstår det, handler det om at de føler seg tvunget til å godta at det de har gjort har fått alvorlige konsekvenser, selv om det verken er snakk om stort svinn eller omfattende bruk. De rammes av formalitetene, som ikke skiller på omfattende stjeling og bruk, og å stjele et brett tablett én gang¹⁵, og har dermed lite de skulle ha sagt. I Lises tilfelle handler det i tillegg om å bli straffet for et svinn hun selv mener at hun ikke står bak. Resignasjonen kan synes å være en reaksjon på ikke å bli trodd og å bli behandlet urettferdig, men også på at det tilsynelatende ikke skulle mer til for å tape identiteten som dyktig sykepleier.

Når du blir ivaretatt

Den andre hovedfortellingen i dette kapittelet handler om arbeidsgivere som ikke har et ønske om å straffe, men om å være en støtte. Denne fortellingen står i skarp kontrast til den forrige fortellingen, både når det gjelder håndtering og når det gjelder konsekvenser i etterkant. Den store likheten mellom de to fortellingene er likevel at det er ordene og møtene, og ikke konsekvensene, som blir fremhevet som betydningsfulle. De virkelige solskinnshistoriene er likevel fortellingene om både å bli møtt med respekt og å beholde jobben, og det er først og fremst fortellinger om å bli møtt som en person som har et problem, og ikke en person som har gjort noe ulovlig.

Ingvilds fortelling er nok den største solskinnshistorien av dem alle, samtidig som den er et eksempel på at omfang av medikamentbruk og stjeling overhodet ikke henger sammen med

¹⁵ Tyveri av vanedannende legemidler er en atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelse som sykepleier (Statens helsetilsyn).

konsekvenser. Hun er den av informantene som forteller om det største forbruket av medikamenter, samt at hun forteller om både stjeling og reseptforfalskning, men er likevel i jobb hos samme arbeidsgiver når jeg snakker med henne. Ingvild er under videreutdanning når hun blir oppringt av sjefen sin en kveld, og tenker «jeg er jo i permisjon, hun ringer aldri meg». Sjefen vil ikke si over telefon hva det gjelder, så de avtaler at Ingvild skal komme innom jobb dagen etterpå for en samtale. Ingvild beskriver møtet de hadde med disse ordene:

Da sa hun det, det var bare vi to som snakket. Hun sa at «du trenger ikke å si noen ting eller gjøre noen ting, jeg vil bare snakke med deg, og fortelle deg at det her er situasjonen nå. For jeg synes det er veldig dumt at du skal få det som et brev i posten». [...] Tror ikke jeg sa én ting på det møtet. Jeg bekrefta det ikke, jeg nekta det ikke. [...] Hun sa: «jeg anbefaler deg sterkt å ta kontakt med familien din i hvert fall, eller noen andre du stoler på, slik at noen vet hva som foregår i livet ditt. Akkurat nå, sant eller ikke, så skjer dette».

Ingvild forteller at hun drar hjem uten helt å vite hva som kommer til å skje videre, men hun er ganske sikker på at hun mister jobben. Tiden etter møtet ringer sjefen henne hver dag, for å høre hvordan det går. Hver gang sier sjefen at hun er veldig glad for at Ingvild tar telefonen. Ingvild forteller at hun i etterkant tenker at «de var sikkert redde for at jeg skulle ta livet av meg». Dette står i sterk kontrast til fortellingene presentert tidligere i kapittelet, og kanskje særlig Anes fortelling. Det er tydelig at Ingvilds arbeidsgiver verken er opptatt av bevisbyrde eller konfrontasjon under det første møtet, og ifølge Ingvild «forholdte hun seg kun til det de visste», og ikke noe mer. Ingvild verken innrømmer eller nekter for det hun har gjort, men det får heller ingen konsekvenser fordi det åpenbart ikke er målet med den første samtalen hun har med arbeidsgiver. Hun får muligheten til å tenke seg om, fordøye det som har blitt sagt, og blir samtidig vist omsorg, både der og da, og i tiden rett etterpå:

[H]un har virkelig bare prøvd å hjelpe meg. Hun har vært, på en måte tydelig, forholdt seg veldig sånn.. [...] på en måte profesjonelt, men samtidig veldig medmenneskelig. Vært et medmenneske oppi det.

Randi har, som nevnt tidligere, to arbeidsgivere i den perioden hun bruker medikamenter, og hun fikk, som tidligere beskrevet, sparken av den ene arbeidsgiveren da hun ble oppdaget. Den andre arbeidsgiveren viser seg derimot å ha en litt annen tilnærming, om enn litt strengere i stilen enn Ingvilds sjef. Randi forteller at hun kviet seg for å fortelle sjefen på den andre avdelingen om hva som hadde skjedd, etter å ha fått sparken på den første avdelingen:

[J]eg orka ikke ringe sjefen min på [avdeling 2] og fortelle, så jeg fikk en kollega av meg til å ringe og fortelle hva som hadde skjedd. Og så.. etter noen få uker så ringte sjefen på [avdeling 2] og sa at «nå må du skjerpe deg, du kan for faen ikke sitte hjemme og være sykemeldt, nå lager vi et opplegg, jeg vil ha deg».

Hun blir innkalt til en samtale med sjefen, der han sier at han er av den formening at «alle skal få en sjanse til». Han drar dermed i gang et opplegg i samarbeid med NAV, som innebærer at Randi får jobb som miljøterapeut på avdelingen mot at hun leverer rene urinprøver – og med streng beskjed om at det er denne ene sjansen hun får: «[D]et fikk jeg jo veldig klar beskjed om, at noe tull, så er det på hue ut. Da går det ikke flere tog.» Selv mener hun at det var «absolutt helt korrekt» av sjefen å være så tydelig på at hun ikke får flere sjanser enn denne ene. Slik jeg forstår henne, handler det om at hun er innforstått med at han faktisk strekker seg langt for henne, han kunne gjort som sjefen på den andre avdelingen. Det viktigste er, som Randi selv uttrykker det: «han tok vare meg!».

Berit er en av informantene som forteller at det første møtet med arbeidsgiver kommer så plutselig at hun instinktivt reagerer med å nekte:

Så ble det oppdaget, og da var det møte og sånt.. og.. da nektet jeg. Det er jo sånn du gjør først... du får «pang», sant... så nekter du. Og så gikk det et døgn eller noe sånt, så ringte jeg og sa «ja... ja». [...] Men hadde jeg sagt «ja, det er meg», slik som jeg har forstått det på arbeidsgiver da.. hadde jeg innrømmet det med en gang, så hadde ikke han kontaktet politiet.

Hun forteller at det gikk et døgn etter møtet før hun ringte og innrømmet det, men at forholdet da allerede var politianmeldt. Hun forklarer den instinktive reaksjonen med at hun «er en sånn person som alltid må være forberedt», og at konfrontasjonen kom veldig brått og uventet på henne. Dagen etter møtet ringer hun imidlertid til sjefen sin og forteller han alt, og opplever at han tross alt er opptatt av at hun må få hjelp og tilbyr henne «et opplegg». Berit har selv en lederjobb og er kjent med Akan, så hun forteller at hun «var veldig glad med en gang arbeidsgiveren sa det, for da visste jeg det.. da var det ikke sparken som er neste». Berit får en ren administrativ stilling, men sier at hun var forberedt på at hun kunne miste jobben: «det kunne like godt skje».

Heller ikke Ingvild tok det for gitt at hun kom til å beholde jobben, selv om hun møtte stor omsorg og medmenneskelighet fra sjefen sin side: «[D]et var nesten litt sånn «ja, men, skulle ikke jeg miste jobben? Hva skjer?».. Hun forteller at hennes arbeidsgiver «fant til slutt ut at jeg kunne jobbe som assistent på avdelingen, som en ufaglært». Hun betoner at hun opplevde det som en «veldig spesiell situasjon, fordi at alle vet at du har den her kompetansen», men siden hun mistet autorisasjonen var det den eneste løsningen om hun fortsatt skulle stå i jobb.

Fortellingene over er tydelige eksempler på at man ikke må miste jobben selv om man har brutt en tillitt og mistet autorisasjonen, men det krever i så fall at man har en arbeidsgiver som er villig til å strekke seg langt for å finne en løsning. Ingvild er av den formening at arbeidsgiver la inn litt ekstra innsats for at hun skulle beholde jobben fordi hun ble ansett som en dyktig ansatt, og ikke «et eller annet problem som de ville bli kvitt». Berit mener at arbeidsgiver stod så sterkt på hennes side fordi «de kjenner jo meg, jeg har hatt en knalltøff jobb i ti år og tatt ansvar for ting som ingen andre vil ta tak i». Det de har gjort ødelegger ikke for den de har vært. Dette står i motsetning til fortellingene om å bli det du har gjort, der det kan synes som om det nettopp er kontrasten mellom den gode sykepleierjobben og den ulovlige handlingen som er bakgrunnen for den dårlige behandlingen. I begge tilfeller konstruerer informantene en virkelighetsforståelse rundt identiteten som dyktig sykepleier, og på den måten tegner de opp et tydelig skille mellom den de *er* og det de har gjort. Dette er nok særlig viktig for de som forteller om en håndtering der vedkommende blir det de har gjort, som i fortellingen til Ane og Randi. Det handler, slik jeg tolker det, om at identiteten som dyktig og ansvarlig sykepleier enten blir truet, og faktisk tapt, i møte med arbeidsgivers håndtering, eller at den finner støtte i møte med arbeidsgivers håndtering.

Selv om Ingvild mener at sjefen hennes strakk seg langt fordi hun tross alt var en dyktig ansatt, og at det var derfor hun fikk beholde jobben, gjengir hun en episode som sier noe om at måten hun ble *møtt* av arbeidsgiver kanskje ikke var et unntakstilfelle:

[J]eg husker da vi hadde mye svinn på jobb, da snakket jeg med sjefen min om det siden jeg hadde ansvar for medisinerrommet, og da sa hun det «det er litt viktig at vi finner ut hvem det er, ikke fordi at vi skal ta den personen, men for at vi skal hjelpe den personen».

Gjengivelsen av det som ble sagt i denne situasjonen viser, i likhet med de andre fortellingene om å bli ivaretatt, at dette er arbeidsgivere som ser på tyveri av legemidler som et uttrykk for at personen som står bak har et problem og trenger hjelp. Ikke nok med det, de strekker seg langt for å sikre at vedkommende ikke mister tilknytningen til arbeidslivet i den situasjonen de står i. Selv om fortellingene over handler om å beholde jobben, handler de også om hvor avgjørende det har vært hvordan arbeidsgiver møtte og tok vare på dem i situasjonen. Fortellingen under bidrar til å utdype og forsterke forståelsen av at det er nettopp selve håndteringen som har størst betydning.

Verdighet

Selv om de virkelige «solskinshistoriene» er fortellingene om dem som blir ivaretatt av arbeidsgiver og beholder jobben, finnes det også en annen fortelling om det å ha mistet jobben som kan kalles en «solskinshistorie». Det handler ikke om hvor man er i dag arbeidsmessig, men hvordan man har det med seg selv etter det man har gjort – og om, nettopp det som Randi snakker om: å beholde verdigheten.

Gro er en av informantene som forteller om en ganske kontrollert bruk av medikamenter, men at behovet for sovemedisin var så sterkt at hun mer enn en gang stjal fra arbeidsplassen. Hun mister jobben etter at det blir oppdaget, men ikke med en gang, og forteller at arbeidsgiver hele tiden uttrykte et ønske om både å hjelpe henne og å beholde henne som ansatt:

De var veldig omsorgsfulle og støttende, og ønsket å hjelpe meg. De ville beholde meg der, de ville gjøre det de kunne for at jeg skulle fortsette å være der. «Du er en ressurs for oss», sa arbeidsgiver, «du trenger hjelp, men du må ta i mot den hjelpa».

Gro får en telefon der hun blir innkalt til et møte med overordnet leder, men forteller at hun i forkant av møtet har en prat med sin avdelingsleder om det som har skjedd. Hun mener at denne praten gjør det lettere for henne å legge alle kortene på bordet i møtet med overordnet leder. Nærmeste leder blir med på møtet som en støtte for Gro, og her settes det opp en kontrakt med «et standardisert opplegg»¹⁶, hvorpå overordnet leder sier at «det virker kanskje urimelig, noe av det her»:

Og da sa jeg: «nei, det er ingenting i denne kontrakten jeg finner urimelig». [...] Jeg ønsket jo å opprette ny tillitt, å vise at jeg var til å stole på. For meg var jo det veldig viktig da.

«Vi snakket sammen hver dag», forteller Gro om forholdet til leder i tiden etter at hun ble oppdaget, noe som ga henne mulighet til å lufte utfordringer underveis. Arbeidsgiver organiserte også «et felles møte med alle sykepleierne» der både Gro selv og leder fortalte om situasjonen: «For de måtte jo vite at jeg ikke skulle ha nøkler og ikke skulle gi medisiner, og sånne ting». Men samtidig som arbeidsgiver uttrykker et ønske om å støtte og ivareta Gro, er de opptatte av «å gjøre det riktig i forhold til helsemyndigheter og i det hele tatt». De melder forholdet inn for fylkesmannen, og etter ett år kommer beskjeden om at Gro mister autorisasjonen. Beslutningen om at hun likevel ikke beholder jobben, kommer i «et sånt møte hvor vi skulle snakke om fremtiden» i etterkant av tapet av autorisasjonen. Hun forteller at på dette møtet «var det jo egentlig juristen som førte ordet»: «Hvor mange steiner skal vi snu? For hvis dette skjer om igjen, så må vi gjøre det samme overfor de andre». Gro hadde tenkt at de kom til å finne noe hun kunne gjøre, siden beskjeden fra starten hadde vært «du kan fortsette å jobbe her». I likhet med Lise og Irene mister Gro jobben fordi det tilsynelatende ikke er rom for skjønnsmessig behandling i disse sakene. I Gros tilfelle virker det som om at frykten for at man setter en standard for behandling av kommende saker bidrar til at hun til slutt mister jobben. Hun understreker samtidig at arbeidsgiver tross alt strakk seg langt for å

¹⁶ Individuell Akan-avtale.

hjelpe henne: «[J]eg kunne blitt sagt opp der og da, når det ble kjent. Det kunne de gjort, det gjorde de ikke.»

Gros fortelling om hvordan hun ble møtt av både nærmeste og overordnede leder, og også om hvordan hun til slutt mistet jobben, er et sterkt vitnesbyrd om at det viktigste i håndteringen av ansatte som har stjålet medikamenter ikke er hvilke konsekvenser handlingene får. Selv om Gro, i likhet med Lise og Irene, mistet jobben fordi arbeidsgiver tilsynelatende ikke var villig til å utøve skjønn i håndteringen, er fortellingen til Gro en helt annen enn Lises og Irenes fortellinger. Gro mener at den behandlingen hun fikk av sin arbeidsgiver er et eksempel til etterfølgelse, og «har alt å si for hvordan jeg har det i dag»:

Hadde ikke jeg blitt behandlet på den måten som de.. altså, den støtten og omsorgen og.. og.. den viljen til å si at «vi kan alle snuble, men man kan reise seg igjen». Det hadde ikke.. det hadde vært mye verre for meg hvis det ikke var sånn. Så det har alt å si. Og jeg har opplevd.. jeg har møtt en raushet og en varme. [...] De har sagt direkte til meg: «gå med hevet hode, alle kan snuble og falle».

Gro opplever arbeidsgivers håndtering som avgjørende, i positiv forstand, på tross av at hun til slutt mister jobben. I likhet med Randi snakker hun om «verdighet» når hun forteller om hvordan hun ble møtt. Men der Randi føler at hun ikke fikk beholde sin verdighet, har Gro en helt annen opplevelse:

De var veldig opptatte av min verdighet. [Leder] var veldig opptatt av at jeg skulle gå med hevet hode, «du har omdømme som en god sykepleier, du skal ikke vaske gulvet mitt». Altså, sånne mellommenneskelige ting, som.. det betyr veldig mye å bli behandlet på en sånn måte, spesielt når du har gjort det jeg har gjort. Så den måten de møtte meg på gjorde at jeg kunne stå i det.

I likhet med fortellingene til de som beholdt jobben, er denne fortellingen et eksempel på en arbeidsgiver som møter personen fremfor handlingen. Ikke minst er fortellingen et eksempel på hvor viktig det er å få beholde nettopp verdigheten i en vanskelig situasjon, på tross av det du har gjort. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv

og iboende verdighet», heter det i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Når verdighet står så sentralt i sykepleieryrket er det forståelig at flere av informantene betoner det som viktig i møte med arbeidsgiver, og samtidig et tankekors at langt fra alle arbeidsgivere i helsesektoren etterstreber en håndtering som ivaretar nettopp verdighet og respekt. Randi mener at måten hun ble møtt på er særlig kritikkverdig *nettopp* fordi arbeidsgiver burde visst bedre: «at en arbeidsgiver som i så stor grad sysler med helse og rusproblematikk, de burde håndtert det annerledes». På den ene siden kunne man kanskje tenke seg at disse sakene ble håndtert på en måte som var mindre fokusert rundt straff og avvisning, og mer rundt hjelp og rehabilitering, fordi det er arbeidsgivere innen helsesektoren det er snakk om. På den andre siden har arbeidsgivere i helsesektoren ansvar for å ivareta pasientsikkerheten, i tillegg til å ta vare på sine ansatte. Det er samtidig som oftest snakk om stjeling i tillegg til bruk, slik at sakene også får et rent kriminelt aspekt (Nygaard og Nordal 2005).

Oppsummering

Tanken bak denne studien var, som sagt innledningsvis, først og fremst å få fortellingene om bruk og misbruk av medikamenter, men så trådte fortellingene om arbeidsgivers håndtering frem som enda viktigere for informantene å få frem. Når arbeidsgiver velger å behandle vedkommende som en som har gjort noe straffbart heller enn en som har et problem, defineres det som den sanne oppfatningen av virkeligheten (Album 1996:57). Motsatt om arbeidsgiver velger en imøtekommende stil, og behandler personen som en som har et problem og trenger hjelp. Akkurat denne forskjellen i stil, og definisjon av situasjon og person, er det som viser seg avgjørende for personene det gjelder. I begge tilfellene får det konsekvenser for hvordan de selv tenker om, og håndterer, det de har gjort. Der de blir «tyven» eller «den slemme» sentreres håndteringen rundt straff heller enn ivaretagelse, og det de har gjort slår beina under den de har vært. Tapet av identiteten som den dyktige og ansvarsfulle sykepleieren opplever i disse fortellingene som brutalt.

I fortellingene om det første møtet med arbeidsgiver etter at det de har gjort har blitt oppdaget, virker den vanligste tilnærmingen å være at arbeidsgiver konfronterer den det gjelder med hva man har oppdaget. Å få den som er mistenkt for svinn til å innrømme alt der og da synes å være, fra arbeidsgivers side, hele poenget med det første møtet. Det kan være uheldig på flere måter, men først og fremst fordi det kan oppleves særdeles vanskelig for den som blir konfrontert. Mange av informantene forteller at de hadde problemer med å erkjenne overfor

seg selv hva de hadde gjort, samt innse at de hadde et problem. Som Ane sier: «du fortrenger det så voldsomt, alvorlighetsgraden i det du gjør». I tillegg kommer konfrontasjonen så uforberedt på enkelte av informantene at de rett og slett ender opp med å nekte for det de har gjort. «Folk vil nødig erkjenne det som er vanskelig i livet sitt»¹⁷. Du har gjort noe du skammer deg innmari over, og som du kanskje ikke helt har erkjent over for deg selv at du har gjort, så blir du konfrontert med det og bedt om å legge alle kort på bordet der og da. Vel vitende om at det kommer til å få alvorlige konsekvenser. At man som arbeidsgiver velger en konfronterende linje kan medvirke til at den det gjelder føler det utrygt og ukomfortabelt å innrømme hva som har skjedd, slik at det rett og slett virker mot sin hensikt. Mange har vanskelig nok med å innrømme overfor seg selv hva de har gjort, og å håndtere følelsene rundt det.

Informantene forteller at de ikke motsetter seg straff eller at det de har gjort skal få alvorlige konsekvenser, heller tvert i mot. De mener selv at det de har gjort ikke kan unnskyldes, og syns det er helt legitimt at det sanksjoneres ved at de mister jobben og autorisasjonen. Det handler mer om *hvordan* det gjøres og hvordan de blir møtt. Som oftest er det snakk om mennesker som har stilt opp og gjort en god jobb, men som har tatt noen skikkelig dårlige valg i en situasjon som har vært krevende og utfordrende for dem. Mange av informantene vektlegger det å møte mennesker i krise som en viktig del av jobben som sykepleier. Det handler, slik jeg forstår det, om å få brukt seg selv som både fagperson og medmenneske, i tillegg til at akkurat *deres* handlinger som medmennesker har stor betydning, og kan være til hjelp, når andre mennesker har det som verst. Dette er, slik jeg ser det, direkte overførbart til slik de forteller om hvordan de selv ble møtt da de hadde det som verst. Og at det nettopp er å bli møtt som et medmenneske, av et medmenneske, når de selv står i en dyp krise, som er avgjørende for hvordan de selv håndterer de de har gjort. Det er rett og slett samtalene og møtene som har vært viktigst, ikke utfallet.

¹⁷ Sitatet er hentet fra et foredrag av Jan Spurkeland. Spurkeland har arbeidet som personalsjef i Statoil, samt vært lærer, rådgiver, rektor og skolesjef i den offentlige skolen.

7 Oppsummering

Informantene i denne studien vektlegger forklaringer på medikamentbruken som kretser rundt det kroppslige, både i fysisk og psykisk forstand, som hos mange igjen har sammenheng med livssituasjon og livsomveltende hendelser. Dette er funn som stemmer overens med tidligere forskning og litteratur på feltet (Fekjær 2008, Hafseng 1998, Nordal 2005). Medikamenter blir en måte å mestre en krevende hverdag på, og mange forteller at bruken etter hvert går fra å lindre symptomer til å håndtere situasjoner. Flere forteller at fastlegen plutselig satt ned foten etter å ha skrevet ut vanedannende legemidler over en lengre periode, noe som fører til at de ender opp med å stjele fra jobb. Ikke alle forteller at de utvikler en rusorientering, men de som gjør det opplever at bruken eskalerer og at de mister kontroll.

Informantene er ulike når det kommer til omfanget av medikamentbruk – det er fortellinger om alt fra sovemedisin i kontrollerte former til 30 Paralgin forte om dagen. Felles for dem alle er at de adresserer en avhengighet og at de har latt det gå så langt som at de har stjålet fra arbeidsplassen. Fortellingene om å stjele handler om moralske avveininger, om å rettferdiggjøre det for seg selv underveis, og om hvor langt man kan være villig til å gå for å få tak i medikamenter. Ingen har imidlertid gått så langt som å ta fra pasienter. Her går det en absolutt grense for alle sammen, selv om noen av dem reflekterer rundt hva som kunne skjedd om de ikke hadde blitt tatt da de ble tatt.

Fortellingene i denne studien bekrefter at medikamentavhengighet er «et skjult problem» (Hafseng 1998). Flere av informantene har holdt det skjult også for nærmeste familie og ektefelle. Informantene forteller om å sitte igjen med en stor skamfølelse i etterkant av det som har skjedd, og om å føle seg veldig alene om å ha gjort det de har gjort. I likhet med Hafseng (1998) finner jeg en ensomhet rundt denne problematikken, men i større grad sentrert rundt situasjonen etter at de har blitt tatt enn rundt bruken i seg selv. Avvikerrollen blir veldig ensom, noe som bidrar til å øke følelsen av skam og selvforakt.

Fortellingene om arbeidsgivers håndtering har vært det viktigste for informantene å få frem. Betydningen av relasjon og interaksjon, og da særlig mellom arbeidsgiver og ansatt, formidles tydelig. Det handler, slik jeg forstår det, om at måten de har blitt møtt på har vært avgjørende for hvor de står i dag. Kontrasten er stor mellom å bli behandlet som en person som trenger hjelp og å bli behandlet som en kriminell som fortjener straff, og får konsekvenser for

hvordan de selv tenker om, og håndterer, det de har gjort. Mange av informantene vektlegger det å møte mennesker i krise som en viktig og givende del av jobben som sykepleier, noe som handler om at de fikk brukt seg selv både som fagperson og som medmenneske. Da deres bruk av medikamenter og det at de har stjålet fra arbeidsplassen blir avslørt, står de selv i en krisesituasjon. Da er det, slik jeg tolker dem, nettopp det å bli møtt som et medmenneske, av et medmenneske, som er avgjørende for å kunne stå i det med verdigheten i behold. Ingen av dem motsetter seg at det de har gjort skal få konsekvenser, heller tvert i mot, så lenge de blir møtt på en god måte. Interaksjon synes rett og slett å være viktigere enn sanksjon i fortellingene om arbeidsgivers håndtering.

8 Veien videre

Denne studien kunne fort blitt en studie som kun er interessant for helsepersonell som yrkesgruppe, og for de som jobber med helsepersonell. Jeg mener imidlertid at funnene i studien har stor overføringsverdi til resten av arbeidslivet, og vil i dette kapitlet reflektere rundt hvordan arbeidslivet og Akan kompetansesenter kan gjøre nytte av rapporten. Studien har gitt oss i Akan kompetansesenter ny kunnskap som vi vil ta med i videre arbeid for å videreutvikle våre tjenester og vår rådgivning til hele det norske arbeidslivet.

Det er tre punkter jeg oppfatter av særlig verdi for oss å ta med videre, og som arbeidslivet vil være tjent med å fokusere på for både å forebygge og å håndtere rus- og avhengighetsproblematikk: 1) overføringsverdi til andre autorisasjonsbaserte bransjer, 2) hvordan møte mennesker i en vanskelig situasjon, og 3) integrere medikamentbruk i bedriftens policy for rusmiddelbruk og spill, med gode rutiner for håndtering av medikamenter der det er aktuelt.

Overføringsverdi til andre autorisasjonsbaserte bransjer

Det spesielle for helsepersonell er tilgjengeligheten til medikamenter, og deres kompetanse på bruk av medikamenter. Problemstillinger knyttet til å miste en autorisasjon for å utøve sin jobb omhandler imidlertid flere yrkesgrupper enn helsepersonell. Flere yrker og arbeidsoppgaver krever vandelsattest, eller andre type sertifiseringer, helseattester og sikkerhetsklareringer. Lovbrudd eller brudd på arbeidsreglement kan føre til konsekvenser som inndragelse av slike sertifiseringer, som igjen kan føre til oppsigelse eller avskjed i flere yrkesgrupper enn helsepersonell.

Frykten for å miste en autorisasjon eller sikkerhetsklarering, med oppsigelse eller avskjed som konsekvens, bidrar til å øke terskelen for å si i fra og søke hjelp. Ofte møter vi begreper som tysting og kontroll i stedet for hjelp og ivaretagelse. Flere velger å holde et problem skjult så lenge som mulig i frykt for konsekvensene ved å si ifra. En slik frykt kan også være til hinder for at kolleger melder en bekymring før det er blitt alvorlige problemer. I dialog med enkelte arbeidsplasser møter vi ofte en beskrivelse av at fallhøyden er så stor dersom en medarbeider har et rus- eller avhengighetsproblem at man unngår å si ifra hvis man er bekymret.

Tilsvarende fallhøyde beskrives også for arbeidstakere som innehar et særskilt ansvar eller en

spesiell rolle, som for eksempel ledere og politikere. Som vi lærer av informantene i denne studien kan livet bli et nummer for stort for oss alle, uavhengig av bransje, ansvar og arbeidsoppgaver, og vi har alle ulike måter å mestre det på.

Vi møter ofte en holdning om at mennesker som besitter et spesifikt yrke, med en ekstra kompetanse, en bestemt rolle, et overordnet ansvar, eller egenskaper som gjør dem ekstra godt likt, er immune mot å utvikle problemer. Overskriften «Du, av alle» illustrerer dette godt. Noen av informantene beskriver nettopp at de ble møtt med en holdning om at de som dyktige og ansvarlige sykepleiere, med god kunnskap om medikamenter, ville tåle bruken av medikamentene uten å utvikle problemer. Slike holdninger møter vi også overfor andre enn helsepersonell i andre bransjer, for eksempel ledere eller andre med stort ansvar, og uavhengig av om det handler om medikamenter, alkohol, narkotika eller spill.

For å snu denne tankegangen må vi tørre å snakke om rus og avhengighet som noe som angår oss alle, og som de fleste av oss vil bli berørt av i en eller annen form, som kollega, pårørende, venn eller oss selv.

Å møte mennesker i vanskelige situasjoner

Ett av de mest verdifulle funnene i studien er fortellingene om hvordan informantene blir møtt av arbeidsgiver når det de har gjort blir oppdaget. Fortellingene handler om hvordan møtene og samtalene gjennomføres, og om de blir forstått som et menneske som trenger hjelp eller som et menneske som har gjort noe straffbart. Fortellingene sier noe om at informantene ikke motsetter seg straff for det de har gjort, så lenge de får beholde sin verdighet. Hvorvidt de blir møtt med respekt og medmenneskelighet, kontra som en kriminell person med negative personkarakteristika, beskrives som avgjørende for hvordan deres liv påvirkes videre. Dette er verdifull informasjon vi må legge større vekt på i vår veiledning og opplæring i arbeidslivet.

Vår erfaring er at arbeidsplassen generelt, og ledere spesielt, er de siste som oppdager eller får vite om rus- og avhengighetsproblemer hos en ansatt. Mye av vår identitet er knyttet til jobben vår. Det å innrømme noe man skammer seg over krever trygghet, og frykten for å fortelle eller bli avslørt henger sammen med en usikkerhet knyttet til konsekvensene. Ledere vi snakker med er ofte frustrert over at vedkommende ikke innrømmer å ha et problem, og at en manglende innrømmelse hindrer lederne i å komme videre med å tilby hjelpetiltak. Dette er

en misforstått strategi. Vi må ikke vente på en innrømmelse for å beskrive en bekymring. Tvert i mot. Ved å presse fram innrømmelser mobiliserer vi heller forsvar og fornektelse. Det kan resultere i sinne, redsel, bortforklaringer og løgner, og bidrar hverken til trygghet eller åpenhet som må til for å føre oss videre. Fortellingene i denne studien beskriver at flere straffes hardere fordi innrømmelser ikke fant sted med en gang, en erfaring Akan kompetansesenter deler. Men løgner genereres ofte av frykt, frykt for å bli avslørt, tape ansikt og for å miste jobben. Derfor er det så viktig at formålet med samtalene tydelig kommer fram, slik at vi unngår frykt, og i stedet bidrar til trygghet og ivaretagelse.

Det er mye forebygging i god håndtering. Å vite at en kollega blir ivaretatt om man melder fra om en bekymring vil senke terskelen for å si i fra. I bedriftskulturer der en slik ivaretagelse formidles vil det å melde ifra oppleves som omsorg, og ikke som sladring. God håndtering av ansatte i vanskelige situasjoner vil også senke terskelen for selv å be om hjelp. Signaleffekten vil være sterk og kunne bidra til større åpenhet.

Det er forståelig at arbeidsgivere opplever det svært utfordrende å håndtere saker der ansatte har brutt loven og har et problem som er uforenelig med å utføre jobben sin. Oppsigelse eller avskjed er noen ganger uunngåelig. I slike situasjoner er fortellingene i denne studien, som sier at ansatte som begår lovbrudd på arbeidsplassen ikke motsetter seg straff, ekstra viktig å ha med seg. Informantene beskriver tydelig hvordan det var møtet og samtalen da de ble oppdaget som ble av betydning for hvordan livet artet seg videre, og ikke selve utfallet.

Det er likevel viktig at arbeidsgivere kjenner til hvilke muligheter som finnes, slik at det kan foretas en vurdering av hva som er mest hensiktsmessig for begge parter. Man kan melde fra til politiet og la de etterforske lovbruddet, samtidig som arbeidsgiver tar seg av det arbeidsrelaterte og den ansatte. En individuell Akan-avtale er et tilbud fra arbeidsgiver om et støtteopplegg som sikrer tett og ivaretagende dialog mellom personene det gjelder og nærmeste leder. I alle individuelle Akan-avtaler må det være en vurdering av situasjonen og henvisning til videre behandling fra enten fastlege eller bedriftslege. Det er fullt mulig, og noen ganger helt nødvendig, med arbeidsmessige justeringer av ansvar, arbeidsoppgaver, arbeidstid, rusmiddeltesting i behandlingsøyemed m.m. i avtaleperioden, slik at arbeidsgiver kan være trygg på arbeidsutførelsen og på at rehabiliteringen går sin gang.

Et regelbrudd er ikke alltid ensbetydende med meldeplikt, politisak eller oppsigelse. Det må være samsvar mellom omfang av regelbruddet og reaksjonen. Uansett vurdering og reaksjon bør arbeidsgiver etterstrebe en ivaretagende og respektfull håndtering. Hvordan den enkelte blir sett og behandlet på vil kunne få store føringer for hvordan man har det med selv og for veien videre.

Funnene knyttet til hvordan man blir møtt er interessant for alle bransjer, og uavhengig om det handler om medikamenter, alkohol, narkotika eller spillproblemer.

En tydelig policy og gode rutiner

Å integrere bruk av medikamenter i virksomhetens policy for rusmiddelbruk og spill er en måte å bidra til åpenhet rundt temaet. Vi anbefaler å definere medikamenter for seg, så det ikke blir en del av begrepet rusmidler eller rusmisbruk. Medikamenter som brukes av arbeidstakere er hovedsakelig foreskrevet av lege til medisinsk bruk, og ikke for å oppnå ruseffekt. Denne gruppen vil derfor ikke identifisere seg med begreper som rusmiddelbruk eller rusmisbruk. De fleste bruker medikamenter som legen har foreskrevet for å lindre smerter, mestre kriser, få sove m.m. Vi kjenner til bedrifter som i sin policy oppfordrer ansatte til å informere sin nærmeste leder om at de bruker medikamenter i en gitt periode, særlig der det er sikkerhetsutsatte arbeidsoppgaver. Helsepersonell er gjennom helsepersonelloven pliktig til å orientere arbeidsgiver om bruk av medikamenter, en plikt som kan settes på agendaen i et forebyggende perspektiv. På den måten kan den ansatte og leder ha en åpen dialog om situasjonen, og dersom medikamentbruken påvirker sikkerheten er det enklere å snakke om tiltak som sikrer begge parter i perioden bruken pågår.

For sykehus og andre arbeidsplasser der det håndteres medikamenter, er det i tillegg til en tydelig policy, viktig å ha gode rutiner for håndtering av medikamenter. De fleste slike arbeidsplasser har det, men likevel hender det at det glipper slik at det er mulig å ta medikamenter uten at det blir oppdaget. Ofte skjerpes rutiner inn etter at det er oppdaget svinn, men å være i forkant med gode og sikre rutiner vil kunne hindre tilgjengelighet og virke forebyggende.

Akan kompetansesenter vil fortsette å tilby kurs for arbeidslivet knyttet til medikamentbruk. Her gir vi kunnskap om de vanligste vanedannende medikamentene fra et medisinsk faglig

ståsted, og forteller om våre erfaringer og anbefalinger knyttet til hvordan virksomheter både kan forebygge og håndtere medikamentproblematikk. Kurset tar også for seg hvordan møte en ansatt med medikamentproblem, og hvordan gjennomføre den nødvendige samtalen ved en bekymring. Funnene i denne studien vil bidra til en videreutvikling av disse kursene.

Til slutt vil jeg med dypeste respekt og ydmykhet overbringe en stor takk til dere som stilte til intervju i denne studien. Det er takket være deres vilje og evne til å fortelle deres historie til Oda at vi har fått denne verdifulle innsikten som vil videreutvikle og forbedre vårt arbeid. Deres erfaringer vil bringes videre, både gjennom denne rapporten og i vår daglige dialog med arbeidslivet.

Camilla Lynne Bakkeng,
fagansvarlig i Akan kompetansesenter

Litteraturliste

Album, Dag: *Nære fremmede* (1996). Oslo: Tano.

Baldisseri, Marie R.: «Impaired healthcare professional». *Critical Care Medicine*. 2007 Vol. 35, No. 2 (Suppl.)

Fekjær, Hans Olav (2008): *Rus – bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Festinger, Leon (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.

Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books.

Goffman, Erving (1990): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.

Gutting, Daniel (1996): «Narrative Identity and Residential History». *Royal Geographical Society*, 28(4).

Hafseng, Kari (1998): *Legemiddelavhengighet. Om utvikling av avhengighet og hvordan vi kan møte problemet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Handal, M., Sakshaug, S., Hjellvik, V., Berg, C. og Skurtveit, S. (2015): «Kjønnsforskjeller i bruk av vanedannende legemidler». *Norsk farmaceutisk tidsskrift*, 4.

Hauge, Ragnar (2009). *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mishler, Elliot G. (1986): *Research Interviewing. Context and Narrative*. London: Harvard University Press.

Monroe, Todd og Heidi Kenaga (2010): «Don't ask don't tell: substance abuse and addiction among nurses». *Journal of Clinical Nursing*, nr. 20: 504-509.

Nordal, Aud (2006). *Falne engler – fanges de opp? Misbruk av rusmidler blant sykepleiere og arbeidsgivers håndtering*. Spesialoppgave ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Nygaard, Marit og Aud Nordal (2005): «Straffer sykepleiere hardere». *Sykepleien* 2005 93 (7):52-55.

Presser, Lois (2009): «The narratives of offenders». *Theoretical Criminology*, 13:177.

Rossow, Ingeborg og Jørgen G. Bramness (2015): «The total sale of prescription drugs with an abuse potential predicts the number of excessive users: a national prescription database study». *BMC Public Health* (2015) 15:288.

Skog, Ole-Jørgen (2006): *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sosial- og helsedepartementet (2000): «Helsepersonells personlige opplevelser og erfaringer ved å motta en administrativ reaksjon».

Statens helsetilsyn (2009): «Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som frivillig har gitt avkall på den». Rundskriv IK-1/2009.

Statens helsetilsyn (2012): «Helsepersonell med rusproblemer». Hentet fra: www.helsetilsynet.no [29.10.2016].

Statens helsetilsyn (2016): *Tilsynsmelding 2015*.

Sykes, Gresham M. og David Matza (1957): «Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency». *American Sociological Review*, 22 (6).

Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*, Oslo: Universitetsforlaget.

Ziearu, Finn (2002): «Misbrugende sundhedspersonale». *Ugeskrift for Læger*, 2002 164(47).

Østerberg, Dag (1997): *Sosiologiens nøkkelbegreper*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.



akan
KOMPETANSESENTER

ISBN 978-82-998134-6-4
ISSN 1891-5345

AKAN kompetansesenter
Postboks 8822 Youngstorget