

## Pilotprosjekt – Forebygging av overdosedødsfall

12.02.- 31.05.13

### Oslo Universitetssykehus HF

Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen

Seksjon rusakuttmottak og avgiftning, Rusakuttmottak, døgnerhet

Rapporten er skrevet av

Sissel Iren Ylvisåker,  
Enhetsleder Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen, Utredning og 7-døgnsenhet

Beate Birkeli,  
Enhetsleder Seksjon rusakuttmottak og avgiftning, Rusakuttmottak døgnsenhet

Oslo Universitetssykehus HF, september 2013

## Innhold

1. Kort oppsummering .....	4
2. Bakgrunn for kampanjen .....	4
3. Bakgrunn og målsetting for pilotprosjektet .....	5
3.1 Hvor pilotprosjektet gjennomføres .....	5
4. Organisering .....	6
5. Tiltakspakke .....	7
6. Måling .....	8
7. Resultater .....	9
8. Erfaringer .....	11
9. Oppsummering og konklusjon .....	12
Vedlegg 1: Rutine for Seksjon voksen .....	14
Vedlegg 2: Rutine for Rusakuttmottak døgn: .....	16
Vedlegg 3: Prosedyre - Kriseplan: .....	17
Vedlegg 4: Kriseplan .....	19
Vedlegg 5: Sjekkliste .....	20
Vedlegg 6: Overdosekortet: .....	21
Vedlegg 7: Informasjonsveileder .....	22

## 1. Kort oppsummering

Pasientsikkerhetskampanjen har bidratt til å sette fokus på viktige områder knyttet til pasientbehandlingen og da særlig innsatsområdet – hvordan forebygge overdoser etter utskriving. Pilotprosjektene ved OUS har gjennom kampanjeperioden oppdaget både systemsvikt og utfordringer og mangler ved utføring av allerede etablerte rutiner.

Deltagelse i pasientsikkerhetskampanjen har blitt opplevd udelt positivt da pilotene har fått muligheten til å få økt kunnskap og bevissthet rundt temaet, noe som igjen har vist seg å skape trygghet blant pasientene i kampanjens målgruppe.

## 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

For å teste ut om innsatsområdene, tiltakene og målingene som er foreslått i kampanjen fungerer i praksis, blir de prøvd ut i pilotprosjekter før de skal implementeres nasjonalt. Det er gjennomført pilotprosjekter ved Bergensklinikkene, Universitetssykehuset Nord- Norge HF og Oslo Universitetssykehus.

Mer om pasientsikkerhetskampanjen finnes på hjemmesiden:

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no>

### 3. Bakgrunn og målsetting for pilotprosjektet

I 2011 var det 262 overdosedødsfall i Norge, hvorav 77 prosent var menn og 23 prosent var kvinner. Mange overdosedødsfall skjer i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandlingen. Forskning tyder på at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers. (Ravndal, Amundsen 2010)

En arbeidsgruppe fra ulike steder i helsetjenesten har, for pasientsikkerhetskampanjen, utarbeidet tiltak som skal iverksettes for å forebygge overdosedødsfall etter utskrivning fra rusinstitusjon. De har basert sitt arbeid på forskning, brukerinnspill og klinisk erfaring.

Tiltakene er prøvd ut i tre pilotprosjekter i perioden januar – mai 2013. Pilotprosjektene ble gjennomført ved:

- Bergensklinikkene
- Oslo Universitetssykehus HF
- Universitetssykehuset i Nord- Norge HF.

#### 3.1 Hvor pilotprosjektet gjennomføres

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte to piloter i Avdeling rus og avhengighet, ved Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen, og Rusakuttmottaket, døgnerhet.

##### **Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen (Seksjon voksen)**

Seksjon voksen er en del av Avdeling rus og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus HF. Seksjonen tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling, med fysisk, psykisk, sosialfaglig og miljøterapeutisk fokus, til voksne med rusmiddelavhengighet. Alle pasienter mottar tverrfaglig spesialisert utredning og videre behandlingsforløp planlegges på bakgrunn av dette. Pasientene får en individuelt tilrettelagt behandlingsplan som utarbeides i samarbeid med pasientens tverrfaglige behandlingsteam. Behandlingsteamet består av pasientansvarlig psykolog/ lege, sosionom og sykepleier/vernepleier/ miljøarbeider. Pasientene anbefales Individuell Plan som behandlingsverktøy sammen med behandlingsplanen.

Seksjon voksen tilbyr spesialisert utredning og behandling ved Dag- og 5- døgnerhet og Utredning og 7- døgnerhet. Videre tilbys intermedieære plasser og poliklinisk behandling og opphold etter [HOT §§ 10-2 og 10-4](#).

Seksjonen har totalt 27 døgnplasser og 8 dagplasser. Behandlingslengde avklares under utredning og behandlingsplanlegg. Dagene ved enhetene har en fast ukeplan bestående av bl.a. gruppeterapi, individualterapi og fysisk aktivitet hvor det forventes at pasientene deltar. Seksjonen har særskilt fokus på Motivational interviewing (MI), Kognitiv atferdsterapi og Activities of Daily Living (ADL trening) som behandlingsmetoder.

Seksjonen har behandlingsopphold inntil 6- 8 mnd og har derfor få utskrivninger pr uke. For å få et godt grunnlag for å teste tiltakspakken i kampanjen, vurderte Avdeling rus og avhengighet det hensiktsmessig å gjennomføre pilotprosjekt ved Rusakuttmottaket, døgnerhet.

### **Rusakuttmottaket, døgn**

Rusakuttmottak døgn er en enhet i Seksjon rusakuttmottak og avgiftning, ved Oslo universitetssykehus HF. Enheten tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling med fysisk, psykisk, sosialfaglig og miljøterapeutisk fokus til pasienter med behov for kortvarige akutte tjenester. Rusakuttmottak døgn skal bidra til å sikre tilgjengelige og helhetlige akuttjenester til pasienter med rusrelaterte problemer, skader og lidelser. Samtidig som tilbudet må tilpasses denne brukergruppens spesielle behov, er målet at Rusakuttmottakets tjenester i størst mulig grad skal være en integrert del av det øvrige tjenesteapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Henvisninger til Rusakuttmottak døgn mottas fra fastlege, sosialtjeneste, legevakt eller annen spesialisthelsetjeneste. Alle henvisninger blir kontinuerlig vurdert av tverrfaglig spesialisert team. Enheten tilbyr tverrfaglig kartlegging og vurdering, medikamentell avgiftning og konvertering, og har stort fokus på å etablere og gjenoppta kontakten med førstelinjetjenesten. Enheten motiverer, informerer og henviser til videre behandling internt i sykehuset og eksternt. Viktige eksterne samarbeidspartnere er blant annet NAV, velferdsetaten i Oslo kommune og barneverntjenesten

RAM har 13 senger for innleggelse inntil 48 timer. Dersom det er behov for avgiftning utover dette vil pasienten bli overført til andre avgiftningsenheter i Rusakuttmottak og avgiftning, seksjon, eller til samarbeidspartnere i kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Enheten er tverrfaglig bemannet med medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse og det arbeides i tverrfaglig behandlingsteam rundt pasienten.

Rusbehandling har fått en plass i den akuttmedisinske kjede og Rusakuttmottak døgn er en del av denne kjeden, sidestilt med psykisk helse og somatikk.

## **4. Organisering**

Pilotansvarlig Seksjon voksen: Sissel Iren Ylvisåker, enhetsleder Utredning og 7-døgnsenhet

Pilotansvarlig Rusakuttmottak døgn: Beate Birkeli, enhetsleder

Arbeidsgruppen bestod av tre døgnenheter i TSB ved Oslo universitetssykehus HF

- Utredning og 7- døgnsenhet med Sissel Iren Ylvisåker og Tobias Tagesson som kontaktpersoner
- Dag- og 5- døgnsenhet med Guro Isaksen som kontaktperson
- Rusakuttmottak døgn med Beate Birkeli og Merete Tandberg som kontaktpersoner
- Tidsramme/ fremdriftsplan

Seksjon voksen: registrering av alle pasienter som oppfyller kriteriene til pilotprosjektet og som skrives ut av døgnbehandling i perioden 12.02.- 31.05.2013

Rusakuttmottak døgn: registrering av alle pasienter som oppfyller kriteriene til pilotprosjektet og som skrives ut av Rusakuttmottaket i samme periode.

- Avgrensning

Inklusjonskriterier: pasienter som har brukt eller prøvd opioider og/ eller GHB og som skrives ut av døgnbehandling i pilotperioden. Interne overføringer av pasienter til andre seksjoner/ enheter innen TSB, OUS, regnes ikke som utskrivning og disse pasientene er derfor ikke inkludert.

- Ressurser

Alle tre enhetene involverte både leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer og merkantilt personell for å gjennomføre tiltakene og registrere målingene i Extranett. Rusakutmottak døgn involverte i tillegg spesialrådgiver.

- Gjennomføring

Seksjon voksen gjennomførte piloten både i Utredning og 7- døgnsenhet og Dag- og 5-døgnsenhet. Da pilotansvarlig hadde deltatt i innsatsområdets arbeidsgruppe, hadde personalet ved begge enheter fått fortløpende informasjon om Pasientsikkerhetskampanjen, utvikling av tiltak og informasjon om piloten gjennom de faste personalmøtene i seksjonen. I forkant av pilotoppstart hadde pilotansvarlig møte med kvalitetsrådgiver, utarbeidet rutine for pilotgjennomføring og egen frase i elektronisk pasientjournal (EPJ) for utfylling av sjekklister. Uken før kick-off ble plan for gjennomføring av piloten og bruk av ressurser gjennomgått og godkjent i et eget møte med en utvidet ledergruppe.

Rusakutmottak døgn.

I forkant av oppstart av kampanjen ble det arrangert informasjonsmøte for alle ansatte ved enheten, hvor pasientsikkerhetskampanjen ble presentert og hvor rutiner for gjennomføring av kampanjen ved enheten ble gjennomgått. I forkant av pilotoppstart hadde pilotansvarlig møte med kvalitetsrådgiver, overlege, psykolog, ledende sykepleier og ledende sosionom for å utarbeide rutiner for pilotgjennomføring og egen frase i elektronisk pasientjournal (EPJ) for utfylling av sjekklister.

Gjennomføringsrutiner ble gjennomgått på ekstraordinært personalmøte. I tillegg har pasientsikkerhetskampanjen vært tema på personalmøter og rapporter/overlappinger i pilotperioden.

## 5. Tiltakspakke

Kampanjens mål er som tidligere nevnt, å forebygge overdose etter utskrivning fra institusjon. Følgende tiltak inngår i kampanjen:

1. Informasjon til pasienten - pasienten får informasjon om overdosefare i samsvar med utarbeidet informasjonsmateriale og får utdelt overdosekortet (se vedlegg 3)
2. Kriseplan- det utarbeides kriseplan for alle pasienter (se vedlegg 5)
3. Sikre kritiske elementer ved utskrivning- utskrivningssamtale, "time i hånden", minne pasienten på kriseplan og dele ut overdosekortet på nytt ved behov (sjekklister, se vedlegg 6, overdosekort, vedlegg 7)

Praktisk gjennomføring – seksjon voksen:

- Lege i spesialisering (LIS- lege) informerer om overdosefare i samsvar med informasjonsmaterialet utarbeidet av kampanjen, i inkomstsamtalen som finner sted innen to døgn etter innkost. Legen avslutter informasjonen med å gi pasienten overdosekortet. Legen dokumenterer at informasjon og overdosekort er gitt i EPJ.
- Pasientens tverrfaglige team utarbeider kriseplan i samarbeid med pasienten innen to uker etter innkost. Kriseplanen skal signeres av både pasient og personal og skannes inn i EPJ, eventuelt kan den skrives direkte inn i EPJ i ferdig utarbeidet frase.
- Sykepleier som er godkjent HLR- instruktør, sikrer HLR- kurs for pasientene hver sjette uke. Frekvensen er bestemt etter interne drøftinger i seksjonen. Da pasientene gjennomsnittlig er innlagt 5-6 mnd, vurderer seksjonen at kurs hver sjette uke vil sikre at alle pasienter får dette tilbudet i løpet av innleggelsen.
- Ved utskrivning har primærkontakt/ eventuelt annet miljøpersonale på vakt ansvar for utskrivningstiltakene: minne om kriseplan, gjenta informasjon om overdosefare, kartlegge videre avtaler ("time i hånden"), gi pasienten overdosekortet på nytt ved behov, og fylle ut sjekklista direkte i EPJ. Sjekklista skal deretter sendes via "Gul lapp"- systemet i EPJ til sekretæren ved enheten.
- Sekretær registrerer resultatene i Extranet.

#### Praktisk gjennomføring Rusakuttmottak døgn:

- Pasienten blir informert om pasientsikkerhetskampanjen av en i tverrfaglig team i løpet første døgn etter innleggelse.
- Kriseplan utarbeides av pasientens tverrfaglige team og pasienten i fellesskap. Kriseplanen skal signeres og skannes inn i EPJ. Den kan eventuelt skrives direkte inn i EPJ i ferdig mal/frase.
- I utskrivningssamtalen skal det minnes om overdosefare, kriseplan, tilbud om HLR kurs ved Seksjon voksen og overdosekort gis ut. Det skal fylles ut sjekkliste som skåres og legges til merkantilt personell for skanning i EPJ. Informasjon om sjekkliste sendes via «gul lapp» i EPJ til registreringsansvarlig.
- Registreringsansvarlig registrerer resultatene i Extranett.

Tiltakspakkene for alle enheter er i henhold til tiltakene beskrevet i pasientsikkerhetskampanjen med informasjon om overdosefare, utarbeidelse av kriseplan og utdeling av overdosekort. Da pasientene innlagt ved Rusakuttmottak døgn har en gjennomsnittlig liggetid på 2 døgn ved enheten har det ikke vært kapasitet til å gjennomføre HLR kurs for aktuelle pasienter. Det ble gjort avtale om at pasientene kunne henvende seg til Seksjon voksen for å delta på deres HLR opplæring.

## 6. Måling

Alle enhetene har ansatte organisert i tverrfaglig team rundt pasienten og teamene har hatt ansvar for å informere pasientene om overdosekampanjen og for å dokumentere i EPJ. Mens pasientteamene på Rusakuttmottak døgn har hatt ansvaret for å fylle ut sjekklista og krysse av for hvilke punkter som er gjennomført, har dette vært miljøpersonellet sin oppgave i Seksjon voksen. Resultatet av skåringen på sjekklister har blitt lagt inn i Extranet. Siden



det underveis i prosjektet viste seg at det forekom svikt i rutinen om å melde til måleansvarlig via «gul lapp» i EPJ, har måleansvarlig gått gjennom alle aktuelle journaler i perioden for å kvalitetssikre om det var nedtegnelser vedr. pasientsikkerhetskampanjen i pasientens journal som ikke ble meldt via «gul lapp». Der det ble funnet dokumentasjon på gjennomførte tiltak i pasientsikkerhetskampanjen ble dette lagt inn i Extranet.

#### Utfordringer

Pilotene oppdaget store utfordringer ved rutiner for utfylling av sjekklister underveis i pilotperioden. Overdoseinformasjon ble gitt og kriseplan utarbeidet i henhold til planen, men det viste seg å være vanskelig å sikre utfylling av sjekklister ved utskrivning. På seksjon voksen, henger dette trolig sammen med ulike forhold. Seksjonen har få utskrivninger pr mnd., dette har ført til at det har vært vanskeligere å implementere rutinen for utskrivning enn forventet, da det går lang tid mellom hver gang personalet skal fylle ut sjekklister.

Begge avdelingene valgte å involvere alle profesjoner som jobber turnus i arbeidet med utfylling av sjekklister. Det betyr at den som var på vakt ved en pasientutskrivning hadde ansvaret for å sikre utfylling av sjekklister. I praksis betydde dette at ansvaret ble spredt på for mange personer og at oppgaven dermed ikke ble utført.

Pilotene oppdaget også, noe overraskende, at det var vanskelig å finne kriseplanene ved gjennomgang av EPJ. Da disse som regel blir skannet inn, er det vanskelig å navngi planene på en måte som gjør dem lette å finne igjen

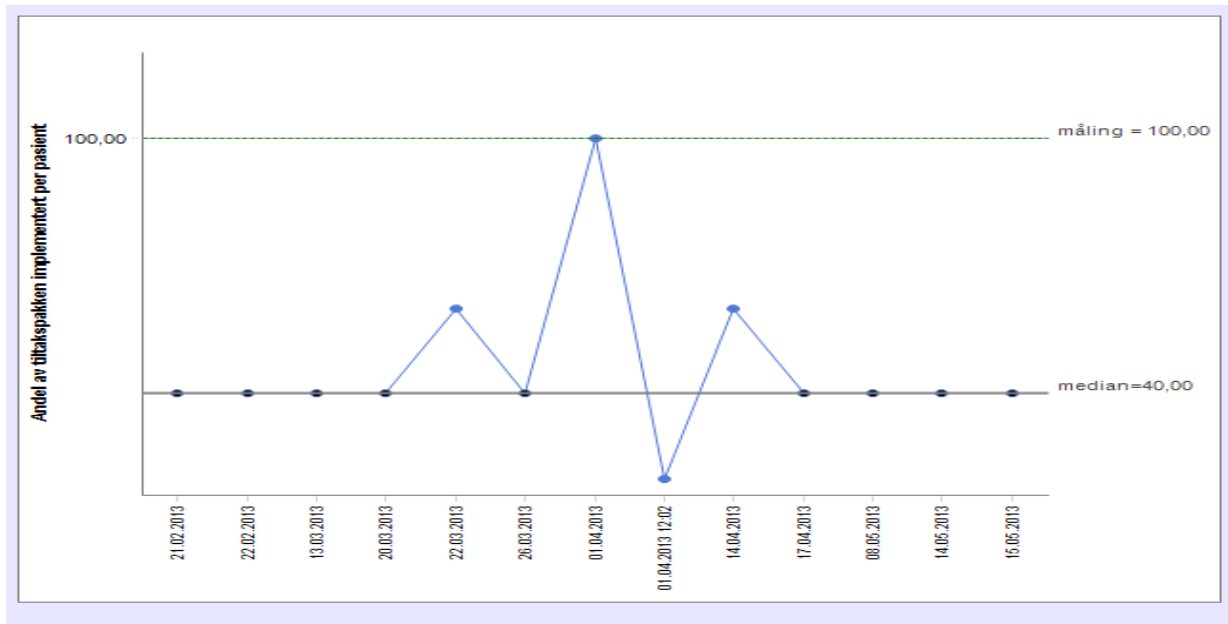
## 7. Resultater

Seksjon voksen:

Seksjon voksen hadde totalt 25 utskrivninger/ overføringer av pasienter i perioden 12.02.-31.05.13. Av disse var det 14 utskrivninger der pasienten fylte kriteriene for deltakelse i pasientsikkerhetskampanjen.

- Alle de aktuelle pasientene fikk informasjon om overdose i tråd med informasjonsmaterialet, dvs 100% måloppnåelse,
- 85% av pasientene hadde utarbeidet kriseplan, de resterende 15% manglet dette pga tidlig avbrudd i behandlingen.
- Utskrivingstiltakene og utfylling av sjekklister viste seg å være de svake punktene, og bare litt over 7% av pasientene hadde full skår på de siste tre tiltakene ved utskrivning.

Målingene viser at Seksjon voksen fremdeles har stort forbedringspotensial for å sikre gjennomføring og dokumentasjon av tiltakene i Pasientsikkerhetskampanjen for alle pasienter.



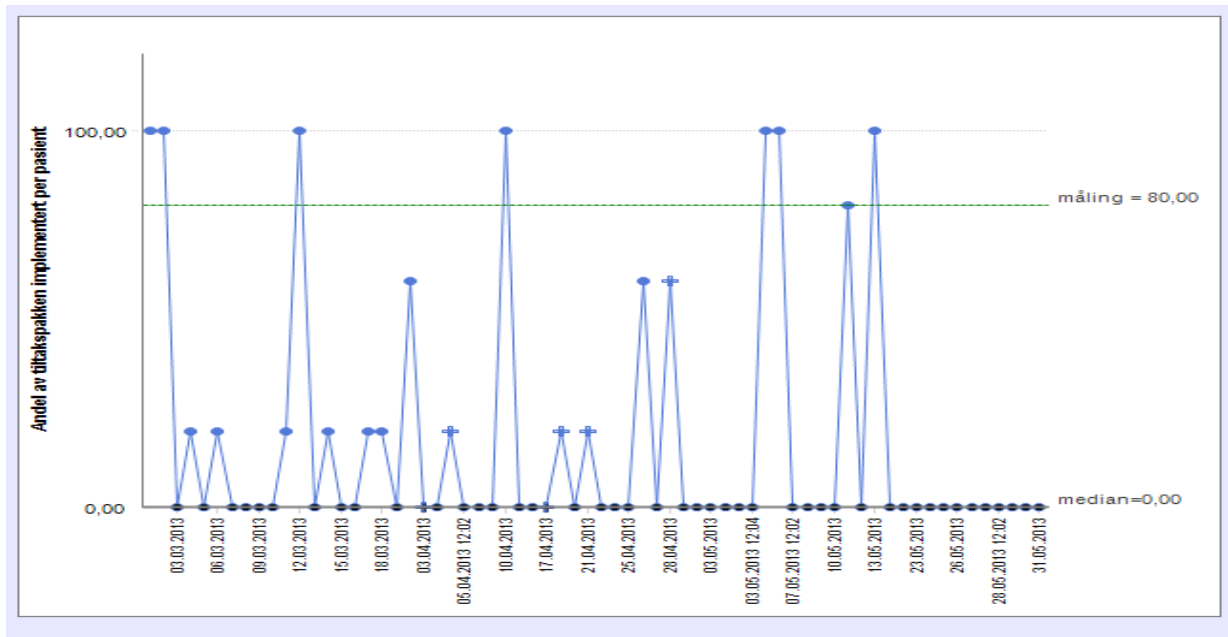
Grafen illustrerer antall pasienter i kampanjens målgruppe og skåringsresultat pr pasient.

#### Rusakuttmottak døgn:

I perioden fra 12.02-31.05.13 er det registrert 166 utskrivninger/ overføringer av pasienter med opiat /GHB bruk. Av disse er 91 overført til annen behandling innen TSB. Dvs. at 55 % av pasientene som blir lagt inn ved Rusakuttmottak døgn får videre behandling ved avgiftningsenhetene eller ved andre seksjoner ved Avdeling rus og avhengighet i OUS. Av pasienter som ble skrevet ut fra Rusakuttmottak døgn er det er informert om overdosefare i 29 % av utskrivningene. Det er ikke utarbeidet kriseplan på alle som har fått informasjon om pasientsikkerhetskampanjen.

Av pasienter utskrevet fra Rusakuttmottak døgn som har fått tilbud om HLR opplæring på Seksjon voksen er det ingen som har tatt kontakt med Seksjon voksen.

Målingene viser at Rusakuttmottak døgn fremdeles har stort forbedringspotensial for å sikre gjennomføring og dokumentasjon av tiltakene i Pasientsikkerhetskampanjen for alle pasienter.



Grafen illustrerer antall pasienter i kampanjens målgruppe og skåringsresultat pr pasient.

## 8. Erfaringer

Seksjon voksen:

- Utfordringer ved avgrensinger i målgruppen – få pasienter skal inkluderes, lett å glemme ved utskrivning. Kunne vært en fordel om vi inkluderte alle inneliggende pasienter.
- Vurdere målgruppen: få pasienter inkludert, seksjonen kan dokumentere nedgang i antall opioid-avhengige i behandling fra første tertial 2012 til første tertial 2013.
- "Sjeldne" utskrivninger pga døgnbehandling over lengre tid, medfører at kampanjen lett blir glemt, vanskelig å holde aktualiteten oppe. Tiltak for å sikre opprettholdelse av fokus må sikres ved implementering, for eksempel lett synlige tavler med måleresultater, faste tavlemøter der alt personale på jobb møter og gjennomgår resultater/ utfordringer og vurderer behov for tiltak.
- Leder har grunnet andre oppgaver vært for lite til stede og har dermed ikke hatt mulighet til å følge opp kampanjen så tett som ønsket.
- For mange personer er involvert – pulverisering av ansvaret blant turnuspersonalet. Enhetene vil, etter avsluttet pilotperiode, samle ansvaret for utfylling av sjekklistor til en person, sykepleier med koordineringsansvar. Denne personen vil også få et ekstra ansvar for å sikre at kollegaer gjennomfører tiltakene som planlagt.
- Vanskelig å finne igjen kriseplaner i EPJ – viktig å sikre et system som gjør at alle ansatte lett finner kriseplanen til den aktuelle pasient ved behov. Dersom tiltakene skal få optimal effekt, må denne være lett tilgjengelig slik at det er mulig å minne pasienten på/ gi pasienten kriseplanen ved utskrivning.
- Flere pasienter har GHB som sitt andre rusmiddel (dvs. ikke primærrusmiddel), det er ikke gitt at dette registreres som diagnose i EPJ. Dersom denne diagnosen

mangler, risikerer pasientene dermed at de ikke blir inkludert i kampanjen. Det er derfor viktig å sikre god diagnostisering/ registrering i EPJ.

Rusakuttmottak døgn:

- Til tross for at enheten har informert personalgruppen og hatt fokus på pasientsikkerhetskampanjen i ulike fora, har det vært utfordringer i forhold til å få gjennomført kampanjen. Rusakuttmottak døgn sitter med samme erfaring som Seksjon voksen, det har vært for mange personer involvert og at ansvaret for gjennomføring derfor har blitt pulverisert.
- Lege er sentral i gjennomføring av kampanjen, og det har i kampanjeperioden vært lav legedekning ved enheten og man har måttet leie inn legeressurser fra vikarbyrå. Høy arbeidsbelastning på legene er medvirkende årsak til at pasientsikkerhetskampanjen ikke har hatt prioritet.
- Leder har grunnet andre oppgaver vært for lite til stede og har dermed ikke hatt mulighet til å følge opp kampanjen så tett som ønsket.
- For å få et større engasjement rundt kampanjen vil det i fortsettelsen være hensiktsmessig å ha pasientsikkerhetskampanjen som et fast punkt på personalmøter hvor resultater blir presentert og hvor videre tiltak blir diskutert.
- For å sikre at pasientsikkerhetskampanjen blir gjennomført legges ansvaret for gjennomføring til ansvarlig på vakt. Ansvarlig på vakt har også ansvaret for at kriseplaner og sjekklister blir skannet i EPJ og at informasjon blir gitt måleansvarlig.
- Siden over 50 % av pasientene ved RAM blir overført til avgiftningsenhetene vil det ved implementering være hensiktsmessig å involvere også disse enhetene.
- Flere pasienter har GHB som sitt andre rusmiddel (dvs. ikke primærrusmiddel), det er ikke gitt at dette registreres som diagnose i EPJ. Dersom denne diagnosen mangler, risikerer pasientene dermed at de ikke blir inkludert i kampanjen. Det er derfor viktig å sikre god diagnostisering/ registrering i EPJ.

Rusakuttmottak døgn:

- Lite tilbakemeldinger. Men det har blitt gitt tilbakemelding på at pasientene er glad for tilbudet om HLR opplæring, men at de ikke har klart å møte til avtalt tid.

Seksjon voksen:

- Tilsvarende som på Rusakuttmottak døgn, generelt lite tilbakemeldinger. Inntrykket er at både pasienter og personale opplever kampanjen som et positivt tiltak, men at personalet har "glemt det litt".

## 9. Oppsummering og konklusjon

Det er vanskelig å komme med entydige konklusjoner på i hvor stor grad kampanjen kan være med på å forebygge overdoser etter utskrivninger, etter en så kort periode. Det vi derimot har sett, er hvilken effekt det kan ha på pasientbehandlingen. Ved Rusakuttmottak døgn har pasientsikkerhetskampanjen ført til en større bevissthet rundt innholdet i utskrivningssamtalen og hvor viktig det er å ha fokus på overdosefare, men kanskje særlig

på kriseplaner. Antall kriseplaner utarbeidet ved enheten har økt markant i kampanjeperioden. Ved Seksjon voksen har fokus på tiltakene og gjennomføring av tiltakspakken ført til større bevissthet rundt viktigheten av å gi pasientene god informasjon om overdosefare ved utskrivning og generelt gjennom behandlingsoppholdet. Seksjon voksen opplever at de har fått gode og konkrete verktøy som gjør det lettere å gi pasientene lik informasjon om dette temaet.


Overdosekortet og informasjonen om overdosefare har blitt svært godt mottatt av både pasientene i kampanjens målgruppe og personalgruppene ved begge pilotene i OUS. Det har ikke kommet tilbakemeldinger om behov for endringer.

Begge pilotene har gjennom kampanjeperioden oppdaget feil og mangler i egne systemer og jobber nå aktivt med å rette opp disse, da særlig med tanke på registrering av kriseplan i EPJ. Videre mål er blant annet å ytterligere øke antall kriseplaner og høyne kvaliteten på disse ved Rusakuttmottak døgn, fortsette med kampanjen ved enheten og inkludere avgiftningsenhetene i seksjonen. Seksjon voksen kommer også til å fortsette med alle tiltakene i kampanjen og vil sette økt fokus på den avsluttende delen med oppfølging ved utskrivning og utfylling av sjekklister.

”Time i hånden” er viktig for pasientbehandling og for å kunne følge opp i forhold til overdoseproblematikken. Dette har vært et eksplisitt tiltak ved Rusakuttmottak døgn fra tidligere og kampanjen har dermed bidratt til en innskjerping av rutiner og økt bevissthet i forhold til å se viktigheten av ”time i hånden”. Ved Seksjon voksen, viser kampanjen et behov for økt bevissthet rundt viktigheten av dette tiltaket.

Pilotene ser en klar nytteverdi av tiltakspakken og anbefaler Pasientsikkerhetskampanjen å jobbe videre med nasjonal spredning av disse. For å kunne sikre god implementering av tiltakene, anbefaler vi at avdelinger sikrer prosjektet god forankring i alle ledd, at man tenker nøye gjennom hvor mange personer som bør involveres og hvordan man kan sikre ansvarsfordeling og utførelse på en god måte. Våre erfaringer viser utfordringer ved pulverisering av ansvar og anbefaler klart definerte ansvarspersoner/ oppfølgingsansvarlige i alle aktuelle ledd. Det er svært viktig at tiltakene og kampanjen får en fast plass på agendaen jevnlig slik at man ikke risikerer at de blir glemt.

## Vedlegg 1: Rutine for Seksjon voksen

 Oslo universitetssykehus	<b>Prosedyre</b> <b>Overdosekampanjen</b> <b>(pasientsikkerhetskampanjen)</b> Psykisk helse og avhengighet / Rus og avhengighetsbehandling, avdeling / Rus- og avhengighetsbehandling voksen, seksjon		
	<b>Dokument-ID:</b> 42896 <b>Versjon:</b> 0 <b>Status:</b> Godkjent	<b>Dokumenteier:</b> Guro Isaksen	<b>Godkjent av:</b> Pia Lundgren Fuhr

### 1. Endringer siden forrige versjon

Prosedyren er ny.

### 2. Hensikt og omfang

Forebygging og iverksetting av tiltak for å forebygge og hindre GHB og Opioidoverdoser etter utskrivelse fra institusjon.

### 3. Ansvar

Lege, miljøpersonell og merkantilt personell.

### 4. Fremgangsmåte

Arbeidsoppgaver som skal gjennomføres:

- Lege skal innen 3 dager etter innleggelse gjennomføre inkomstsamtale med pasienter som bruker GHB og/eller Opioider. Dette kommer i tillegg til ordinært undervisningsprogram.
- I samtalen skal det fokuseres på det som fremkommer av informasjonsveileder (se vedlegg) og pasienten skal få utdelt overdosekortet. Lege dokumenterer dette tydelig i vanlig journal.
- Primærkontakt skal innen 14 dager etter innleggelse utarbeide kriseplan sammen med pasienten (se DIPS-mal).
- Ved utskrivelse skal behandler/miljøpersonell gjennomføre samtale med pasienten med fokus på overdosefare etter utskrivelse i tråd med informasjonsveilederen. Pasienten skal bli minnet på overdosekortet og kriseplanen. Etter vurdering: gi nytt overdosekort dersom behov og skriv ut kriseplan på nytt.
- Det skal settes opp time til oppfølgingssamtale enten hos AVA eller samarbeidende instans.
- Primærkontakt går gjennom journal ved utskrivelse, fyller ut alle deler av sjekklisten og skårer den ut idet pasienten utskrives.
- Utfylt sjekkliste sendes via gul-lapp i DIPS til merkantilt personell på seksjon 2.
- Merkantilt personell fører data fra sjekklisten inn i Extranettet, dette går da inn i databasen til pasientsikkerhetskampanjen.
- Merkantilt personell fører data fra sjekklisten inn i Excell og rapporterer månedlig til seksjonsledere og avdelingsleder.

#### Skjema/rapporter som skal fylles ut:

Sjekkliste overdose (DIPS-mal), kriseplan (DIPS-mal).

## 5. Definisjoner

## 6. Avvik eller dissens

## 7. Referanser

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>

### Relaterte vedlegg

- [Informasjon overdose veiledning](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Overdosekampanjen (pasientsikkerhetskampanjen)			Utskriftsdato: 11.09.2013
Utarbeidet av: Guro Isaksen	Godkjent av: Pia Lundgren Fuhr	Endret av: Guro Isaksen	Dok-ID: 42896 - Versjon: 0

## Vedlegg 2: Rutine for Rusakuttmottak døgn:

### Overdosekampanjen (pasientsikkerhetskampanjen)

<p>Beskrivelse og avgrensning av prosedyren: Gjelder forebygging og iverksetting av tiltak for å forebygge og hindre GHB og opioidoverdoser etter utskrivelse fra RAM sengepost Varighet: 25.02.13-31.05.13</p>	<p>Ansvar:</p>
<p>Målsetting: Forebygge overdosedødsfall(GHB og opioider) etter utskrivelse fra RAM sengepost.</p>	
<p>Prosedyren gjelder pasienter som bruker GHB og opioider og som skrives ut fra RAM sengepost. Pasienter som overføres til avgiftningsseksjonene eller andre avdelinger innen TSB omfattes ikke av prosedyren.</p> <p>Arbeidsoppgaver som skal gjennomføres: Lege/tverrfaglig team skal i løpet av pasientens opphold gjennomføre en samtale om overdosefare med pasienter som bruker GHB og opioider. I samtalen skal det fokuseres på punktene i informasjonsveileder(se vedlegg) og pasienten skal få utdelt overdosekort. Lege/tverrfaglig team dokumenterer dette i journal. Tverrfaglig team skal kvelden før planlagt utskrivelse utarbeide kriseplan sammen med pasienten.(Se DIPSmal eller DIPs-frase kriseplan) Velger pasienten å skrive seg ut på eget ansvar skal lege/tverrfaglig team på jobb det aktuelle tidspunkt gjennomføre samtale og utarbeide kriseplan. Det skal settes opp time til evt. oppfølgingssamtale med samarbeidende instans og til HLR kurs på Avdeling voksen. Dette skal pasienten ha med seg når han går fra sengeposten. Tverrfaglig team gjennomgår journal ved utskrivelse, fyller ut alle deler av sjekklisten og skårer den i det pasienten utskrives. Dokumentet skannes til journal. Beskjed om utfylt sjekkliste sendes via Gul lapp i DiPS til Anne May Brekke Anne May Brekke fører data fra sjekklisten inn i Extranettet, dette går da inn i databasen til pasientsikkerhetskampanjen. Det skal rapporteres månedlig til seksjonsleder</p>	<p>Tverrfaglig team Lege</p> <p>Anne May</p>
<p>Skjema /rapporter som skal fylles ut: Sjekkliste overdose, kriseplan(frase i DIPs)</p>	<p>Tverrfaglig team/lege</p>
<p>Link til aktuelle dokumenter: <a href="http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no">www.pasientsikkerhetskampanjen.no</a></p>	



## Vedlegg 3: Prosedyre - Kriseplan:

 Oslo universitetssykehus	<b>Prosedyre</b> <b>Kriseplan - plan for mestring</b> Psykisk helse og avhengighet		
<b>Dokument-ID:</b> 35679 <b>Versjon:</b> 1 <b>Status:</b> Godkjent	<b>Dokumenteier:</b> Torun Melhus Vedal	<b>Godkjent av:</b> Marit Bjartveit	<b>Godkjent fra:</b> 21.12.2012

### 1. Endringer siden forrige versjon

Prosedyren er ny.

### 2. Hensikt og omfang

Prosedyren skal brukes sammen med skjema "Plan for mestring-/kriseplan".

**Hensikten** med kriseplanen er å konkretisere forhold som kan føre til tilbakefall, iverksette forebyggende tiltak og forhindre utvikling av kontrolltap ved risiko for selvmord og/eller farlighet. En kriseplan bør omfatte egne mestringsstrategier og plan for hvem som kan kontaktes i eget nettverk og i hjelpeapparatet.

Dersom behandler vurderer at pasienten er i behov av en mestrings-/kriseplan for å forebygge risiko for selvmord - og/eller farlighet, kan planen utarbeides uten pasientens aktive medvirkning (jfr. NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009). For personer under 18 år må foresatte inngå blant støttepersonene i mestrings-/og kriseplanen. Dersom pasienten har omsorg for mindreårige barn må mestrings-/kriseplanen omfatte ivaretagelse av barna i krisesituasjoner.

### 3. Ansvar

Klinikkleder har ansvar for at prosedyren blir gjort kjent i klinikken. Avdelingsleder er ansvarlig for implementering av prosedyren i egen avdeling. Pasientens behandler er ansvarlig for utarbeiding av mestrings-/kriseplanen. Behandler er ansvarlig for at pasienter med risiko for selvmord og/eller farlighet får en mestrings-/kriseplan. Behandler er ansvarlig for å informere pasient, pårørende og øvrig hjelpeapparat om planen. De som inngår som støttepersoner i planen må alltid være orientert om sin funksjon (støttepersoner fra nettverket kan ikke forventes å være tilgjengelig hele døgnet).

### 4. Fremgangsmåte

#### Gjennomføring:

- Pasient og behandler (eventuelt annen fagperson) fyller ut skjema "Plan for mestring/ kriseplan" (se under relaterte filer) i felleskap så fremt dette er mulig
- Varselsignaler identifiseres og graderes (tidlige tegn settes øverst)
- Tiltakene bør "graderes" og knyttes sammen med varselsignalene
- Pasienten bevisstgjør seg hvordan mestrings tiltak kan tas i bruk for å opprettholde kontroll over følelser/tanker/handlinger
- Flere mestringsstrategier er tilgjengelige slik at pasienten går videre til neste punkt dersom et tiltak ikke har ønsket effekt eller en person på listen ikke er tilgjengelig
- For barn og unge er foresatte sentrale hjelpere som må inngå i tiltakskjeden

- Planen skal også inneholde navn, adresser og telefonnummer til det profesjonelle hjelpeapparatet, som fastlege, primærkontakt i bydel og faste behandlere (BUP, poliklinikk, DPS) for å være fullstendig

Relaterte vedlegg

[KPHA - Plan for mestring og kriseplan](#)

## 5. Definisjoner

**Kriseplan - plan for mestring:** Inneholder egne mestringsstrategier og plan for hvem som kan kontaktes i eget nettverk og i hjelpeapparatet ved foreverring av psykisk helse.

## 6. Avvik eller dissens

Dersom prosedyren ikke følges, skal dette tas opp med nærmeste leder.

## 7. Referanser

- Plan for mestring / kriseplan
- Eksempel på en kriseplan (NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009, Helse og omsorgsdepartementet, 03.05.2010).

Relaterte vedlegg

[Kriseplan eks NOU](#)

Relaterte dokumenter

[Ansvar og dokumentasjon](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Kriseplan - plan for mestring			Utskriftsdato: 11.09.2013
Utarbeidet av: Torun Melhus Vedal	Godkjent av: Marit Bjartveit	Endret av: Torun Melhus Vedal	Dok-ID: 35679 - Versjon: 1

## Vedlegg 4: Kriseplan

# PLAN FOR MESTRING / KRISEPLAN

Mine varselssignaler er:		Hva kan jeg gjøre?	
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	
e)		e)	
f)		f)	
Hvis jeg trenger mer hjelp kan jeg kontakte:			
Privat nettverk:			
Navn:	Relasjon	Telefonnummer:	
Hjelpeapparatet:			
Navn:	Tittel/rolle:	Arb.sted:	Telefonnummer:
	Fastlege		
Hvis jeg ikke får kontakt med noen av nevnte personer og jeg opplever situasjonen alvorlig, kan jeg kontakte:			
Kl. 08.00 – 15.30: (Man – fre)	Sted:	(BUP/DPS/Poliklinikk)	
	Telefon:		
Etter kl. 15.30: + lør. og sønd.	Sted: OSLO LEGEVAKT: 22 93 22 93		
	Telefon:		
Mine barn ivaretas av:		Tlf.:	

Underskrift – Pasient – bruker

Underskrift Representant tjenesteapparat

**Vedlegg 5: Sjekkliste**

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

 Utfylt dato: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signatur personell:

## Vedlegg 6: Overdosekortet:

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

## Vedlegg 7: Informasjonsveileder

# 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 opiater 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](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](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 søvngig. 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](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