

Håndbok i OVERDOSEFOREBYGGENDE SAMTALER



Håndbok i OVERDOSEFOREBYGGENDE SAMTALER

Ansvarlig for innhold: Ansatte ved KORUS og RVTS øst

Foto: iStock

Grafisk form: Sykehuset Innlandet

Trykk: Byråservice AS

KORUS 2026

Innhold

INNLEDNING	3
Målgruppe og målsetting.....	3
Hva er overdoser og hvor vanlig er det?	4
Hvorfor skal vi snakke om dette og hvorfor er det så vanskelig?	5
Hvem bør vi snakke med om overdoser?	5
1 Risikofaktorer for overdose.....	6
Overdosehistorikk.....	6
Mindre helseskadelige inntaksmåter	6
Blanding av stoffer	7
Rusmiddelets styrke.....	7
Toleranse	7
Redusert somatisk helse og ernæring.....	8
Svekket psykisk helse.....	8
Sårbare overganger	8
Tiltak som kan forebygge overdoser	9
2 OVERDOSE OG SELVMORDSATFERD	10
3 BRUK AV MI I DEN OVERDOSEFOREBYGGENDE SAMTALEN.....	13
4 UTU.....	14
U - utforske hva brukeren vet fra før	14
T - tilby/tilføre informasjon	14
U - utforske hva brukeren tenker videre	15
Meny/agenda	15
5 SAMTALEFERDIGHETER I MI	16
Åpne spørsmål.....	16
Bekreftelser	16
Refleksjoner	17
Oppsummeringer	17
6 UTFORDRINGER I OVERDOSEFOREBYGGENDE SAMTALER	18
Ambivalens.....	18
Motstand / vedlikeholdssnakk.....	19
7 Relevant litteratur og referanser	20

A person with long brown hair, wearing a dark blue knit beanie and a dark jacket, is seen from the side, looking out over a city at night. The background is filled with blurred city lights, creating a bokeh effect with red, yellow, and blue circles. A large, stylized red line is drawn across the bottom of the image, resembling a heartbeat or a jagged wave.

” Javisst kan du bli rusfri
- men først må du overleve!

Innledning

Overdoser kan forebygges. Overdoser kan føre til både tap av menneskeliv, kognitive skader og funksjonssvikt (Skeie, 2025). Det er mulig å redusere risiko for overdoser ved å endre måten man bruker rusmidler på. Dette krever kunnskap om hva som er risikabel bruk og hvordan vaner kan brytes. Da må vi snakke om overdoser.

Å snakke om overdoser, overdosering, risikofaktorer og tidligere erfaringer kan i seg selv være forebyggende og bidra til at vi unngår nye overdoser. Målet er å gi deg trygghet til å sette temaet overdoser på dagsorden i en planlagt samtale og til å følge opp temaet dersom brukeren selv bringer det på banen.

I denne håndboka kaller vi samtaler om overdoser og risikofaktorer for overdoseforebyggende samtaler. Denne håndboka er ment som et supplement til det du allerede har av kunnskap. Håndboka kan brukes flere ganger i samtaler med brukeren, både før og etter en eventuell overdose.

I håndboka gis det råd og eksempler på når og hvordan du kan gjennomføre en overdoseforebyggende samtale. Håndboka er ment som en verktøykasse der du kan velge ut det som er hensiktsmessig for den brukeren du samarbeider med. Det betyr imidlertid ikke at overdoseforebyggende samtaler må gjennomføres på én spesifikk måte.

MÅLGRUPPE OG MÅLSETTING

Håndboka er skrevet til deg som møter mennesker i overdoserisiko uavhengig av hvilken del av tjenesteapparatet du jobber i. KORUS har utviklet denne håndboka på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet er at det skal bli lettere for deg som møter mennesker i overdoserisiko å gjennomføre samtaler som potensielt kan redde liv.

Personer med problematisk rusbruk har høyere statistisk risiko for selvmord enn den generelle befolkningen. Å snakke om overdoser og selvmord er også en viktig del av overdoseforebyggende samtaler. Delene som omhandler selvmordsatferd, er skrevet av RVTS Øst.

Håndboka lages også i en digital versjon. Her vil du finne lenker til det du ønsker å lese mer om. Den digitale håndboka finner du på korus.no. QR-kode finner du på denne håndbokas bakside.



Nasjonal handlingsplan mot overdoser finner du her:



Hva er overdoser og hvor vanlig er det?

I denne håndboka definerer vi overdose som en alvorlig forgiftning som er forårsaket av ett eller flere medikamenter eller rusmidler som og har ført til bevisstløshet og/eller svekket åndedrett.

Når vi hører ordet overdose så tenker vi ofte på et dødsfall. Det er imidlertid ikke alle overdoser som er dødelige.

Ifølge [Helsedirektoratets handlingsplan mot overdoser \(2025\)](#), er det et stort behov for monitorering og kunnskap om ikke-dødelige overdoser. Ikke-dødelig overdoser er langt vanligere enn dødelige. I Norge har vi ikke nasjonalt register over overlevde overdoser, men ut fra internasjonale og nasjonale estimater er det sannsynlig at det er mellom 20 og 40 ikke-dødelige overdoser for hver overdose som resulterer i et dødsfall (Gjersing, Edvardsen & Clausen, 2025).

Ikke-dødelige overdoser kan være skadelige. Får hjernen for lite oksygen tar det kun tre til seks minutter før man er i faresonen for vedvarende kognitive skader (Winstanley, 2021). Dersom man har hatt mange ikke-dødelige overdoser, kan gjentatt oksygenmangel skade hjernen og på sikt gi varig svekket hjernefunksjon (Skeie 2025).

Et overdosedødsfall er et dødsfall som skjer raskt etter inntak av ett eller flere rusmidler og/eller medikamenter (Helsedirektoratet). I 2024 døde 342 personer i Norge av overdoser. De fleste av disse dødsfallene er knyttet til opioider. Opioider som morfin, kodein og oksykodon var hyppigste dødsårsak, etterfulgt av heroin. Omtrent syv av ti av de som dør av overdoser er menn (Helsedirektoratet, 2026). Gruppen som dør av reseptbelagte opioider er i vekst og her ser vi en høyere andel kvinner enn de som tradisjonelt dør av heroin (Edvardsen & Clausen, 2020).

Når vi skal snakke om overdoser så kan det være lurt å høre med brukerne hva de tenker en overdose er. Noen personer ruser seg tungt slik at de sovner av dosen de tar. Å snakke med brukerne om en gang de overdoserte eller tok litt mye, og hva som skjedde da, kan bidra til refleksjoner om risikoforhold og mer målrettede tiltak (Hanoa & Buvik, 2025).

Det er ikke bare personer med daglig rusbruk som dør av overdoser. Overdoser kan også skje personer som får opioider foreskrevet av legen sin for smerter, eller de som bruker rusmidler en sjelden gang i blant.

Selv mord er beregnet å være årsaken i omtrent 10–20% av dødsfallene blant personer som dør av overdoser (Helsedirektoratet, 2026). Overdosedødsfall kategoriseres ikke som selvmord dersom det ikke dokumenteres suicidal intensjon bak atferden. Vi antar derfor at det er store mørketall. Blant rusrelaterte dødsfall, som forgiftningsdødsfall, kan det for eksempel være utfordrende å bestemme om det har vært selvmord, ulykke eller om forgiftning kan være påført av andre.

Det er mye vi ikke vet om hvem som dør av overdoser i Norge. Vi har ikke entydige tall på hvor mange som overdoserer på opioider fra egen resept, eller om de reseptbelagte opioidene er kjøpt illegalt. Vi vet imidlertid at flertallet av de som har tatt overdose nylig har vært i kontakt med hjelpeinstanser som NAV eller fastlegen (Gjersing et al., 2011, Edvardsen et al. 2022), men at de ikke snakket med hjelperen om overdoser.

Hvorfor skal vi snakke om dette og hvorfor er det så vanskelig?

Det kan være vanskelig å ta opp temaer som omhandler liv og død, slik som overdoser. På samme måte kan det være utfordrende å spørre om selvmordstanker. Ansatte kan oppleve at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om tema, de kan bli redde for å miste brukeren, eller kan kjenne på avmakt og redsel for å gjøre noe feil. Mange opplever at det er lite rom til å ha overdoseforebyggende samtaler i en arbeidshverdag som i stor grad preges av ad hoc arbeid for å løse en nylig oppstått krise (Soggiu & Biong, 2017).

Noen er bekymret for at spørsmålene skaper negative følelser og reaksjoner hos brukeren, og at de kan igangsette uønskede handlinger. Det er da viktig å huske at det er trygt å spørre direkte om overdoser, det skaper ikke ønsker om ny overdose. På samme måte er det trygt å spørre direkte om selvmordstanker, det igangsetter ikke planer om selvmord. Tvert imot kan det være hjelpsomt og forebyggende å dele tanker og bekymringer med en person som er oppriktig og vil deg vel.

Vi må være bevisste på hvordan vi formulerer oss i samtalen. For noen kan det være vanskelig å dele tidligere livserfaringer og de kan være skeptiske til å delta i samtaler. Det kan være gode grunner for dette. Rus kan gjøre en sårbar for potensielt traumatiske opplevelser og noen bruker rus for å håndtere slike minner. Å dele disse hendelsene uten en trygg relasjon i bunn kan gi smertefulle følelser og gjenopplevelser.

Hvem bør vi snakke med om overdoser?

Vi bør snakke om overdoser med alle som bruker alkohol, illegale rusmidler og/eller vanedannende medikamenter.

Det kan også være hensiktsmessig å spørre personer vi ikke vet bruker rusmidler. Rusbruk er ikke nødvendigvis synlig for andre. Å spørre om rusbruk på en respektfull måte forteller brukeren at dette er noe vi kan snakke om her.

Bruk av smertestillende opioider øker og personer som bruker slike legemidler kan også være utsatte for overdoser (Odsbu et al. 2022). Å bruke opioider i kombinasjon med alkohol og benzodiazepiner øker overdoserisikoen (Edvardsen, 2025).

Det kan være lurt i noen samtaler å bruke ord som sterke smertestillende eller vanedannende legemidler og avhengighet fremfor rus og rusmiddelavhengighet, da ikke alle identifiserer seg med disse begrepene.

1. Risikofaktorer for overdose

Overdoser kan forebygges. Ved å lære om overdosefare kan brukeren redde både eget og andres liv. Det er derfor viktig at du som hjelper kjenner til sårbare faser for overdose, hva som er varselsignaler og hvordan overdoser kan forebygges (Helsedirektoratet, 2025b).

Det er flere faktorer som påvirker sannsynligheten for få en overdose. Risikofaktorer er blant annet overdosehistorikk, inntaksmåte, blanding av stoffer, toleranse, dårlig somatisk helse og å være alene når man inntar rusmidler. Å være alene øker ikke risikoen for overdose i seg selv, men det vil ikke være noen til stede som kan redde deg.

Noen overdoser kan være uhell, for eksempel grunnet et overraskende sterkt parti heroin. Andre overdoser kan være forårsaket av noe vi kan kalle utslitthet (Gjersing, et al. 2011). Utslittoverdoser kan være knyttet til brukernes generelle livsvilkår, sånn som psykososiale, eksistensielle og fysiske forhold. Sosial isolasjon og nylige relasjonsbrudd er risikofaktorer for både overdoser og selvmord. Dårlig somatisk helse, infeksjoner, dårlig ernæring og generelt dårlig allmenntilstand gir også en særlig sårbarhet for overdoser (Skeie, 2025).

Overdosehistorikk

Den viktigste individuelle risikofaktoren er tidligere overdoser. En ikke-dødelig overdose kan være sterk indikator på en senere overdose. Sannsynligheten for ta en dødelig overdose, eller ta selvmord, øker med antall ikke-dødelige overdoser personer har hatt (Eide et al., 2024). Det er derfor vesentlig at vi stiller spørsmål om brukerens erfaring med overdoser, egne og andres. Vi bør spørre om hva som skjedde og hva brukeren tenker om sine tidligere overdoser. Vi kan også spørre hva brukeren tenker er risikofaktorer for fremtidige overdoser.

Mindre helseskadelige inntaksmåter

Å endre inntaksmåte er en effektiv måte å forebygge overdoser på (Edvardsen, 2025). Injeksjon er den mest risikable måten å innta rusmidler på med tanke på overdoser. Det innebærer også risiko for smittsomme sykdommer, ødelagte blodårer, abcesser og alvorlig infeksjoner (Helsedirektoratet, 2025a).

Å røyke eller innta heroin eller andre opioider gjennom munnen innebærer mindre helserisiko enn å injisere dem. Når en røyker heroin inntas rusmidler i form av flere inhalasjoner i motsetning til injeksjon der gjerne hele dosen administreres i en sprøyte.

SWITCH strategien til Helsedirektoratet (2025a) har som mål å påvirke brukere av rusmidler til å prøve ut mindre helseskadelige inntaksmåter av rusmidler.

Hvis du ønsker å lære mer om dette, kan du gå inn å se filmer som ligger på KORUS.no



Blanding av stoffer

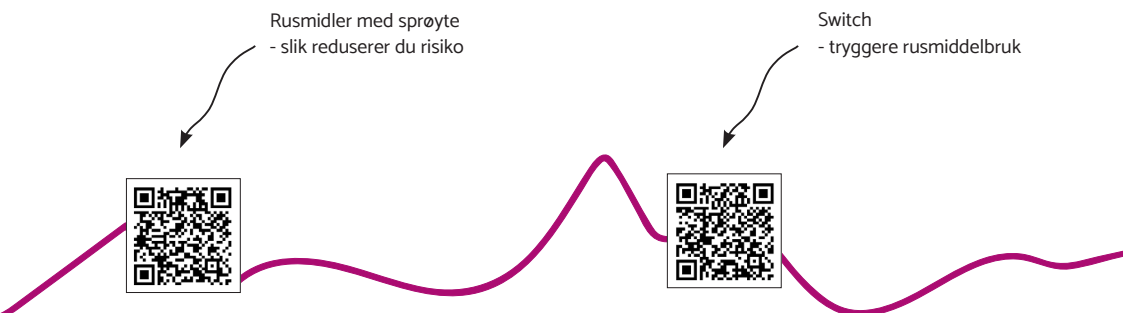
Det å blande forskjellige rusmidler øker overdosefaren betraktelig. Mange som bruker illegale rusmidler bruker flere samtidig. Ofte brukes fire eller fem rusmidler samtidig (Edvardsen, et al. 2022). Blandingen benzodiazepiner og opioider er vanlig. Benzodiazepiner har blitt funnet i 70 % av overdosedødsfall (Edvardsen & Clausen, 2020). Både benzodiazepiner og alkohol er beroligende stoffer som virker hemmende på respirasjonssystemet. Å bruke opioider sammen med benzodiazepiner og alkohol øker faren for respirasjonsstans (Helsedirektoratet, 2025). Å ta GHB sammen med alkohol og/eller benzodiazepiner er også forbundet med økt overdoserisiko av samme årsak som over.

Rusmiddelets styrke

De fleste overdosene i Norge skyldes opioider (Helsedirektoratet, 2026). Mange av rusmidlene som inntas er kjøpt illegalt og brukeren har ikke mulighet til å vite hvor sterkt rusmidlet er. Det er lurt å dele opp dosen, spesielt ved injisering. Da har brukeren mulighet til å finne ut hvor sterkt stoffet er og kan justere andre del av dosen.

Toleranse

Toleranse er kroppens evne til å tåle rusmidler. Man har ikke nødvendigvis samme toleranse for rusmidler hver dag. Faktorer som spiller inn er hvor lenge man har brukt rusmidlet, vekt, sykdom, stress og svekket immunforsvar. Toleransen forsvinner fort etter rusfrie perioder. Etter tre til åtte dager er toleransen som om man ikke har brukt rusmidlet før (Helsedirektoratet, 2025). Faren for overdose er stor etter perioder uten rusbruk, for eksempel etter behandling eller endt soning.



Redusert somatisk helse og ernæring

Samspeilet mellom overdoser og fysisk helse går begge veier. Overdoser bidrar til svekket helse, og svekket helse øker sannsynligheten for alvorlig utfall av overdosen (Skeie, 2025). Mange personer med et langvarig rusbruk er i en dårlig ernæringsmessig situasjon. Problematiske rusbruk henger ofte sammen med under- og feilernæring og svekket allmenntilstand (Sæland, 2014). Dårlig ernæring er en av risikofaktorene for overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2025).

Dårlig ernæringsstatus påvirker alle kroppens funksjoner. Underernæring kan føre til et dårlig immunsystem og gjøre kroppen sårbar for både infeksjoner og overdosefare. I tillegg til at kroppen tåler mindre når den er underernært kan feilernæring også føre til depresjoner (Sæland, 2014). Å snakke om ernæring som en faktor i overdoseforebyggende samtale er derfor viktig.

Svekket psykisk helse

Mange personer med rusbruk lever daglig med mange av risikofaktorene forbundet med psykisk uelse og selvmord, og med færre av de beskyttende faktorene. Faktorer forbundet med svekket psykisk helse inkluderer utenforskap og ensomhet, ofte som følge av brudd i relasjoner.

Flere har opplevd selvmord i vennekretsen eller i familien. Mange har opplevd ærekrenkelser og uverdigg behandling (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022). Andre strever med økonomiske utfordringer og arbeidsledighet. Videre er det større sårbarhet for å bli utsatt for potensielt traumatiserende opplevelser ved bruk av illegale rusmidler.

Utslitthet og likegyldighet kan øke risiko for overdose. Noen kan oppleve livet som så vanskelig at det ikke lenger spiller noen rolle om de overlever, eller dør av inntaket (Hanoa og Buvik, 2025).

Hos andre kan psykisk og fysisk utslitthet påvirke kroppens motstandsevne og dermed øke overdoserisikoen (Eide et.al. 2024). Rus påvirker også impulskontrollen og kan øke risikofylt atferd.

Sårbare overganger

Tiden etter utskrivelse fra Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), eller løslatelse fra fengsel, er spesielt sårbar for pasienter med rusproblemer (Myhre, Astrup & Walby, 2022, Myklestad, Stene-Larsen, Reneflot, 2023). Det gjelder både overdoser og selvmord. Den første uken og måneden etter utskrivning er spesielt sårbar. Studier viser at overdosefaren er betydelig høyere rett etter løslatelse (Myklestad, Stene-Larsen, Reneflot, 2023).

Det er derfor viktig å snakke med personer som har vært i behandling eller fengsel om rusbruk og hva de kan gjøre for å redusere risiko for overdose. Det er viktig å ha noe å gå til, et sted å bo og oppfølging etter løslatelse/ utskrivning.

Tiltak som kan forebygge overdoser

Både brukere og ansatte bør trene på førstehjelp jevnlig. Opplæring i førstehjelp ved overdoser kan også være en god arena for overdoseforebyggende samtaler.

I en overdoseforebyggende samtale kan det være lurt å snakke om og tilby nalokson. Nalokson nesespray er motgift til opioidoverdoser. Det bør deles ut både til personer som bruker opioider selv og venner, pårørende og hjelpere.

Her finner du hjemmesiden til Nalokson-prosjektet hvor man kan lære mer og finne utleveringssteder:
<https://www.nalokson.uio.no>



2. Overdose og selvmordsatferd

Mange mennesker med alvorlig rusbrukslidelser opplever selvmordstanker, og forekomsten av selvmord er betydelig høyere i denne delen av befolkningen. Jo større rusinntaket er, dess høyere er risikoen for selvmord (Nordström & Rossow 2016, Olfson et al. 2023). Ca 10% av de som dør av selvmord har vært i kontakt med tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten (TSB) året før de døde. Selvmordsrisikoen blant pasienter i TSB er omtrent 16 ganger høyere enn i befolkningen ellers (Walby, Myhre & Kildahl, 2020). Det å motivere og legge til rette for å begrense rusinntak er derfor viktig for selvmordsforebygging.

Hva handler egentlig selvmord om?

En selvmordskrise kjennetegnes av en dyp, indre smerte, og en opplevelse av fastlåshet i den vonde situasjonen. Man kan kjenne seg som en byrde for menneskene og samfunnet rundt. Mange kjenner på ambivalens og veksler mellom ønsket om å leve og ønsket om å dø. Selvmordskrisen handler ikke nødvendigvis om et ønske om å dø, men heller at man ikke finner noen annen løsning på den uutholdelige situasjonen man befinner seg i. Risikofaktorer for selvmord gjennom overdose er psykisk lidelse, tidligere selvmordsforsøk og sosial isolasjon (Joiner, 2005).

PSYKISK LIDELSE

Psykisk lidelse og rusmisbruk er sårbarhetsfaktorer som på gruppenivå er relatert til selvmord, og et liv i rus bidrar til å opprettholde og forsterke utenforskap, psykisk og fysisk sykdom, traumer, krenkelse og utnyttelse, konflikter, vold og økonomisk nød. Mange med rusmisbruk har underliggende psykisk sykdom. Det er godt selvmordsforebyggende arbeid å behandle denne. Noen kan ha lav tillit til at behandling virker, eller ha erfaring med at samtalerapi ikke nytter. Ofte kan det da vise seg at behandlingen ikke har vært metodespesifikk, eller ikke rettet seg mot grunnlidelsen i tydelig nok grad, men heller hatt preg av støttesamtaler med mer tilfeldig fokus. Det er viktig å undersøke dette før man avviser at behandling kan være hensiktsmessig.

TIDLIGERE SELVMORDSFORSØK

Tidligere selvmordsforsøk og selvskading er blant de viktigste risikofaktorene for selvmord og det er derfor viktig å utforske tidligere forsøk, inkludert overdoser. På den måten kan vi få større innsikt i fortvilelsen, og sammen hjelpe til å finne andre og tryggere måter å få det bedre på.

SOSIAL ISOLASJON

Det å mangle tilhørighet til andre, og oppleve seg som en belastning, er relatert til selvmordstanker (Joiner, 2005). Rusmisbruk kan over tid bidra til at betydningsfulle personer skyves unna, og gjøre det svært vanskelig å delta i arbeid, skole og trygge fritidsaktiviteter. Mange lever i fattigdom, som også forsterker utenforskap. Betydningen av god sysselsetting å tilrettelegge for hyggelige aktiviteter sammen med andre er viktig i dette perspektivet.



SPØRRE

Vi vet at det for de fleste er svært vanskelig å skulle sette ord på selvmordstanker selv, eller å ta opp behovet for å prate om selvmordstanker på eget initiativ. Derfor er det viktig at hjelperen spør helt konkret og direkte om personen opplever selvmordstanker. Mange mennesker som har et stort inntak av rusmidler kan også kjenne en stor grad av likegyldighet, og at dette kan være vel så klart for dem som faktiske selvmordstanker. Derfor er det også viktig å spørre om likegyldighet. Når man er likegyldig til livet og tilværelsen sin, kan man også bli mer uforsiktig ved inntak av rusmidler, og faren for overdose kan øke.

LYTTE UTFORSKE, VURDERE

Etter å ha avdekket, er det viktig å lytte uten å forsøke å muntre opp eller lete etter positive sider ved situasjonen. Ved å lytte får personen i krise mulighet til å sette ord på vanskene, noe som i seg selv virker lettende. Det å oppleve at noen andre tar seg tid og bryr seg ved å lytte gir opplevelse av egenverd. Gjennom en lyttende og støttende samtale kan man også kjenne seg mindre alene og ensom. For noen kan tilsynelatende uløsbare situasjoner ligge til grunn for den endelige beslutning om selvmord. Dersom en person nylig har fått avslag på søknad om økonomisk støtte, eller blitt nektet fornyelse av resept på et ønsket preparat, kan dette utgjøre en kritisk situasjon for denne personen. Det er derfor viktig å lytte etter personens subjektive opplevelse av krisen (Rasmussen et al, 2014) uten å vurdere krisens objektive alvor. Det er den subjektive opplevelsen som er av betydning i denne sammenheng. I samtalen må vi også finne ut hvor akutt selvmordskrisen er. Å avdekke om metode/middel er skaffet til veie, og om personen har bestemt seg for tidspunkt blir viktig. Ved behov må vi kontakte legevakt eller annen instans for å vurdere tiltak som innleggelse.

PRAKTISK HJELP

Selvmordsforebyggende arbeid kan også være praktisk orientert. For mange med rusbrukslidelser finnes det en rekke vanskeligheter i hverdagen vi kan hjelpe til med å løse, som kan lette situasjonen. Økonomiske utfordringer og gjeldsproblemer er alvorlige sårbarhetsfaktorer for selvmordskriser. Trygg bolig, forutsigbar økonomi, beskyttelse fra vold og utnyttelse er nødvendig for å dempe fortvilelse, apati og frykt, og dermed også nødvendig for å forebygge selvmord.

TRYGGE OVERGANGER

Forskning viser at tiden før utskriving er spesielt sårbar for selvmord. Dette ser man i befolkningen generelt, og av den grunn er det nå krav om at pasienter med selvmordstanker får oppfølging innen 72 timer etter utskrivelse. Oppfølgingen skal vare i minimum 30 dager. Løslatelse fra fengsel kan også være utfordrende, og det er viktig å forberede overgangen fra soning til samfunn.



3. Bruk av MI i den overdoseforebyggende samtalen

Vi har tatt utgangspunkt i Motiverende samtale (MI) da denne tilnærmingen er evidensbasert og støtter muligheten for en empatisk samtale mellom mennesker. Den delen som handler om motiverende samtale bygger på boken *Motivational interviewing, helping people change and grow* (Miller & Rollnick, 2023). Samtaleteknikken bygger på et verdimeessig prinsipp der brukeren tar en aktiv og autonom rolle i samtalen. Brukeren er ekspert på eget liv og hjelperens rolle er å legge til rette for en samtale som bevisstgjør brukeren på egen atferd knyttet til overdoserisiko. Hjelperen må ha en forståelse for den andres situasjon. Vi må jobbe aktivt for å sette oss inn i den andres situasjon og å se den andre som en likeverdig person. Når vi gjør det og for å klare å gjøre det – så kommer vi den andre i møte. Dette kan for eksempel gjøres ved å lytte til pasientens historie, årsaker til at han/hun bruker rusmidler.

Grunnholdningen i MI er at en samtale bygger på samarbeid med mål om å hente fram personens egen motivasjon for endring. Vi befinner oss ofte i en maktposisjon som er skjev og gjennom samarbeid søker vi å utjevne maktbalansen. Dette skjer gjennom å vise aksept og medfølelse, være nysgjerrig, interessert og gi positive bekreftelser på personens forsøk, styrker og innsatsvilje. Vi viser aksept gjennom å bekrefte personens eget valg og gjennom å be om lov til å gi informasjon eller komme med andre forslag.

Eksempelene i denne samtalen er både fra overdoser og selvmordsatferd. Dersom du får bekreftelse på at pasienten har tanker om å ta livet sitt, er det viktig tidlig å spørre direkte om dette, om det er lagt planer, om det er satt en tidsfrist og om det er skaffet nødvendige midler.

Eksempler

- Vi som jobber her er opptatt av å forebygge overdoser. Kan vi bruke litt tid på dette i dag?
- Hos oss er vi opptatt av å forebygge overdoser. Er det greit for deg om vi snakker om dine erfaringer med dette?
- Du har tidligere fortalt meg om episoder hvor du har tatt for mye. Kan vi snakke om hva du kan gjøre for å unngå at dette skjer fremover?

Det er viktig at vi alltid har fokus på brukerens autonomi. Vi må huske at vi ikke vet hva den andre vet om overdosefare fra før og ikke anta at vi vet mer enn bruker. Det vi ønsker er dialog om overdoserisiko som to likeverdige personer. Vi vil unngå monolog hvor brukerne blir passive mottagere av informasjon. Dialog og aktiv deltagelse minsker sjansen for motstand eller avvising og øker sjansen for endring.

Eksempler på hvordan du kan bekrefte brukerens valg

- Du vet best hva om fungerer for deg.
- Jeg er her for å støtte deg i å finne løsninger rundt det du ønsker å få til.

4. UTU

Når vi skal gi informasjon eller råd i MI bruker vi teknikken UTU. UTU betyr Utforske –Tilby/Tilføre – Utforske. Samtaleteknikken går ut på å innlede og avslutte med å utforske brukerens egen opplevelse og kunnskap. Så tilbyr vi vår kunnskap eller råd. Vi utforsker til slutt med å spørre hva brukeren tenker om denne informasjonen/rådet.

U – utforske hva brukeren vet fra før

Brukeren kan ha mangelfull og/eller feilaktig kunnskap om rusmiddelbruk og farene knyttet til overdosering. Dette gjelder ikke alle og det er viktig å undersøke hva brukeren allerede kan og gjør for å forebygge overdoser og hvor det kan være manglende kunnskap. Denne måten å ha samtale på gjør at hjelper og bruker snakker om overdoser på en likeverdig måte og lærer av hverandre.

Eksempler

- Hvilke erfaringer har du med overdose?
- Har du tidligere prøvd å ta livet ditt?
- Hva vet du om hvordan man kan forebygge overdose?
- Hvilke forholdsregler tar du for å unngå overdose?
- Ut fra din erfaring, hva gjør deg sårbar for overdoser?

T – tilby/tilføre informasjon

Tilby informasjon ved å spørre om lov. Dette styrker brukerens følelse av respekt og selvbestemmelse i samtalen. Be om lov til å tilby/tilføre litt informasjon/komme med et råd/ eller et forslag. Det er en fordel om denne delen av samtalen ikke er for lang. Vi ønsker å snakke om temaet sammen med bruker, ikke forelese for bruker.

Eksempler

- Er det greit at jeg gir deg litt informasjon om det vi vet kan forebygge overdoser?
- Er det greit at jeg gir deg litt informasjon om hva som kan hjelpe når vonde tanker kommer?
- Kan jeg få fortelle deg litt om hvilke situasjoner du er ekstra sårbar for overdose?
- Du er i en sårbar fase for overdose nå som toleransen din for rusmidler er mindre, er det greit at vi snakker litt om dette?
- Du kan mye om hvordan man forebygger overdoser. Er det greit at jeg gir deg litt mer informasjon?
- Er det greit at jeg forteller deg litt om hvordan nalokson kan brukes?

Tilpass informasjonen ut fra hva brukeren vet fra tidligere og hvilke erfaringer vedkommende har. Husk å gi litt informasjon om gangen, for å holde oppmerksomhet og ha en dialog med brukeren. Sjekk ut hva brukeren tenker om informasjonen du har gitt og hva bruker har fått med seg. Da kan du bedre tilpasse tilleggsinformasjon, rette opp misforståelser osv. Vi kan ha flere runder med U-T-U i en samtale.

U – utforske hva brukeren tenker videre

Hjelper utforsker så videre hva bruker tenker etter å ha fått tilført den nye informasjonen.

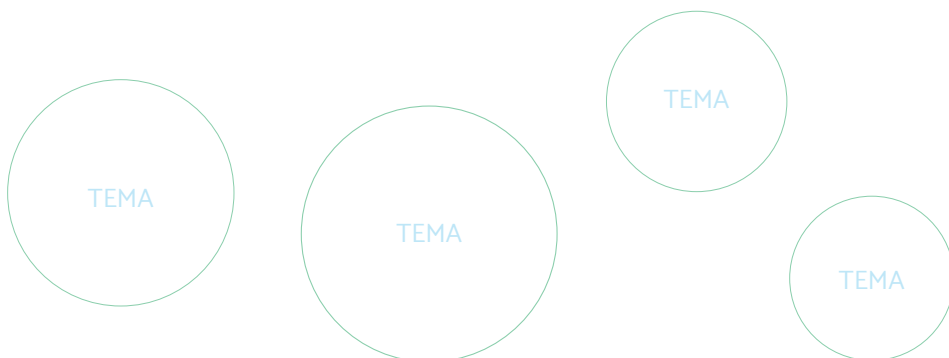
Eksempler

- Hva tenker du når du hører dette?
- På hvilken måte kan dette være relevant for deg?

Meny/agenda

Dersom det er flere temaer som er aktuelle for samtalen, eller noe bruker eller du som helper er bekymret over, kan det være hjelpsomt å lage en agenda for samtalen. Agendaen kan settes opp gjennom at du presenterer en meny over de ulike temaene som er aktuelle og at bruker velger det den opplever som det viktigste.

Verdien i dette er at man får snakket om et tema om gangen og sikrer at man får integrert både det brukeren og du som helper tenker er viktig å gjennomgå i samtalen. Start samtalen med det temaet som brukeren opplever som viktigst. Tegn gjerne opp menyen i sirkler på et ark for å visualisere de ulike temaene i menyen.



5. Samtaleferdigheter i MI

For å skape en god og åpen dialog bruker vi de fire samtaleferdighetene i MI: åpne spørsmål, bekreftelser, refleksjoner og oppsummeringer. Vi ønsker å være nysgjerrige gjennom å stille gode åpne spørsmål og anerkjenne brukerens styrker, forsøk og innsatsvilje. Videre handler det om å reflektere tilbake det brukeren sier ved å speile utsagnene og jevnlig oppsummere samtalen.

Åpne spørsmål

Å stille åpne spørsmål bidrar til dialog med brukeren. Ved å stille åpne spørsmål utforsker vi den andres perspektiver og får denne til å snakke mest. Begynn med spørreord som: Hvilke, hva, hvordan, hvor og hvem.

Eksempler

- Hva er din erfaring med overdoser?
- Hva er dine bekymringer knyttet til overdoser?
- Hvilke situasjoner har ført til selvmordstanker tidligere?
- Hvilke erfaringer har du med å overdosere?
- Hva har hendt de gangene du har drukket for mye?
- Hvordan har du hatt det de gangene du har tatt for mye?

Lukkede spørsmål er noe bruker kan svare ja eller nei til, og egner seg best for å bekrefte eller avkrefte noe.

Eksempler

- Har du hatt overdoser?
- Tenker du på selvmord av og til?

Bekreftelser

Bekreftelser er en støttende måte å kommunisere på. Bekreftelsene kan både være verbale og ikke-verbale. Når vi bekrefter brukerens historie så viser vi også at vi har forstått, anerkjenner personens opplevelse og har kommet brukeren i møte. Det krever at vi ser det positive hos bruker, og her er det viktig å være ekte og ærlig for at bekreftelsene skal gi økt tillit mellom bruker og hjelper. Bekreftelser bør være konkrete.

Eksempler

- Sist du var her sa du at det var veldig skamfullt å snakke om overdosene du har hatt – likevel kom du tilbake hit i dag – det var modig av deg.
- Du forteller at du ikke klarte å holde deg rusfri i forrige uke – så flott at du forsøker videre og ikke gir opp.
- Du er sliten og lei – så bra at du fortsatt klarer å holde fokus på det du ønsker å få til.

Refleksjoner

Refleksjoner betyr at hjelperen speiler tilbake det den har hørt og oppfattet av det bruker har sagt. Du kan reflektere det du har hørt, ved å gi hele eller deler av utsagnet tilbake. Du kan også undersøke om du har forstått den andres underliggende mening eller følelse i utsagnet, ved å gi tilbake en tolkning: Brukerens utsagn: «Jeg synes det er så vanskelig for tiden»

Eksempler på enkle refleksjoner

- "Vanskelig for tiden..."
- "Livet kjennes vanskelig"

Eksempler på tolkning av underliggende mening eller følelser (komplekse refleksjoner)

- "Du har det ikke bra"
- "Du er sliten av dette livet"
- "Du kjenner på håpløshet"
- "Du føler deg motløs i situasjonen"

Refleksjoner fra hjelperen stimulerer bruker til å fortsette å utforske tankene og følelsene sine. Bruker får bekreftelse på at du har lyttet til det som har blitt sagt og du får innsikt i om du har forstått personen riktig. Refleksjonene gir personen frihet til å snakke om det den har behov for og dette fører til en god dialog. En hjelper som bruker mye refleksjoner i samtalen oppleves empatisk av brukeren. Det er vesentlig også å reflektere tilbake til bruker det den får til, mestrer og som gir framtidshåp.

Oppsummeringer

Underveis i samtalen og mot slutten av samtalen er det nyttig å oppsummere tematikken som har vært berørt og oppsummere det som har vært snakket om og viktige poenger hjelper ønsker å framheve eller forsterke. Oppsummeringer bidrar til flyt i samtalen. Bruker får tilbake en kort versjon av det den har formidlet og får en mulighet til å korrigere eller bekrefte at hjelperen har forstått riktig. Det kan også være en fin måte å føre samtalen videre eller over i et annet tema.

Eksempel på oppsummering som dreier samtalen inn mot noe du ønsker å utforske videre:

"Du opplever at livet kjennes vanskelig om dagen og du er lei av alt. Er det sånn at du har tenkt å ta livet ditt?"

Eksempel på oppsummering mot slutten av samtalen:

«For å oppsummere litt av det du har snakket om så opplever du at livet kjennes vanskelig om dagen. Du opplever motløshet og ser få lyspunkter i livet. Samtidig ønsker du å få hjelp til å få det bedre og unngå risikoen for overdoser.»

6. Utfordringer i overdoseforebyggende samtaler

Det er viktig å jobbe aktivt med å unngå å komme med ferdige løsninger til brukeren. Vårt ønske om å hjelpe kan lett føre til at vi forsøker å korrigere brukerens synspunkter, for eksempel ved å fortelle personen hva som bør gjøres ut fra hva en selv tenker er rett eller smart.

Når mennesker påføres andres synspunkter eller løsninger er det lett at følelsen av selvbestemmelse trues, og det oppstår motstand i samtalen. Forskning viser at en konfronterende stil og en hjelper som kommer med masse råd, reduserer sannsynligheten for endring hos bruker. Relasjonen til brukeren kan trues og det kan føre til frafall i oppmøte og behandling.

Unngå derfor formaninger, råd og utsagn som: 'Jeg synes du burde..', 'Du må..', 'Nå er det viktig at du..', 'Ja, men..' og 'Min erfaring er at ...'.

Ambivalens

Det er vanlig å kjenne på ambivalente følelser når man vurderer å gjøre en endring i livsstil. Å endre rusvaner til for eksempel tryggere inntaksmåter, vil for de fleste ha en del fordeler men også noen ulemper. Å være ambivalent til en endring som har åpenbare fordeler, kan medføre et sterkt psykisk ubehag hvor både skam, skyld og til og med en følelse av handlingslammelse kan være vanlig. Hvis brukeren fremstår ambivalent til å gjøre en endring som vil være overdoseforebyggende, så forsøk å være komfortabel med å utforske fordelene og ulempene så nøytralt som mulig sammen med brukeren.

Hvis bruker først får si noe om ulempene ved å gjøre en endring vil du erfare samtalen ofte dreier over til fordelene ved å gjøre en endring. Hvis du kartlegger begge sider av ambivalensen, blir det tydelige for bruker hva som blir viktig å gjøre av endringer for å få det bedre. Får du innsikt i hva ambivalensen dreier seg om for den andre, er du også i bedre stand til å hjelpe i den videre endringsprosessen.

Her kan du lese mer om
Motiverende Intervju (MI):



<https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/motiverende-intervju-mi>

Vedlikeholdssnakk

Hvis hjelper ikke tar hensyn til brukerens ambivalens og kun argumenterer for grunner til å gjøre endring, vil bruker kjenne selvbestemmelsen sin truet. Vi risikerer å få en samtale hvor vi som hjelpere argumenterer for overdoseforebygging og bruker argumenterer for å opprettholde dagens atferd. I MI omtales dette som vedlikeholdssnakk. Vi vet at brukere motiveres mest av det de selv sier, så vårt mål er at brukeren selv skal snakke om grunner for å gjøre endring. Når bruker snakker om grunner og måter å forebygge nye overdose, øker sjansen for at de vil gjøre de nødvendige endringer.

Når bruker snakker om grunner til ikke å gjøre en endring for tryggere rusbruk, kan det være fint å vise at vi hører grunnene uten at vi lar disse grunnene ta for stor plass i den videre samtalen. Vi kan vise at vi lytter ved å gi en enkel refleksjon. Se eksempler på refleksjoner i boksen under. Da føler bruker seg sett, hørt og akseptert.

Eksempel:

Utsagn bruker: "Jeg har ikke lyst til å slutte med sprøyter"

Enkel refleksjon:

"Du ser ikke for deg å bytte inntaksmåte" eller "Du ser ikke for deg avholdenhet nå"

Kompleks refleksjon:

"Du har ikke lyst til å bytte ut sprøyta med røyking" eller "Du er bekymret for at røykingen ikke kan gi deg ønsket effekt"

Dobbelttidig refleksjon:

"Du vil ikke slutte med sprøytene nå og samtidig ser du at injiseringen gir risiko for nye overdoser"

Eksempler på andre utfordringer

Noen ganger kan man ha satt overdoseforebyggende samtale på agenda for timen, men brukeren er for ruspåvirket til å gjennomføre eller det har kommet kriser som må håndteres.

- **Brukeren er så ruspåvirket at det er vanskelig å få til en dialog.** Det kan være vanskelig å få til en dialog hvis vedkommende er for ruspåvirket, men med litt tålmodighet og et spisset budskap kan samtalen likevel være hensiktsmessig.
- **Brukeren er så ruspåvirket at vedkommende ikke får med seg informasjonen som gis.** Det kan være situasjoner hvor vedkommende ikke får med seg all informasjon. Da er det ekstra viktig å undersøke hva vedkommende har fått med seg, slik at du kan tilpasse informasjonen du skal gi ved neste møte. Selv om det kan se ut som at bruker ikke får med seg informasjon, kan du ved å undersøke bli overrasket over at de likevel har fått med seg budskapet.
- **Brukeren har en annen agenda for timen.** Anerkjenn og respekter brukerens agenda. Din kartlegging og informasjon vil ikke nå inn til brukeren om det er påtvunget. Imøtekom brukerens ønsker først, da vil du møte mindre motstand mot å ta opp temaet knyttet til overdose etterpå.

Referanser

- Edvardsen, H. M. E. & Clausen, T. (2020) Opioidrelaterte dødsfall 2000-2017. Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo Universitetssykehus.
- Edvardsen, H.M.E. (2025). Rusmiddelfarmakologi. I L. Gjersing, H.M. Edvardsen & T. Clausen (red.). Overdoseboka. En helhetlig gjennomgang. (1. utg., s 23-46).
- Edvardsen, HME, Aamodt C, Bogstrand ST, Kraici P, Vindenes V, Rognli EB. (2022) Concentrations of psychoactive substances in blood samples from non-fatal and fatal opioid overdoses. *Br J Clin Pharmacol*. 88(10):4494-4504. doi: 10.1111/bcp.15365.
- Eide, D, Gjersing, L, Danielsen A.W, Skulberg, A.K, Dale, O, Braarud, A, Heyerdahl, F. & Tylleskar, J. (2024). Heightened mortality risk after a non-fatal opioid overdose: Risk factors for mortality in the week following emergency treatment. *Addiction*, 119:2131-2138. doi/epdf/10.1111/add.16632
- Gjersing, L, Biong, S, Ravndal, E, Waal, H, Bramness, J & Clausen, T. (2011) Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang. Rapport 2/2011. Senter for rus- og avhengighetsforskning.
- Gjersing, L., Edvardsen, H.M.E & Clausen T. (2025). Forekomst. I L. Gjersing, H.M. Edvardsen & T. Clausen (red.). Overdoseboka. En helhetlig gjennomgang. (1. utg., s 23-46)
- Hanoa, K. & Buvik, K. (2025, desember). Egenopplevelse av risiko for overdose. I L. Gjersing, H.M. Edvardsen & T. Clausen (red.). Overdoseboka. En helhetlig gjennomgang. (1. utg., s 189-206)
- Helsedirektoratet (a). (2025, 29.august). Handlingsplan mot overdoser 2025–2029. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-mot-overdoser>
- Helsedirektoratet (b) (2025, 16.januar). Overdoseforebyggende arbeid i kommunen - nasjonale faglige råd. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdoseforebyggende-arbeid-i-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2026, 12. Februar). Tall om illegale rusmidler. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tall-om-illegale-rusmidler>
- Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). Motivational interviewing: Helping people change and grow (4th ed.) Guilford Press
- Myhre, M.Ø, Astrup, H. & Walby, F.A. (2022). Selvmord med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Myklestad, I., Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2023). En kartlegging av publisert forskning og kunnskapsmangler på selvmordsfeltet i Norge. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2023/en-kartlegging-av-publisert-forskning-og-kunnskapsmangler-pa-selvmordsfeltet-i-norge/>
- Norges institusjon for menneskerettigheter. (2022, 21. september). Rus og menneskerettigheter. (NIM-R-2022-007). Norges institusjon for menneskerettigheter. <https://www.nhri.no/rapport/rus-og-menneskerettigheter/>
- Norström, T. & Rossow, I. (2016). Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 489–506. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158678>
- Odsbu, I., Handal, M., Hjellvik, V., Borchgrevink, P.-C., Clausen, T., Nesvåg, R., Skurtvei, S. (2022) Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. Tidsskrift Norsk Legeforening 2022.142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0659
- Olsson, M., Cosgrove, C., Wall, M., & Blanco, C. (2023) Suicide risks of health care Workers in the US. *JAMA*, 330(12), 1161-1166. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.15787>
- Rasmussen, M. L, Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2014) Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study, *Death Studies*, 38:9
- Skeie, I. (2025). Overdoser og somatisk helse. I L. Gjersing, H.M. Edvardsen & T. Clausen (red.). Overdoseboka. En helhetlig gjennomgang. (1. utg., s 81-91)
- Soggiu, A.-S., & Biong, S. (2017). Samarbeid noen dør med: Om sosialarbeideres erfaringer med klienter som dør i overdose. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 14 (4- 302-3014). doi/abs/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-03
- Sæland, M. (2014). Eating on the Edge: A Study Focusing on Dietary Habits and Nutritional Status among Illicit Drug Users in Oslo, Norway: PhD Thesis, Universitetet i Oslo, 2014.
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T. (2020). Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet
- Winstanley, E. L., Mahoney, J. J., Castillo, F., & Comer, S. D. (2021). Neurocognitive impairments and brain abnormalities resulting from opioid related overdoses: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108838. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108838>



KORUS