



Nasjonal overdosestrategi 2014-2017

«Ja visst kan du bli rusfri
- men først må du overleve»

Publikasjonens tittel: «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»

Utgitt: 04/2014

Publikasjonssnummer: IS-0418

ISBN 978-82-8081-319-0

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Psykisk helse og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Illustrasjon: Hvis ikke annet er angitt, er fotografiene i dokumentet tatt av Martin Blindheim.

Diktene som er brukt i dokumentet, er gjengitt med tillatelse fra rettighetsinnehaverne.

Forsidebilde:
Arne Mæland: *Mennesket*. Bronseskulptur på Fisketorget i Bergen, utplassert av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Bergen med en plakett der det står: *Ingen er bare det du ser*.

Forord

Narkotikadødsfall, eller overdosedødsfall, er et alvorlig helseproblem i Norge. Stortinget vedtok i fjor å gi Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en femårig nasjonal overdosestrategi. Helsedirektoratet ser en innsats på dette området som viktig. Målet er å gradvis redusere antallet dødsfall. Stortinget valgte også å styrke arbeidet med å forebygge overdoser ved å legge til grunn en nullvisjon.

Helsedirektoratet har siden Stortingets vedtak satt i gang tiltak i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Helsedirektoratet vil styrke overdoseforebyggende fokus i eksisterende tiltak. I tillegg vil vi sette i verk nye tiltak. Helsedirektoratet legger vekt på at strategien skal føre til varige endringer i tiltaksapparatet.

Dette dokumentet inneholder både en strategidel og en handlingsplan. Den første delen gir en analyse av overdosesituasjonen og kunnskapsgrunnlaget. Den andre delen er en handlingsplan som redegjør for de tiltakene som hittil er startet eller er under planlegging.

Kunnskapsgrunnlaget vil kunne endre seg i løpet av strategiperioden, og det gjelder også tiltakene. Vi ønsker derfor at dette skal være et dynamisk dokument som oppdateres årlig. Av den grunn vil dokumentet ikke bli trykket, men være tilgjengelig på nettet.

Helsedirektoratet takker arbeidsgruppa som har bidratt i arbeidet med å utforme strategien og dette dokumentet.

Vi ønsker lykke til med arbeidet!

Bjørn Guldvog
Helsedirektør.

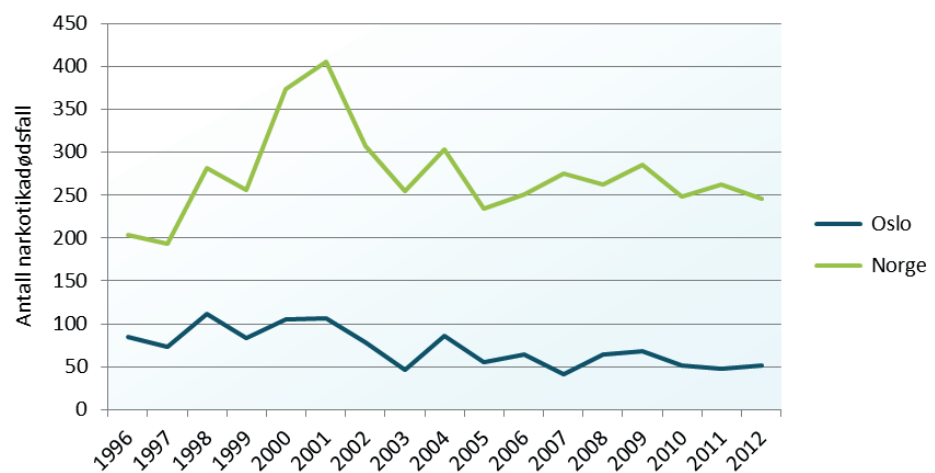
Innhold

1. Hovedpunkter	6
Viktigste mål:	6
1.1 Tiltaksoversikt	7
Endre brukerkultur	7
Styrke brukerne	7
Styrke tjenestene	7
Ivaretagelse av pårørende	7
Forskning	7
Opplysning	7
Statistikk	7
2. Mål og visjoner	8
Tove Nilsen: Du var så flott i solskinnet	8
2.1 Oppdraget	9
2.2 Mål for strategien	9
2.3 Myndiggjøring av brukerne	10
2.4 Nullvisjon	10
2.5 Arenaer for overdoseforebygging	12
2.6 Avgrensninger og presiseringer	12
3. Utfordringsbildet	13
Inger Hagerup: Detalj av usynlig novemberlandskap	13
3.1. Begrepsdefinisjoner	14
3.2. Narkotikadødsfall i Norge	14
3.3. Statistiske utfordringer	20
3.4. Uhell eller selvmord	21
3.5. De pårørende	22
3.6. Nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten	23
3.7. Taushetsplikt, samhandling og Individuell plan	24
3.8. Det internasjonale bildet	26
4. Kunnskapsgrunnlaget	29
4.1 Forskning	30
4.2. Hyppighet av overdoser på individnivå	31
4.3. Risikofaktorer	33

5. Tiltaksplan	34
Olav H. Hauge: Det er den draumen me ber på	34
5.1 Pilotkommuneprosjekt	35
5.2. Nalokson til brukere og lekfolk	36
5.3. Pasientsikkerhetskampanjen – forebygging av overdose etter utskriving fra TSB og etter løslatelse	39
5.4 SWITCH – fra injisering til inhalering	40
5.5. 31 august – verdens overdosedag	41
5.6. Nettverk av gatenære tiltak	43
5.7. Fortsatt utbygging av LAR	43
5.8. Helhetlig oppfølging og behandling, utveksling av informasjon, selvmordsforbyggende tiltak	44
5.9. Samle pårørendeerfaringer	44
5.10. Sikrere forskrivning av vanedannende legemidler – fastlegens rolle	45
5.11. Statistikkrapportering	45
5.12. Overdoseovervåking	45
5.13. Følgeevaluering	46
5.14. Nettside	46
Vedlegg 1	47
Vedlegg 2	49
Vedlegg 3	50
Vedlegg 4	51
Vedlegg 5	53
Figur og tabelloversikt	55

1. Hovedpunkter

- De siste ti årene har hvert år rundt 260 mennesker mistet livet i Norge som følge av overdose etter inntak av narkotika
- I gjennomsnitt dør fem mennesker hver uke.
- Fire av fem dødsfall skyldes inntak av opioider med sprøyte, ofte sammen med benzodiazepin og/eller alkohol.



Narkotikadødsfall i Norge. Kilde Sirus

Viktigste mål:

- Nasjonal overdosestrategi 2014-17 har som mål en årlig nedgang i antallet overdosedødsfall, med en langsiktig nullvisjon. Gjennom strategien vil vi
 - legge til rette for en overgang fra inntak av rusmidler med sprøyte til mindre skadelige inntaksmåter.
 - bistå i utvikling av kommunale handlingsplaner mot overdose gjennom et læringsnettverk i de ni hardest rammede kommunene.
 - gjøre livreddende motgift – nalokson nesespray – tilgjengelig for brukere og andre i et forskningsprosjekt i Oslo og Bergen
 - styrke det overdoseforebyggende fokuset i eksisterende tiltak, særlig ved
 - fortsatt utbygging og god kontroll av substitusjonsbehandling i LAR
 - bedre helhetlig oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunene
 - økt bruk av individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe
 - bedre og mer differensierte boligtilbud og oppfølgingstjenester i bolig
 - strengere kontroll med forskrivning av vanedannende legemidler
 - årlige oversikter over utviklingen av narkotikadødsfall

1.1 Tiltaksoversikt

Endre brukerkultur

- SWITCH Kampanjen Ansvarlig Helsedirektoratet og kommunene

Styrke brukerne

- Utdeling av nalokson Ansvarlig Senter for rus og Avhengighetsforskning (SERAF)
- Kameratredning Ansvarlig Helsedirektoratet ,SERAF og gatenære tiltak
- Pasientsikkerhetskampanjen Ansvarlig Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Styrke tjenestene

- Pilotkommuneprosjektet Ansvarlig KoRus Øst
- Nettverk av gatenære tiltak Ansvarlig KoRus Øst og Korus Oslo
- Utbygging av legmiddelassistert rehabilitering (LAR) Ansvarlig Helsedirektoratet og helseforetakene
- Helhetlig oppfølging og behandling Ansvarlig Helsedirektoratet, kommunene og helseforetak
- Taushetsplikt, informasjonsdeling Ansvarlig Helsedirektoratet kommunene og helseforetak
- Selvmordsforebyggende tiltak Ansvarlig Helsedirektoratet kommunene og helseforetak

Ivaretagelse av pårørende

- Erfaringshefte om bistand Ansvarlig Landsforbundet mot stoffmisbruk
- Nasjonal minnedag 31. august Ansvarlig Landsforbundet mot stoffmisbruk

Forskning

- Følgeevaluering Ansvarlig SIRUS
- Naloksonprosjektet Ansvarlig SERAF

Opplysning

- Nettside Ansvarlig Helsedirektoratet

Statistikk

- Rapportering Ansvarlig Sirus, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet
- Overdoseovervåking Ansvarlig Helsedirektoratet

2. Mål og visjoner



Du var så flott i solskinnet

Du var så flott i solskinnet på Karl Johan,
med mørke krøller og sølvring i det ene øret.
For noen år siden løp du i skauen med bikkjer,
sterk, smekker.
I fjor snudde jentene seg etter deg på fortauet.
I år - den kalde vinteren 1979 - føyde du nok et tall
til statistikken
over heroindødsfall.

Vi husker noen bilder fra langt tilbake:
Noe med farger og blomster og fred og fri hasj!
I dag er bildet klart og skarpt:
Nå dreper sila tjueåringer, stille og stygt.

Du var så flott i solskinnet på Karl Johan,
med sølvringen i det ene øret.
Du sprakk og havna på kjøret, skjerpa deg - og sprakk igjen,
og skøyt det siste skuddet
en ond februardag i 1979.

Mens kameratene dine står i klynger
og venter på tur.
Vi skal ikke snakke om å lyse fred
nå du er borte.
Vi skal ikke dempe trangen til å skrike og knuse ruter.
Vi skal ikke fornekte sinnetårene våre.
Vi skal aldri slutte å slåss mot alt som drepte deg.

Du var så flott i solskinnet på Karl Johan,
med sølvringen i det ene øret.

Tove Nilsen, 1979

2.1 Oppdraget

Stortingsmeldinga om rusmiddelpolitikken - Meld. St 30 (2011 – 12)

Se meg! - foreslo overfor Stortinget at det skulle iverksettes en femårig strategi med mål å redusere antallet narkotikaoverdoser år for år. Stortinget sluttet seg til **Se meg!** 18. mars 2013.

I Stortingets behandling ble det samtidig formulert en nullvisjon for arbeidet med å redusere antallet overdosedødsfall. I komiteens innstilling heter det: *Komiteen ønsker også å slå fast en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall. Enhver som dør av overdose, er én for mye. Målet er at ingen skal dø av overdose.* Stortinget sluttet seg enstemmig til denne visjonen.

I statsbudsjettet for 2013 ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utarbeide og igangsette strategien. Det ble knyttet til en årlig bevilgning på 10 mill kroner til oppdraget. Oppdraget ble videreført i statsbudsjettet for 2014. (Se vedlegg 1).

2.2 Mål for strategien

Hovedmålet for strategien er å redusere antallet overdoser med dødelig utgang blant annet ved å komme til med livreddende hjelpetiltak etter overdoser så raskt som mulig

Andre mål er å medvirke til

- å myndiggjøre brukerne
- å redusere antall overdoser, også de som ikke er dødelige
- å redusere alvorlig helseskade som følge av overdoser
- å bedre oppfølgingen etter ikke-dødelige overdoser
- å bedre vurderingen av selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak i overdosesammenheng
- å bedre hjelpetilbudet til pårørende og nærstående som har behov for bistand etter overdosedødsfall

For å komme til med hjelpetiltak så raskt som mulig er det nødvendig å gi brukere og nærstående redskaper til å agere og tro på at egen innsats er mulig for å forhindre dødsfall.

Ikke-dødelige overdoser kan medføre alvorlige helseskader. Forskning viser dessuten at en person som har overlevd en overdose synes å være i større fare for en dødelig overdose seinere. Det er derfor naturlig å ha som mål ikke bare å redusere antallet dødsfall, men antallet overdoser.

En person som har hatt en overdose, må betraktes som en person i alvorlig krise og få nødvendig bistand. Dette vil kunne forebygge seinere overdoser.

Et stort antall etterlatte står igjen etter narkotikadødsfallene. Vi antar at rundt 26 - 30 000 mennesker i løpet av de siste 10 årene har blitt berørt.¹ Belastningene med å være nærstående til en narkotikabruker kan medføre økt sykkelighet og fravær fra arbeid. De etterlatte får i varierende grad systematisk helsehjelp og oppfølging for sine plager.

2.3 Myndiggjøring av brukerne

Et viktig mål for overdosestrategien vil være å bidra til å endre sprøytebrukernes syn på seg selv. Det vil være av avgjørende betydning at de tiltakene som settes i verk, bidrar til en slik myndiggjøring av brukerne, deres syn på egen mulighet til å gripe inn og bidra med kunnskaper og redskaper til faktisk å kunne gripe inn. En betydelig andel overdoser skjer i situasjoner der andre er tilstede. Brukernes egen innsats kan bidra avgjørende til å snu trenden med høy dødelighet.

Mange av tiltakenes viktigste målgruppe er brukerne selv. De er i en unik posisjon fordi de så ofte er tilstede ved livstruende overdose, i et kritisk tidsrom før ambulansetjenesten kommer til. Å gi brukerne både opplæring i livreddende førstehjelp (kameratredning) og et redskap, nalokson neseppray, bidrar til å snu håpløshet til mulighet og gjøre en hjelpeløs tilskuer til en myndig aktør.

Fra naloksonprosjekter (se del 5) i andre land rapporteres om en slik effekt; prosjektet bidrar til «empowerment» - myndiggjøring - i brukergruppa.

På samme måte vil diskusjoner om alternative inntaksmåter enn sprøyte bidra til en økt følelse av mulighet for å kunne snu en utvikling.

Pasientsikkerhetskampanjen har også myndiggjøring av brukeren som mål i arbeidet med å lære pasienten strategier for å unngå overdose.

2.4 Nullvisjon

Betydningen av nullvisjonen for overdoseområdet vil måtte utvikles i løpet strategiperioden. En nullvisjon vil etter Helsedirektoratets mening ha implikasjoner for det overdoseforebyggende arbeidet i framtida. Etter det direktoratet kjenner til, har vi i Norge bare et annet sammenlignbart område der myndighetene har formulert en nullvisjon som målsetting, nemlig trafiksikkerhetsarbeidet. Helsedirektoratet vil derfor i utviklingen av nullvisjonen på overdoseområdet ta utgangspunkt i det som er skrevet om nullvisjonen på trafiksikkerhetsområdet.

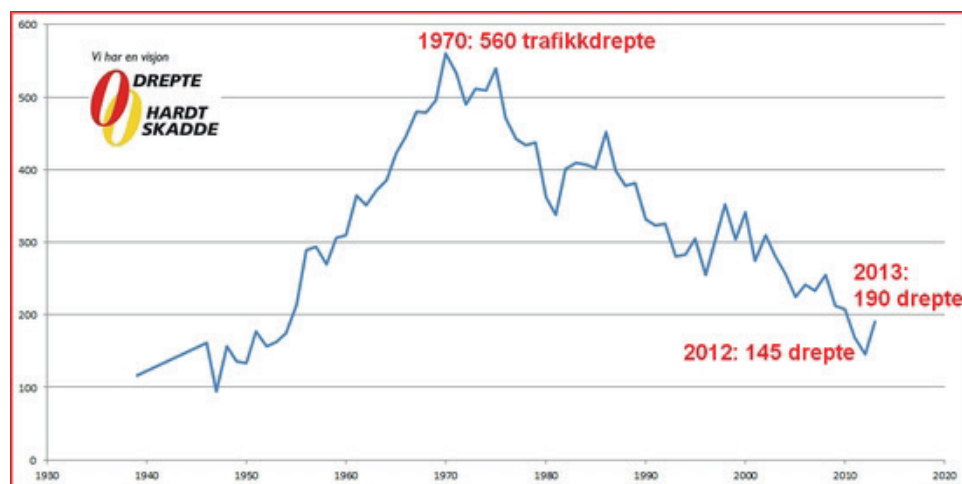
Nullvisjonen ble formulert i Nasjonal transportplan i 2002 og er ytterligere vektlagt i seinere planer. På hjemmesiden til Statens vegvesen er nullvisjonen beskrevet slik:

¹ Dersom man anslår at hver narkotikabruker har rundt 10 - 15 pårørende (foreldre, søsken, barn, besteforeldre, nære venner). Det er samme anslag som brukes i forbindelse med selvmord.

«Helt siden 1970 har det vært drevet et langsiktig og målrettet trafikk sikkerhetsarbeid i Norge, og dette har gitt resultater. Antall drepte per år er redusert fra 560 i 1970 til under 250 de seneste årene. I tillegg til at bilene er blitt mye sikrere, er dette også et resultat av det arbeidet som har vært initiert av Samferdselsdepartementet, Statens vegvesen, politiet, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, samt Trygg Trafikk og andre organisasjoner.

Nullvisjonen er en klargjøring av at det er moralsk og etisk uakseptabelt at folk blir drept eller hardt skadd i trafikkulykker. I tillegg utgjør ulykkene en kostnad ved trafikksystemet som vi ikke kan godta, på tross av de fordelene vegtrafikken gir. Nullvisjonen er altså både en etisk vegviser og en retningslinje for det videre trafikk sikkerhetsarbeidet i Norge.»

En sammenligning av utviklingen i antallet trafikkdrepte og antallet narkotikadødsfall er tankevekkende. Til tross for at antall biler, trafikanter og veier har økt radikalt i Norge, har antall trafikkdrepte sunket fra 560 i 1970 til rekordlave 145 i 2012, som var det laveste tallet siden 1950. Narkotikadødsfallene derimot økte jevnt til en topp rundt årtusenskiftet, med 405 døde i 2001, falt til begynnelsen av 2000-tallet og har så holdt seg stabilt rundt 260 døde i året siden. Dette skjedde til tross for at det totale antallet injiserende narkotikaavhengige ikke har økt og antallet opioidavhengige tatt inn i LAR har økt kraftig. Denne sammenligningen antyder at nullvisjonen på trafikk sikkerhetsområdet har hatt en god effekt.



Figur 1

Trafikkdødsfall i Norge 1976 - 2013 Kilde: Statens vegvesen
Figuren viser utviklingen av trafikkdødsfall i Norge. Siden 2003 har færre mennesker mistet livet i trafikken enn etter narkotikainntak.

Å konkretisere nullvisjonen på overdoseområdet er en oppgave med store utfordringer. Mens ferdsel i trafikken i Norge med kjøretøy eller til fots med visse restriksjoner er lovlig atferd og tilrettelegging dessuten en prioritert samfunnsoppgave, er det motsatte situasjonen når det gjelder bruk av illegale rusmidler. Det er derfor komplisert å «oversette» nullvisjonen fra trafikk sikkerhetsområdet til narkotikafeltet.

Trafikk sikkerhetsarbeidet vektlegger bruk av havarikommisjoner for å forstå omstendigheter ved veibanen, ved føreren og ved kjøretøyet ved



Husk bilbelte

Bilbelte er et av de viktigste tiltakene i sikkerhetsarbeidet i trafikken. En utfordring for overdosestrategien vil være å «oversette» bilbeltet og påminnere som den over til rusmiddelfeltet.

ulykker i en kontinuerlig læringsprosess. I en i overdosesammenheng er det viktig å lage systemer for å analysere individuelle faktorer og faktorer i omgivelsene ved narkotikaoverdoser i en fortløpende læringsprosess der forebygging av dødsfall er målet.

2.5 Arenaer for overdoseforebygging

Overdoseforebygging kan finne sted på en rekke arenaer; i kommunen: i hjemmet, i helse- og omsorgstjeneste, på legevakt og i akutt-tjeneste, på gata og i gatenære tiltak, i kommunale omsorgs- og behandlingstiltak, i helsetjenesten i fengsel og hos fastlegen; i spesialisthelsetjenesten i ambulansetjenesten, i akuttapparatet, i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB); i justissektoren: i fengslene, herunder rusmestringsenhetene og varetekt og blant patruljerende politifolk.

2.6 Avgrensninger og presiseringer

Helse- og omsorgsdepartementet har presisert at overdosestrategien avgrenses mot rene alkoholdødsfall og skal utvikles innen rammen av norsk narkotikapolitikk.

Når det gjelder illegale rusmidler, er det inntak av opioid som tar flest menneskeliv, både nasjonalt og internasjonalt. I Norge er fire av fem narkotikadødsfall forårsaket av opioidinntak, inklusive heroin². Fordi opioidene tar flest liv, er storparten av forskningen konsentrert om disse dødsfallene. Den internasjonale forskningen på dette området er omfattende, men omhandler i hovedsak opioiddødsfall. Det samme gjelder den mer begrensede norske forskningen om narkotikadødsfall.

Så langt har Helsedirektoratet i samarbeid med arbeidsgruppa og andre arbeidet med å gi overdosestrategien et konkret innhold. I løpet av strategiperioden vil en i større grad søke å øke kunnskapen om og iverksette tiltak overfor de narkotikadødsfallene som ikke er forårsaket av opioidinntak.

² De resterende dødsfallene, normalt rundt 20 prosent, er delvis forårsaket av andre rusmidler og delvis er dødsfallene ikke knyttet til inntak av et bestemt rusmiddel, men klassifiseres som dødsfall forårsaket av den underliggende psykiske lidelsen rusmiddelavhengighet i diagnosesystemet ICD-10.

3. Utfordringsbildet



Detalj av usynlig novemberlandskap

Midt i det skoddeland som heter jeg
står det et gammelt veiskilt uten vei.

Det står og peker med sin morkne pil
mot skoddemyrer og mot skoddemil.

Jeg leter fåfengt etter navn og tegn.
Alt alt er visket ut av sludd og regn.

Der stod engang det sted jeg skulle til.
Når ble det borte og når for jeg vill?

Jeg famler som en blind mot dette ord
som skulle vist meg veien dit jeg bor.

Midt i det skoddeland som heter jeg
står det et veiløst skilt og skremmer meg.

Inger Hagerup, Fra hjertets krater, 1964

3.1. Begrepsdefinisjoner

Helsedirektoratet legger til grunn at overdosestrategien omfatter alle dødsfall som er forårsaket av inntak av stoffer som er klassifisert som narkotika.

Statens institutt for rusmiddelforskning, Sirius, rapportere til det europeiske narkotikaovervåkingsorganet EMCDDA³ i Lisboa om dødsfall forårsaket av narkotikabruk i Norge. Denne rapporteringen er basert på standardiserte europeiske definisjoner som muliggjør europeiske sammenligninger på dette området. Et narkotikadødsfall er definert som et dødsfall som skjer umiddelbart eller kort tid etter inntaket av ett eller flere rusmidler og/eller medikamenter og er direkte relatert til dette inntaket. Sirius brukes konsekvent begrepet «narkotikadødsfall» i rapporteringen til EONN.

I Stortingsmeldingen om narkotikapolitikken brukes begrepet overdose-dødsfall og overdosedødelighet. I dette dokumentet benyttes både begrepene narkotikadødsfall og overdosedødsfall noe om hverandre fordi begrepene brukes slik både i dagligtale og i den offentlige fagdebatten. I den grad begrepet narkotikadødsfall benyttes, vil Sirius sin definisjon ligge til grunn. Begrepet opioider benyttes for alle substanser som kan knytte seg til opioidreseptorene i hjernen.⁴

Begrepene «overdosedødelighet» og «narkotikadødelighet» har et annet innhold enn begrepet «narkotika*relatert* dødelighet» og «overdoser*relatert* dødelighet». De siste omfatter dødsfall blant narkotikabrukere og deres omgivelser som skyldes vold, ulykker, infeksjonssykdommer og andre helseplager som på ulike vis kan knyttes opp til narkotikabruken.

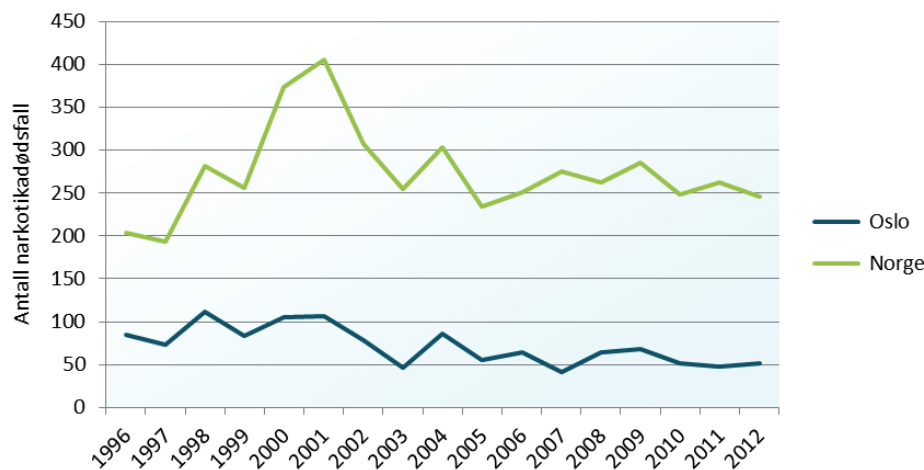
3.2. Narkotikadødsfall i Norge

Registreringen av narkotikadødsfall i Norge startet i 1977. Antallet steg gradvis fram til rundt 1990 da tallet gikk sterkt opp i takt med økt sprøytebruk av heroin. Det går fram av figur 2 at økningen nådde en topp i 2001 med mer enn 400 døde. Etterpå har antallet døde stabilisert seg på rundt 260 døde årlig - eller fem døde hver uke. 2600 mennesker har mistet livet de siste 10 årene. Dette antallet gjør Norge til et av de landene i Europa med størst registrert narkotikadødelighet. I 2012 døde totalt 246 mennesker.

Til tross for en massiv utbygging av substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet gjennom LAR fra seint 1990-tall, en betydelig satsing på lavterskel helsetiltak fra tidlig 2000-tall og utbygging av flere og bedre behandlingsplasser, har en ikke lyktes i å bringe tallet vesentlig ned.

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

⁴ I faglitteraturen skilles mellom opiater og opioider, der opiater er en undergruppe som betegner substanser som finnes i eller er utvunnet fra opiumsvalmuen, mens opioider er kunstig framstilte substanser. Eksempler på opiater er morfin og heroin, mens eksempler på syntetiske opioider er metadon, buprenorfin og fentanyl.



Figur 2
Antall narkotikadødsfall 1996
– 2012; Norge.
Kilde: Dødsårsaksregisteret,
Nasjonalt folkehelseinstitutt.

3.2.1 Hvorfor dør så mange

Situasjonen i Norge er noe paradoksalt; sammenlignet med andre land har vi relativt få narkotikabrukere med omfattende og tunge problemer. Antall sprøytebrukere i Norge er anslått til mellom 8000 – 12 000.⁵ Samtidig har vi høyere narkotikadødelighet enn mange andre land.

Antakelig skyldes den høye dødeligheten i Norge en kombinasjon av ulike årsaker. Viktigst er at en svært stor andel av brukerne i Norge tar stoff med sprøyte. Denne injeksjonskulturen gjelder særlig opioidbrukerne. Dessuten blander mange brukere inntak av opioid med andre rusmidler som kan bidra til respirasjonsstans. I denne sammenheng er benzodiazepiner og alkohol viktigst. Videre er injiserende stoffbrukere i Norge en aldrende befolkningsgruppe som har brukt narkotika lenge og som i stor grad sliter med psykisk og somatisk samsykelighet. Det har også vært hevdet at noe av grunnen til de høye dødelighetstallene i Norge er at selve brukmønsteret for narkotika ligner den såkalte «fyllekulturen»: Mest mulig rus på kortest mulig tid. Samlet kan disse faktorene bidra til at norske sprøytebrukere er mer utsatt for overdose og derved fare for død.

Vi påpekte innledningsvis skillet mellom narkotikadødelighet og narkotika-relatert dødelighet. Det er verdt å merke seg at den narkotikarelaterte dødeligheten i Norge ligger omtrent på samme nivå som i andre land. I studien *Gjennom 10 år (Sirus-rapport 6/2012)*⁶ viser forskerne at i et utvalg rusmiddelbrukere som har vært i behandling, døde 15 % i løpet av ti år. 70 % av disse døde av overdose. I andre europeiske land ligger den narkotikarelaterte dødeligheten omtrent på samme nivå eller høyere. Men flere dør av infeksjonssykdommer, vold og ulykker enn i Norge.

⁵ Anslag fra Sirus – Statens institutt for rusmiddelforskning

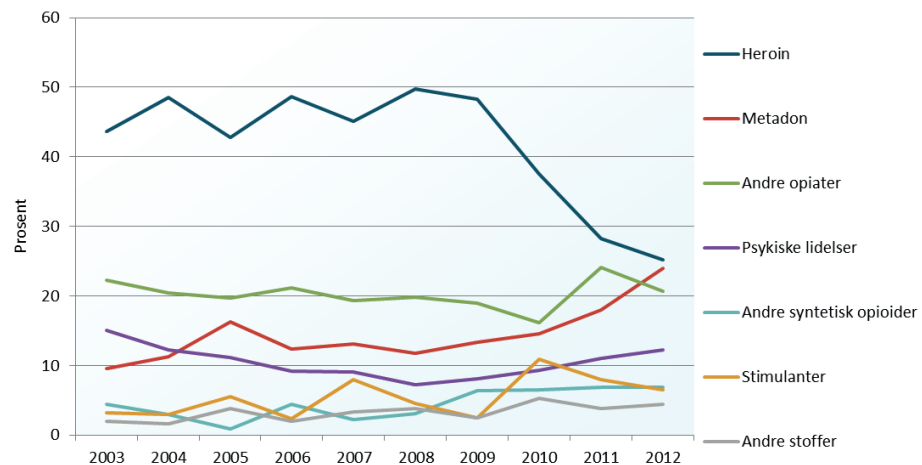
⁶ Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Sirus rapport 6/2012

3.2.2 Hvilke rusmidler er involvert

Hvis politiet ved et dødsfall mistenker rusmiddelinntak som dødsårsak, vil en normalt anmode om obduksjon. Hvis obdusent finner at døden skyldes inntak av rusmiddel, vil forgiftning etter inntak av rusmiddel settes som dødsårsak. Selv om det er funnet flere rusmidler i avdødes blod og selv om en kan anta at det er en kombinasjon av flere rusmidler som har satt i gang dødsprosessen, vil dødsårsaken normalt settes som inntak av ett rusmiddel. Ved funn av flere rusmidler velges stoffet som settes som dødsårsak, etter en prioritert liste. I rapporten *Dødelige overdoser i Oslo (Gjersing et al 2011)*⁷ fant forskerne at de fleste av de døde hadde flere stoffer i blodet; maksimum ble det funnet 15 ulike stoffer i en avdød, og i gjennomsnitt hadde de døde 3,2 ulike stoffer i blodet.

Figur 3
Dødsårsaker 2003 – 2012.
Narkotikadødsfall. Prosent.
Kilde: Dødsårsaksregisteret,
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Narkotikadødsfallene i 2012 skyldtes i hovedsak inntak av heroin (26 prosent), naturlige opiatier fra legemidler (21 prosent) og metadon (24 prosent). Stoffene som forårsaket dødsfallet, kan enten være legalt forskrevet av lege eller kjøpt illegalt.



Ved dødelige forgiftninger som skyldes bruk av narkotika, skilles det mellom selvmord og forgiftning «uten intensjon» (overdose). Av de 246 narkotikadødsfallene i 2012 ble 187 dødsfall registrert som forgiftning uten intensjon (overdoser), 29 som selvmord og 30 dødsfall hvor psykiske lidelser/avhengighet var dødsårsak.

Tradisjonelt har heroin dominert blant opioidene, både nasjonalt og internasjonalt. Blant narkotikadødsfallene i Oslo 2006-2008 utgjorde for eksempel heroin 76 prosent. Den store dominansen av opioider – 80 % det siste tiåret – tilsvarer det en finner i andre land i verden. Sentralstimulerende rusmidler og andre stoffer har sammenlagt utgjort rundt 10 prosent⁸.

⁷ Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J., & Clausen, t. (2011). Dødelige overdoser i Oslo. En helhetlig gjennomgang. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

⁸ Dødsfall etter inntak av sentralstimulerende rusmidler; amfetamin, metamfetamin, andre amfetaminstoffer, kokain, PMMA mm. Antall døde i denne gruppen var 8 personer i 2003 (3 % av alle døde), 12 personer i 2009 (5 %) og 16 personer i 2012 (7 %).

- Ulike rusmidler som ikke faller inn under gruppene opioider eller stimulanter, i 2012 blant annet to cannabisdødsfall
- Dødsfall som ikke er spesifisert på rusmiddel, f eks fordi det ikke har vært obduksjon, er klassifisert som dødsfall knyttet til psykisk lidelse, normalt rundt 10 %. I 2003 utgjorde disse 38 personer, i 2008 19 personer og i 2012 30 personer.

3.2.3. Metadondødsfall

De siste tre årene viser statistikken at antallet og andelen heroininduserte dødsfall har falt kraftig (figur 3), samtidig som antallet og andelen metadonutløste dødsfall har økt. Nasjonalt var dødsfall forårsaket av heroin og av metadon omtrent like mange i 2012. De andre gruppene opioider var lite endret. Forholdet mellom dødsfall forårsaket av heroin og metadon går fram av tabell 1.

	Antall narkotika-dødsfall i Norge	Antall døde etter metadon-inntak	Antall døde etter heroin-inntak
2003	255 (80 % opioider)	25 (10 % av alle)	110 (44 % av alle)
2008	263 (84 % opioider)	31 (12 % av alle)	131 (50 % av alle)
2012	246 (77 % opioider)	59 (24 % av alle)	62 (25 % av alle)

Tabell 1
Narkotikadødsfall; fordelt på ulike opioider
Kilde: Tall fra SSB

Av alle som døde av opioider i 2009 var metadon dødsårsaken for 14 %, mens 59 % døde etter heroininntak. I 2012 var situasjonen betydelig endret; 31 % døde etter metadoninntak og 33 % av heroininntak. Utviklingen er vanskelig å forklare. Overdosedødeligheten for pasienter i LAR er stabilt lav og viser ingen økning de siste årene. De døde har derfor mistet livet etter å ha brukt metadon som ikke forskrevet til dem. Forskrevet mengde metadon i befolkningen viser snarere en nedgang de siste årene, det er dermed ingen indikasjoner på at dette dreier seg om metadon som er forskrevet i smertesammenheng. Politiet rapporterer heller ikke om vesentlige mengder illegal metadon som er beslaglagt eller vesentlige endringer i beslaglagt mengde heroin eller antall heroinbeslag.

Det er ikke påvist hvor metadonet som knyttet til narkotikadødsfallene, kommer fra. Det er foreslått at lekkasje fra LAR er en delforklaring. LAR-statusrapportene viser imidlertid ikke vesentlig flere metadonpasienter de siste 5 årene, og forskrevet mengde metadon i LAR er noenlunde stabil.

For overdosestrategien vil det være viktig å følge denne utviklingen i årene framover. Hva slags tiltak som skal settes inn for å begrense antallet dødsfall forårsaket av metadon, vil delvis avhenge av hvilke forklaringer vi finner på den beskrevne utviklingen.

Det foreligger ikke data om dødsårsak brukket ned på ulike fylker eller regioner. Særlig i lys av endringene de siste årene ville det ha betydning å få kunnskap om de beskrevne endringene gjelder hele landet eller avspeiler geografiske ulikheter.

3.2.4. Andre rusmidler enn opioider

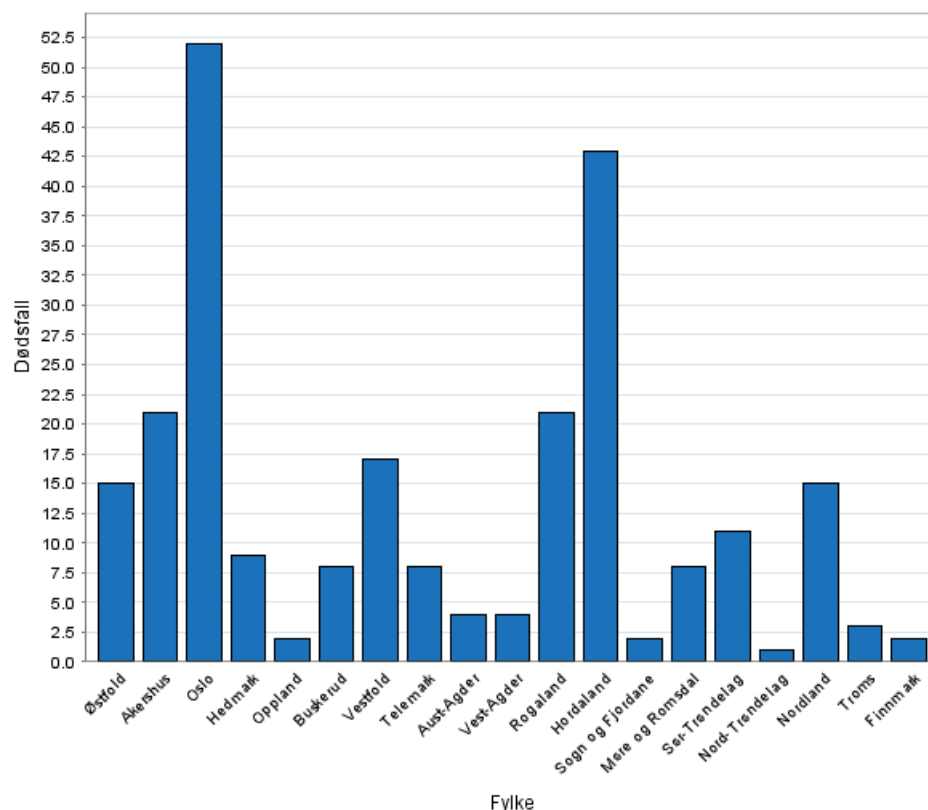
Helsedirektoratet vil i første omgang konsentrere seg om opioidbruk og opioidoverdoser (særlig heroin) fordi opioidoverdoser er det største problemet, fordi storparten av kunnskapen handler om opioidoverdoser og fordi den offentlig og politiske oppmerksomheten er konsentrert om opioidoverdoser

Et antall overdoser og dødsfall er imidlertid knyttet til inntak av sentralstimulerende rusmidler (kokain, amfetamin, metamfetamin, PMMA etc) eller GHB. Disse dødsfallenes andel av narkotikadødsfallene har økt fra noen få prosent for et tiår siden til 10 prosent i 2012. Brukerne kommer fra til dels ulike miljøer fra «vanlig» ungdom som eksperimenterer med GHB til miljøer av amfetaminbrukere med omfattende problemer. Brukerne har i svært varierende grad kontakt inn i hjelpeapparatet.

Dødsfall knyttet til inntak av sentralstimulerende rusmidler skyldes oftest økt belastning på hjerte- og karsystemet. Overbelastning og overoppheiting har i flere tilfeller medført dødsfall, blant annet i form av hjerteinfarkt.

Når det gjelder overdoser og dødsfall knyttet til andre rusmidler enn opioider, er det mindre kunnskap om risikosammenhenger. Det vil være naturlig at det i regi av strategien igangsettes kunnskapsinnhenting om disse narkotikadødsfallene for deretter å utvikle tiltak for å forebygge disse.

Figur 4
Narkotikadødsfall i norske fylker 2012. Antall.
Kilde: Sirius



3.2.5. Geografisk spredning

Siden 2009 har alle norske fylker hatt narkotikadødsfall. I 2012 varierte antallet i fylkene mellom 1 og 52 dødsfall.

Det går fram av figur 4 at nær 40 % av narkotikadødsfallene i 2012 skjedde i Oslo og Hordaland / Bergen. Andre fylker med 15 dødsfall eller flere i 2012 var Østfold, Akershus, Vestfold, Rogaland og Nordland. Vi ser dermed at narkotikadødsfallene er konsentrert til områdene rundt Oslofjorden, Sørvestlandet, Sør-Trøndelag og Nordland.

Siden det bare usystematisk foreligger statistikk over narkotikadødsfall på kommunenivå, må en mer detaljert geografisk forståelse basere seg på foreliggende fylkesstatistikk og på mer usystematisk og uverifisert kunnskap fra kommunene. En sammenstilling av ulike kilder viser følgende bilde:

- Mellom hver fjerde/femte norske kommune rammes årlig
- Kommunene rammes ulikt fra år til år
- De fleste kommunene har få dødsfall.
- Et titall kommuner har fem eller flere dødsfall de siste årene.
- Bare Oslo og Bergen har hatt mer en 30 dødsfall årlig de siste årene.
- Hordaland/Bergen har størst økning de siste årene, mens Oslo viser stabilt i overkant av 50 døde.

I årene 2007–2012 hadde totalt 21 norske kommuner fem eller flere narkotikadødsfall i ett eller flere av årene.⁹ Det synes å være færre kommuner der dødsfall finner sted enn antallet kommuner der de døde har bosted. De som dør, dør derfor ikke nødvendigvis i hjemkommunen. Eksempelvis i 2012 var det narkotikadødsfall i 79 norske kommuner, mens de døde var hjemmehørende i 87 kommuner.

3.2.6. Kjønn og alder

Narkotikadødsfall rammer menn i større grad enn kvinner og rammer middelaldrende og eldre i større grad enn yngre. I 2012 døde 61 kvinner og 185 menn etter inntak av narkotika (figur 5). Mens kvinner antas å utgjøre en tredel av sprøyebrukerne, er altså «bare» en firedel av de narkotikadøde kvinner

I rapporten *Dødelige overdoser i Oslo (Gjersing et al. 2011)* fant forskerne den samme kjønnskjevheten. Blant de tilreisende som døde i Oslo, var mannsandelen enda høyere.

At narkotikadødsfall forholdsmessig rammer menn i større grad enn kvinner ses også internasjonalt. En har søkt å forklare dette på ulike måter,

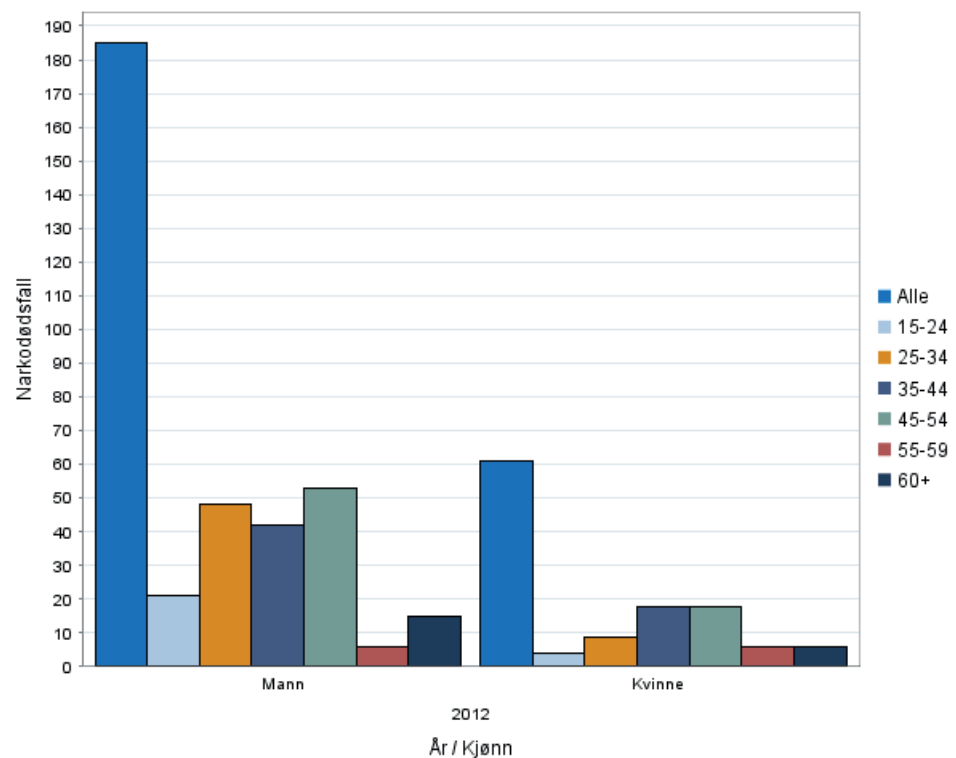
⁹ Det gjaldt kommunene Halden, Sarpsborg, Moss, Fredrikstad, Oslo, Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg, Tønsberg, Skien, Porsgrunn, Arendal, Kristiansand, Sandnes, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø.

der særlig to forhold synes vesentlige; menn tar flere sjanser enn kvinner og kvinner injiserer i mindre grad aleine enn hva menn gjør.

Aldersmessig er majoriteten av de som dør etter inntak av narkotika i Norge voksne og middelaldrende mennesker mellom 25 og 55 år. Gjennomsnittlig var kvinnene noe

eldre enn mennene. I gruppen som var yngre enn 35 år, var det forholdsmessig flere menn enn kvinner, og i gruppen eldre enn 60 år var det forholdsvis noe flere kvinner.

Figur 5
Narkotikadødsfall 2012 oppdelt
på kjønn. Antall.
Kilde: Sirius



3.3. Statistiske utfordringer

Statens institutt for rusmiddelforskning, Sirius, har fått i oppdrag å ivareta de behovene for statistisk assistanse som Helsedirektoratet måtte ha i strategiarbeidet. Helsedirektoratet har bedt Sirius arbeide for at et så bredt tallmateriale som mulig offentliggjøres hvert år og har foreslått at instituttet utarbeides en årlig nasjonal rapport om narkotikadødsfall basert på de statistiske opplysningene som foreligger.

Helsedirektoratet forholder seg til det datasettet som rapporteres internasjonalt til det europeiske narkotikaovervåkingsorganet EMCDDA. I Norge foreligger to datasett som omfatter narkotikadødsfall; Dødsårsaksregister (DÅR) fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Sirius sin årlige rapport til EMCDDA. Siriusrapporten er i realiteten en bearbeiding av enkelte statistikker fra DÅR og kommer noen måneder etter at SSB offentliggjør dødsårsaksstatistikken. Definisjonene for narkotikadødsfall i

DÅR og i Sirius sin rapportering er ulike, og tallene er derfor forskjellige. Sirius sin rapportering er imidlertid den offisielle norske statistikken på dette området og bygger på de samme statistiske definisjonene som resten av Europa. Det er denne statistikken som muliggjør visse sammenligninger over landegrensene.

Det statistiske kunnskapsgrunnlaget for å beskrive situasjonen i Norge er mangelfullt. Offentliggjøring av data fra DÅR er begrenset på grunn av personvern hensyn og streng regulering. Særlig gjelder dette kunnskap om situasjonen på kommunenivå. Det finnes ingen rutine for tilbakemelding til kommunalt nivå når overdosedødsfall er påvist. I realiteten har kommunene ingen systematisk oversikt over situasjonen når det gjelder narkotikadødsfall. Kunnskapen kommunene har, er basert på sporadisk tilbakemelding fra politiet og ellers på det man fanger opp i tiltaksapparatet og på gata. Oslo er bedre stilt fordi Oslo både er kommune og fylke.

Å forbedre den offentlig tilgjengelige statistikken på overdosefeltet vil være en viktig oppgave. Særlig gjelder dette kommunenivå. Det er en målsetting å få på plass et robust system for tilbakemelding til kommunene på dette området.

Det foreligger ikke nasjonal statistikk knyttet til overdoseutrykninger i ambulansetjenesten, verken når det gjelder antall utrykninger, hva slags oppfølging som er gitt eller utfall. Ambulansestatistikk på kommunenivå er etter det vi kjenner til, usystematisk innsamlet / publisert. Kunnskap om overdoseutrykninger vil ha betydning i strategiarbeidet og en vil arbeide for at slik statistikk blir tilgjengelig, både på nasjonalt og lokalt nivå.

3.4. Uhell eller selvmord

Av de 246 narkotikadødsfallene i 2012 ble 29 klassifisert som selvmord. Dette må ses som minimumstall fordi kriteriene for selvmord slik det er fastsatt i definisjonen for selvmord når en setter dødsårsak etter obduksjon forutsetter klare indikasjoner som for eksempel et selvmordsbrev.

Sammenhengen mellom narkotikadødsfall og selvmord har vært gjenstand for mye interesse, men er likevel lite utforsket. I en artikkel om temaet skriver forskeren Stian Biong – «*En side av dette som har fått lite oppmerksomhet, er sammenhengen mellom narkotikabruk og selvmord*». I en studie av 2.051 narkotikaavhengige i behandling, rapporterte hele 45,5 % erfaringer med livstruende overdoser. 33 % hadde en eller flere ganger prøvd å ta sitt eget liv. Studien påviste også sammenheng mellom antall overdoser og selvmordsadferd.¹⁰ En annen norsk studie viser en økning i selvmordsforsøksfrekvensen blant heroinavhengige med overdoseerfaring.¹¹

10 Rossow, I. & Lauritsen, G. (1999) Balancing on the edge of death: suicidal attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94(2), 209-219

11 Biong, S. Overdoser som selvmord: en fenomenologisk case-studie. *Suicidologi*, 18 (3), 36-40

Flere undersøkelser påpeker at grensen mellom uhell og selvmord er flytende når det gjelder narkotikadødsfall. Problemer knyttet til sosial isolasjon, relasjonstap og opplevelse av håpløshet er omfattende blant sprøytebrukere.

Det vil være viktig å peke på denne sammenhengen og understreke betydningen av selvmordsvurdering og selvmordsforebyggende tiltak i overdosesammenheng.

3.5. De pårørende

- Å være mor til en narkoman er som å være Utøya-pårørende hver eneste dag, sa Arild Knutsen fra Foreningen for en Human Narkotikapolitikk på en høring i Stortinget i 2011.

Samtidig er det å være pårørende etter et narkotikadødsfall fortsatt forbundet med skam og skyld. I tillegg forteller mange pårørende om belastningen med den tausheten som samfunnet møter dem med.

I selvmordsammenheng regner en at hvert selvmord rammer 10-15 nærstående personer som står igjen i en sorgprosess. Hvis en bruker samme estimat for narkotikadødsfall, må en anta at rundt 26 – 30 000 mennesker er berørt i løpet av de siste 10 årene. Dette gjelder familiemedlemmer; foreldre, besteforeldre, søsken, ektefeller og barn, samt kjærester, venner og andre nærstående.

Gjersing et al (ibid) fant at pårørende opplever seg som systematisk skjøvet til siden som ressurs, samarbeidspartner og informasjonsmottaker i sammenheng med narkotikadødsfall.

Så mange som 30 000 pårørende kan være berørt av narkotikadødsfall de siste ti årene; foreldre, besteforeldre, søsken, ektefeller og barn; kjærester, venner og andre nærstående



I tråd med mandatet vil det være en prioritert oppgave å bidra til kartlegging av de helseutfordringene de pårørende sliter med etter narkotikadødsfall. Dette gjelder både individuelle problemer og de samlede belastninger som som folkehelseproblem. Det blir viktig å systematisere gode erfaringer med virksomme hjelpetiltak samt bidra til å trekke pårørende sterkere inn i det forebyggende arbeidet både generelt og rundt egne familiemedlemmer.

3.6. Nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten er en viktig aktør i arbeidet med å redusere overdoser og overdosedødsfall. Bare i Oslo og Akershus rykker ambulansetjenesten ut til mellom 1300 – 1500 overdoser i året.

Meldinger om medisinsk nødhjelp mottas som hovedregel via medisinsk nødnummer 113 til en av landets 19 AMK-sentraler. AMK-sentralene bemannes av helsepersonell (sykepleier og ambulansesarbeider). Disse skal vurdere behovet for helsehjelp, iverksette akuttmedisinsk respons (utkalling av lege ambulanse osv), samt gi råd om livreddende førstehjelpstiltak. Som beslutningsstøtte benyttes Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks). Indeks har et eget kapittel 30 om Rus- forgiftning – overdose, som bl.a. beskriver tiltak knyttet til håndtering av pasienter som har inntatt opioider, sentralstimulerende midler og benzodiazepiner. Akuttmedisinsk respons iverksettes på grunnlag av innhenting av opplysninger om vitale funksjoner som bevissthet, respirasjon og sirkulasjon. Ved respirasjonsstans, vil AMK uavhengig av årsak, alltid utalarmere ambulanse med hastegrad akutt, dvs umiddelbar utrykning med blålys og sirene. Noen steder vil man i tillegg til ambulanse også varsle legevaktslege. Parallelt vil AMK-operatør gi innringer instruksjon om å sikre frie luftveier, gi munn- til-munn ventilasjon og/eller hjertelunge-redning ved samtidig sirkulasjonsstans.

Den ordinære bilambulansetjenesten er bemannet med to ambulansespersonell (minimum ambulansesarbeider og annet personell med akuttmedisinsk kompetanse). Medisinske behandlingstiltak og tiltakskort for aktuelle akuttmedisinske tilstander er nedtegnet i egne protokoller, som f.eks. Medisinsk Operativ Manual (MOM). Alle ambulanser er utstyrt med utstyr for maske – bag ventilasjon av pasienter med respirasjonsstans utstyr for intravenøs og intramuskulær tilførsel av opioid-antidot (nalokson).

MOM har eget tiltakskort for opiatoverdose. Denne gir anvisning på administrering av nalokson både intravenøst og intramuskulært inntil adekvat respirasjon. Videre at pasienten skal innlegges i sykehus ved overdose med langtidsvirkende opioider eller hvis pasienten ikke våkner adekvat eller er i dårlig allmenn tilstand, eller åpenbart syk av annen grunn. Ved mistanke om suicidal årsak skal pasienten vurderes av lege eller innlegges i sykehus. Pasienter skal såfremt mulig ikke etterlates alene. (MOM versjon 7, oktober 2012)

Illustrasjonsfoto:
Bjørn Bjelland,
Ambulanseavdelingen,
Oslo Universitetssykehus.



En ny studie fra Oslo viser at ambulansens behandlingstid er knapt 17 minutter og at nesten 83 % forlattes på stedet (*Alstadius & Rossow, 2013*).¹² WHO (2009) anbefaler minimum 2 timer observasjon etter overdose. *Biong (2008)*¹³ dokumenterer vanskelighetene personen av ulike grunner selv kan ha med å formulere egne behov overfor helsepersonell i en krisesituasjon. Ambulansepersonell erfarer at en stor andel pasienter ikke ønsker å bli med ambulansen etter å ha mottatt nalokson.

Gjersing et al (ibid) dokumenterer svikt i overføring av informasjon om livstruende overdoser mellom pre-hospitale tjenester og fastlege/kommunal rustjeneste/sosialtjeneste. Selv ikke når samme person redde fra flere overdose på kort tid (samme dag/samme uke). *Gjersing et al (ibid)* dokumenterer også at kommunal rustjeneste/sosialtjenesten ikke etterspør personens erfaringer med livstruende overdoser, og at den enkelte kan underslå antall/alvorligheten overfor sosialtjenesten for å unngå tvangssak.

Det blir i strategiperioden viktig å se nærmere på ressursbruk, skriftlige rutiner og prosedyrer, koordinering, samhandling og informasjonsflyt i akuttapparatet og det øvrige tiltaksapparatet.

3.7. Taushetsplikt, samhandling og Individuell plan

Helsepersonelloven § 21 slår fast hovedregelen om taushetsplikt. Formålet med helsepersonells taushetsplikt er å bidra til å verne om pasientens integritet, sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten og sikre kvalitet i helse- og

¹² Alstadius, S. & Rossow, I. 2013. Tidsbruk ved behandling av overdoser I Oslo. Sykepleien Forskning; 8 (3)

¹³ Biong, S, Between death as escape and the dream of life, Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden 2008

omsorgstjenesten. Taushetspliktbestemmelsene skal hindre at hjelpe-trengende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helsehjelp av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Videre skal taushetsplikten bidra til at pasienter vil gi fra seg de opplysninger om seg selv og sin helsetilstand som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenesten/helsepersonellet blir i stand til å yte forsvarlig helsehjelp. Pasienten må derfor som hovedregel samtykke til at helsepersonell utleverer opplysninger til andre. Foreldre skal samtykke for barn under 16 år. Helsepersonell kan gi opplysninger til annet personell som deltar i behandlingen av pasient, dersom ikke pasienten motsetter seg dette. Noen ganger kan dessuten hensynet til pasientens integritet komme i konflikt med andre viktige hensyn, som blant annet hensynet til liv og helse og samfunnssikkerhet. For slike situasjoner finnes det unntak fra taushetsplikten. I noen sammenhenger har helsepersonell en plikt til å gi fra seg pasient- og brukeropplysninger som ellers er underlagt taushetsplikt, bl.a. til politi og nødeter og barneverntjenesten.

Oppfølging av overdosepasienter og overdosetruede krever sammensatt og tverrfaglig samarbeid og oppfølging med mulighet for informasjonsdeling. Taushetsplikten gjelder for pasienter med selvdestruktivt rusmiddelbruk som for andre pasientgrupper. Det er viktig at personell involvert i behandlingen kjenner taushetsplikten og unntakene slik at taushetsplikten praktiseres til beste for pasientene.

Hovedregelen bør være at man sørger for å innhente pasientens samtykke til å drive oppfølgingsarbeid og utveksle nødvendig informasjon til samarbeidspartnere og pårørende. Der det er mulig, bør dette dokumenteres i form av en skriftlig avtale.

Personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på å få utarbeidet en individuell plan (IP)¹⁴ og få oppnevnt en koordinator. Dersom man ikke ønsker en IP, har man allikevel krav på en koordinator.

Flere omfattende undersøkelser indikerer at det er begrenset andel tjenestemottakere som har ansvarsgruppe og relativt liten andel brukere med Individuell Plan (IP). Brukerplans kartlegging av personer med vurdert rusmiddelproblematikk som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, viser at 41 prosent av 11 400 kartlagte brukere hadde ansvarsgruppe, 13 prosent hadde Individuell Plan, 29 prosent hadde tiltaksplan eller annet planverk enn IP, og 12 prosent hadde koordinator uten IP. Samlet sett utgjør dette 54 prosent, noe som indikerer at hele 46 prosent av brukerne verken hadde IP / annen plan eller koordinator. 62 prosent (7000) av de 11 400 brukerne mottok samtidige tjenester fra

14 I 2001 ble individuell plan (IP) hjemlet i helselovgivningen, både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble den tydeliggjort som en pasientrettighet i pasientrettighetsloven. Individuell plan ble senere en rettighet både i sosialtjenesteloven, barnevernloven, NAV-loven og i lov om sosiale tjenester i NAV.

I forbindelse med samhandlingsreformen er det gjort endringer i helselovgivningen som blant annet tydeliggjør plikten til å oppnevne koordinator. I tillegg er hovedansvaret lagt til kommunen når det er behov for tjenester fra begge nivåer.

kommune- og spesialistnivå. Av disse hadde litt over halvparten (55 prosent) ansvarsgruppe, mens kun en tredjedel hadde IP/og eller koordinator.¹⁵

Etablering av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men det anbefales som en god arbeidsform når det er flere tjenesteytere som er involvert og det er behov for å koordinere innsatsen rundt den enkelte bruker. Forskning viser at å etablere ansvarsgruppe er en hensiktsmessig måte å organisere arbeidet med individuell plan på for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer.¹⁶ Ansvarsgrupper gir gode muligheter for samhandling, målretting og brukermedvirkning.

I arbeidet med strategien erfarer Helsedirektoratet at lovverket rundt taushetsplikt og nødrett praktiseres ulikt fra kommune til kommune. Fra enkelte kommuner rapporteres at taushetsplikt ikke er et hinder for utveksling av viktige opplysninger når en bruker har overdosefare, mens andre kommuner opplever store utfordringer for slik informasjonsutveksling med livreddende formål. I tråd med forskningsfunnene vil styrking av planarbeidet rundt den enkelte bruker ha høy prioritet for overdosestrategien. Økt fokus på tettere individuell oppfølging av høyrisikopersoner for overdose vil være viktig. Virkemidler vil være økt bruk av koordinator, Individuell plan inkludert kriseplan, bruk av ansvarsgrupper overfor målgruppen, bruk av samtykkeerklæring og en smidig forståelse av taushetsbestemmelsene når menneskeliv er i fare.

3.8. Det internasjonale bildet

Narkotikadødsfall er en internasjonal helseutfordring som omfatter de fleste land i verden. I en australsk undersøkelse er det beregnet at storparten av narkotikadødsfallene i verden er mulig å forebygge.¹⁷ I 2011 beregnet FN-organet UNODC (United Nation Organisation for Drugs and Crime) det årlige antallet narkotikadødsfall i verden til i overkant av 200 000 døde. UNODC påpeker at omfanget av narkotikadødsfall har vært noenlunde det samme de siste årene. De fleste døde er yngre voksne, majoriteten er menn, og de fleste dødsfallene involverer bruk av opioider.

3.8.1. Situasjonen i Sverige og Danmark

Både i Sverige og Danmark er narkotikadødsfall et betydelig problem. På grunn av gode registreringsrutiner er disse landene et naturlig sammenligningsgrunnlag for Norge. Begge land har tradisjonelt hatt færre dødsfall i forhold til innbyggertallet enn Norge. Av særlig interesse er at antallet og andelen dødsfall etter inntak av metadon og andre legemidler nå er

¹⁵ Brukerplans kartlegging i 2013, KORFOR

¹⁶ Gravrok Ø, Andreassen M, Myller T. Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige. Narvik: Nordnorsk kompetansesenter-rus; 2008 Skriftserie 2008:2.

¹⁷ Darke, S., Mattick, R. P. & Degenhardt, L. The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose. *Addiction* 98, 1169 – 1171 (2003)

høyere enn etter inntak av heroin i alle de tre skandinaviske landene, mens dette bare var tilfelle i Danmark tidligere.

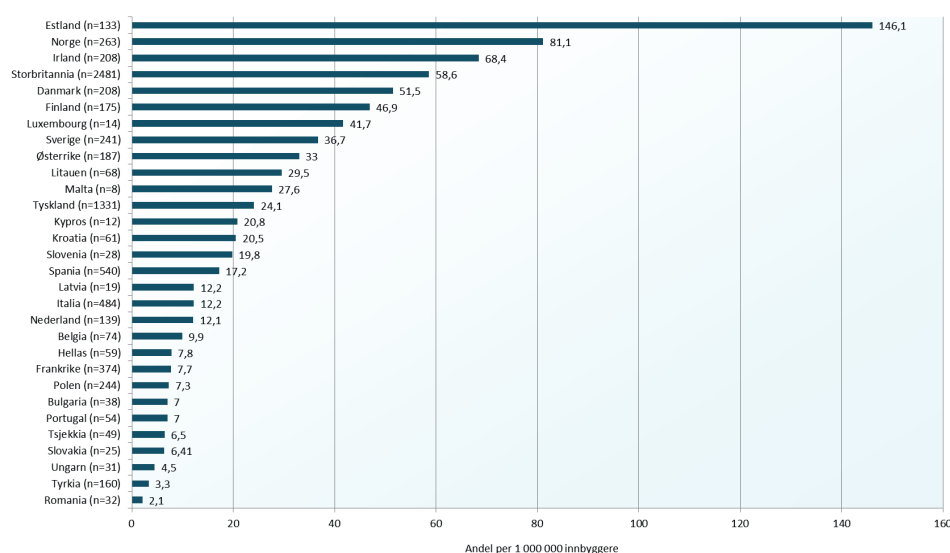
Danmark har rapportert gradvis færre narkotikadødsfall til EMCDDA siden 2009. I 2011 døde 190 personer, det laveste antallet døde siden 1995. 24 prosent av samtlige dødsfall skyldtes inntak av heroin eller heroin i kombinasjon med annet stoff, mens 60 prosent av dødsfallene skyldtes inntak av metadon alene eller sammen med annet stoff. Det er ikke påvist om substitusjonslegemidlene kommer fra behandlingsprogrammene eller fra andre kilder.

I Sverige var antallet narkotikadødsfall rapportert til EMCDDA i 2012 høyere enn noen gang. Antallet har blitt mer enn fordoblet på seks år, fra 198 i 2006 til 412 i 2012.

Av et dataregister i Sverige som omfatter noe flere dødsfall enn de som rapporteres til EMCDDA, går det fram at døde med metadon og buprenorfin i blodet nå er flere enn antallet med heroin i blodet. Heller ikke i Sverige er det påvist hvor substitusjonslegemidlene kommer fra. Som i Norge er det få i det svenske substitusjonsprogrammet som dør av overdose.

3.8.2. Europa

Totalt ble det i 2011 rapportert 6 500 narkotikadødsfall sammenlagt i EU og Norge til EMCDDA. Dette var en nedgang fra de to foregående årene, etter en økning fram til 2008/09. Dødelighetstall på over 40 dødsfall pr. million ble rapportert i seks land, blant dem Norge.



Figur 6
Antall overdosedødsfall i Europa 2010 per 1 000 000 innbyggere 15-64 år.
Kilde: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). 2010.

Figuren fra EMCDDA i Lisboa viser ulikheten mellom forekomst av registrerte narkotikadødsfall i forskjellige europeiske land i 2010. EMCDDA advarer mot sammenligninger mellom landene fordi registreringsrutinene er til dels svært ulike fra ett land til et annet og også frekvensen av obduksjoner.

Opioidinntak er påvist som dødsårsak for majoriteten av narkotikadødsfall, ofte i kombinasjon med alkohol eller benzodiazepiner. I tillegg til heroin blir det også funnet andre opioider, blant annet metadon, buprenorfin og smertestillende legemidler. Ni av ti av de døde er eldre enn 25 år, og gjennomsnittsalderen er økende. 80 prosent er menn.

Narkotikabruk er generelt en av de viktigste dødsårsakene blant unge mennesker i Europa, både direkte gjennom overdoser og indirekte gjennom narkotikarelaterte sykdommer, ulykker, vold og selvmord. En analyse fra EMCDDA anslår at mellom 10 og 20 000 opioidbrukere dør i Europa hvert år, en dødelighet som er 10–20 ganger høyere enn dødeligheten i normalbefolkningen.

3.8.3. USA

USA har de siste årene hatt svært høye og økende antall dødsfall etter narkotikainntak. Narkotikabruk er nå den største årsaken til ulykkesdødsfall i aldersgruppa 15 – 64 år. Økningen i dødelighet de siste årene er nært knyttet til økningen i forskrivning av sterke smertestillende legemidler, inkludert substitusjonslegemidler.

I 2010 registrerte myndighetene 38 329 slike dødsfall, 105 døde i uka. Majoriteten skyldtes inntak av forskrevne legemidler. Dødeligheten er langt høyere enn det europeiske gjennomsnittet. Narkotikadødelighet regnes som et av de store folkehelseproblemene i USA, og det er satt inn betydelige ressurser for å overvåke og bekjempe dødeligheten. I februar 2014 anbefalte Obama-administrasjonen at politifolk og brannmenn, som ofte er de som kommer først til etter en overdose, skal ha med nalokson for å kunne starte gjenopplivning.

4. Kunnskapsgrunnlaget

Faresonene

- injisering
- blanding med alkohol og benzo
- rett etter døgntilrettelegging uten substitusjon
- rett etter soning
- noe tid etter avsluttet LAR
- ved livskriser og opplevelse av total håpløshet
- injisering aleine
- injisering av opioid av ukjent styrke



Pasientsikkerhetskampanjens overdosekort.

4.1 Forskning

Det foreligger bred internasjonal forskning rundt narkotikadødsfall og narkotikadødelighet, i hovedsak knyttet til bruk av heroin/opioider. Kunnskapen knytter seg i større grad til epidemiologiske forhold og til de viktigste risikosituasjonene for narkotikaoverdose og død enn til effektive forebyggingstiltak. En bred sammenstilling av det internasjonale bildet er gitt av Degenhardt og medarbeidere.¹⁸ Aktuelt de siste årene er forskningen knyttet til ulike prosjekter for utdeling av nasal nalokson til brukere, helsepersonell og pårørende. Denne forskningen presenteres i avsnittet 5.2 Nalokson til brukere og lekfolk.

Den norske forskningen er mindre omfattende enn den internasjonale. Viktigst de siste årene er den omfattende studien av overdosedødsfallene i Oslo 2006-2008.¹⁹ Dette er den eneste systematiske overdosestudien fra en norsk kommune. Hovedfunnene i denne studien presenteres i Vedlegg 4. Dette materialet ligger allerede flere år tilbake i tid. Det er behov for den samme typen forskning flere steder i landet og for forløpende analyser av narkotikadødsfallene.

En sentral norsk studie er *Dødelighet før, under og etter LAR*.²⁰ Sammen med den årlige LAR-rapporten fra SERAF²¹ gir denne viktig kunnskap om dødelighet og sykkelighet blant pasientene i LAR og om i hvilken grad substitusjonsbehandling beskytter mot opioidoverdose. Hovedfunnet er at overdosedødeligheten i LAR i svært lav sammenlignet med tiden før inntak i LAR og tiden etter en utskrivning fra LAR.

En tiårs oppfølging av stoffmisbrukere i behandling²² gir verdifull innsikt i langtidsforløpet i et større utvalg norske rusmiddelbrukere i behandling når det gjelder dødelighet, helseutfordringer og tilfriskning. Studien viser at etter 10 år er 15 % av dette behandlingsutvalget døde, 70 % av overdose.

Det foreligger også flere studier av ambulanse- og legevakttjenesten i Oslo fra 2000-tallet.

Helsedirektoratet har inngått avtale med SERAF om et forskningsbasert utprøvningsprosjekt for nasal nalokson. (Nærmere omtalt under avsnittet Nalokson).

18 Degenhardt, L. et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 106, 32 – 51 (2011).

19 Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J., & Clausen, T. (2011). *Dødelige overdoser i Oslo*. En helhetlig gjennomgang. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

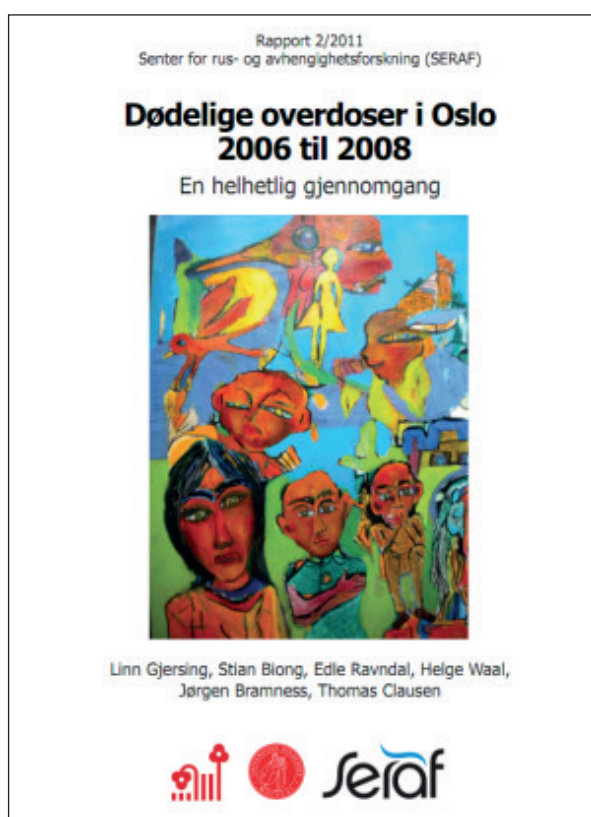
20 Clausen T. et al. Drug and Alcohol Dependence (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT)

21 Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Håseth, A. & Lillevold, P.H. Seraf Rapport 1/2013, Statusrapport 2012 LAR som det bli fremover?

22 Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Sirus rapport 6/2012

Det er avsatt egne midler til kortfattede kunnskapsoppsummeringer på flere områder. En viktig oppgave i overdosestrategien vil være å utarbeide en bred kunnskapsoversikt som oppsummerer hva vi vet om forebyggende tiltak nasjonalt og internasjonalt med noenlunde sikkerhet og hvilke kunnskapshull det er behov for å fylle.

Overdosestrategiens planlagte nettside vil legge stor vekt på forskningsformidling.



Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008 er den eneste norske studien som systematisk går gjennom overdosedødsfallene i en norsk kommune.

4.2. Hyppighet av overdoser på individnivå

Overdose er et relativt sjeldent forekommende fenomen og rammer brukerne ulikt. I en undersøkelse i London fant man at blant yngre brukere var frekvensen så lav som én overdose etter seks års sprøytebruk.²³ I denne undersøkelsen fant forskerne også at det å ha opplevd en overdose økte sjansene for å oppleve en ny. Dette funnet bekreftes i Dødelige overdoser i Oslo.

Sjansen for å oppleve andres overdose er vesentlig høyere enn sjansen for å oppleve egen overdose. En undersøkelse i Australia fant at 38 % av en

²³ Pows, Beverly et al: Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem; *Addiction* (1999/4), 471-478.

gruppe injiserende heroinbrukere hadde opplevd egen overdose, mens 70 % hadde opplevd andres overdose.²⁴

I tillegg vet man at overdose rammer ulikt; noen sprøytebrukere har opplevd mange egne overdoser, mens enkelte brukere aldri har opplevd overdose selv etter mange års sprøytebruk.

Dødelige overdoser er betydelig sjeldnere enn ikke-dødelige overdoser – mange misbrukere har derfor opplevd overdoser som de selv har overlevd og overdoser som venner har overlevd. En forskningsartikkel fra Australia anslår at for hver dødelige overdose, er det 20-25 ikke-dødelige overdoser.²⁵

Dødsfall som følger etter inntak av opioid og av GHB, skyldes stoffenes hemmende effekt på sentralnervesystemet med påfølgende demping av pustefunksjonen. Dette fører til oksygenmangel i sentrale organer og til slutt til respirasjonsstans og død. Bare et mindretall som dør av overdose, dør den første timen etter opioidinntak. Erfaringsmessig kan det ta opp til 10 timer fra opiatinntak til døden inntreffer. Tidsvinduet for å komme til med hjelp kan således være relativt langt.

Dette understreker at en overdosestrategi både må ha fokus på selvhjelp og fokus på opplæring i å hjelpe andre. At de fleste overdoser er ikke-dødelige, og at dødsprosessen kan ta opp til mange timer, gir samlet et mulighetsrom for livredding.

Sprøytekulturen i Norge regnes som en av de viktigste årsakene til at vi har så mange narkotikadødsfall.



24 McGregor, Cathrine et al: Experiencing non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perception; *Addiction* (1998/5), 701-11.

25 Darke, S., Mattick, R. P. & Degenhardt, L. The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose. *Addiction* 98, 1169 – 1171 (2003)

4.3. Risikofaktorer

I grove trekk viser internasjonal og norsk forskning et nokså entydig bilde av hva som er de viktigste risikofaktorene og risikosituasjonene knyttet til opioiddødsfall:

- Inntak av opioid med sprøyte
- Bruk av opioid etter «pauser»:
 - etter avrusning
 - etter utskrivning fra behandling
 - etter ikke-planlagt behandlingsavbrudd
 - etter soning tilbakefall etter perioder med rusmiddelfrihet
 - noe tid etter avslutning av substitusjonsbehandling
- Blanding av opioid med andre rusmidler/medikamenter, særlig alkohol og benzodiazepiner
- Lang tids bruk av opioider
- Injisering uten at andre er til stede
- Injisering av stoff med ukjent styrke
- Dårlig somatisk helse, svekket allmenntilstand
- Dårlig psykisk helse, for eksempel
 - depresjon
 - traumatisk belastning
 - opplevelse av en håpløs livssituasjon
 - selvmordstanker

5. Tiltaksplan



Det er den draumen me ber på

Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.

Olav H. Hauge, Spør vinden, 1971

Helsedirektoratet ser det som svært viktig at tiltakene i en overdosestrategi integreres i eksisterende planer og tiltak. I det følgende beskrives tiltak som allerede er igangsatt under utarbeidelsen av strategien eller planlegges iverksatt i strategiperioden.

En nasjonal overdosestrategi og særlig de lokale handlingsplanene må identifisere tiltak som møter disse risikosituasjonene og samtidig påpeke hvor tiltak anses å ha størst effekt. En hovedutfordring vil være å trekke ut de få områdene der vi skal sette i verk egne tiltak. På resterende områder er oppgaven først og fremst å gi innspill til eksisterende tiltak for å øke et overdoseforebyggende fokus i det allmenne tiltaksapparatet.

Arbeidet med strategien må ses i sammenheng med andre utviklingsområder og satsinger på rusfeltet som ulike tilskuddsordninger knyttet til utvikling av samhandlingsmodeller, oppfølgingstjenester i bolig, aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, samarbeid om utskrivningsklare pasienter og oppbygging av kapasitet i det kommunale tjenesteapparatet rettet mot målgruppen.

Arbeidet vil knyttes opp mot Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015), Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014 – 2020) samt den varslede opptrappingsplanen for rusfeltet.

5.1 Pilotkommuneprosjekt

Det viktigste virkemiddelet i overdosestrategien skal være lokale strategier / lokale handlingsplaner. I stortingsmeldingen Se meg! står at

«Formålet med strategien er å stimulere til utarbeidelse av flere lokale strategier for kommuner som har registrert overdosedødsfall.»

Helsedirektoratet har opprettet en tilskuddsordning som omfatter 9 kommuner i Norge som ifølge statistikk fra dødsårsaksregisteret/Sirus i 2011 var hardest rammet av overdosedødsfall. Dette gjelder kommunene Oslo, Bergen, Drammen, Fredrikstad, Asker, Porsgrunn, Arendal, Stavanger og Trondheim. KoRus Øst har fått i oppdrag å drifte et læringsnettverk som skal bistå kommunene i arbeidet med å nå målene for ordningen. Målet for tilskuddsordningen er å:

1. Kartlegge overdoser og overdosedødsfall i kommunen og omstendighetene rundt samt lage en årlig rapport basert på kartleggingen.
2. Utarbeide lokale handlingsplaner mot overdose i kommunen. Planen med tilhørende tiltak skal utarbeides i samarbeid med sentrale og berørte parter i den enkelte kommune som bruker- og pårørendeorganisasjoner, aktuelle kommunale etater, aktuelle spesialisthelsetjenester som ambulansetjenesten, akuttjenesten og legevakt, frivillige organisasjoner, politiet, kriminalomsorgen, øvrige aktuelle samarbeidspartnere.

Læringsnettverket er et prosjekt over 4 år (2014 – 2017) som skal munne ut i en oppsummering med anbefalte tiltak for kommunalt overdosearbeid. Det jobbes med å finne en god modell for å systematisere erfaringene fra læringsnettverket. En mulig løsning er å utarbeide en rutinehåndbok som vil bli gjort tilgjengelig for alle kommuner i Norge med et overdoseproblem.

Oslo og Bergen er de kommunene i landet som har de største narkotika-problemene. Samlet skjer nær 40 % av narkotikadødsfallene i Norge i de to byene. Dette er også de to eneste kommunene som har store åpne russcener. I Oslo var dette særlig situasjonen med «Plata» for noen år siden, men Bergen har det samme problemet i dag med miljøet i Nygårdsparken. Gjennom overdosestrategien vil Oslo og Bergen bli styrket med øremerkete stillinger til arbeidet med overdosedødsfall. Begge kommuner får en stilling gjennom pilotkommuneprosjektet og en halv stilling gjennom naloksonprosjektet.

5.2. Nalokson til brukere og lekfolk

Helsedirektoratet anbefalte i mars 2013 i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet at en burde sette i verk et prøveprosjekt for utdeling av nasal nalokson til brukere, pårørende og ansatte i gatenære tiltak i Norge. Departementet ga samme måned direktoratet i oppdrag å iverksette et slikt prosjekt.

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo, SERAF, har fått i oppdrag å utvikle og dokumentere et slikt prosjekt i Oslo og Bergen. Prosjektleder er professor Thomas Clausen og prosjektkoordinator er dr. med. Philipp Lobmaier, som tidligere blant annet har forsket på bruk av legemiddelet naltrekson som overdoseforebyggende tiltak. Samarbeid med et nasjonalt naloksonprosjekt i Danmark er innledet.

Nalokson er et effektivt middel ved livstruende opioidoverdose. Intravenøs og intramuskulær nalokson er i dag standard motgift og brukes verden over av ambulansepersonell og annet helsepersonell ved livstruende overdoser. Nalokson er helt uskadelig selv i store doser. Ved administrering av nalokson kan en ikke påføre pasientene annen skade enn en kraftig abstinens.

De senere årene har det i økende grad vært interesse for og evidens knyttet til bruken av nalokson som nesespray som suges opp gjennom neseslimhinnen.



Fra opplæring i kameratredning i det danske nalokson neseprosjektet.

Spesielt tre aspekt knyttet til nalokson administrert via neseslimhinnen har blitt evaluert. For det første reduseres faren stikkskader ved bruk av neseprosjektet istedenfor nalokson i sprøyteform. Dermed reduseres risiko for smitteoverføring (hepatitt C, HIV). For det tredje er neseprosjektet enklere å administrere og kan gjøres lettere tilgjengelig enn nalokson i sprøyteform.

Kunnskapsgrunnlaget er en rekke studier i flere land som har vist at det er gjennomførbart å lære opp legfolk til å gi nalokson og annen førstehjelp i en overdosesituasjon (kameratredning) som et livreddende tiltak før ambulanse kommer fram. Målgrupper for opplæringen er andre brukere og venner, pårørende, samt personale i fengsler, botilbud og gatenære tiltak. De seinere årene har en i en rekke forsøksprosjekter i USA og andre land forsøkt å opplære lekfolk i førstehjelp og administrasjon av nalokson ved overdose. Resultatene har vært oppmuntrende.

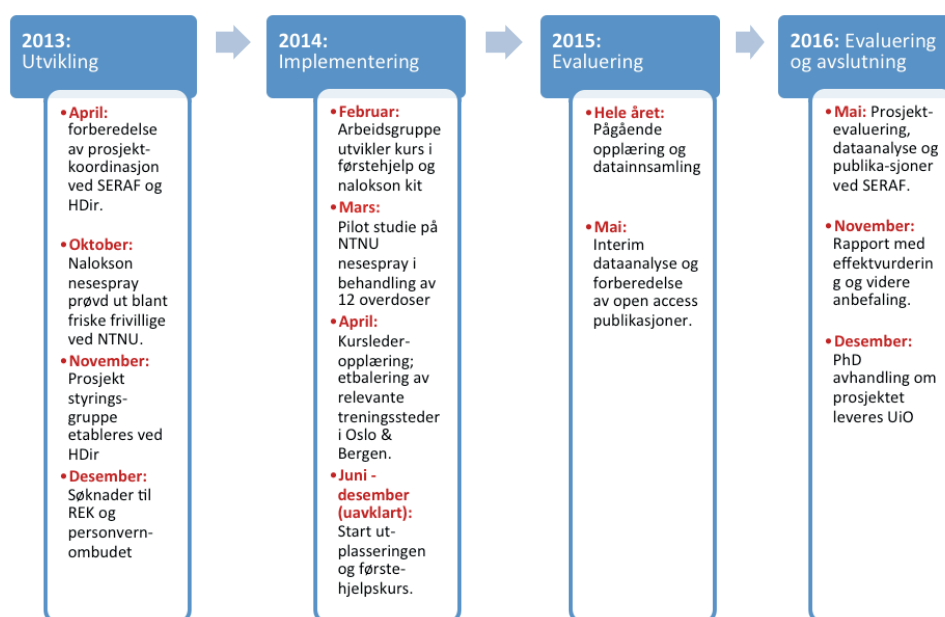
Nalokson neseprosjektet er prøvd ut i overdosebehandling i fire forskningsprosjekter som sammenlignet neseprosjektet med standard intravenøs eller intramuskulær nalokson.²⁶ Alle fire studiene viste raskt klinisk respons, dvs. normalisering av åndedrett etter at nalokson neseprosjektet ble gitt. Studier uten sammenligningsgruppe peker i samme retning, nemlig at nalokson neseprosjektet gir raskt klinisk respons og blir vel tatt i mot av brukergruppen.²⁷

26 Lankenau SE, Wagner KD, Silva K, Kecojevic A, Iverson E, McNeely M, et al. Injection drug users trained by overdose prevention programs: responses to witnessed overdoses. *Journal of community health*. 2013;38(1):133-41

- McAuley A, Best D, Taylor A, Hunter C, Robertson R. From evidence to policy: The Scottish national naloxone programme. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2012;19(4):309-19.
- Enteen L, Bauer J, McLean R, Wheeler E, Hurlaux E, Kral AH, et al. Overdose prevention and naloxone prescription for opioid users in San Francisco. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2010;87(6):931-41.
- Strang J, Powis B, Best D, Vingoe L, Griffiths P, Taylor C, et al. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*. 1999;94(2):199-204.

27 Lobmaier PP, Dalsbø TK, Clausen T. Nalokson neseprosjektet kan redusere risikoen for dødelige heroinoverdoser. *Norsk epidemiologi*. 2011;21(1):107-11.

Figur 7:
Utplassering nalokson
nesespray 2013 – 2016;
forsøksvis prosjektflyt
Kilde SERAF



Prosjektet i Oslo og Bergen med evaluering gir en unik mulighet til å gi anbefalinger om videreføring og om eventuell utvidelse nasjonalt. SERAF vil sikre den forskningsmessige evalueringen i utplasseringsprosjektet og levere sluttrapporten, samt ta ansvar for datainnsamlingen som skal ligge til grunn for evalueringen. Evalueringen avsluttes i 2016.

Prosjektet arbeider med to ulike nasale sprayløsninger, en midlertidig importert fra Skottland og en varig løsning som er under utvikling ved NTNU i Trondheim (se vedlegg). Beregnet oppstart for utdeling av nalokson til brukerne er i annet halvår 2014.

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo, SERAF, har fått i oppdrag å utvikle og dokumentere et prosjekt med utplassering av nalokson nesespray i Oslo og Bergen.



Naloksonprosjektet både utføres og følgeevalueres av Senter for rusmidelforskning, SERAF. Prosjektet løper ut 2016. Etter planen skal SERAF levere anbefalinger til Helsedirektoratet og Helsedepartementet både om mulig videreføring og om eventuell nasjonal utvidelse, i god tid innen prosjektslutt.

5.3. Pasientsikkerhetskampanjen – forebygging av overdose etter utskrivning fra TSB og etter løslatelse.

Forebygging av overdose etter utskrivning fra institusjon i spesialisthelsetjenesten ivaretas av Pasientsikkerhetskampanjen som ett av kampanjens prioriterte tiltak. Overdosetiltaket i kampanjen videreføres i fengselshelsetjenesten. Begge tiltak dekkes over overdosestrategiens budsjett.

Pasientsikkerhetskampanjen i regi av Kunnskapssenteret er igangsatt for å redusere antallet feilbehandlinger i helsetjenesten. Overdose etter utskrivning fra behandling i TSB kan ses som en feilbehandling i den forstand at pasienten ikke har fått god nok kunnskap fra helsetjenesten til å unngå overdose. Målet har vært å hjelpe helsepersonell til å oppdage og lære av egne feil og forhindre at de sammen feilene blir gjort om igjen og om igjen.

Løslatelsessituasjonen etter soning har mange paralleller til situasjonen etter utskrivning fra TSB. Den er også en av de viktigste risikosituasjonene for overdose, og den løslatte opplever seg ofte som en som faller mellom mange stoler. Samtidig er soningssituasjonen godt egnet for å opplæringstiltak av den typen Pasientsikkerhetskampanjen har benyttet. Det er derfor inngått en avtale mellom Helsedirektoratet og Pasientsikkerhetskampanjen om en videreføring av tiltaket til fengselshelsetjenesten.

På lenger sikt er det naturlig å knyttet tiltak i TSB og kriminalomsorgen opp mot utplassering av nalokson.

Kari Lossius fra Stiftelsen Bergensklinikkene som har vært med på å utvikle overdosetiltaket i Pasientsikkerhetskampanjen og som sitter i overdosestrategiens arbeidsgruppe skriver:

«Tiltaket har som mål å lære pasienter strategier for å unngå overdoser, å kunne identifisere symptomer på en begynnende overdose og gi akutt behandling. I tillegg får risikogruppene grundig innføring i og praktisk trening i «hjerte-lunge-redning». Treningsdukker blir brukt for å gjøre opplæringen realistisk.

Det er et velkjent problem at faren for overdoser er størst like etter utskrivning fra døgninstitusjoner. Kampanjen har derfor satt særskilt fokus på de problematiske overgangene som kan oppstå når en pasient flytter seg fra et hjelpetilbud til et annet. «Time i hånden når du går» er et hjelpemiddel for å hindre at pasienter «faller mellom de velkjente stolene», og sikrer at både institusjonen og pasienten vet hvem som har det videre ansvaret for behandlingsløpet. I tillegg legger kampanjen vekt på å utarbeide individuelle kriseplaner for hva pasienten og behandlingsapparatet kan gjøre hvis tilbakefall oppstår.



Etter inspirasjon fra Overdoseteamet i Trondheim er det blitt laget et «overdosekort» på størrelse med et bankkort. På den ene siden blir eieren av kortet minnet om ulike risikosituasjoner og enkel førstehjelp, på den andre siden er nødnummeret 113 trykket. Kortet deles ut til alle pasienter i målgruppen.

Overdosekampanjen ble først prøvd ut ved Oslo universitetssykehus, Stiftelsen Bergensklinikkene og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Fra januar 2014 gikk kampanjen fra prosjekt til permanent tiltak og heter «I trygge hender 24-7». Tiltakene skal nå implementeres i alle behandlingsinstitusjonene i Norge.

Flytter vi fokuset fra statistikk til den kliniske hverdagen ser vi raskt resultater. Pasienter rapporterer om økt mestringsopplevelse og at de nå har større oppmerksomhet rundt temaet overdoser. Personalet sier noe tilsvarende, med kampanjen er det lettere å sette overdoser på dagsordenen og en blir mer bevisst på hvilke pasienter som er særlig sårbare for å gå i overdoser. Så langt tyder mye på at det ikke bare er pasientene som lærer mer om dette kompliserte temaet, vi helsearbeidere får også hevet vår kompetanse.»

5.4 SWITCH - fra injisering til inhalering

En overgang til heroinrøyking er på lenger sikt det mest effektive for å få ned antallet overdosedødsfall. Vi har i dette arbeidet knyttet strategien opp mot SWITCH-kampanjen som er initiert av Funkishuset i Sandnes.

Overdoser og dødsfall etter bruk av opioider er i alt vesentlig knyttet til inntak av opioid med sprøyte. Dødsfall etter inntak ved inhalering («heroinrøyking») og snorting/sniffing aleine skjer svært i liten grad, men faren øker ved blanding med andre rusmidler som påvirker pusteevnen. I land der heroininhalering er utbredt, er det gjennomgående få overdosedødsfall. Kunnskap om alternative og mindre skadelige inntaksmåter når det gjelder andre opioider enn heroin er lite utforsket.

På lang sikt vil en overgang til heroininhalering være det mest effektive for å redusere heroindødsfall. I en pressemelding 20. februar i år sier Helse- og omsorgsdepartementet blant annet:

Det er helsemessige fordeler ved å røyke heroin fremfor å injisere. I Norge er det en kultur for injisering av heroin. Dette kan være noe av bakgrunnen for at Norge ligger høyt på statistikken over antall overdosedødsfall sammenlignet med andre land i Europa.

- Samtidig som vi styrker behandlingstilbudet for å hjelpe rusavhengige til et bedre liv, skal vi også bekjempe overdoser og overdosedødsfall blant dem som fortsatt er avhengig av rusmidler. Da er overgangen fra injisering til inhalering viktig.

Helsedirektoratet utarbeidet vinteren 2013 et notat til Helsedepartementet med argumenter for og mot heroinrøyking. Direktoratet vurderte at både for samfunn og for den enkelte som i dag injiserer heroin, vil en overgang til inhalering innebære en lavere risiko for overdose og slik sett være et fornuftig helsetiltak. Injeksjonsrelaterte sykdommer vil kunne bli mindre utbredt. Helsedirektoratet stilte seg derfor positivt til at helsepersonell i møte med den enkelte sprøytebruker anbefaler å utforske inhalering av heroin som en alternativ inntaksmåte. At en i en slik sammenheng bidrar med relevant brukerutstyr og informasjon anbefales og ses som en parallell til utdeling av injiseringsutstyr og informasjon om sprøyteteknikk for å unngå skader ved sprøytebruk.

Overgang til inhalering av heroin framfor injisering har i land der dette har skjedd i stor grad vært resultat av en kulturell utvikling uten intervensjoner fra myndighetenes side. Det er ikke forskningsbelegg for at en myndighetsstyrt intervensjon vil ha effekt. Helsedirektoratet mener det likevel er grunn til å ha stor oppmerksomhet mot alle tiltak som kan bidra til en slik kulturendring, til tross for at en foreløpig ikke har evidens for effekt av ulike tiltak.

En kulturendring skjer ikke over natten. Tankegangen bør være at enhver heroindose som røykes og ikke injiseres, er et mulig overdosedødsfall forebygget.

5.5. 31 august - verdens overdosedag

31. august er etablert som en internasjonal Overdose Awareness day - Verdens overdosedag. Dagen ble første gang markert i Australia i 2001, etter initiativ av Frelsesarmeen. I fjor ble dagen markert verden over. Mottoet for dagen er Rememberance and Prevention. Vi har oversatt det slik: Å minnes de døde for å forebygge nye dødsfall.



31 august 2013 hadde Foreningen for en human narkotikapolitikk en markering på Karl Johans gate i Oslo. Philipp Lobmaier, prosjektkoordinator for strategiens naloksonprosjekt, deltok med appell. I 2014 vil 31 august bli markert over hele landet.



Tatt i betraktning hvor mange som dør av overdose hvert år, vekker narkotikadødsfall forholdsvis lite oppmerksomhet i Norge. Kanskje er dette et uttrykk for stigma og skam som fortsatt er knyttet til rusmiddelbruk, og en likegyldighet overfor de som er rammet. Årlig markeres de narkotikadøde i Norge med mindre markeringer omkring i landet, ofte på 1. desember, verdens aidsdag. Men markeringene får lite oppmerksomhet. Minnesmarkeringene i forbindelse med trafikkdødsfall er slående.

31 august
Verdens overdosedag



Minnes de døde
Forebygge nye
dødsfall

Helsedirektoratet ønsker å øke den offentlige oppmerksomheten rundt narkotikadødsfallene for å høyne bevisstheten rundt overdose og redusere stigma knyttet narkotikadødsfall. Dette har en betydning både for de som sørger over tapet av familie og venner og for å spre budskapet at overdosedødsfall kan forebygges. 31. august er allerede etablert som International Overdose Awareness Day – Verdens overdosedag. I fjor ble dagen markert i mange land verden over. Mottoet for dagen er Rememberance and Prevention. Vi har oversatt det slik: Å minnes de døde for å forebygge nye dødsfall.

Overdosestrategien vil knytte seg opp mot den internasjonale markeringen og etablere 31. august som en felles nasjonal minnedag i Norge.

Landsforening mot stoffmisbruk, de pårørendes organisasjon, har fått i oppdrag å etablere et nettverk for en første nasjonal markering 31. august 2014. Helsedirektoratet vil bidra med buttons og plakater.

5.6. Nettverk av gatenære tiltak

De gatenære tiltakene, både i kommunal og frivillig regi, har lang tradisjon for å yte helsehjelp og annen type bistand til personer med opioidavhengighet og stor risiko for overdose. Tiltakene utgjør en viktig del av det helhetlige tjenestetilbudet i kommunen og må betraktes som et viktige overdoseforebyggende tiltak.

KoRus Øst har fått i oppdrag å utvikle et nettverk av gatenære tiltak i Norge sammen med KoRus Oslo. Nettverket skal arrangere årlige konferanser med fokus på overdoseforebyggende tiltak og hvor tiltakene i strategien vil være naturlige temaer på samlingene.

5.7. Fortsatt utbygging av LAR

Substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet er det eneste evidensbaserte tiltaket der forskningen viser effekt på dødelighet, og er vist i en rekke internasjonale artikler. Den store økingen i antallet overdosedødsfall på 1990-tallet var således en medvirkende årsak til at substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet ble gjort til et nasjonalt tiltak fra 1998, et tiltak som etter hvert fikk navnet Legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Siden den gang har mer enn 9500 pasienter vært inkludert i LAR og ved siste årsskifte var det mer enn 7000 pasienter i LAR. Færre pasienter faller ut av LAR i Norge sammenlignet med tilsvarende tiltak i andre land. Substitusjonsbehandling har dessuten vesentlig mindre frafall enn behandling av opioidbrukere uten substitusjonsmedisinering.

Utbyggingen av LAR har spart mange menneskeliv. I en studie av dødelighet før under og etter LAR viser Thomas Clausen ved SERAF at overdosedødeligheten blant pasienter som forblir i LAR er meget sterkt redusert sammenlignet med dødeligheten før og etter LAR.²⁸ Clausen har beregnet at LAR sparer rundt 70 liv årlig.

En videre utbygging av substitusjonsbehandling for opioidavhengige må nødvendigvis ha svært høy prioritet i en overdosesammenheng. For overdosestrategien vil det være viktig å bidra til

- en styrking av inntaket i LAR overfor de dårligst fungerende opioidbrukere. På dette området skjer det et utviklingsarbeid nasjonalt i regi av helseforetakene, etter modell av Lasso-tiltaket i Oslo
- en styrking av oppfølgingen etter inntak
- en styrking av innsatsen overfor de som er i ferd med å falle ut av LAR

De siste årene har antallet metadoninduserte dødsfall nær blitt fordoblet (se 3.2.3). Det vil være en prioritert oppgave i overdosestrategien å finne

²⁸ Clausen T. et al. Drug and Alcohol Dependence (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT)

Utbyggingen av LAR etter 1998 har spart mange menneskeliv. Her fra en demonstrasjon foran Stortinget i 1997 for metadonbehandling i Norge.



forklaringer på denne utviklingen og utvikle tiltak i overensstemmelse med forklaringene.

5.8. **Helhetlig oppfølging og behandling, utveksling av informasjon, selvmordsforbyggende tiltak**

I arbeidet med strategien erfarer Helsedirektoratet at lovverket rundt taushetsplikt og nødrett praktiseres ulikt fra kommune til kommune. I enkelte kommuner er taushetsplikt ikke et hinder for utveksling av viktige opplysninger når en bruker har overdosefare. I tråd med forskningsfunnene vil styrking av planarbeidet rundt den enkelte bruker ha høy prioritet for overdosestrategien.

Helsedirektoratet vil arbeide for økt fokus på tettere individuell oppfølging av høyrisikopersoner for overdose. Virkemidler vil være økt bruk av koordinator, Individuell plan inkludert kriseplan, bruk av ansvarsgrupper overfor målgruppen, bruk av samtykkeerklæring og en smidig forståelse av taushetsbestemmelsene når menneskeliv er i fare. Vi vil i denne sammenheng også søke økt kunnskap om og iverksette tiltak knyttet til selvmordsvurdering og selvmordsforebygging.

5.9. **Samle pårørendeerfaringer**

Helsedirektoratet har gitt Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS) i oppdrag å systematisere de pårørendes erfaringer med oppfølgingstilbudet etter overdosedødsfall eller gjentatte overdoser uten dødelig utgang. Erfaringene skal publiseres i form av et hefte. I arbeidet vil det bli vektlagt å samle erfaringer fra ulike steder i landet samt at det samarbeides spesielt med aktører som har erfaringer fra oppfølgingsarbeid rettet mot pårørende som f. eks. Helse- og overdoseteamet i Trondheim.

5.10. Sikrere forskrivning av vanedannende legemidler - fastlegens rolle

Fastlegen er en viktig aktør og samarbeidspartner i arbeidet med rusmiddelavhengige. Fastlegen kan være henvisende instans til spesialisthelsetjenester, sentral i LAR behandling og en viktig deltaker i ansvarsgrupper. Fastlegen har gjerne en langvarig relasjon til pasienten og pasientens nærmeste. Fastlegen har også en viktig rolle i forbindelse med utskriving av vanedannende medikamenter.

Helsedirektoratet har siden høsten 2011 arbeidet med en revidering av tidligere veileder om forskrivning av vanedannende legemidler. Den reviderte veilederen, Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet, er i disse dager ut på høring og forventes ferdigstilt om kort tid. Hensikten med veilederen er å sikre at forskrivning og bruk av vanedannende legemidler er i tråd med anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Med veilederen skal det settes en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten og harmonisere behandlingstilbudet i hele landet. Veilederen skal bidra til å hindre at pasienter blir avhengige av vanedannende legemidler eller får andre problemer knyttet til denne legemiddelgruppen. En nasjonal handlingsplan for sikrere forskrivning av vanedannende legemidler vil bygge på veilederens anbefalinger.

I arbeidet med strategien, særlig knyttet til de lokale handlingsplanene, bør lokale lag av legeföreningen, lokale samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg trekkes inn i arbeidet.

5.11. Statistikkrapportering

Det vil være en viktig oppgave i Nasjonal overdosestrategi å for bedre den offentlig tilgjengelige statistikken på overdosefeltet, særlig på kommunenivå, i tråd med oppdraget. Det er en målsetting å få på plass et robust system for tilbakemelding til kommunene på dette området.

Det foreligger ikke nasjonal statistikk knyttet til overdoseutrykninger i ambulansetjenesten, verken når det gjelder antall utrykninger, hva slags oppfølging som er gitt eller utfall. Ambulansestatistikk på kommunenivå er etter det vi kjenner til, usystematisk innsamlet / publisert. Kunnskap om overdoseutrykninger vil ha betydning for overdosestrategien og en vil arbeide for at slik statistikk blir tilgjengelig, både på nasjonalt og lokalt nivå.

5.12. Overdoseovervåking

I rapporten «Dødelige overdoser i Oslo 2006 – 2008» anbefales det både å utrede mulighetene for et varslingsystem vedrørende livstruende overdoser samt å opprette en faginstans, f.eks. en «overdoseoverlege» i de store byene, med ansvar for å journalføre alle overdosedødsfall og utarbeide en egen årsberetning for overdosedødsfallene med en grundig gjennomgang av hendelsene.

Helsedirektoratet vil utrede muligheten for å opprette overdoseovervåking f.eks. på fylkesnivå. Videre vil vi tråd med mandatet utrede hvordan vi kan få på plass gode årlige oversikter på nasjonalt og lokalt nivå som også kan bidra inn i kontinuerlige læringsprosesser.

5.13. **Følgerevaluering**

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Statens institutt for rusmiddelforskning, Sirus, i oppdrag å evaluere strategien. En plan for evalueringen ble utarbeidet i 2013 av Sirus. Arbeidet vil bli ledet av forsker Linn Gjersing, hovedforfatter av den omtalte overdoserapporten for Oslo og vil i hovedsak bli utført av forsker Marit Gryt-Edland. Evalueringen vil bli levert i 2018.



5.14. **Nettside**

Det skal utarbeides en nettside til bruk i overdosestrategien. Nettsiden skal knyttes opp mot hjemmesiden til Helsedirektoratet.no og Helsenorge.no. Nettsiden skal inneholde relevant informasjon til brukere, pårørende og tjenestene, aktuell forskning og muligheter for blogginnlegg.

Vedlegg 1

Oppdragsdokumenter

I stortingsmeldingen Se meg! står blant annet følgende:

«Reduksjon av overdosedødsfall gjennom en egen nasjonal strategi

Enkelte norske byer er i ferd med å utvikle strategier for å redusere overdosene. Dette er en utvikling i riktig retning. For å understøtte denne positive utviklingen vil Helsedirektoratet få i oppdrag å utarbeide en egen nasjonal strategi for reduksjon av overdoser i samarbeid med relevante instanser som bruker- og pårørendeorganisasjoner og kommunene. Målet er en årlig reduksjon i antall overdosedødsfall.

Formålet med strategien er å stimulere til utarbeidelse av flere lokale strategier for kommuner som har registrert overdosedødsfall. De lokale strategiene bør ha konkrete mål og tiltak på følgende områder:

- Ansvar for videreutvikling og koordinering av hjelpetiltakene og tydelig ansvars plassering ved risiko for overdosedødsfall
- Videreutvikle kompetanse blant særlig berørt personell som ambulanse- og legevaktpersonell
- Forebygge overdose etter utskrivning fra institusjon
- Nødvendig informasjon og involvering fra pårørende
- Påvirke brukerkultur (redusere injisering) og videreutvikle livreddende tiltak.

Det vil bli utarbeidet en oppsummering og vurdering av resultatene etter fem år.

Det er i tillegg en utfordring å samordne oversikter over antall narkotikadødsfall sentralt, og det er derfor behov for å utarbeide rutiner for å sikre årlig rapportering til Helsedirektoratet om overdosedødsfall.

Helsedirektoratet skal utarbeide indikatorer for å måle utviklingen i overdosesituasjonen og vurdere behovet for faglige retningslinjer.

Innsatsen for å redusere risiko for overdosedødsfall, vil også bli styrket gjennom pasientsikkerhetskampanjen.»

I Statsbudsjettet for 2013-14 står følgende om overdosestrategien:

«Nasjonal overdosestrategi

Stortinget ga gjennom behandlingen av Meld. St.30 (2011–2012) tilslutning til at det skal utarbeides en egen nasjonal femårig overdosestrategi med mål om en årlig nedgang i antallet narkotikadødsfall. Det ble videre besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide strategien

...

Tiltakene i strategien planlegges og gjennomføres i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, kommuner, samt andre involverte parter og det vil bli foretatt en følgeforskning for å kunne følge utviklingen.

Som et element i overdosestrategien har Helsedirektoratet i 2013 gitt Senter for rus- og avhengighetsforskning oppdrag om å sette i gang forsøksprosjekt i Oslo og Bergen med utdeling av og opplæring i bruk av nalokson neseppray til brukere og pårørende. Statens institutt for rusmiddelforskning skal foreta en følgeevaluering av forsøket.[Evalueringen av naloksonprosjektet er også lagt til Senter for rusmiddelforskning, mens evaluering av overdosestrategien er lagt til Statens institutt for rusmiddelforskning, Helsedirektoratets anmerkning]

Det er bevilget 10 mill. kroner til utvikling overdosestrategien i 2013. Bevilgningen foreslås videreført.»

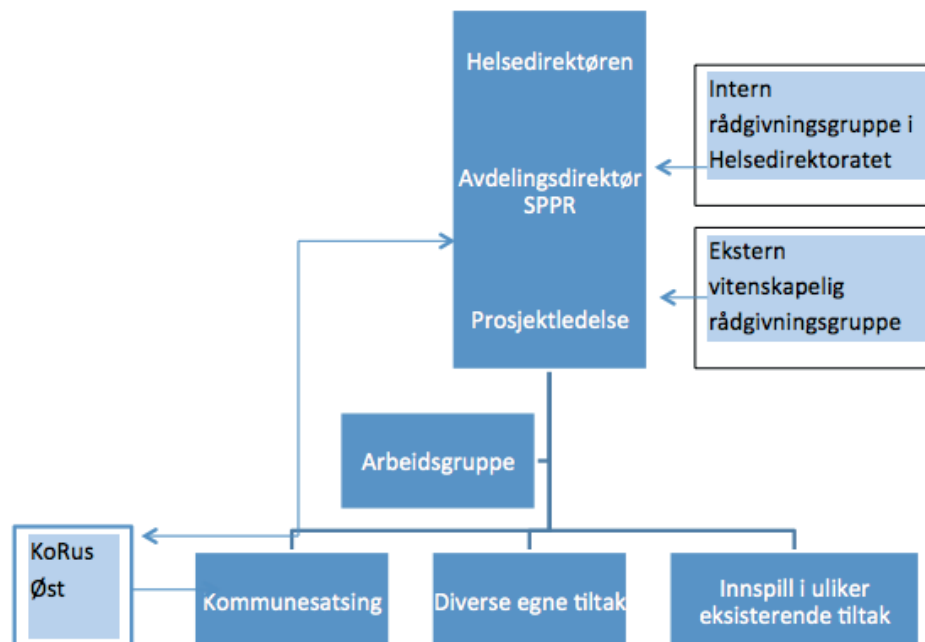
Vedlegg 2

Prosjektorganisering

Prosjekteier: Helsedirektøren

Prosjektansvarlig: Avdelingsdirektør Gitte Huus,
Avd. psykisk helsevern og rus

Prosjektutfører: Martin Blindheim, Avd. psykisk helsevern og rus;
Kari Britt Åkre, Avd. psykisk helse og rus



Vedlegg 3

Arbeidsgruppe

Stian Biong, professor Høgskolen i Buskerud

Håkon Blomstrøm, medarbeider Helse- og overdoseteamet Trondheim kommune

Line Eikenes, profesjonell brukermedvirker, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon

Merete Hanch-Hansen, avdelingsdirektør Velferdsetaten Oslo kommune

Vidar Hårvik, styremedlem i Fagrådet, rusfeltets hovedorganisasjon / leder brukerforeningen MARBORG

Arild Knudsen, leder Foreningen for Human Narkotikapolitikk

Bjørn Loe, ambulanseavdelingen, Oslo Sentrum,

Anne Loennechen, etatsjef Etat for psykisk helse og rustjenester Bergen kommune

Kari Lossius, leder overdosetiltak TSB i Pasientsikkerhetskampanjen / fagdirektør Stiftelsen Bergenslinikkene

Åse Odland, leder Funkishuset Sandnes kommune, initiativtaker SWITCH

Solveig Brekke Skar, virksomhetsleder, KoRus Øst

Ivar Skeie, overlege LAR Innlandet

Jørn Solsvik, politioverbetjent Bergen sentrum politistasjon

Kari Sundby, generalsekretær Landsforbundet mot stoffmisbruk

Frode Woldsund regionleder Frelsesarmeens rusomsorg

Martin Blindheim, Helsedirektoratet, Avd. psykisk helsevern og rus

Kari Britt Åkre, Helsedirektoratet, Avd. psykisk helse og rus

Vedlegg 4

«Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008»

- hovedfunn

Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008 (Gjersing og medarbeidere: SERAF-rapport 2/2011) er den sentrale norske studien når det gjelder narkotikadødsfall. Studien ble bestilt av byrådet i Oslo og er den eneste systematiske overdosestudien fra en norsk kommune.

Studien gjennomgår de 232 narkotikadødsfallene som ble registrert i Oslo i perioden 2006-08. Gjennomsnittsalderen blant de døde var 36 år; hver femte var kvinne. Bare 18 prosent ble funnet utendørs og 67 prosent ble funnet i privat bolig.²⁹ To av tre døde etter inntak av heroin og hver tiende etter inntak av metadon. Gjennomsnittlig ble det påvist mellom tre og fire ulike rusmidler/medikamenter i blodet til de avdøde. Den vanligste kombinasjonen var heroin og benzodiazepiner.

Hver tredje døde var folkeregistrert i annen kommune enn i Oslo. Disse var i hovedsak yngre menn som døde av heroinoverdose utendørs eller i en offentlig bygning.

Studien konkluderer at de viktigste tiltakene for å få ned antallet narkotikadødsfall er

- å påvirke brukerkultur
- å få bedre samhandling i tiltaksapparatet
- å etablere en bred, langsiktig politisk plan i kommunen

Av særlig interesse for overdosestrategien og arbeidet med lokale handlingsplaner er omstendighetene rundt dødsfallene. Vi siterer fra sammendragkapittelet:

«186 av de døde var i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av året for dødsfallet. I gjennomsnitt hadde personene hatt kontakt med tre til fire ulike tiltak. 57 prosent av disse var i kontakt med tiltaksapparatet i løpet av de tre siste ukene før dødsfallet. Flest blant de Oslo-tilhørende hadde hatt kontakt med sosialtjenesten, mens ambulansetjenesten var den instansen flest av de tilreisende hadde hatt kontakt med. Det var en opphopning av dødsfall i løpet av de tre første ukene etter løslatelse fra fengsel, og etter avsluttet medikamentfri døgntilrettelagt behandling på rusfeltet. Det var ikke en tilsvarende opphopning av dødsfall i de første ukene etter avsluttet LAR.

²⁹ Det er verdt å merke seg at i denne rapporten defineres Rusmiddelstatens lavterkselboliger inn under funnstedskategorien «privat bolig».

Brukere, pårørende og fagfolk beskrev ulike hovedtyper av overdosedødsfall som for eksempel, uhell og utslitthet som igjen hadde sine undergrupper. Brukerne forsto utslitt-overdoser som knyttet til deres generelle livsvilkår. Opplevelsen av sosial isolasjon, nylige relasjonsbrudd og mange påfølgende overdoser ble forstått som risikofaktorer for nye overdoser. Samtidig kunne det virke som fagfolk i sosialtjenesten og kommunale rustiltak ikke etterspurte erfaringer med overdoser eller selvmordsrisiko på en systematisk måte. Undersøkelsen gir et bilde av at faktorene ved overdosedødsfall er sammensatte, samtidig som tiltaksapparatet ble beskrevet som for fragmentert med mangel på skriftlige prosedyrer, samhandling og informasjonsflyt.

Pårørende hadde i ulik grad vært informert om og deltatt i oppfølgingen og rusbehandlingen. De opplevde seg i liten grad sett, fulgt opp eller støttet av sosial- og helsefaglige instanser. De ønsket å kunne ha blitt varslet i krisesituasjoner.

Fagfolk hadde erfart at forvaltningen av taushetsplikten medførte utfordringer for dem i form av lite samarbeid og mangel på informasjon innad i og særlig mellom etater og mellom ulike tjenestenivåer. De beskrev videre at forståelsen av rusproblemene, oppgavene og mulige løsninger var høyst ulik. Mange følte avmakt i sitt arbeid med personer som var overdoseutsatte og det ble beskrevet at sektoren var preget av hyppig bytte av fagfolk. De ønsket likevel å videreutvikle det overdoseforebyggende arbeidet. Både brukere, pårørende og fagfolk hadde ulik oppfatning av bruk av tvang, men var i de fleste tilfeller positive til dette ved (gjentatte) overdoser.

«Den høye forekomsten av overdosedødsfall i Oslo er i hovedsak forklart ved brukerkulturen; med injiserende blandingsmisbruk, dominert av heroin, som er den bruksformen som gir høyest risiko for død.»

Fagfolk henviste ikke til vedtatte politiske mål når de fortalte om sine erfaringer med overdoser og overdosedødsfall. Det ble ikke funnet eksplisitte politiske mål for arbeidet med å forebygge overdosedødsfall etter en gjennomgang av ulike politiskedokumenter fra Oslo kommune.

Skal man få til en vesentlig reduksjon av disse dødsfallene må man påvirke og legge til rette for at brukerne inntar stoffer på en mindre risikabel måte for eksempel å røyke fremfor å injisere heroin. I tillegg må det være tilgjengelige og tilstrekkelige differensierte behandlingsmuligheter for heroinavhengighet.

De fleste som dør av overdoser i Oslo har hatt kontakt med flere ulike instanser i tiltaksapparatet, men dette fremstår som for fragmentert til at noen tar ansvar når kritiske situasjoner oppstår. Det ser ut til å være et fravær av systemer for å ta lærdom av hva som har skjedd etter et overdosedødsfall, som for eksempel en vurdering av om oppfølgingen og behandlingen var optimal.

Vedlegg 5

Nasal administrasjon av nalokson

Det finnes to mulige løsninger som kan brukes i overdosestrategiens utplasseringsprosjekt. Ingen av dem er markedsført i Norge:



Den ene (venstre bilde) er markedsført i Storbritannia siden juni 2012. Dette er ferdigfylte sprøyter som inneholder 2 ml med 1 % (1 mg/ml) nalokson løsning til bruk mot opioidoverdoser. Sprøytene har gjengelokk som tillater både bruk av sprøytespiss til injeksjon eller nasal forstøver. Sprøytene må klargjøres med én av delene før bruk.

Den andre mulige løsningen (høyre bilde) utvikles for tiden i et prosjekt i Trondheim av professor Ola Dale ved NTNU med utprøving av hvilken konsentrasjon som egner seg best ved bruk nasalt. Denne varianten, med en vesentlig høyere konsentrasjon, er utprøvd blant friske frivillige og vil høsten 2014 bli utprøvd blant pasienter med mistanke om opioidoverdose.

Overdosestrategien ønsker å bruke NTNU spray så snart denne er ferdig utprøvd og godkjent, fordi den regnes som den sikreste og mest bruker-vennlige løsningen. Utviklingsperioden er imidlertid usikker og en planlegger å starte utplasseringen med den skotske løsningen og så skifte til den norske seinere. Det er innledet samarbeid med et legemiddelfirma om innkjøp og ompakking for norske forhold av den skotske løsningen, men uten nålespisser.

Det statlige britiske Advisory Council on the Misuse of Drugs ga i 2012 den britiske regjeringen følgende anbefaling:

- Naloxone should be made more widely available to tackle the high numbers of fatal opioid overdoses in the UK.
- Government should ease the restrictions on who can be supplied with naloxone

- Government should investigate how people supplied with naloxone can be suitably trained to administer it in an emergency and respond to overdoses
- Til tross for omfattende forskning om gjennomførbarheten av naloksonprosjekter er det foreløpig ikke vist entydig at det er en klar årsaks-sammenheng mellom reduksjonen av overdosedødsfall og utplassering av nalokson. Gjennomførbarheten er imidlertid godt dokumentert. Samtidig foreligger omfattende erfaringskunnskap om virkningen av slike prosjekt på brukerne.

Figur og tabelloversikt

Figur 1

Trafikkdødsfall i Norge 1976 - 2013

Kilde: Statens vegvesen

Side 11

Figur 2

Antall narkotikadødsfall 1996 - 2012; Norge

Kilde: Dødsårsaksregisteret, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Side 15

Figur 3

Dødsårsaker 2003 - 2012. Narkotikadødsfall. Prosent

Kilde: Dødsårsaksregisteret, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Side 16

Figur 4

Narkotikadødsfall i norske fylker 2012. Antall

Kilde: Sirius

Side 18

Figur 5

Narkotikadødsfall 1997 - 2012 oppdelt på kjønn og alder. Antall

Kilde: Sirius

Side 20

Figur 6

Antall overdosedødsfall i Europa 2010 per 1 000 000 innbyggere 15-64 år

Kilde: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Side 27

Figur 7:

Utplassering nalokson neseppray 2013 - 2016; forsøksvis prosjektflyt

s. 45

Kilde SERAF

Side 38

Tabell 1

Narkotikadødsfall; fordelt på ulike opioider

Kilde: Tall fra SSB

Side 17

«Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»

Ovenstående formulering er valgt som motto for Nasjonal overdosestrategi 2013 – 17. Den er hentet fra Prosjekt oppsøkende helseteam i Oslo som virket i 1992-97 og var det første overdoseteamet i en norsk kommune.

Langvarig og omfattende rusmiddelbruk er svært risikabelt, med kort vei mellom liv og død. Det første målet i en tiltakskjede er alltid livredding. Helsetjenestens fremste oppgave er å redde liv, dernest helbrede, lindre og gi omsorg. Som en heroinbruker sa på et møte: «Du veit det, at en død narkoman går det ikke an å rehabilitere».

«Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve» er et motto som både griper hovedpoenget med en overdosestrategi – å hjelpe folk til å overleve – samtidig som det favner bredden i rusfeltet, fra skadereduksjon til behandlingstiltak med rehabiliteringsmål.

31 august
Verdens overdosedag



Minnes de døde
Forebygge nye
dødsfall



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no