

Sluttrapport
Erfaringer fra pilotprosjektet:
«Tiltak for å forhindre overdose etter utskrivelse»



Tittel Sluttrapport

Pilotprosjekt: Tiltak for å hindre overdosedødsfall etter utskrivelse fra rusinstitusjon.

Forfattere *Fra Stiftelsen Bergensklinikkene:*

Dahl , Therese, *Prosjekt- og metodeutvikler,*

Svarstad, Silje, *Oversykepleier*

Smedsvik, Tove Litlekalsøy, *Kontormedarbeider,*

Lossius, Kari, *Klinikkdirektør*

Innhold

1. Innledning	4
2. Bakgrunn for kampanjen	4
3. Bakgrunn og målsetting for piloten	5
3.1 Hvor piloten gjennomføres	5
4. Fremgangsmåte	5
5. Organisering	6
6. Tiltakspakke	6
Informasjon	6
Kriseplan	6
Å sikre kritiske elementer ved utskrivelse	7
7. Måling	8
8. Resultater	8
9. Erfaringer	9
10. Oppsummering og anbefalinger	11
11. Referanser	12
12. Oversikt over vedlegg	12
Prosedyre for Pasientsikkerhetskampanjen	13
Sjekkliste	15
Overdosekort	16
Veileder - Informasjon til pasientene	17

1. Innledning

Denne rapporten beskriver erfaringene fra et pilotprosjekt for forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prosjektet er gjennomført ved Hjeltestadklinikken som er en del av Stiftelsen Bergensklinikkene. Pilotperioden foregikk fra januar – juni 2013.

Tre forebyggende tiltak ble prøvd ut i løpet av perioden. Gjennomføringen av tiltakene ble fulgt opp med målinger og deretter evaluert.

Basert på erfaringene i pilotprosjektet vurderes tiltakspakken hensiktsmessig og mulig å gjennomføres i Pasientsikkerhetskampanjen. Dette forutsetter imidlertid strukturert innsats fra enheter som skal implementere tiltakene.

2. Bakgrunn for kampanjen

Helse- og omsorgsdepartementet har startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2014. Flere kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder. Det er valgt ut områder med stort potensial for forbedring, de skal ha gode data og metoder for evaluering, tiltakene som foreslås skal kunne dokumenteres som effektive og innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer.

Hensikten med alle innsatsområdene i kampanjen *I trygge hender* er å peke på konkrete områder hvor man kan starte arbeidet med forbedring på lokale arbeidsplasser.

Hvert innsatsområde skal ha forbedringspotensial, tiltakene skal være kunnskapsbasert og prosesser og resultater skal registreres for å kunne dokumentere forbedring.

De foreslåtte innsatsområdene og målingene er delvis hentet fra andre lands kampanjer og fra norske pasientsikkerhetsprosjekter og er utviklet i samarbeid med norske fagmiljøer. Målet med kampanjen er å:

- redusere unødig pasientskade i helsetjenesten
- bygge en varig struktur for å følge med på pasientsikkerhet
- utvikle en god pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten

Mer om kampanjen finnes på hjemmesiden: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no>

3. Bakgrunn og målsetting for piloten

3.1 Hvor piloten gjennomføres

Stiftelsen Bergensklinikkene er en uavhengig, livssynsøytral, ideell non-profit og selveiende stiftelse. Stiftelsen Bergensklinikkene har avtale med Helse Vest RHF om drift av tverrfaglige spesialiserte og kjønnsespesifikke avrusning, stabilisering, utredning - og behandlingstilbud til rusmiddelavhengige. Stiftelsen har et stort, stabilt og bredt sammensatt fagmiljø innen medisin, psykologi, helse- og sosialfag samt samfunnsvitenskapelige fag med i alt 230 ansatte. Klinisk virksomhet består av fem polikliniske team, hvorav et er ambulant, dagavdeling, og to klinikker. Hjeltestadklinikken som tilbyr dagbehandling, samt døgnbehandling med fokus på utredning og behandling av kvinner, menn, og unge i egne avdelinger. Stiftelsens andre klinikk, Skutevikenklinikken tilbyr avrusning og stabilisering til kvinner og menn, også i egne avdelinger. Årlig har Stiftelsen rundt 2800 behandlingsopphold, og over 20000 behandlingdøgn, samt opp mot nærmere 10 000 polikliniske konsultasjoner. Pilotprosjektet er gjennomført ved Hjeltestadklinikken som har tilbud til 42 pasienter, samt 10 dagplasser. Innleggelsestid er vanligvis 3-6 måneder for voksne og opp til 9 måneder for unge.

4. Fremgangsmåte

Som vist i driverdiagrammet nedenfor (se figur 4.1), er kampanjens målsetting å forebygge/forhindre overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon. Tre tiltak er iverksatt for å nå denne målsettingen. Å informere pasienter grundig om overdosefare ved utskrivelse, utarbeidelse og bruk av kriseplan, samt å sikre kritiske elementer ved utskrivelse. For mer informasjon om hvordan tiltakene er gjennomført i pilotprosjektet, se punkt 6.

Figur 4.1 Driverdiagram



5. Organisering

God implementering av nye tiltak forutsetter forankring i toppledelsen, samt involvering av øvrig personell slik at de ansatte får eierforhold til tiltakene. På bakgrunn av dette har flere ansatte med ulike funksjoner vært involvert i kampanjen. Kampanjen har vært godt forankret i ledelsen, noe som falt naturlig fordi Klinikkdirektør og Prosjekt- og metodeutvikler har vært del av arbeidsgruppen som utarbeidet tiltakene. I tillegg til disse to, har Stiftelsen Bergensklinikkene valgt å inkludere en pådriver i styringen av piloten. Pådriveransvaret ble lagt til Oversykepleier. En kontormedarbeider har hatt ansvar for å registrere/punche målingene, i tillegg til å rapportere data månedlig til Klinikkdirektør og Klinikksjef. Teamleder for psykologgruppen hvor de fleste av behandlerne er organisert, har også fungert som pådriver og har ukentlig satt kampanjen på sakslisten til teamets møter. Pilotprosjektet startet 24. januar 2013, og datainnsamling har siden foregått kontinuerlig. Data som presenteres i denne rapporten gjelder perioden 24. januar – 11. juni, altså i underkant av en seks måneders periode.

6. Tiltakspakke

Tiltakspakken består av tre tiltak; *informasjon, bruk av kriseplan og å sikre kritiske elementer ved utskrivelse*. Stiftelsen Bergensklinikkene utarbeidet prosedyre for gjennomføring av tiltakene i pilotprosjektet.

Informasjon

I tråd med prosedyren skal pasienter som er i kampanjens målgruppe dvs. personer som bruker GHB og/eller opioider, gis informasjon om overdosefare ved utskrivelse innen 14 dager etter innleggelse. Samtalen gjennomføres av pasientens behandler og følger informasjonsveileder som er utviklet i kampanjen (se vedlegg 2). I tillegg er overdosefare ved utskrivelse tematisert i det ordinære undervisningsprogrammet som foregår i gruppe.

Kriseplan

Behandler utarbeider kriseplan i samarbeid med pasienten også innen 14 dager etter innleggelse. Kriseplanen er ment å sikre at pasienten både vet hva han/hun skal gjøre i en evt. kritisk situasjon og hvem som kan kontaktes for bistand. Kriseplanen som er benyttet i pilotprosjektet i Stiftelsen Bergensklinikkene tar utgangspunkt i metoden Mentaliseringsbasert Terapi (MBT). MBT var i utgangspunktet utviklet for behandling av personer med borderline personlighetsforstyrrelse, og har vist seg lovende også for pasienter med rusmiddelproblemer, særlig personer som har vansker med regulering av følelser. Mentalisering kan litt forenklet defineres som « det å forstå seg selv utenfra og

andre innenfra», og refererer til den mentale aktiviteten som foregår i mennesker for å forstå menneskelig atferd i lys av psykologiske tilstander (Arefjord 2012). Kriseplanen er lagt inn som mal i journalsystemet. Malen som er anvendt i pilotprosjektet er en modifisert utgave, tilpasset kampanjen, og dekker i tillegg til tilbakefall spesifikt overdose (se figur 6.1).

Figur 6.1 Kriseplan for å hindre tilbakefall og overdose

Slik forstår pasienten sine egne vansker:

Eks.:

- langvarig rusproblem, relativt nydiagnostisert med og har gjennomført et betydelig brudd med tidligere rusmønster. Dette medfører sårbarhet for tilbakefall.

Dette er risikosituasjoner for pasienten:

Eks.:

- tilgjengelige rusmidler
- sosiale situasjoner der bekjente tilbyr rusmidler
- økt stressnivå (lite søvn over tid, livsbelastninger)

Hva kan pasienten gjøre i risikosituasjoner:

Eks.:

- sørge for å ikke ha rusmidler tilgjengelig
- unngå bekjente/venner med rusmiddelproblemer
- påminne seg selv om negative sider ved rusmiddelbruk

Hva kan pasienten gjøre hvis tilbakefall:

- ringe ansvarsgruppe for støttesamtale
- påminne seg selv om negative sider ved rusmiddelbruk
- påminne seg selv om overdosekort

Hva kan pasienten gjøre hvis han har hatt tilbakefall og opplever situasjonen kritisk:

-Ambulanse tlf. 113 eller politi tlf. 112

-Ringe Rusakutten tlf. 55 97 25 06 / 55 56 87 77

-Ringe Bergen Legevakt tlf. 55 56 87 00

Å sikre kritiske elementer ved utskrivelse

Ved utskrivelse gjennomføres igjen samtale med pasienten med fokus på overdosefaren i tråd med informasjonsveileder. Pasienten får i denne samtalen utlevert overdosekortet og blir påminnet elementene i sin kriseplan. Til sist avtales oppfølgingssamtale som foregår enten ved Hjellestadklinikken eller hos samarbeidende instans.

7. Måling

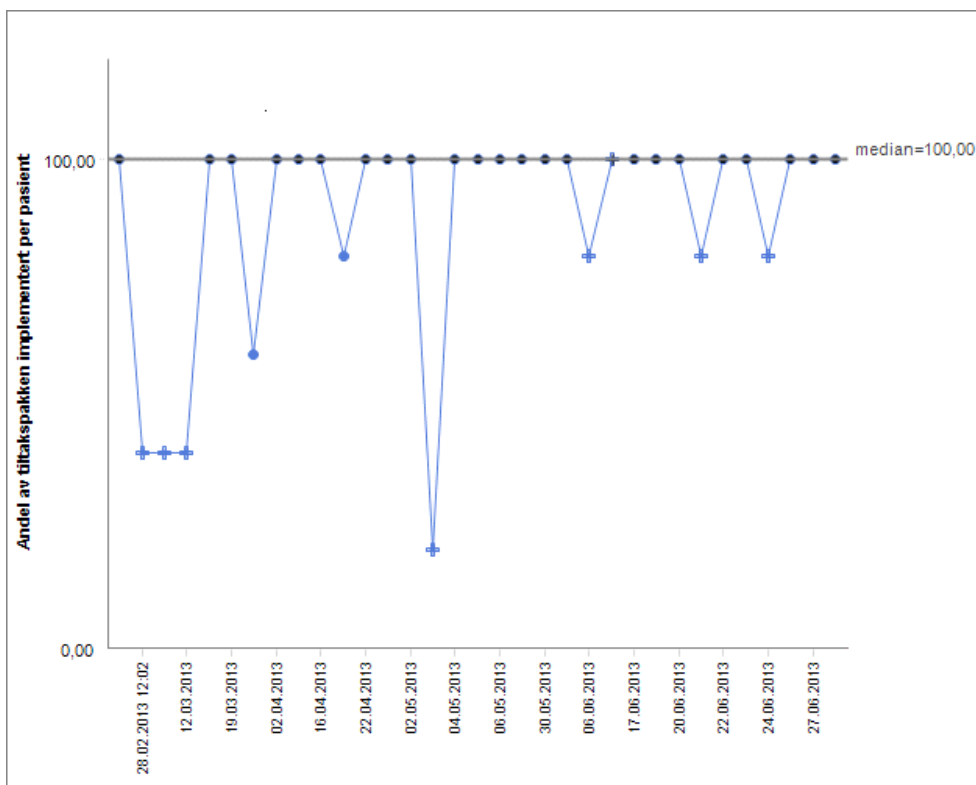
Målinger er gjennomført ved at behandler manuelt registrerer gjennomført tiltak inn i «Sjekkliste for pasienter med risiko for overdose (se vedlegg 1). Sjekklisten inneholder fem punkt som besvares ja, nei, eller ikke aktuelt. Hvert spørsmål som er besvart ja eller ikke aktuelt gis en skåre på 20 poeng. Maksimal poeng er dermed 100 poeng. Innholdet i sjekklisten er som følger:

1. Er pasienten grundig informert om fare for overdose?
2. Er det utarbeidet kriseplan som pasienten har fått med seg?
3. Er følgende tre tiltak gjennomført før utskrivelse?
 - a. Pasienten har mottatt overdosekort
 - b. Pasienten har mottatt tilbud om oppfølging («time i hånden»)
 - c. Pasienten er minnet om kriseplanen

Utfylt og ferdig skåret sjekkliste leveres kontormedarbeider med ansvar for å registrere målinger i Extranet. Stiftelsen Bergensklinikkene har valgt å parallelt registrere flere data i et Excel dokument. Dette gjelder kjønn, alderskategori og antall tidligere overdoser. I tillegg hvorvidt pasienten tidligere har tatt overdose etter utskrivelse fra institusjon, og om pasienten er under, eller ønsker LAR/LAS (legemiddelassistert rehabilitering eller stabilisering). Det var også viktig å undersøke årsaken til at tiltak ikke er gjennomført. Kontormedarbeider med ansvar for målingene sjekker kassett for utfylte sjekklister daglig, lagrer dem i egen perm og rapporterer månedlig til Klinikksjef og Klinikkdirtør.

8. Resultater

Målingene er gjennomført i perioden 24. januar – 28. juni 2013. I løpet av denne perioden har 81 pasienter vert innlagt i døgnbehandling ved Hjelpestadklinikken. Av disse er 43 pasienter i målgruppen for tiltakspakken, mens 33 pasienter er registrert i målingene. De resterende 10 har i hovedsak avslutningsdato etter 28. juni. Grafen på neste side viser registrerte målinger og hvor stor del av tiltakspakken som er implementert per pasient.



Av 33 pasienter har 30 blitt informert om overdosefaren innen 14 dager etter innleggelse. Like mange har fått utdelt overdosekortet og fått ny time ved avslutning ("time i hånden"). 23 pasienter har fått utarbeidet kriseplan og 21 av disse er blitt påminnet kriseplan ved avslutning av behandling.

Av de tre pasientene som ikke ble informert om overdosefaren var tiltakspakken ikke aktuell for en av dem. En fikk delvis informasjon, mens en ikke fikk informasjon. Av de 10 som ikke fikk utarbeidet kriseplan, vurderte halvparten at det ikke var aktuelt for dem. Dvs. de fikk tilbud om det, men takket nei.

9. Erfaringer

For å sikre god implementering har det vært nødvendig at kampanjen og dens innhold har vært fast sakspunkt på ukentlige teammøter hvor behandlere og pasientansvarlige møtes. Fokus har på disse møtene både vært status i forhold til om utarbeidet prosedyre følges, og hvor mange pasienter som er i målgruppen til enhver tid. Samtidig har det vært viktig å skape en arena hvor positive erfaringer og utfordringer deles. Teamleder for behandlerne har sammen med oversykepleier hatt særlig ansvar som pådriver for pilotprosjektet. Før hvert teammøte har dermed teamleder gjennomgått registrerte sjekklister sammen med kontormedarbeider som har hatt ansvar for å registrere målingene. På den

måten har teamleder og oversykepleier hele tiden hatt oversikt på hva som fungerer og hva som må forbedres. Nødvendige tiltak for forbedring har på den måten vært mulig å iverksette tidlig.

Det kan synes ambisiøst å sikre informasjon innen 14 dager etter innleggelse. Ved innleggelse er det mange fokus som skal ivaretas for å sikre god journalføring og kartlegging. Erfaringene er likevel at det er mulig å gjennomføre samtale med fokus på informasjon om overdosefare ved utskrivelse i tråd med informasjonsveilederen, og utarbeide kriseplan sammen med pasienten innen 14 dager. Det krever imidlertid en god prioritering av oppgaver.

Kriseplanen utarbeides i tråd med MBT(Mentaliseringsbasert terapi) se punkt 6 og figur 6.1. Å utarbeide kriseplan er noe tidkrevende. Samlet må det beregnes en klokke time for å utarbeide kriseplan, samt gi informasjon. I tillegg kommer annengangs gjennomgang av kriseplan, samt gjentakelse av informasjon i utskrivelsessamtalen. Stiftelsen Bergensklinikkene har god erfaring med å gjennomgå informasjonsveilederen med pasienten. Dvs. at den fremvises pasienten og gjennomgås punkt for punkt. I tillegg får pasienten den med seg etter samtalen. Behandlere tilbakemelder at det har vært essensielt for å minne seg selv om oppgaven at sjekklisten benyttes aktivt underveis.

Pasientene tilbakemelder fra sin side at de opplever det som nyttig å få informasjon om overdosefaren, og få utarbeidet kriseplan. For dem fungerer det som en viktig påminner. Noen av pasientene formidlet at de opplevde det som god omsorg, og bevisstgjørende å få informasjon om overdosefare ved utskrivelse så tidlig i behandlingsforløpet. Stiftelsen Bergensklinikkene benytter ulike behandlingstilnærminger i møte med pasientene. Som tidligere nevnt er MBT en sentral metode. I tillegg er Motiverende intervju(MI) en godt etablert og integrert behandlingsmetode. Behandlerne rapporterer at det å formidle informasjon om overdosefaren og i tråd med informasjonsveilederen på en MI - konsistent måte har vært nyttig. Dvs. behandler utforsker hva pasienten vet om temaet, tilbyr informasjon og sjekker deretter ut med pasienten hva vedkommende tenker om informasjonen som er gitt. I noen tilfeller har pasienter tilbakemeldt at de ikke ønsker informasjon. Det kan være ulike årsaker til dette. Alt fra at pasienten mener å inneha nødvendig kompetanse og kunnskap, til at de synes samtalen har vart lenge nok. I slike tilfeller har det vært viktig å påpeke overfor pasienten at dette er informasjon som alle pasienter skal ha kunnskap om, samtidig som man ivaretar pasienten, eks. med å tilby pause, eller ny samtale påfølgende dager.

Det er ikke uvanlig å møte på utfordringer når nye tiltak skal implementeres. Utfordringene kan være forårsaket av forhold hos både behandler og hos pasienten, i tillegg til årsaker av mer ekstern

karakter. Målingen (ført i Excel) viste at det spesielt var en utfordring å utarbeide kriseplan. Årsaken til dette fant vi lå både hos behandlere og hos pasientene. Noen pasienter formidlet at de ikke ønsket kriseplan, eller ikke så hensikten med det. Ved å fokusere på at pasienten gjennom å få økt kunnskap om overdosefaren, også kunne bistå andre i en overdosesituasjon valgte mange pasienter likevel å motta informasjon om overdosefaren. Manglende kriseplan skyldes også i noen tilfeller ustabile behandlingsforløp. For eksempel pasienter som kun var innlagt kort tid, fra timer opp til noen dager, før de ble overført til avrusning eller uteble fra behandling. Andre årsaker til at det var utfordringer knyttet til kriseplan har vist seg å være at noen pasienter har vansker med å identifisere risikofaktorer og mestringsfaktorer og dermed trenger lengre tid på å utarbeide og ferdigstille en hensiktsmessig kriseplan.

10. Oppsummering og anbefalinger

Basert på erfaringene i pilotprosjektet som ble gjennomført ved Hjeltestadklinikken vurderes tiltakspakken hensiktsmessig og mulig å gjennomføres slik den foreligger. Hvordan gjennomføringen organiseres i de enkelte deltakerorganisasjonene er imidlertid et sentralt spørsmål. Stiftelsen Bergensklinikkene anbefaler basert på pilotprosjektet at deltakerorganisasjonene som nå skal gjennomføre pasientsikkerhetskampanjen « tiltak for å forhindre overdose etter utskrivelse fra rusinstitusjon » organiserer seg med minst en intern pådriver. Gjerne en med hovedansvar som pådriver som ikke selv er behandler, og i tillegg en pådriver som har tett kontakt med behandlere, eksempelvis en teamleder. I tillegg er det en forutsetning og en sterk anbefaling at kampanjen forankres i toppledelsen og at man sørger for å involvere behandlere på en slik måte at det skapes eierforhold til tiltakene som skal gjennomføres i kampanjen. I tillegg til de verktøy som er utarbeidet for kampanjen (sjekkliste, overdosekort, informasjonsveileder) bør det for hver deltakerorganisasjon utarbeides en egen prosedyre som tydeliggjør hvilke oppgaver som hver og en i organisasjonen skal utføre. En god prosedyre som er i bruk om ikke daglig så jevnlig og tas frem på møter har erfaringsmessig vist seg nødvendig for å implementere tiltakene som en naturlig del av arbeidet som gjøres i organisasjonen.

11. Referanser

Arefjord N (2012) « *Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling* » i Lossius K (red) «*Håndbok i rusbehandling*», kap. 9, Oslo, Gyldendal akademisk

12. Oversikt over vedlegg

1. Prosedyre overdosekampanjen (Hjellestadklinikken)
2. Informasjonsveileder
3. Overdosekort
4. Sjekkliste til målinger

HÅNDBOK ORGANISASJON OG LEDELSE NIVÅ 1	Dokument nummer:	
Enhet: Stiftelsen Bergensklinikkene	Avdeling	
Første versjon utarbeidet av/dok. ansvarlig: Therese Dahl	Godkjent av Kari Lossius	Iverksatt: 24.01.13
Siste versjon utarbeidet av/dok. ansvarlig: /	Godkjent av	Iverksatt:

<ul style="list-style-type: none"> • Sjekkliste overdose, informasjonsveileder, overdosekortet(trykket), kriseplan(rusdatamal), 	
Henvisning til aktuelle dokumenter:	
<ul style="list-style-type: none"> • www.pasientsikkerhetskampanjen.no 	

Registrerings skjema for pasienter med risiko for overdose

Sjekklista skal benyttes i forbindelse med pasienter med risiko for overdose (opioider og GHB). Hensikten med sjekklisten er å forebygge overdosedødsfall i forbindelse med utskrivelse fra institusjon. Sett tydelige kryss i passende rubrikk, kommenter ved behov. For hvert av de fem punktene gis det 20 poeng dersom det er krysset av for "ja" eller "ikke aktuelt", og 0 poeng dersom "nei". Avslutt med å summere opp sjekklistens poengsum i boksen nederst til høyre. Tilleggsopplysninger føres på side 2. Se for øvrig prosedyre, informasjonsskriv og overdosekort.

Tiltak				Dato sign	Poeng
1. Er pasienten informert om overdosefare slik det er beskrevet i informasjonsveilederen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
2. Er det utarbeidet kriseplan som pasienten har fått med seg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
3. Er følgende tre tiltak gjennomført før utskrivelse?					
A. Pasienten har mottatt overdosekort	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
B. Pasient har mottatt tilbud om oppfølging ("time i hånda") Dette kan også gjelde oppfølging hos ekstern samarbeidspart.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
C. Pasienten er minnet om kriseplanen	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
				Samlet poengsum:	

Utfylt dato: _____

Signatur personell: _____

Overdosekort brukt under pilotprosjektene i Pasientsikkerhetskampanjens innsatsområde for forebygging av overdosedødsfall etter utskriving fra institusjon

Kortene er laget i sammenstørrelse som visittkort



- O**pioidfri 5-10 dager = 0 toleranse
- V**ær flere sammen. Se virkning før du setter selv
- E**r stoffet sterkt? Del opp i flere doser
- R**ot ikke med flere medikamenter samtidig
- D**u ringer 113 ved mistanke om overdose
- O**ppretthold bevissthet: snakk, gå, evt. rist/ klyp
- S**tart hjerte- og lungeredning hvis nødvendig
- E**kstra viktig å holde på til ambulansen kommer

I TRYGGE HENDER 24 7

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje



INFORMASJON – FOREBYGGE OVERDOSEDØDSFALL VEILEDNING

Informasjon til bruk i pilotprosjekter ved

Bergensklinikkene

Oslo Universitetssykehus HF

Universitetssykehuset i Nord Norge HF

Informasjonen er utarbeidet av sekretariatet for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* i samarbeid med Jan Erik Skjølås.

Arbeidsgruppe for forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon har bestått av:

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

Informasjonen er utarbeidet i desember 2012 – januar 2013 og skal revideres etter at pilotprosjektene er avsluttet.

Kunnskapssenteret, Oslo 24.01.13

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
v/ Pasientsikkerhetskampanjen
Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Innhold

Om informasjonen	4
Informasjonen som skal gis til pasientene bør minimum inneholde følgende	5
Toleransegrensen er lik null etter 5-10 døgn uten opioider	5
Vær sammen med andre.....	5
Ulikt stoff har ulik renhetsgrad og styrke.....	5
Blandingsproblematikk: benzodiazepiner (benzo) og opiater = det er blandingen som dreper	5
Ring 113 ved mistanke om overdose	6
Oppretthold bevissthet: snakk, gå, evt. rist/ klyp	6
Start hjerte og lungeredning hvis nødvendig og gi førstehjelp til hjelp kommer	6
Vedlegg 1 BASAL Hjerte - Lungeredning - VOKSNE	7
Vedlegg 2 Utdrag fra "GHB - fakta om gammahydroksybutyrat", faktaark fra Folkehelseinstituttet	9
Vedlegg 3 Utdrag fra "Benzodiazepiner – faktaark", faktaark fra Folkehelseinstituttet	10
Vedlegg 4 Utdrag fra faktaark "Fakta om heroin, morfin – opioider", faktaark fra Folkehelseinstituttet.....	11

Om informasjonen

Dette er en veiledning for hvilken informasjon pasienter skal få når de er innlagt i institusjon for å forebygge overdosedødsfall etter utskrivning. Informasjonen er utarbeidet i forbindelse med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender sin innsats* for å forebygge overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon, og skal prøves ut i pilotprosjekter.

Informasjonen er primært beregnet for de som skal informere brukere av opiat og gammahydroksybutyrat (GHB) mens de er innlagt på institusjon. Denne informasjonen er en del av flere tiltak for å forebygge overdosedødsfall. Det viktigste tiltaket vil være å bidra til at pasientene blir rusfrie.

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

Målet med informasjonen er å forebygge overdosedødsfall ved at brukere/pasienter får mer kunnskap om virkning av de enkelte medikamentene, hvilken virkning det får når man blander ulike stoffer og hvordan redde liv når overdose inntreffer. Dette er for at de selv kan redusere risikoen for overdose. Det er ofte slik at brukerne selv er første person til stede når noen setter overdose, og vil dermed også være de som kan redde liv om de vet hvordan.

Informasjonen gis under oppholdet på institusjonen. Det er ikke tatt stilling til om den skal gis individuelt eller i gruppe. Dette tilpasses den enkelte institusjon og behandlingssituasjon.

Sammen med informasjonen følger det med et informasjonskort, "overdosekortet", i visittkortstørrelse. Meningen er at kortet skal fungere som en huskeliste for pasientene etter at informasjonen er gitt. På kortets bakside står "113" som påminnelse om ambulansetjenestens nødnummer. På kortets forside står følgende åtte punkter:

- Opioidfri 5-10 dager = 0 toleranse
- Vær flere sammen. Se virkning før du setter selv
- Er stoffet sterkt? Del opp i flere doser
- Rot ikke med flere medikamenter samtidig
- Du ringer 113 ved mistanke om overdose
- Oppretthold bevissthet: snakk, gå, evt. rist/ klyp
- Start hjerte og lungeredning hvis nødvendig
- Ekstra viktig å holde på til ambulansen kommer

Informasjonen som skal gis til pasientene bør minimum inneholde følgende

Toleransegrensen er lik null etter 5-10 døgn uten opioider

I følge Folkehelseinstituttet vil toleransen for høye doser avta raskt dersom man slutter med opioider/ opiat. Derfor er brukere av stoffene mer utsatt for overdoser rett etter perioder med opphold i bruken.

Det vil være noe variasjon på hvor lang tid det tar før en vil være tilbake på samme toleranse som før en prøvde stoff første gang. Det er vanskelig å si når toleransen forsvinner, det er individuelt og avhengig av brukt stoff. For noen kan det ta sju dager, mens det kan ta lengre tid for andre igjen. Kanskje vil en allerede på dag tre ikke tåle den dosen som en er vant til å bruke.

En huskeregel er at "fra siste gang en tok et opiat, tar det fem - ti døgn til toleransen er like lav som første gang en prøvde".

Vær sammen med andre

Sørg for å være sammen med andre ved bruk av rusmidler. Å bruke rusmidler alene kan bety at hjelpen kommer for sent til at livet kan reddes dersom du får overdose.

- Vær flere sammen ved inntak av stoffet.
- Dersom dere injiserer opioider/ opiat er det viktig at dere ikke gjør det samtidig. På den måten kan dere ivareta hverandre ved evt. overdose
- Vent og se an virkning.

Ulikt stoff har ulik renhetsgrad og styrke

Med nytt stoff på markedet vet en ikke hvor rent det er. Selv stoff som er kjent for brukerne, 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 brukerne er vant med. Dette kan føre til økt overdosefare.

Del derfor stoffet opp i flere mindre doser.

Blandingsproblematikk: benzodiazepiner (benzo) og opiat = det er blandingen som dreper

Opiater: Ved bruk av tabletter eller lignende, der styrken er kjent, kan en allikevel oppleve overdose. Dette er fordi dagsformen varierer, kroppens innhold av benzo varierer etter hvor mye en har brukt, og over hvor lang tid du har brukt det. Dette handler om hvor lang tid kroppen bruker på å skille ut stoffene. Dersom man tar nye preparater før kroppen har kvittet seg med de gamle, vil det hope seg opp med stoffer i kroppen.

Desto mer benzo en har i kroppen, jo større sjanse for overdose.

Ring 113 ved mistanke om overdose

Vanlige symptomer på overdose på opiater er:

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

Overdose v/GHB vil ofte ligne på beskrivelsen over, men kan også være noe annerledes: En kan se at vedkommende vil søke etter luft pga problemer med å puste. Ved GHB overdose vil gjerne pupillene skifter fra å være store til små, og fra små til store i en periode. Pasienten med GHB overdose kan også være svært urolig, desperat, hysterisk, å slå rundt seg, for så å falle totalt sammen og være vanskelig å kontakte. Sørg for frie luftveier og førstehjelp (se neste avsnitt).

Oppretthold bevissthet: snakk, gå, evt. rist/ klyp

- Prøv å opprettholde bevisstheten til den du ser 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.

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.

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 hjertestarter (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 unødige pauser i kompresjonene og tilstreb 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 unødig lange kompresjonspauser 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 finnes på

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3068:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:48060::1:5569:6::0:0

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, kritikkløshet 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 finnes på

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:49972::1:5647:13::0:0

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 søvnnig. 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 hjerterefrekvens, 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 faktaark "Fakta om heroin, morfin – opioider", faktaark fra Folkehelseinstituttet

Hele faktaarket finnes på

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3068:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:51039::1:5569:5::0:0

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

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
v/ Pasientsikkerhetskampanjen
Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 OSLO