



VEILEDNING

Forebygge overdosedødsfall

Til bruk i nasjonalt læringsnettverk
2013 /2014

Versjon 1.0

I TRYGGE HENDER 24 7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje



Innhold

Om veiledningen	5
Arbeidsgruppen anbefaler at pasientene som et minimum informeres om følgende punkter	6
▶ Overdose kan forebygges	6
▶ Ved 3–8 dager uten stoff er toleransen lik null igjen	6
▶ En reduserer risiko ved å dele opp i flere doser	6
▶ Røyk er tryggere enn sprøyte	6
▶ Det gir økt risiko å blande ulike stoffer – benzodiazepiner (benzo) og opioider	6
▶ Overdose? Ring 113. Hold personen våken!	7
▶ Start hjerte- og lungeredning hvis nødvendig og gi førstehjelp til hjelp kommer	7
▶ Ekstra viktig: Hold på til ambulansen kommer!	7
Vedlegg 1 BASAL Hjerte – Lungeredning – VOKSNE	8
Vedlegg 2 Utdrag fra «GHB – fakta om gammahydroksybutyrat», faktaark fra Folkehelseinstituttet	9
Vedlegg 3 Utdrag fra «Benzodiazepiner – faktaark», faktaark fra Folkehelseinstituttet	9
Vedlegg 4 Utdrag fra faktaark «Fakta om heroin, morfin – opioider», faktaark fra Folkehelseinstituttet	10

Denne veiledningen er utarbeidet av Pasientsikkerhetskampanjens arbeidsgruppe for forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon.

Arbeidsgruppen består av:

- Kari Lossius Bergensklinikkene, leder
- Jan- Erik Skjølås Trondheim kommune
- Jon Storaas Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)
- Kirsti Li LAR-nett
- Minna K Hansen Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Therese Dahl Stiftelsen Bergensklinikkene
- Sissel Ylvisåker Oslo universitetssykehus HF

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje | trygge hender 24/7 Oslo 23.09.13

Kontaktinformasjon:

Pasientsikkerhetskampanjen
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 OSLO
e-post: post@pasientsikkerhetskampanjen.no

Om veiledningen

Denne veilederen er utarbeidet i forbindelse med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* som har forebygging av overdosedødsfall som et av sine innsatsområder. Den beskriver informasjon som pasienter som bruker/ har brukt opioider eller GHB skal motta, når de er innlagt på institusjon.

Veiledningen sier noe om hva pasientene kan gjøre for å redusere faren for overdose og hva de skal gjøre dersom de opplever at andre går i overdose og det er behov for førstehjelp.

Veiledningen er revidert etter utprøving i pilotprosjekter.

Målgruppe

Veiledningen er skrevet for helsepersonell som skal informere brukere av opiater og gammahydroksybutyrat (GHB) mens de er innlagt på institusjon. Denne informasjonen er ett av flere tiltak i Pasientsikkerhetskampanjen for å forebygge overdosedødsfall. Det viktigste er å bidra til at pasientene blir rusfrie.

Bakgrunn

En norsk studie fra 2010 viser at risikoen for overdosedød i løpet av de fire første ukene etter avsluttet behandling/ institusjonsinnleggelse er så betydelig at det bør iverksettes forebyggende tiltak. I studien var risiko for overdosedød 16 ganger høyere i nevnte periode enn i resten av de åtte årene studien ble gjort innenfor. (Ravndal, Amundsen 2010)

Hensikt

Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til om informasjonen i dette heftet skal gis pasientene individuelt eller i gruppe, men ser for oss at det tilpasses behandlingssituasjonen. Erfaringen fra pilotprosjektene tilsier at informasjonen bør gis tidlig i oppholdet.

Overdosekort

Sammen med informasjonen følger det et informasjonskort, «overdosekortet», i visittkortstørrelse. Meningen er at kortet skal fungere som en huskeliste for pasientene etter at informasjonen er gitt under oppholdet på institusjonen. På kortets bakside står «Ved overdose, ring 113» som påminnelse om ambulansetjenestens nødnummer.

På kortets tekstsider står åtte punkter. De første fem punktene handler om overdosefare. De tre siste punktene omhandler førstehjelp og hva en gjør når en overdosesituasjon oppstår.

- O**verdose kan forebygges
- V**ed 3–8 dager uten stoff er toleransen lik null igjen
- E**n reduserer risiko ved å dele opp i flere doser
- R**øyk er tryggere enn sprøyte
- D**et gir økt risiko å blande ulike stoffer
- O**verdose? Ring 113. Hold personen våken!
- S**tart hjerte- og lungeredning hvis nødvendig (30♥ 2♻️)
- E**kstra viktig: Hold på til ambulansen kommer

Arbeidsgruppen anbefaler at pasientene som et minimum informeres om følgende punkter

▶ **Overdose kan forebygges**

Bruk av opioider og GHB medfører en fare for overdoser og overdosedødsfall. Ved å lære om overdosefare og førstehjelp kan brukeren redde både eget og andres liv.

▶ **Ved 3–8 dager uten stoff er toleransen lik null igjen**

I følge Folkehelseinstituttet avtar toleransen raskt dersom man slutter med opioider/ opiater. Brukerne er dermed mer utsatt for overdoser rett etter også korte opphold i bruken.

Det er vanskelig å angi nøyaktig estimat for antallet dager fordi det blant annet avhenger av tidligere doserings- og bruksmønstre. Endring i toleranse vil også variere for forskjellige effekter av stoffet. Enkelte kan allerede på dag tre ha betydelig endring i toleranse, og dermed økt risiko for dødsfall ved overdose.

▶ **En reduserer risiko ved å dele opp i flere doser**

Med nytt stoff på markedet vet ikke brukerne hvor rent det er. Selv stoff som er kjent for dem, for eksempel heroin, har ulik renhetsgrad og styrke. Det skjer relativt ofte at det dukker opp nye partier på markedet som er sterkere enn hva de er vant med. Dette kan føre til økt overdosefare.

En reduserer risiko for overdose ved å dele stoffet opp i flere mindre doser.

▶ **Røyk er tryggere enn sprøyte**

Til personer som injiserer heroin anbefaler Helsedirektoratet heller inhalering/ røyking. Dette gir mindre risiko for overdose. Ved blanding av ulike stoffer øker imidlertid risikoen, også ved røyking.

▶ **Det gir økt risiko å blande ulike stoffer – benzodiazepiner (benzo) og opioider**

Blanding av ulike stoffer, for eksempel benzodiazepiner og opioider, gir økt risiko for overdose. Benzodiazepiner er ikke veldig giftige, og høye doser trengs før det regnes som potensielt dødelig dersom et benzodiazepin inntas alene. Men dersom flere medikamenter brukes samtidig eller i kombinasjon med alkohol og/eller andre rusmidler, øker faren for forgiftning betydelig.

Bruk av benzodiazepiner i kombinasjon med opioider gir også økt risiko for overdose. Dersom man tar nye preparater før kroppen har kvittet seg med de gamle, vil det hobe seg opp med stoffer i kroppen. Jo større konsentrasjon av benzodiazepiner en har i kroppen, desto større sjanse for overdose.

► **Overdose? Ring 113. Hold personen våken!**

Vanlige symptomer på overdose av opiater kan være:

- Dårlig respirasjon: 8–10 pust per minutt = mistanke om overdose
- Blå lepper
- Hvit hud
- Det er ikke mulig å få kontakt med personen
- Personen svarer ikke på tiltale eller reagerer ikke på smertestimuli
- Personen har falt sammen, eller ligger tilsynelatende livløs

Overdose av GHB ligner ofte på beskrivelsen over, men kan være noe annerledes: Vanlige/typiske kjennetegn er personen vil gispe etter luft og at størrelsen på pupillene endrer seg.

En som har tatt GHB overdose kan også være svært urolig og for eksempel slå rundt seg, for så å falle totalt sammen og være vanskelig å kontakte. Sørg for frie luftveier og førstehjelp (se neste avsnitt).

Ved mistanke om overdose:

- Ring ambulanse 1-1-3
- Prøv å opprettholde bevisstheten til den som går i overdose:
- Hold personen i gang fysisk, stimuler (om nødvendig ved smertestimuli) og snakk til vedkommende. Gi beskjed om at du forventer å få svar, og begrunn med at du ser at vedkommende er i ferd med å gå i overdose.
- Om nødvendig: gi førstehjelp i henhold til neste punkt.

► **Start hjerte- og lungeredning hvis nødvendig og gi førstehjelp til hjelp kommer**

- Sørg for frie luftveier.
- Utfør hjerte- lungeredning om nødvendig. Se vedlegg om basal hjerte- lungeredning.
- Husk 30 hjertekompresjoner og 2 pust.

► **Ekstra viktig: Hold på til ambulansen kommer!**

Vedlegg 1

BASAL Hjerne-Lungeredning – VOKSNE

Basert på Norsk Resuscitasjonsråds retningslinjer fra 2010. Retningslinjene finnes på <http://www.nrr.org/wp-content/uploads/2010/12/2.-BHLR-retningslinjer-2010.pdf>

Algoritmen for Basal HLR – Voksne

- 1 Sjekk om pasienten reagerer på tilrop og forsiktig risting.
- 2 Hvis pasienten ikke reagerer: Rop på hjelp!
- 3 Snu pasienten på ryggen og åpne luftveiene (bøy hodet bakover, og løft haka fram). Sjekk om pasienten puster normalt (se, lytt og føl etter normal pust i inntil 10 sekunder). Legg pasienten i sideleie bare hvis pusten fortsatt er normal etter ett minutt. Fortsett nøye observasjon av pusten.
- 4 Hvis pasienten ikke puster normalt eller slutter å puste normalt: Ring 113 og skaff hjelp. Hvis mulig, få noen andre til å ringe 113 og å hente en hjerte-starter (hvis tilgjengelig).
- 5 Start HLR med 30 brystkompresjoner fulgt av to innblåsninger (30:2). Brystkompresjonene bør være 5-6 cm dype med en takt på 100 i minuttet. Hver innblåsning skal ta ca. ett sekund og avsluttes straks brystkassen hever seg.
- 6 Fortsett til hjelpen kommer.

Nytt ved BHLR

- Trykk brystkassen ned 5–6 cm (mot før 4–5 cm) ved hver kompresjon.

Viktig ved BHLR

- HLR utføres dessverre fortsatt altfor ofte med dårlig kvalitet og med lange perioder uten brystkompresjoner. Viktigheten av kompresjoner med god kvalitet og med minst mulig avbrudd understrekes derfor ennå sterkere i «Guidelines 2010».
- Hvis en bevisstløs person puster normalt, skal førstehjelperen holde frie luftveier og vente ett minutt før den bevisstløse legges i sideleie. Dette for å unngå at pasienter med agonal pust legges i sideleie. Hvis førstehjelperen er i tvil om pusten er normal, startes straks HLR.
- HLR skal startes straks hvis en person er bevisstløs og ikke puster normalt.
- Plasser hendene «midt på brystkassen» (ikke bruk tidkrevende metoder for å finne rett håndplassering)

- Start med 30 kompresjoner (takt på 100/minutt).
- Forholdet mellom kompresjoner og ventilasjoner skal være 30:2 på pasienter som ikke er intubert.
- Legfolk skal også bruke 30:2 på barn.
- På slutten av hver kompresjon skal hendene ikke utøve noe trykk mot brystkassen.
- Hver innblåsning skal ta ett sekund og avsluttes straks brystkassen hever seg.
- Unngå alle unødvige pauser i kompresjonene og tilstrebe at kompresjonene er dype nok og har rett takt.
- Hvis to førstehjelpere er til stede: Bytt på å komprimere ca. hvert andre minutt fordi det viser seg at kvaliteten på kompresjonene avtar over tid. Unngå stopp i kompresjonene ved bytte.
- Kvalitetsmessig god og kontinuerlig HLR som startes straks etter hjertestans, kan doble (kanskje tredoble) sjansen til å overleve plutselig hjertestans.

HLR med «bare» brystkompresjoner

Dette er ikke nytt i Norge, men innføres nå også i retningslinjene til ERC. Hvis hjertet stopper plutselig, skyldes dette oftest en akutt hjerterytmeforstyrrelse pga sykdom i hjertet. Da er kompresjoner alene like effektivt de første minuttene som kombinasjonen av kompresjoner og innblåsninger.

Lekfolk som ikke kan, eller ikke er villige til å gi standard HLR med både brystkompresjoner og munn-til-munn innblåsninger, bør derfor oppmuntres til i alle fall å gi kompresjoner til hjelpen kommer. Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp, som brukes i den norske nødmeldetjenesten, vil gi instruksjon i «bare» brystkompresjoner til de som ikke på forhånd kan, ikke får til eller er uvillige til å gi standard HLR.

Basal HLR med brystkompresjoner, men uten munn-til-munn innblåsninger anbefales

- når førstehjelperen ikke er i stand til å gi munn-til-munn innblåsninger
- når førstehjelperen ikke er villig til å gi munn-til-munn innblåsninger
- ved telefonveiledet HLR når førstehjelperen ikke har opplæring i kombinasjonen av kompresjoner og munn-til-munn innblåsninger

På kurs i basal førstehjelp anbefales fortsatt opplæring i kombinasjonen av brystkompresjoner og munn-

til-munn innblåsninger. Dette er bedre enn HLR med «bare» brystkompresjoner når det utføres uten unødige lange kompresjonspausaer for å gi munn-til-munn innblåsningene.

Barn og pasienter med hjertestans som antas å skyldes hypoksi (for lite oksygen i kroppen f.eks. pga drukning, kvelning, hengning eller overdoser), bør fortsatt få både brystkompresjoner og innblåsninger.

Vedlegg 2

Utdrag fra «GHB – fakta om gammahydroksybutyrat», faktaark fra Folkehelseinstituttet

Hele faktaarket med referanseliste finnes på <http://www.fhi.no/artikler/?id=48060>

GHB er et dempende stoff med virkninger som likner alkohol. GHB kan fremkalle rus hvor brukeren føler seg oppstemt. Rusen inntre gjerne i løpet av 15–30 minutter.

Inntak av GHB kan også føre til svimmelhet, hodepine, oppkast, muskelsvakhet, forvirring, kritikkuløshet og trøtthet. I mer alvorlige tilfeller kan det inntre vrangforestillinger, kramper, hemmet pust og bevisstløshet. Karakteristisk for personer som er bevisstløse som følge av GHB inntak, er at de etter kort tid plutselig våkner opp. Dette kan forklares med at GHB skilles raskt ut fra kroppen.

GHB kan være svært farlig å innta, fordi det er liten forskjell mellom doser som gir rus og doser som fører til bevisstløshet og død. I tillegg varierer styrken på GHB-løsningene.

Dødsfall er rapportert ved bruk av GHB, og skyldes ofte pustestans. Risikoen for bevisstløshet og død øker ved samtidig bruk av andre dempende stoffer. Ved gjentatt bruk av GHB må dosen gjerne økes for å oppnå samme ruseffekt. Dette skyldes at det utvikles toleranse for noen av GHBs virkninger.

GHB tas raskt opp i kroppen og skilles ut i løpet av få timer. Det finnes ingen spesifikk behandling for GHB-overdose, men det er viktig å yte førstehjelp og sikre frie luftveier. Sykehusinnleggelse kan være nødvendig.

Vedlegg 3

Utdrag fra «Benzodiazepiner – faktaark», faktaark fra Folkehelseinstituttet

Hele faktaarket med referanseliste finnes på <http://www.fhi.no/artikler/?id=49972>

Benzodiazepinenes terapeutiske virkninger er i hovedsak beroligende, angstdempende, søvnfremmende, krampestillende og muskelavslappende.

Under bruk blir korttidsminnet og hukommelsen dårlig, talen kan bli sløret og brukeren søvning. Brukeren kan oppleve likegladhet. Det er beskrevet at benzodiazepiner har blitt brukt som sløvende middel ved seksuelle overgrep («date-rape-drug»). Den dempende effekten på sentralnervesystemet gir økt ulykkesrisiko.

Benzodiazepiner gir økt impulsivitet og lavere terskel for aggressivitet selv ved terapeutiske konsentrasjoner.

Dersom man inntar benzodiazepiner for å oppnå rus, vil rusen vanligvis komme etter 10–60 minutter og kan vare i flere timer.

Benzodiazepiner er ikke veldig giftige, og høye doser trengs før det regnes som potensielt dødelig dersom et benzodiazepin inntas alene. Dersom flere medikamenter brukes samtidig eller i kombinasjon med alkohol og andre rusmidler, øker derimot faren for forgiftning betydelig. Symptomer ved forgiftning med benzodiazepiner er uregelmessig og nedsatt pustefrekvens, nedsatt bevissthet, blodtrykksfall, langsom hjertefrekvens, nedsatt muskeltonus og nedsatt kroppstemperatur.

Ved gjentatt bruk av benzodiazepiner kan det oppstå tilvenning (toleranse), og brukeren må ta høyere doser for å oppnå samme effekt. Grad av toleranseutvikling er forskjellig for de ulike effektene av benzodiazepinene og vil variere fra individ til individ.

Benzodiazepinbrukere kan etter en tids bruk oppleve abstinenser i form av bl.a. uro, angst, kvalme, kramper, skjelvinger, hjertebank, økt puls og blodtrykk når de ikke får tilført stoffet.

Vedlegg 4

Utdrag fra «Fakta om heroin, morfin – opioider», faktaark fra Folkehelseinstituttet

Hele faktaarket med referanseliste finnes på <http://www.fhi.no/artikler/?id=51039>

Opioidene har fellesvirkninger som er mer eller mindre tydelige, avhengig av inntaksmåte, dose, tilvenningsgrad og miljøet de inntas i. Virkningen vil også være forskjellig hos en som tar stoffet en enkelt gang, sammenlignet med en som tar stoffet gjentatte ganger. Virkningen av en dose heroin varer oftest noen timer.

Den smertestillende virkningen dominerer dersom brukeren på forhånd har sterke smerter. Hvis man ikke har slike, vil stoffene først og fremst gi en følelse av rus og velvære.

Videre kan virkninger som nedsatt evne til selvkritikk, likegyldighet og følelse av virkelighetsflukt være mer eller mindre framtreddende. Noen blir mer rastløse, men andre blir trøtte. Kvalme, vannlatingsbesvær, forstoppelse, kløe og munntørrhet er vanlig. Pupillene blir små.

De fleste opioidene kan redusere den kritiske sansen og øke risikovilligheten, samt påvirke ferdighetene og reaksjonsevnen i forbindelse med bilkjøring og betjening av redskaper og maskiner.

Overdoser

Etter større doser kan pustesenteret i hjernen påvirkes, slik at man «glemmer» å puste. Dette kan føre

brukeren inn i en livstruende tilstand, der lammelse av pustesenteret kan være en årsak til overdosedødsfall. Personer som har tatt for store doser, kan være vanskelige å få kontakt med. Huden blir kald, blek og blåaktig og snorkelyder kan forekomme som tegn på redusert pustefunksjon. Død kan inntre kort tid etter inntak, men det kan også ta flere timer.

Overdosedødsfall kan inntre ved bruk av de fleste opioider, også metadon. Faren øker ytterligere ved blandingsmisbruk, spesielt når opioider kombineres med beroligende/sovemidler eller med alkohol.

Toleranse

Toleransen (tilvenningen) for opioidenes virkninger kan utvikle seg raskt, i løpet av dager eller uker, men dette varierer fra person til person. Viktige faktorer for utvikling av toleranse er bl.a. størrelse på dosen og hvor ofte stoffet inntas. En som bruker opioider jevnlig, vil tåle høyere doser enn en som bruker slike stoffer av og til.

Toleransen for høye doser kan avta raskt dersom man slutter med opioider. Derfor er tidligere misbrukere mer utsatt for overdoser ved «sprekk». Siden ett stoff har flere ulike virkninger, kan en for de enkelte virkningene utvikle forskjellige grader av tilvenning. For eksempel vil morfinets evne til å utløse rus tape seg fort ved gjentatt bruk, mens morfinets virkning på pupillene forblir uforandret selv etter utstrakt bruk.

Referanser

Folkehelseinstituttet, Fakta om gammahydroksybutyrat – GHB, Publisert 16.01.2012, Oppdatert 08.03.2013, 15:02, Sist oppdatert 03.05.2011 Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=48060>

Folkehelseinstituttet, Fakta om heroin, morfin – opioider, Publisert 16.01.2012, Oppdatert 10.03.2013, 17:51 Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=51039>

Folkehelseinstituttet, Fakta om benzodiazepiner, Publisert 13.01.2012, Oppdatert 05.03.2013, 14:24 Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=49972>

Ravndal E, Amundsen EJ., Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. Drug Alcohol Depend, 2010 Apr 1;108(1-2):65-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008.

Norsk Resuscitasjonsråd, BASAL Hjerte - Lungeredning – VOKSNE, 2010, Tilgjengelig fra <http://www.nrr.org/wp-content/uploads/2010/12/2.-BHLR-retningslinjer-2010.pdf>



DESIGN: WMMMA - NDSISB

I TRYGGE HENDER 24/7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje