

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Referanse til artikkelen: Monika Alvestad Reime & Kari Dyregrov (2022). Psykososial oppfølging ved narkotikarelatert død. Nasjonal styring og lokalt handlingsrom. *Fontene forskning*, 15(1), 49-61.

NØKKEWORD: KRISER, BRÅ OG UNATURLIG DØD, ETTERLATTE, KOMMUNALE HELSE- OG VELFERDSTJENESTER



Monika Alvestad Reime

PhD, Førstemanuensis, Fakultet for Økonomi og Samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap. Høgskulen på Vestlandet, monikare@hvl.no



Kari Dyregrov

Dr. Philos, Professor Emerita, Fakultet for Helse- og Sosialvitenskap. Institutt for velferd og deltaking. Høgskulen på Vestlandet, kari.dyregrov@hvl.no

Psykososial oppfølging ved narkotikarelatert død. Nasjonal styring og lokalt handlingsrom

Mennesker som opplever kriser, ulykker og katastrofer har krav på enhetlig, likeverdig og forsvarlig psykososial oppfølging. Artikkelen diskuterer hvilke føringer helsemyndighetenes veileder «Mestring, samhörighet og håp» fra 2016 gir for kommunens tjenester til etterlatte ved narkotikarelatert død (NRdød), og hvordan kommunale ledere erfarer at psykososial oppfølging av denne gruppen etterlatte ivaretas og organiseres. Resultatene viser at kommunene har stor handlingsfrihet, uten at dette er fulgt av lokal forankring og økonomiske ressurser. Krisearbeidet foregår på dugnad og tilfeldigheter kan få betydning for tilbudet, noe som spesielt kan føre til at sårbare grupper som etterlatte ved NRdød går under radaren. Studien peker på behov for å styrke den nasjonale styringen og anbefaler plikt for kommunene til å ha en egen plan for psykososial oppfølging.



Gjennomsnittlig dør 260 personer hvert år av overdoser (Helsedirektoratet, 2019, s. 4) og i tillegg kommer andre dødsfall som skyldes narkotikabruk. Etter disse dødsfallene finnes det mange etterlatte i krise som vil ha behov for profesjonell hjelp og støtte. Denne artikkelen belyser kommunens plikt til å yte psykososial oppfølging til mennesker i kriser generelt, og spesielt i forhold til etterlatte ved narkotikarelatert død (NRdød). Dødsfall som skyldes narkotikabruk betegnes gjerne som brå og unaturlige dødsfall i samme kategori som for eksempel ulykker, selvmord og drap. Dette er dødsfall som ofte skjer uten forvarsel og hos yngre mennesker der død ikke er forventet. I tillegg kan døds måten være forbundet med dramatik og sterke sanseinntrykk (Djelantik et al., 2020). Forskning viser at sorgen etter unaturlige dødsfall i større grad enn etter naturlige og forventede dødsfall preges av kompliserte sorgformer, forringet livskvalitet og nedsatt sosial- og arbeidslivsfungering (Djelantik et al., 2020; Dyregrov et al., 2003; Kristensen et al., 2012; Li et al., 2003). Når døds måten i tillegg er forbundet med stigma, for eksempel ved overdosedød, øker sjansen for at etterlatte kan oppleve negative holdninger og handlinger fra nettverk, lokalsamfunn og hjelpeapparat fordi de etterlatte assosieres med den stigmatiserte rusavhengige (Corrigan et al., 2006; Dyregrov & Selseng, 2021; Løberg et al., 2019).

En norsk registerstudie (Christiansen et al., 2020) viser at etterlatte foreldre ved narkotikarelatert død har en høyere dødelighet både sammenliknet med den generelle populasjonen og med foreldre som har mistet barn av andre dødsårsaker. Samtidig viser forskning at hjelpen svikter, både i den akutte fasen og oppfølging over tid (Biong et al., 2015; Templeton et al., 2016; Titlestad et al., 2020; Titlestad et al., 2021; Valentine et al., 2018). Utsagn fra klinikere kan antyde at dette er en gruppe som har gått under radaren. Hvorfor er det slik? I denne artikkelen vil vi nærme oss dette spørsmålet gjennom å undersøke de føringer som ligger til velferdstjenestene på dette områ-

det. I Norge er psykososial oppfølging et offentlig ansvar regulert gjennom flere lover og styringsdokumenter. I helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2011) § 3-2 fremgår det at kommunen har plikt til å tilby psykososial beredskap og oppfølging. Andre relevante lover er Folkehelseloven (2012), Helseberedskapsloven (2001) og Sivilbeskyttelsesloven (2010). En egen veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, «Mestring, samhold og håp», gir anbefalinger for den psykososiale oppfølgingen av kriserammede. Veilederen skal bidra til å sikre en «enhetlig, likeverdig og forsvarlig psykososial oppfølging i hele landet, med forutsigbare rammer for arbeidet» (Helsedirektoratet, 2016, s. 8). Basert på dokumentanalyse av veilederen samt fokusgruppeintervjuer av ledere fra ulike tjenester, vil vi i denne artikkelen utforske:

- 1) Hvilke føringer gir veilederen for kommunens tjenester til etterlatte ved NRdød?
- 2) Hvordan erfarer kommunale ledere at ansvaret for psykososial oppfølging av denne gruppen etterlatte ivaretas og organiseres?

VEILEDER SOM STYRINGSdokUMENT

En veileder fra departementet er et offentlig styringsdokument som skal gi råd og anbefalinger om innhold og organisering av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2015). Retningslinjene er ikke juridisk bindende, men et normgivende dokument der hensikten er å hindre uønsket variasjon, sikre god kvalitet og riktig prioritering i tjenesten i samsvar med vedtatt politikk (Helsedirektoratet, 2021). På den måten balanserer styringsdokumentene nasjonale pålegg med kommunal handlingsfrihet i utøvelsen av offentlig politikk.

Kommunen har som viktig oppgave å utøve og sette i verk de politiske beslutningene som staten har bestemt for å sikre at offentlig tjenesteutøving skjer i samsvar med det som er bestemt i de folkevalgte organene, og at tjenestene blir likeverdige. Samtidig inngår staten og kommunen i et gjensidig samspill. Sentrale beslutninger er ofte vagt formulert og lite presise, og det blir opp til kommunen som

iverksettende organ å utforme den konkrete politikken. Denne lokale handlingsfriheten er i tråd med sentrale lokaldemokratiske verdier (Bukve, 2012), og Norge kjennetegnes ved et sterkt lokalt selvstyre der mye av ansvaret for helse- og velferdspolitikken er delegert til det kommunale nivået (Ladner et al., 2016). Kommunene har stor frihet til å organisere administrasjon og tjenesteproduksjon, og det eksisterer mange ulike løsninger. Ett hovedskille går mellom en tradisjonell hierarkisk modell (flernivåmodell) og en mer resultatorientert modell med flattere struktur og mer vektlegging av delegering og ledelse etter inspirasjon fra New Public Management (NPM) (Bukve, 2012).

Norsk forvaltningspolitikk har vært styrt etter byråkratiske idealer, gjennom hierarkiske strukturer med regelstyre og nøytralitet som viktige verdier og med et tydelig skille mellom politikk og administrasjon (Røiseland & Vabo, 2016). Fra slutten av 1980-tallet har forvaltningen i økende grad fått innslag av verdier og styringssett fra privat sektor, under samlebetegnelsen New Public Management (NPM). Denne styreformen har åpnet for mer innvirkning fra markedet, økt bruk av delegering og mer ansvar til ledelse (Hood, 1991). De siste 10-20 årene har samordningsutfordringer knyttet til byråkrati og NPM blitt adressert gjennom nye styreformer, ofte betegnet som New Public Governance (Osborn, 2010), et begrep som på norsk noe forenklet kan oversettes til samstyring (Røiseland & Vabo, 2016). Det er økende forventninger til samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor gjennom ikke-hierarkiske strukturer (Osborn, 2010; Røiseland & Vabo, 2016). I dag eksisterer de ulike styreformene lag på lag (Greve et al., 2020), og de legger premisser for velferdspolitikken og for hvilke redskap som benyttes i styring og organisering av tjenestene.

En veileder kan forstås som et redskap for statlig styring, der føringer for tjenestene formuleres ved hjelp av ulike grader av formaninger og reguleringer. Den teoretiske tilnærmingen i denne artikkelen er inspirert av Vedung (1998) sin typologi over styringsinstrumenter. Vedung deler styringsinstru-

menter inn i tre kategorier: reguleringer (sticks), økonomiske virkemidler (carrots) og formaninger (sermons). Regulering omfatter regler og direktiver som begrenser skjønn og handlingsrom og som setter krav til handling. Reguleringer følges gjerne av negative sanksjoner dersom de ikke etterleves. Økonomiske virkemidler omfatter bruken av materielle ressurser, for eksempel gjennom skatter og avgifter, eller gjennom tilskudd og statlige overføringer. Foraninger omfatter forsøk på å overtale og overbevise, og kommer for eksempel til uttrykk gjennom bruk av anbefalinger (Vedung, 1998). Hvordan styringsinstrumenter kombineres og hvor stort handlingsrom de legger til tjenestenivået er kritiske faktorer for gjennomføring av offentlig politikk (Greve et al., 2020).

I «Retningslinjer for utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer» (Helsedirektoratet, 2015, s. 34) benyttes tre kategorier av modalverb (verb som sier noe om måten noe blir uttrykt på) for å differensiere mellom styrken på styringsinstrumentene: 1) må /skal, 2) bør/anbefales og 3) kan/foreslå. Kategoriene må/skal kan regnes som verktøy for regulering fordi de enten er forankret i lovverk, eller er så sterkt faglig begrunnet, at det sjelden vil være forsvarlig å ikke gjøre som anbefalt. De to siste kategoriene, bør/anbefales og kan/foreslå, kan regnes som verktøy for formaninger, henholdsvis sterke formaninger (bør/anbefales) og betingede eller svake formaninger (kan/foreslås).

METODE

Artikkelen bygger på en kombinasjon av en dokumentstudie av veilederen «Mestring, samhörighet og håp» (Helsedirektoratet, 2016), samt fokusgruppeintervjuer med ledere fra seks ulike kommuner i Norge. Kommunene ble rekruttert fra pilotkommune-nettverket som ble etablert som tiltak i Nasjonal overdosestrategi (Helsedirektoratet, 2014). Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i perioden 2019-2020 som en del av en større studie om hjelpetjenestene til etterlatte ved NRdød i prosjektet «Etterlatte ved narkotikarelatert død, (END)» (www.hvl.no/END). I hver

kommune ble det gjennomført fire fokusgruppeintervjuer, der en av gruppene bestod av ledere for kommunale tiltak på ulike nivå.

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene ble rekruttert gjennom kontaktpersoner i pilotkommunenettverket og gjennom snøballmetoden. 24 ledere deltok i de seks fokusgruppeintervjuene som ligger til grunn for denne studien, henholdsvis åtte menn og 16 kvinner. Deltakerne representerte tre store bykommuner (fiktive navn): Ravn, Blåne og Dal (over 100.000 innbyggere) og tre middels store bykommuner: Havbris, Haug og Falk (mellom 40.000 og 100.000 innbyggere). Deltakerne hadde ulike typer lederstillinger (for eksempel ledere av kriseteam, Nav, etat for psykisk helse/rus, kommunale botilbud). Ikke alle lederne hadde personalansvar, men alle hadde faglig og/eller koordinerende ansvar. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på egnet møterom i de ulike kommunene, og hadde en varighet på cirka to og en halv time inkludert en kort pause.

På forhånd hadde vi laget en kort guide til fokusgruppeintervjuene som besto av åtte temaer, deriblant hvordan de psykososiale tjenestene til etterlatte ved NRdød organiseres i kommunene, og ledernes erfaringer med utfordringer og muligheter i dette arbeidet. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av to forskere, tatt opp på bånd og transkribert i fulltekst. Studien følger etiske retningslinjer for forskningsprosjekt og er gjennomført i samsvar med Helsinki-deklarasjonen. Studien er tilrådd av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjent av personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet.

Førsteforfatter gjennomførte alle analysene. Resultater av analysene ble deretter presentert for andreforfatter og diskutert med mål om konsensus. For å svare på spørsmålet om hvilke føringar veilederen gir for ivaretagelse av etterlatte ved NRdød, gjennomførte vi en dokumentanalyse der vi a) utforsket bruken av modalverb i veilederen og b) kartla bruken av begreper som beskriver brå og unaturlig død.

I analysen av spørsmål a) gjennomførte vi en tematisk analyse (TA) som innebærer en systematisk tilnærming til å identifisere meningsinnhold i et data-

materiale (Clarke et al., 2015). Det finnes et utall ulike metoder for fortolkning av tekstmateriale (Bratberg, 2021) og vårt valg falt på TA som følger klare metodiske retningslinjer for å gi transparens. I tråd med denne analysemetoden gjorde vi først flere gjennomlesninger av veilederen for å få et helhetsbilde av datamaterialet. Deretter sorterte vi datamaterialet i koder som beskriver føringar til kommunens psykososiale oppfølging av kriserammede. De endelige kodene var: «helhetlig tilbud», «tilpasset tilbud», «faglig forsvarlig tilbud», «plan og rutinebasert tilbud» og «proaktivt tilbud». Gjennom nye analyserunder utforsket vi hvordan ulike modalverb blir kombinert for å beskrive styrken på føringene (jamfør Helsedirektoratet, 2015). Vi identifiserte tre temaer som beskriver hvor sterke de statlige føringene er for kommunens organisering av tjenester til kriserammede: «pålagt å ha rutiner», «frihet til innhold» og «plikt til lokal tilpasning».

I analysen av spørsmål b) foretok vi en opptelling av begreper om brå og unaturlig død i veilederen. I tillegg utførte vi en kvalitativ analyse av hvilke situasjoner begrepene brukes i. Vi definerte følgende begreper som relevante for søket: narkotika, rus, overdose, alkohol, selvmord, drap, barnedød og terror. Tekstutdrag med de ulike begrepene for brå og unaturlig død ble samlet og analysert gjennom TA (Clarke et al., 2015). Vi identifiserte to bruksmåter av begrepene: 1) begreper brukt til å eksemplifisere typer av dødsfall eller kriser og 2) begreper brukt til å beskrive egenskaper og utfordringer hos etterlatte.

For å svare på spørsmålet om hvordan ansvaret for psykososial oppfølging ivaretas, gjennomførte vi også en TA (Clarke et al., 2015) av fokusgruppeintervjuene. Først arbeidet vi med å skaffe et helhetsinntrykk av datamaterialet. Deretter sorterte vi materialet inn i koder basert på ledernes erfaringer med de føringene veilederen stiller til kommunens psykososiale oppfølging: «helhetlig tilbud», «tilpasset tilbud», «faglig forsvarlig tilbud», «plan og rutinebasert tilbud» og «proaktivt tilbud». Materialet som ble oppfattet som relevant for å svare på problemstillingen, men som ikke passet inn i de forhåndsdefiner-

te kodene basert på veilederen, ble samlet i kodene: «aktivering av kriseteam», «implementering av veilederen» og «organisering av psykososial oppfølging». I neste analyserunde søkte vi etter tema på tvers av de ulike kodene for å identifisere mønstre og særtrekk i ledernes erfaringer. Temaene fikk navnene: «lokal variasjon», «manglende forankring» og «manglende økonomiske ressurser».

I vurdering av studiens resultat og overføringsverdi må det tas hensyn til at de seks kommunene ble valgt fra pilotkommune-nettverket, noe som kan ha betydning for organisering av tjenestene i disse kommunene, og utfordre studiens overføringsverdi. På den andre siden bidrar et informasjonssterkt utvalg til å styrke studiens validitet.

RESULTAT

Statlige føringer for kommunens tjenester til kriserammede

Studien viser at det særlig er tre områder som peker seg ut som sentrale for å beskrive kombinasjonen av styringsinstrumenter i veilederen og hvordan styringsinstrumentene gir føringer for kommunens tjenester til kriserammede. Veilederen bruker ulike begreper for formanings og regulering aktivt, men ikke økonomiske styringsinstrumenter.

Kommunen er pålagt å ha rutiner for psykososial beredskap

Studien viser at kommunens ansvar for psykososial kriseoppfølging er sterkt regulert gjennom plikten til å ha rutiner for å sikre akutt beredskap. Kriseteamene trekkes frem som viktige aktører. For eksempel er det sterkt regulert at kommunen må ha rutiner for hvordan kriseteamet skal varsles og at informasjon om dette «må være tilgjengelig for alle relevante instanser» (Helsedirektoratet, 2016, s. 39). Veilederen nevner ikke hva som kan være relevante instanser i denne sammenhengen, men påpeker at det «bør være rutiner som sikrer at fastlegen varsles tidlig og raskt trekkes inn i samarbeidet» (s. 43). Kommunen har plikt til å gjøre rutinene kjent for alle rele-

vante hjelpeinstanser, men har samtidig stort handlingsrom i å bestemme innholdet i rutinene, og hvilke aktører ut over kriseteamet som skal varsles og gjøres ansvarlige for videre oppfølging.

Hvordan rutinene skal forankres er opp til kommunen, men veilederen legger sterk føring for at kommunen har laget en plan for den psykososiale oppfølgingen. Veilederen beskriver hva planen bør omfatte, for eksempel at planen bør beskrive når og hvilke typer hendelser som gir behov for oppfølging, samt rutiner for samarbeid med andre aktører (s. 33). Planen bør beskrive kriseteamets rolle, og «eventuelt annen organisering av arbeidet ved kriser, ulykker og katastrofer» (s. 32). Veilederen åpner for at kommunen selv kan velge en annen organisering enn gjennom kriseteam.

Kommunen har stor frihet til å bestemme innholdet i tjenestene

Kommunen har et stort handlingsrom til å definere innhold og organisering av den psykososiale oppfølgingen. Når innholdet i tjenestene beskrives i veilederen, er det først og fremst i form av formaninger. Veilederen regulerer kommunens ansvar for helhetlige og samordnede tjenester, men gir lite konkret informasjon om hvilke aktører som skal inngå i kommunens helhetlige psykososiale oppfølging, eller hvem som skal ha ansvaret for å koordinere innsatsen. Veilederen beskriver at kommunen har plikt til å yte psykososiale tjenester hele døgnet, men regulerer i mindre grad hvem som skal ha ansvaret for å gi et døgnskcontinuerlig tilbud. Veilederen peker på at kriseteamene, sammen med legevakten, er relevante aktører, uten at det er forpliktende for kommunens organisering av tjenestene (s. 37).

Veilederen fremhever både i forordet (s. 5) og i innledningen (s. 8) proaktiv oppfølging (tidlig, utstrekende og behovsrelatert hjelp som tilbys den kriserammede) som en viktig forventning til tjenestenes innhold, blant annet i et forebyggende perspektiv. Til tross for dette finner vi at modalverbene brukes lite når proaktiv oppfølging benevnes, noe som kan bidra til å gjøre føringene til kommunen på dette området

mer uklare. Proaktiv tilnærming reguleres ikke som et påbud i veilederen, men det kommer noen steder frem som en sterk formaning, gjennom formuleringer som at hjelpeapparatet «bør ha en proaktiv tilnærming» (s. 56) og at kriseteamene (når de aktiveres) «bør følge de rammede opp på en proaktiv måte, både i den akutte fasen og over tid» (s. 56). Det er kriseteamet som primært nevnes som relevant aktør for den proaktive oppfølgingen. Veilederen anbefaler som en del av den proaktive oppfølgingen at de kriserammede får en «fast, navngitt kontaktperson i kommunen» (s. 14), men legger ikke føringer for hvem som har ansvar for å etablere kontaktpersonen.

Kommunen har plikt til lokal tilpasning

Kommunens plikt til lokal tilpasning fremkommer tydelig av veilederen. Herunder ligger også krav om at tjenestene skal være behovsrelaterte og individuelt utformet. Veilederen regulerer dette gjennomgående som en sterk føring ved bruk av modalverbet «må». Veilederen påpeker at «dette gir seg utslag i mange lokale variasjoner og tilpasninger hva gjelder organiseringen av hjelpen som gis» (Helsedirektoratet, 2016, s. 19). Hvordan det kommunale kriseteamet skal benyttes trekkes frem som eksempel på lokal tilpasning, for eksempel gjennom følgende beskrivelse på s. 37: «Situasjonen må vurderes enkeltvis. Aktivering av kriseteamet vurderes opp mot hvordan ordinære tjenester i kommunen (fast-

lege, psykisk helsetjeneste osv.) kan stille opp». Plikt til lokal tilpasning henger tett sammen med kommunens handlingsfrihet til å bestemme hva som skal være innholdet i tjenestetilbudet.

Samlet viser analysene av styringsinstrumentet at kommunen blir gitt et stort ansvar for utforming av den lokale kriseberedskapen, uten at dette understøttes av økonomiske ressurser. Det psykososiale kriseteamet og fastlegen trekkes frem som viktige aktører, men det er opp til kommunen selv å konkretisere roller og ansvarsområde og å avgjøre hvilke andre tjenester som er relevante for å gi hjelp til kriserammede.

Omtale av narkotikarelatert død i veilederen

Analysen av veilederen viser at etterlatte ved NRdød ikke omtales konkret som eksempel på en målgruppe som skal omfattes av veilederen. Tabellen under viser forekomst av ulike begreper om brå og unaturlig død i veilederen.

Veilederen nevner hverken begrepene narkotika, overdose eller alkohol. Begrepet rus nevnes 30 ganger i ulike sammenhenger. Det utpekte seg et mønster da vi undersøkte hvilke situasjoner de ulike begrepene om brå og unaturlig død brukes for å beskrive. Begrepet rus omtales som rusmiddelproblem /avhengighet hos den etterlatte, noe som enten kan oppstå som følge av den alvorlige hendelsen eller være et kjennetegn ved den etterlatte som

Tabell 1: Oversikt over forekomst av ulike begreper om brå og unaturlig død i veilederen

	Treff totalt	I forord	I hoveddel	I vedlegg	I referanseliste
Narkotika	0				
Rus	30		16	10	4
Overdose	0				
Alkohol	0				
Selv mord	32		16	7	9
Drap	7		7		
Barnedød	5		4		1 (i fotnote)
Terror	12	2	6		4

de profesjonelle må ta hensyn til når hjelpen til kriserammede utformes (Hesledirektoratet, 2016, s. 50). Det er ingen funn som setter begrepet rus i sammenheng med årsak til død. De andre begrepene for brå og unaturlig død som ble undersøkt (selvmord, drap, barnedød og terror) brukes mer aktivt i veilederen. Disse begrepene brukes blant annet som konkrete eksempler på hvilke enkelthendelser som kan aktivere det psykososiale kriseteamet (s. 32), eller hvilke personer som skal regnes som etterlatte ved brå og unaturlig død (s. 15).

Lederes erfaringer med kommunens plikt til psykososial oppfølging

I presentasjonen av resultatene har vi gitt ledere og kommuner fiktive navn. Tabell 2 viser en oversikt over stilling og kommunetilhørighet.

Store lokale variasjoner i kommunene

Det er stor variasjon blant ledere i kommunene når de forteller om hvordan deres kommune håndterer psykososial oppfølging generelt og spesielt i forbindelse med NRdødsfall. Et sentralt område er variasjon i lengden på tilbudet om psykososial oppfølging. I veilederen er det en sterk formaning om at kommunen følger opp de etterlatte på en proaktiv måte både akutt og over tid ved behov (s. 56). Øystein fra Falk kommune forteller at det er en målsetning å overføre de kriserammede så raskt som mulig fra kri-

seteamet til andre tjenester:

«Kriseteamet skal jo være proaktive, men det er på en måte tidsavgrenset, det er ikke sånn at de skal være proaktive i 14 dager, men proaktive til neste dag, hvor de kan overføre til en annen tjeneste. Det er det som er tanken med et psykososialt kriseteam».

Øystein kobler her proaktivitet til den første kontaktetableringen, og ser det ikke i sammenheng med oppfølging over tid. Variasjonen i oppfølging fra kriseteam spenner fra noen dager til ett år. I Ravn kommune har de fire samtaler, den siste tre måneder etter dødsfallet, mens Dal kommune har en rutine som sier at kriseteamet for etterlatte ved NRdød og selvmord skal følge opp i ett år dersom de etterlatte ønsker det. Karin fra Haug kommune mener det kan være uheldig at kriseteamet trekker seg for raskt ut og overlater saken til andre:

«I kriseteamet som jeg er medlem av [i annen kommune], så har vi hatt en årelang policy på at man skal kun bli brukt i krisen, som kriseteam, og så skal man ha fokus på å formidle kontakt inn til hjelpeapparatet, som overtar neste virkedag. Men så ser vi, at i praksis, så fungerer ikke alltid dette veldig godt, fordi at det skjer noe spesielt i det menneskemøtet når man er involvert i en krise der og da, når det akkurat har skjedd, og at det kan være veldig viktig å følge opp».

Tabell 2: Oversikt over deltakere i resultatpresentasjonen:

Fiktivt navn	Rolle	Kommune
Øystein	Fag- og kvalitetskoordinator, enhet for psykisk helse og rus	Falk
Karin	Leder i barnevernstjenesten, medlem av kriseteam i annen kommune	Haug
Mona	Kommuneoverlege, koordinator for kriseteam	Havbris
Vilja	Virksomhetsleder	Havbris
Kjetil	Enhetsleder for psykisk helse og rus	Falk
Annette	Leder for kriseteam	Dal
Margrete	Rådgiver for helse og omsorg	Falk

Resultatene viser at kommunene har stort handlingsrom til å organisere tjenestene slik de ønsker. Dette handlingsrommet gir seg utslag i lokale variasjoner i omfanget av psykososiale tjenester til innbyggerne, og hvilke tjenester dette ansvaret legges til.

Statlige pålegg følges ikke av økonomiske ressurser

Gjennomgående viser lederne erfaringer at det er få økonomiske virkemidler som støtter opp under kommunens plikt til psykososiale tjenester. De fleste av kommunene i undersøkelsen organiserer kriseteamene som dugnadsarbeid fordi det ikke er egne ressurser til kriseteamene. Det vil si at kriseteamene er sammensatt av ulike profesjoner fra forskjellige arbeidssteder som utfører dette arbeidet på toppen av sine ordinære arbeidsoppgaver. Frykt for de ansattes arbeidsbelastning kan være en årsak til at kriseteamet vegrer seg for å være proaktiv i kontakten med etterlatte. Mona fra Havbris kommune reflekterer rundt dette:

«Vi [kriseteamet] er nok preget av at man selv må ta kontakt (..) Vi må jobbe med det, at vi tar mer aktiv kontakt etter en tid (..) De [kriseteamet] blir litt redde for å ta kontakt, for de er redde for hva det kan utløse.»

Samtidig som den tverrfaglige organiseringen av kriseteam kan være utfordrende, blir tverrfagligheten av noen ledere pekt på som en fordel i samarbeidet med andre aktører:

«Det jeg opplever som kanskje er bra for samarbeidet, er nettopp dette kriseteamet som er sammensatt av medarbeidere på tvers av organisering (..) Der kan man også fange opp behov for oppfølging av tjenester i ulike deler av organisasjonen» (Vilja, Havbris kommune).

I veilederen er kommunenes plikt til helhetlige og samordnede tjenester tydelig regulert, men det overlates i stor grad til kommunene selv å bestemme hvordan det organisatorisk skal legges til rette. Lederne i studien opplever at det er mange uklarheter, for eksempel knyttet til hvem som har ansvar for å gi informasjon når et dødsfall skjer, og hvem som har ansvar for videre oppfølging. Manglende økono-

miske ressurser tolkes som en viktig faktor for å forstå lederne utfordringer med samordning og uklare ansvarslinjer. Kjetil fra Falk kommune forteller at det er vanskelig å få til samarbeid fordi de ulike tjenestene er redde for å få flere kostnadskrevenne oppgaver:

«Det er lås på alle dørene, de vil ikke samarbeide, de [ulike tjenestene i helse- og velferdssektoren] har låst døren og kastet nøkkelen, så du kommer ikke til rett og slett».

Når ressursene er knappe, viser studien at det er nødvendig med klare instruksjoner for organisering av samarbeidet for at kommunene skal kunne ivareta plikten til psykososial oppfølging.

De psykososiale tjenestene er ikke tilstrekkelig forankret i planer og rutiner

Det går fram at kommunenes administrative organisering har betydning for deres muligheter til å ivareta plikten til helhetlig og forsvarlig krisehjelp:

«Det er jo en sånn ting som vi ikke har rutiner på helt, i hvert fall i forhold til psykososialt kriseteam, så har vi ikke noen samarbeidsavtale, hvem følger opp videre. Det blir veldig tilfeldig (..) i forhold til psykososialt kriseteam (..) vi har hatt en dårlig organisering på det og en dårlig forankring, både økonomisk og administrativt» (Øystein, Falk kommune).

En tendens i studien er at de ansatte opplever manglende rutiner og planer for innholdet i det psykososiale arbeidet, og manglende forankring av samarbeidet. Veilederen viser til at kommunene har plikt til å ha rutiner for å sikre akutt beredskap, og anbefaler at kommunene utarbeider en egen plan for den psykososiale beredskapen (s. 32-33). Vår studie viser at få av de deltakende kommunene har egne planer for dette arbeidet. I Dal kommune har de en egen plan for kriseteamenes arbeid, hvor retningslinjer for oppfølging av etterlatte ved overdoser og selvmord er nedfelt. Samtidig erfarer lederne i kommunen at planen ikke er tydelig nok på hvordan kriseteamarbeidet skal organiseres, noe som utfordrer veilederens målsetning (s. 8) om et likeverdig tilbud til innbyggerne i kommunene:

«Det står noe om hvordan man skal følge opp, men likevel så er det individuelle vurderinger for hvordan denne jobben skal gjøres. Og det tenker jeg er sårbart, i alle fall hvis vi tenker at det er denne måten vi skal organisere på over lang tid, og vi skal gi like tjenester uavhengig av hvor de bor. Vi har ganske mye makt, vi som sitter i disse rollene og leder denne typen arbeid» (Annette, Dal kommune).

Annette trekker frem makten som ligger i posisjonen som leder av kriseteamet. De politiske føringene gir stort handlingsrom til kriseteamlederen som har ansvar for å iverksette de statlige retningslinjene. Samtidig er kriseteamlederen prisgitt lokale forhold som økonomiske ressurser, organisering av tjenestene og lokalt planverk eller mangel på dette. Tydeligere krav og lokal forankring av tjenestene kan redusere risikoen for at lokale forhold gir ulikheter i tjenestetilbudet som ikke er begrunnet i etterlattes behov for tilpassede tjenester.

Lederne opplever at det for noen grupper, som etterlatte ved NRdød som kan ha gått under radaren, er særlig viktig at rutiner er nedfelt i planer som har forankring på ledernivå. Margrete fra Falk kommune sier:

«Det må være ledere som er opptatt av det her, som setter det på dagsorden. Og at det gjerne også kommer i en sånn type oppdragsbrev til kommunene, at dette er noe dere skal ha på dagsorden (...) Det er fint med nedenfra og opp, men det må også være noe som kommer ovenfra, at dette skal dere faktisk ha oppe».

Margrete etterlyser mer styring og konkrete føringer for hva som skal være fokus i arbeidet. Kjetil fra samme kommune følger dette opp og sammenligner med selvmordfeltet:

«Men jeg tenker i forhold til overdosedødsfall og selvmord. Når lovendringen kom 1. juni/juli i forhold til selvmord, da ble det fart i arbeidet med selvmord (...) hvis vi hadde nasjonale føringer på det, det tror jeg. Kunne bruke det som en inngang, en nøkkel til å komme inn, hvis den fantes, men den fins jo ikke».

Kjetil etterlyser formalisering av kommunens ansvar for etterlatte ved NRdød. Han bruker begreper som «inngang» og «nøkkel», noe vi tolker som at tydeligere forankring av tjenestetilbudet kan bidra til å gi mer legitimitet og prioritet til dette arbeidet i kommunen.

Behovet for tydelige rammer for arbeidet for å sikre prioritet og likeverdige tjenester til innbyggerne, kan komme i konflikt med målsetningen om individuelt tilpassede tjenester. Flere av informantene vektlegger at kriseteam-arbeid krever fleksibilitet og ikke kan rammes inn av for mange rutiner; slik dette utdraget fra intervjuet med Karin fra Haug kommune viser:

«Jeg tror noe av det viktigste vi gjør, det er å være fleksible og være opptatt av samarbeidet med andre, og kunne stille opp med de ressursene som en selv har tilgang på, og være raus med det. (...) at man legger fra seg litt av de vanlige vante rutinene sine».

Karin nevner raushet som sentralt stikkord for å få til samarbeid med andre. Samtidig krever raushet at man har økonomiske forutsetninger og en felles forståelse av viktigheten av å prioritere dette arbeidet. Samlet viser resultatene fra fokusgruppeintervjuene med lederne at det er stor variasjon mellom kommunene. Variasjonen er først og fremst knyttet til manglende ressurser og manglende lokal forankring av krisearbeidet, noe som kan utfordre gode intensjoner om proaktiv og helhetlig hjelp til kriserammede.

DISKUSJON

Overordnede føringer og lokale tilpasninger ved kriser

Resultater fra studien viser at veilederen «Mestring, samhörighet og håp» (Helsedirektoratet, 2016) legger sterke føringer for at kommunen skal ha ansvar for å bestemme hvordan den psykososiale oppfølgingen skal organiseres, hvilke tilbud som skal ytes og til en viss grad hvilke hendelser som skal utløse aktivering av psykososialt kriseteam. Tiltakene skal være helhetlige, faglig forsvarlige, tilpassede, plan- og rutinebaserte og proaktive. Men det er i stor grad opp til kommunen selv å definere hvordan dette

skal forankres og hvilke aktører som skal involveres. Kommunen har plikt til lokal tilpasning og til å vurdere hver situasjon enkeltvis.

Det lokale selvstyret fremstår som en viktig verdi i veilederen. Styringsinstrumentene som benyttes er hovedsakelig formaninger som har til hensikt å oppfordre og overtale, uten å pålegge, jfr. Vedungs typologi (1998). Frihet i oppgaveløsning er en sterk tradisjon i den norske velferdsstaten og et viktig argument for lokaldemokratiet (Ladner et al., 2016; Vabo, 2014). Samtidig viser denne studien at for stor lokal handlingsfrihet kan utfordre innbyggernes tilgang på effektive psykososiale tjenester og føre til ubegrunnede ulikheter i tjenestetilbudet. Veilederen gir sterke føringer for at kommunen skal ha en plan for psykososial oppfølging og for hva planen bør inneholde, men pålegger ikke kommunen å utarbeide en slik plan. Studien viser at kommunene i liten grad har egne planer for psykososial oppfølging, og selv de kommunene som har en egen plan etterlyser tydeligere føringer for arbeidet. Den store lokale variasjonen i kommunene har ikke sammenheng med formålet om individuell tilpasning av tjenestene, men skyldes tilfeldigheter, manglende økonomiske ressurser og manglende forankring av psykososial oppfølging.

Som styringsinstrument er veilederen lite instruerende, og den delegerer mye av ansvaret for velferdsoppgavene til det kommunale nivået. Dermed legger veilederen et stort ansvar på kommunene for å involvere og forplikte relevante aktører. Styreformene understøttes av funn hos Greve og kollegaer (2020) som viser en generell tendens til økende desentralisering av offentlige tjenester i de nordiske landene de senere årene. Samtidig synes styreformene å harmonisere godt med samstyring som ideal, der frivillig samarbeid mellom aktører fremsettes som en viktig verdi (Osborn, 2010; Røiseland & Vabo, 2016). Denne studien reiser spørsmål om anbefalinger om frivillig samarbeid er tilstrekkelig i situasjoner med knappe ressurser og uklare oppgaver og roller. I tillegg kommer at de organisatoriske modellene i kommunene utfordrer samhandling på tvers av etablerte organisatoriske grenser, fordi fokus, inspirert av NPM, ensidig rettes

mot resultater og mot ledernes ansvar for måloppnåelse (Bukve, 2012; Greve, 2012).

Til tross for mange gode intensjoner i kommunene, synes føringene i veilederen å være vanskelige å gjennomføre i praksis. Variasjon i økonomiske ressurser i kommunene kan gi store lokale utslag for krisearbeidet når føringer for kriseoppfølging ikke samtidig er knyttet opp til økonomiske styringsinstrument. Lederne i studien forteller at krisearbeid på dugnad og manglende økonomiske ressurser reduserer mulighetene for samarbeid, noe som kan medføre at hjelpevegrer seg for proaktiv oppfølging. Øremerkede tilskudd er et eksempel på et virkemiddel som kan benyttes for å sikre at lokal politisk utforming er i tråd med nasjonale målsetninger (Vabo, 2014; Vedung, 1998).

En tydelig målsetning med veilederen er å fremheve betydningen av tidlig innsats og proaktiv tilnærming (Helsedirektoratet, 2016). Fra studien kommer det frem at det varierer hvordan kommunene forstår og ivaretar anbefalingen om proaktivitet. Etter 22. juli-terroren ble kommunene instruert til å følge opp de etterlatte gjennom sterke og konkrete anbefalinger om et proaktivt oppfølgingstilbud. Dette resulterte i et mer systematisk oppfølgingsarbeid enn ved tidligere unaturlige dødsfall, og mer tilfredshet blant etterlatte (Dyregrov et al., 2014). I vår studie finner vi at kommunene har et stort handlingsrom til å definere innhold og organisering av den psykososiale oppfølgingen. Dermed kan variasjoner i lokale organisatoriske og økonomiske forhold utfordre de etterlattes tilgang til proaktiv og enhetlig psykososial oppfølging.

Samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor gjennom ikke-hierarkiske strukturer (samstyring) kan være nødvendig for å løse mange av velferdsstatens utfordringer. Det gir en mer fleksibel organisasjonsform som kan være lettere å mobilisere ved kriser, og som kan forenkle individuelle og lokale tilpasninger (Røiseland & Vabo, 2016). Samtidig viser vår studie at for vage føringer for kommunens tjenester gjør tilbudet mer sårbart for tilfeldigheter og ulikheter. Vabo (2014) påpeker at svak nasjonal styring sær-

lig utfordrer små og sårbare gruppers tilgang til velferdstjenester. Minoritetsgrupper vil ha vanskelig for å gjøre sine behov gjeldende i en lokaldemokratisk kontekst og bør derfor i større grad beskyttes av det nasjonale demokratiet (Vabo, 2014). Valg av modalverb når styringsdokumenter utformes på nasjonalt nivå har konsekvenser for innbyggerens tilgang til effektive velferdstjenester. Særlig er det viktig å være bevisst hvordan uklare føringer får betydning for små og sårbare grupper. Denne studien aktualiserer slik også en større forvaltningspolitisk diskusjon om omfanget av statlig styring og hvilke konsekvenser styringen har for utforming av lokal politikk generelt og spesielt for tilbudet til minoritetsgrupper.

Etterlatte ved narkotikarelatert død – under radaren?

Etterlatte ved NRdød kan ha behov for psykososiale tiltak for å forebygge uhelse, tidlig død og redusert livskvalitet. Dødsfallet og sorgreaksjonen kan være spesielt utfordrende å håndtere. Etterlatte plages ofte av skam og stigma, de er slitne og de kan vegre seg for å ta kontakt med hjelpeapparatet (Dyregrov et al., 2019; Titlestad et al., 2020; Titlestad et al., 2021). Samtidig viser forskning at hjelpen ofte svikter (Titlestad et al., 2020; Valentine et al., 2018). Denne studien viser at, til tross for en veileder med mange gode intensjoner, blir det i for stor grad opp til den enkelte kommune å ivareta og organisere ansvaret for den psykososiale oppfølgingen. Konkrete beskrivelser av målgrupper i veilederen kan bidra til å tydeliggjøre kommunens ansvar og hindre at grupper går under radaren. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved hvorfor NRdød ikke er spesifikt omtalt i veilederen, særlig fordi Norge har en av de høyest rapporterte overdoseringene i Europa (Helsedirektoratet, 2019). Rus nevnes flere ganger i veilederen, men utelukkende knyttet til de etterlattes situasjon, og ikke som årsak til død. Manglende omtale av NRdød i veilederen kan bidra til at hjelperne ikke blir oppmerksomme på denne gruppen etterlatte, og lar være å inkludere dem i den psykososiale oppfølgingen. Mange etterlatte ved NRdød opplever at de ikke har fått krisehjelp fra kommunen i tiden etter dødsfallet (Titlestad et al., 2020).

Det er få konkrete beskrivelser i veilederen av hvordan samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal organiseres for kriserammede. Ansvaret for spesialiserte rustjenester er organisatorisk tillagt spesialisthelsetjenesten, noe som kan være en forklaring på hvorfor etterlatte etter NRdød kan ha gått under radaren i veilederen. Når ansvaret for krisehåndtering først og fremst legges til kommunene er det ekstra viktig å være oppmerksom på denne gruppen etterlatte. Studien viser at ledere etterlyser sterkere føringer for krisearbeid, spesielt føringer for oppfølging av etterlatte ved NRdød. Lederne nevner ønske om en lovendring og tydeligere instruksjoner. Ledere som sitter med ansvaret for den psykososiale oppfølgingen har stor makt, men de ønsker mer nasjonal styring. Mens samstyring som styreform (Røiseland & Vabo, 2016) synes å være et viktig premiss for hvordan kriseberedskapen organiseres i dag, ser det ut til at ledere ønsker seg en mer klassisk byråkratisk organisasjonsform på dette området. Tydeligere føringer for arbeidet kan gi mer legitimitet til lederens beslutninger om å prioritere ulike grupper i oppfølgingsarbeidet. Det vil også kunne bidra til å øke hjelpeapparatets kunnskap om etterlatte ved NRdød og bidra til mer enhetlig forståelse for de ulike aktørenes ansvar og oppgaver.

KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Å miste noen i brå og unaturlig død er en alvorlig livshendelse som kan føre til behov for hjelp og støtte for å forebygge sosiale og helsemessige problemer. Ansvaret for å yte psykososial oppfølging er tillagt kommunene, og veilederen «Mestring, samholdighet og håp» gir føringer for dette arbeidet. Kommunene har plikt til å gi et likeverdig, forsvarlig og enhetlig tilbud, og samtidig tilpasse tilbudet til lokale forhold. Studien viser at kommunene på de fleste områder har relativt stor handlingsfrihet, noe som gjør det psykososiale tilbudet mer sårbart for lokale prioriteringer, lokal kunnskap, og lokal ressursituasjon. Kommunenes lokale handlingsrom utfordrer særlig tilbudet til sårbare grupper som ikke er definert med spesielle behov eller tematisert spesifikt i veilederen, slik

som etterlatte ved NRdød. Vi anbefaler at NRdød blir tatt inn som et eget begrep i en ny revisjon av veilederen, og at hjelpere er oppmerksomme på å inkludere denne gruppen etterlatte i den psykososiale oppfølgingen.

Utfordringer knyttet til lokal handlingsfrihet kan imøtekommes på ulike måter, for eksempel gjennom en endring av forvaltningsprinsipper, med sterkere mulighet til å styre kommunene gjennom pålegg og hierarkiske strukturer. Men dette må følges opp med økonomiske styringsinstrumenter. Alternativt kan kommunene aktivt arbeide for å forankre det lokale tilbudet gjennom planer som tydeliggjør ansvar, roller, ledelse, ressurser og kompetanse. På denne måten kan kommunene sikre god faglig kvalitet på

oppfølgingen og samtidig ivareta prinsippet om lokal tilpasning av tjenestene. Vi foreslår at dagens anbefaling om en egen kommunal plan for den psykososiale oppfølgingen erstattes av en plikt til å utarbeide en slik plan.

Trolig er Norge i verdenstoppen når det gjelder å yte kommunal psykososial hjelp til kriserammede etter prinsippet om fordelingsrettferdighet. Dette legger veilederen «Mestring, samhörighet og håp» godt til rette for, men vi kan bli enda bedre.

Finansiering

END-prosjektet, der denne studien inngår er finansiert av Norges Forskningsråd (NFR) og interne forskningsmidler fra Høgskulen på Vestlandet (HVL).

SUMMARY

Psycho-social follow-up for bereaved after drug-related death. National steering and local autonomy

People who experience crises, accidents and disasters are entitled to uniform, equal and justifiable psychosocial follow-up. The article discusses what directives the Norwegian Health authorities' guidelines for psychosocial follow up give for the municipalities' services to people bereaved by drug-related death and municipality leaders' experiences of this responsibility. Results show that the municipalities make their priorities, but the lack of local anchoring and economic resources is profound. As a result, they place crisis work on top of everyday work, and the quality of services becomes more of a chance, particularly affecting vulnerable bereaveds' opportunities for psychosocial follow-up. The study actualizes a need to strengthen central government control and recommends establishing an obligation for the municipalities to prepare separate plans for psychosocial follow-up.

Keywords: Crisis, sudden and unnatural death, local health- and welfare services, governance, guidelines, and policy instruments

REFERANSER

- Biong, S., Sveipe, E. J. & Ravndal, E.** (2015). «Alt verker og alt har satt seg fast»: Om pårørendes erfaringer med overdosedødsfall. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 278-287.
- Bratberg, Ø.** (2021). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bukve, O.** (2012). *Lokal og regional styring i eit institusjonelt perspektiv*. Samlaget.
- Christiansen, S. G., Reneflot, A., Stene-Larsen, K. & Hauge, J. L.** (2020). Parental mortality following the loss of a child to a drug-related death. *European Journal of Public Health*. 30(6), 1098-1102
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N.** (2015). Thematic analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. (s. 222-248). Sage.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. & Miller, F. E.** (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 239-246. Doi: org/10.1037/0893-3200.20.2.239
- Djelantik, A. A. A., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J. & Boelen, P. A.** (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156.
- Dyregrov, K. & Selseng, L. B.** (2021). «Nothing to mourn, he was just a drug addict» - Stigma towards People Bereaved by Drug-Related Death. *Addiction Research & Theory*. 30(1), 1-10. DOI: 10.1080/16066359.2021.1912327
- Dyregrov, K., Nordanger, D. &**

- Dyregrov, A.** (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death studies*, 27, 143-165.
- Dyregrov, K., Kristensen, P., Johnsen, I. & Dyregrov, A.** (2014). Hvordan fungerte den psykososiale oppfølgingen for etterlatte etter 22. juli terroren? *Scandinavian Psychologist*, 1, e7. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e7>
- Dyregrov, K., Møgster, B., Løseth, H.-M., Loraas, L. & Titlestad, K. B.** (2019). The Special Grief following Drug Related Deaths. *Addiction Research & Theory*, 28(5), 415-424. Doi: [org/10.1080/16066359.2019.1679122](https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1679122)
- Folkehelseloven** (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. LOV-2011-06-24-29. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Greve, C.** (2012). *Reformanalyse: Hvordan den offentlige sektor grundlæggende er blevet forandret i 00'erne*. Djøf Forlag.
- Greve, C., Ejersbo, N., Lægreid, P. & Rykkja, L. H.** (2020). Unpacking Nordic administrative reforms: Agile and adaptive governments. *International Journal of Public Administration*, 43(8), 697-710. Doi: [org/10.1080/01900692.2019.1645688](https://doi.org/10.1080/01900692.2019.1645688)
- Helseberedskapsloven** (2001). *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. LOV-2000-06-23-56. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56?q=helseberedskapsloven>
- Helsedirektoratet** (2014): *Nasjonal overdosestrategi* (2014-2017). https://www.regjeringen.no/contentassets/43121155483947d79316af20c68e6d7d/overdosestrategi_230414.pdf
- Helsedirektoratet** (2015). *Retningslinjer for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet** (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/>
- psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer
- Helsedirektoratet** (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf
- Helsedirektoratet** (2021). Om Helsedirektoratets normerende produkter. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helse - og omsorgstjenesteloven** (2011). *Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester*. LOV-2011-06-24-30. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hood, C.** (1991). A public management for all seasons? *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Kristensen, P., Weisæth, L. & Heir, T.** (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(1), 76-97. Doi: [10.1521/psyc.2012.75.1.76](https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76)
- Ladner, A., Keuffer, N. & Baldersheim, H.** (2016). Measuring local autonomy in 39 countries (1990-2014). *Regional & Federal Studies*, 26(3), 321-357. <https://doi.org/10.1080/13597566.2016.1214911>
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B. & Olsen, J.** (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361(9355), 363-367. Doi: [10.1016/S0140-6736\(03\)12387-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12387-2)
- Løberg, A., Dyregrov, K., Lindeman, S., Lygren, O. J. S. & Yndestad, M.** (2019). «Hun var jo bare en rusmisbruker». Stigmatisering av etterlatte ved narkotikarelaterte dødsfall. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(3), 228-239. Doi: [org/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-04](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-04)
- Osborne, S. P.** (2010). *The new public governance?* Routledge.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I.** (2016). *Styring og samstyring: governance på norsk*. Fagbokforlaget.
- Sivilbeskyttelsesloven** (2010). *Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret*. LOV-2010-06-25-45. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-06-25-45>
- Templeton, L., Ford, A., McKell, J., Valentine, C., Walter, T., Velleman, R., Bauld, L. Hay, G. & Hollywood, J.** (2016). Bereavement through substance use: findings from an interview study with adults in England and Scotland. *Addiction Research & Theory*, 24(5), 341-354. Doi: [10.3109/16066359.2016.1153632](https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1153632)
- Titlestad, K. B., Lindeman, S. K., Lund, H. & Dyregrov, K.** (2021). How do family members experience drug death bereavement? A systematic review of the literature. *Death Studies*, 45(7), 1-14. Doi: [10.1080/074818187.2019.1649085](https://doi.org/10.1080/074818187.2019.1649085)
- Titlestad, K. B., Stroebe, M. & Dyregrov, K.** (2020). How Do Drug-Death-Bereaved Parents Adjust to Life Without the Deceased? A Qualitative Study. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 82(1), 141-164. Doi: [org/10.1177/002228202280923168](https://doi.org/10.1177/002228202280923168)
- Vabo, S. I.** (2014). Flernivåorganisering – lokal skreddersøm og nasjonale standarder. I M.Vabø & S.I.Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. (s. 158-174). Universitetsforlaget.
- Valentine, C., McKell, J. & Ford, A.** (2018). Service failures and challenges in responding to people bereaved through drugs and alcohol: An interprofessional analysis. *Journal of interprofessional care*, 32(3), 295-303. Doi: [10.1080/13561820.2017.1415312](https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1415312)
- Vedung, E. O.** (1998). Policy Instruments: Typologies and Theories. I M. L. Bemelmans-Videc, R. C. Rist & E. O. Vedung (Red.), *Carrots, sticks, and sermons: Policy instruments and their evaluation*. (s. 21-57). Transaction publishers.