



Oslo

Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene



Byrådens sak nr.: 44/23

Trykk:

Foto:

Design/layout:

Etterarbeid tekst:

Ansvarlige:

Innhold

Forord4

Innledning	5
Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid avgrenses mot.....	5
følgende andre dokumenter	5
Mål 6	
Målgruppe	6

Tiltak 7

Tiltak 1: Gjennomføre overdoseforebyggende samtaler	7
Tiltak 2: Oppmerksomhet om ernærings situasjonen	8
Tiltak 3: Gjennomføre regelmessig førstehjelpsoptøring	8
Tiltak 4: Dele ut brukerutstyr	9
Tiltak 5: Informere og motivere til mindre helseskadelige inntaksmåter (Switch)	10
Tiltak 6: Dele ut Nalokson nesepay	10
Tiltak 7: Informere om substitusjonsmuligheter i LAR, LASSO eller HABiO	11
Tiltak 8: Koordinering av det overdoseforebyggende arbeidet i bydelen.....	11
Tiltak 9: Etablere kriseberedskap ved overdosedødsfall	12
Tiltak 10: Etablere mottak av varslings	13
Tiltak 11: Samarbeid med fastlegene.....	13
Tiltak 12: Evaluere overdosedødsfall	13

Kunnskapsgrunnlag.....	14
Overdosedødsfall i Norge 2021	14
Nye grupper	14
Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008	15
Risikofaktorer for overdose	15
Inntak av opioider med sprøyte.....	16
Tidlig debut, langtidsbruk av opioider og redusert allmentilstand	17
Tidligere overdoser	17
Bruk av opioider etter «pauser» og ved substitusjonsbehandling	17
Injisering alene, blanding av opioider og andre rusmidler	17
Ernæring.....	18
Sosiale forhold som manglende nettverk, nylige relasjonsbrudd og ensomhet	19
Pårørende og etterlatte	19
Referanser	19

Forord

Bydelene har ansvar for å fremme helse og forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og lidelse. Ansvar et gjelder også personer med rusproblemer.

Det er fortsatt for mange som dør av overdose i Oslo. Nedgangen de siste årene er likevel svært gledelig. I overdosearbeidet vet byrådet at vi må tenke langsiktig i arbeidet mot stortingets og bystyrets null-visjon.

Målrettet innsats med kunnskapsbaserte og brede tiltak over tid har effekt. En av de utfordringene vi må løse er at så mange som fire av fem som dør av overdoser i Oslo hadde kontakt med hjelpeapparatet de siste ukene før dødsfallet. Den instansen som de fleste hadde vært i kontakt med i tiden før dødsfallet er NAV. Det ser ut til at overdoser og overdosedødsfall kan utgjøre en særlig faglig utfordring for sosialarbeidere i NAV.

Med Oslostandarden ønsker byrådet å gjøre helse- og sosialfaglige medarbeidere i bydelene tryggere på innholdet i et godt og systematisk overdoseforebyggende arbeid. Oslostandarden inngår i byrådets strategiske plan for rusfeltet, særlig med tanke på økt livskvalitet ved rusproblemer. Den skal være et felles faglig utgangspunkt og sikre god kvalitet og likeverdige tjenester i det lokale overdoseforebyggende arbeidet på tvers av bydelene.

I denne reviderte versjonen legges det vekt på at tiltakene gjelder uavhengig av alder, at tjenestene må rette oppmerksomheten mot dem som bruker smertestillende legemidler som inneholder opiater, samt en tydeliggjøring av innholdet i de overdoseforebyggende samtalene, og vurdering av ernærings situasjonen er inkludert som nytt tiltak.

Oslo, mai 2023

Usman Mushtaq
byråd

Innledning

I strategisk plan for rusfeltet i Oslo peker byrådet på at det er et mål at voksne med problematisk rusbruk på sikt skal kunne nyttiggjøre seg av helse- og sosiale tilbud i bydelen der de bor. Det kan gjøres ved at den enkelte blir motivert og ser seg tjent med å benytte tilbudene i bydel. Helsefremmende og forebyggende arbeid med mål om å forebygge overdoser og overdosedødsfall bør derfor hovedsakelig foregå i bydelene.

Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene inneholder tiltak som skal bidra til likeverdige tjenester i arbeidet med å redusere overdoserisiko og overdosedødsfall blant personer med rusproblemer. Tiltakene viderefører i stor grad det overdoseforebyggende arbeidet som allerede er i gang i Oslo kommune.

Standarden skal bidra til kunnskapsbasert kvalitet på arbeidet, klare ansvars- og arbeidsoppgaver og målsettinger for bydelenes arbeid, i tråd med nasjonal overdosestrategi og byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo. Bystyret har som mål at Oslo kommune skal ha en nullvisjon for overdosedødsfall.

EMCDDA (Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2021) definerer overdosedødsfall på følgende måte: «et dødsfall som inntreffer blant mennesker som dør direkte av bruk av ulovlige stoffer». I praksis ser man ofte at mange dødsfall inntreffer etter inntak av flere stoffer i kombinasjon, eksempler kan være opioider, alkohol og benzodiazepiner.

I 2021 døde 37 personer i Oslo av overdose. Den langsiktige tendensen er nedadgående. Få er under 30 år. Blant de som dør av overdose finner vi personer i alle samfunnslag og med avhengighet av forskjellige stoffer/legemidler. Det er derfor av stor viktighet at det forebyggende arbeidet som gjøres i bydelene i Oslo tilpasses situasjoner hvor vi har kunnskap om at overdose- og overdosedødsfall kan inntreffe. Tiltakene som igangsettes må rette seg mot ulike situasjoner og omfatte både personer som injiserer opioider og de med problematisk bruk av reseptbelagte legemidler.

Oslo kommune har ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven for å fremme helse og forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade eller lidelse, samt yte forsvarlige tjenester og drive kvalitetsforbedring. Kommunen har også ansvar etter lov om folkehelsearbeid å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid avgrenses mot følgende andre dokumenter

- Oslostandard for rusfaglig arbeid
- Oslostandard for oppsøkende arbeid mot utsatte unge
- Oslostandard for booppfølging
- Oslostandard for bomiljøarbeid
- Oslostandard for pårørendesamarbeid
- Overordnet standard for tjenester i hjemmet
- Folkehelsestrategien
- En psykt bra by
- Handlingsplan mot selvmord og selvskading
- Velferdsetatens fag- og metodebok
- Kvalitetshåndbok for sosiale tjenester
- Veileder for rusforebyggende arbeid i Osloskolen

Selv om denne oslostandraden avgrenses mot disse dokumentene, så er det viktig å minne om at innhold og tiltak i disse kan ha betydning også for risiko for overdoser og overdosedødsfall.

Mål

Målet for Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene er en årlig reduksjon i antall overdosedødsfall, med en langsiktig null-visjon i tråd med Stortingets nasjonale overdosestrategi og bystyrets målsetting. Antallet ikke-dødelige overdoser skal også reduseres.

I tråd med byrådets russtrategi skal tiltak på rusfeltet gis i et familie- og livsløpsperspektiv. Dette gjelder også denne oslostandaren. Den avgrenses derfor *ikke* med hensyn til alder. Pårørende og etterlatte kan ha behov for særskilt oppfølging.

Bydelene er organisert ulikt. Med denne standarden ønsker byrådet å etablere en felles faglig plattform som alle bydelene jobber ut ifra, for å bidra til likeverdige tjenester av god kvalitet. Bydelene organiserer seg slik de finner det mest hensiktsmessig for å ivareta sitt ansvar og sine oppgaver.

Målgruppe

Oslostandarden retter seg først og fremst mot de medarbeidere i de tjenestene i bydelene som har et særskilt ansvar for det overdoseforebyggende arbeidet. Standarden skal også være et nyttig verktøy for alle som jobber med eller kjenner til noen som kan være i risiko for overdose eller overdosedødsfall. Siden kunnskapsgrunnlaget viser at mange døde på privat adresse, og at nye risikogrupper er identifisert, er det viktig at bydelene gjør denne standarden kjent i større deler av det lokale tjenesteapparatet.

Tiltak

I det følgende beskrives de tiltakene og anbefalingene som bør gjennomføres i bydelenes overdoseforebyggende arbeid. På de områdene kommunen har lovmessige oppgaver, inneholder tiltakene «skal»-bestemmelser.

Tiltakene bygger på føringer i den nasjonale overdosestrategien, strategisk plan for rusfeltet i Oslo og det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget som er presentert mot slutten av denne standarden.

Tiltak 1: Gjennomføre overdoseforebyggende samtaler

Det er viktig at ansatte i aktuelle tjenester snakker med personer med risiko for overdose om deres erfaringer med overdoser. Et eksempel er overgangen mellom fengsel og egen bolig, eller ved overgang fra opphold i rusinstitusjon til egen bolig. Det er også av stor viktighet at man er oppmerksom på at en overdose kan være et selvmordsforsøk.

Overdoseforebyggende samtale er noe som bør gjennomføres regelmessig (f.eks hver 4. måned), og det er viktig at man kartlegger overdoseerfaringer siden sist og konkret etterspør om vedkommende har hatt (nye) overdose(r), og om når og hvor denne/disse fant sted. Dersom svaret er ja, bør man fokusere på hvilke faktorer vedkommende selv tror var medvirkende til overdosen. Dette vil kunne avdekke sårbare situasjoner og bevisstgjøre både personen og medarbeideren på hvilke tiltak som bør iverksettes for å forebygge nye overdoser.

En slik samtale bør også inkludere spørsmålene «Hva er viktig for deg?» og «Hva er risikofylt/risikoområder for deg?». Svarene på disse kan gi både den det gjelder og medarbeideren muligheter til nye innfallsvinkler til forebyggingsaktiviteter.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7* har utarbeidet kortet «Overdose? 113. Ring ambulanse, følg veiledning» (kalt 113-kortet). Kortet inneholder åtte kunnskapsbaserte budskap knyttet til overdoseforebygging.

[Se 113-kortet her \(lenke\)](#)

Overdoseforebyggende samtaler kan være helsehjelp med krav til dokumentasjon.

Anbefalinger:

- Ansatte i relevante tjenester må ha kunnskap om risikofaktorer og situasjoner som gir økt risiko for overdoser.
- Bydelene bør bruke 113-kortet i de overdoseforebyggende samtalene.

- Bydelene bør bruke «Håndbok for overdoseforebyggende samtale». [Se håndboka her \(lenke\)](#).
- Bydelene må ha prosedyrer for hvordan overdoser som selvmordsforsøk håndteres og dokumenteres med hensyn til videre kartlegging, vurdering og oppfølging.

Tiltak 2: Oppmerksomhet om ernærings situasjonen

I tråd med byrådets russtrategi skal innbyggere som lever med rusproblemer få flere friske leveår og økt livskvalitet. Det er viktig at tjenestene ser somatiske, psykiske og rusrelaterte helseforhold i sammenheng. Innsatsen med hensyn til ernæring skal styrkes.

Forhold knyttet til ernæring har sammenheng med levekår, helseforhold og hvilke rusmidler som benyttes. Bakenforliggende og strukturelle faktorer knyttet til den enkeltes helse og helseatferd kan også spille inn.

Anbefalinger

- Ansatte i relevante tjenester skal ha grunnleggende kunnskap om ernæring og ernæringsproblemer, og skal systematisk og planmessig etterspørre personens egen opplevelse av sin ernærings situasjon.
- Ansatte bør regelmessig (f.eks hver 4. måned) kartlegge og dokumentere ernærings situasjonen: «Hvordan er matlysten din?» «Hva spiste og drakk du i går?» «Er dette typisk for kostholdet ditt?» og «Har du utfordringer knyttet til spising?» Dersom kartleggingen avdekker behov for nærmere vurdering, utredning og behandling, bør fastlegen og/eller tannhelsetjenesten involveres.
- Ansatte som gir tjenester i hjemmet bør gjøre seg kjent med hva vedkommende har av matlagningsutstyr eller om det er andre forhold som hindrer brukeren fra å handle, lage, oppbevare og få i seg næringsrik kost.
- Ansatte bør distribuere matkort fra Korus Oslo, og gi informasjon om ideelle aktørers tilbud om mat og måltider. <https://korus.no/v%C3%A5re-fagomr%C3%A5der/ernaering> Se matkortene her ([lenke](#)).
- Ansatte skal gi råd, informasjon og veiledning om rettigheter til tannhelsetjenester etter tannhelseloven.

Tiltak 3: Gjennomføre regelmessig førstehjelpsopplæring

Ved overdosesituasjoner er det ofte andre personer til stede. Med rett kunnskap kan disse utgjøre livreddende kameratredning. Det er derfor viktig å regelmessig gjennomføre

førstehjelpsopplæring/-trening. Disse kursene kan være en fin arena for samhandling mellom medarbeidere og innbyggere, og også sikre at begge parter får regelmessig trening i førstehjelp.

Treningssituasjoner kan vekke minner og aktivere traumer relatert til overdosesituasjoner eller det å ha mistet noen. Det er derfor viktig at noen er tilgjengelige for samtale om behov for det skulle oppstå.

For alle i Oslo tilbys «Førstehjelp i det fri» tre ganger i året. Dette tiltaket er ment for å gi innbyggere gode og effektive førstehjelpsferdigheter.

Anbefalinger:

- Bydelene bør systematisk tilby førstehjelpsopplæring/-trening for personer med rusproblemer. Overdosekoordinator ved Korus Oslo kan kontaktes for ytterligere informasjon/tips om praktisk gjennomføring.

Tiltak 4: Dele ut brukerutstyr

I tråd med nasjonale føringer og strategisk plan for rusfeltet, skal alle bydeler dele ut brukerutstyr, inkludert røykefolie. Et av målene i planen er at deler av tjenestene som i dag gis i Oslo sentrum desentraliseres til bydelene. Dette kan bidra til at folk får den hjelpen de trenger i sitt nærmiljø. Mange personer som har rusproblemer, henter brukerutstyr i sentrum og på den måten risikerer bydelene at de ikke blir «fanget» opp av hjelpeapparatet i bydelen de er bosatt i.

Anbefalinger:

- Bydelene skal tilby relevant brukerutstyr.
- Bydelene bør dele ut brukerutstyr på flere steder og i flere deler av tjenesteapparatet. De bør etterstrebe fleksibilitet og utdeling til ulike tider. Når brukerutstyr deles ut så bør det samtidig gjennomføres en samtale om alternative inntaksmåter, samt formidling av annen overdoseforebyggende informasjon.
- Bydelene skal sikre at utforming av utdelingspraksis gjennomføres i dialog med de som bruker tjenestene, eller eventuelt med brukerorganisasjoner som kan bistå med å sikre brukernes interesser.

Tiltak 5: Informere og motivere til mindre helseskadelige inntaksmåter (Switch)

Switch er en nasjonal kampanje om skadereduserende inntaksmåter av ulike rusmidler, hovedsakelig opioider, men også andre rusmidler. Kampanjen har som mål å tilby personer som benytter rusmidler informasjon om mindre helseskadelige inntaksmåter. Et eksempel på dette er røyking fremfor injeksjon.

Å snakke om mindre helseskadelige inntaksmåter kan også favne flere som ikke definerer eller ser eget inntak av for eksempel reseptbelagte midler som problematisk. Et eksempel på en slik samtale kan for eksempel være å snakke med brukerne om viktigheten av å ikke blande reseptbelagte medikamenter med alkohol.

Anbefaling:

- Bydelene skal ha egnet Switch-utstyr (folie) som en del av sitt brukerutstyrssortiment.
- Bydelene skal sikre at relevante ansatte har oppdatert fagkunnskap om hvordan jobbe med endring av brukerkultur på en hensiktsmessig måte. Arbeidet kan gjøres i samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Ansatte som arbeider med personer som injiserer rusmidler skal informere om, og bør motivere til, mindre helseskadelige inntaksmåter.

Tiltak 6: Dele ut Nalokson neseppray

Nalokson er et legemiddel i neseppray-form som fungerer som motgift ved opioid-overdoser. Det er ingen krav om helsefaglig kompetanse for å administrere sprayen.

Nalokson kan etter en kort opplæring deles ut til og brukes av personer med rusproblemer, pårørende og andre som er tett på personer som lever med risiko for overdose. Det er viktig å fokusere på hvordan sprayen skal benyttes, dens begrensninger, og at man uansett skal ringe 113 for å tilkalle ambulanse i overdosesituasjoner. Den som har overdosert kan også ha andre medisinske problemstillinger som krever medisinsk tilsyn fra ambulansetjenesten for videre vurdering og igangsettelse av tiltak.

Opplæring og utdeling av Nalokson neseppray kan være helsehjelp i visse situasjoner og dermed utløse dokumentasjonsplikt jfr helsepersonellovens § 3, tredje ledd og Rundskriv I-4 2017 «Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved «lavterskeltilbud»- særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.»

Anbefalinger:

- Bydelene bør sikre at ansatte bruker «113-kortet» som en del av opplæringen om bruk av nesesprayen og at kortet deles ut sammen med nesesprayen.
- Bydelene bør via bydelsoverlegen informere fastlegene om de overdoseforebyggende tiltakene som vedkommende kan bruke i sin praksis, for eksempel ved forskrivning av opioider. Noen eksempler på tiltak som fastlegene kan formidle til sine pasienter, er for eksempel 113-kortet og Nalokson nesespray.

Tiltak 7: Informere om substitusjonsmuligheter i LAR, LASSO eller HABiO

Substitusjonsbehandling forebygger overdosedødsfall. Eksempler på dette kan være LAR (legemiddelassistert rehabilitering), LASSO (legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo) eller HABiO (heroinassistert behandling i Oslo).

Langvarige smertetilstander eller andre forhold hvor legemidler med opioider er/har vært brukt over lengre tid kan skape risikofylt avhengighet. Det er viktig at medarbeidere i bydelene snakker med personer med rusproblemer om mulighetene for substitusjonsbehandling.

Anbefalinger:

- Ansatte skal ha kunnskap om de forskjellige substitusjonsmulighetene som finnes.
- Ansatte bør være spesielt oppmerksomme på personer som kan ha utviklet, eller ha risiko for å utvikle, avhengighetsproblemer til legemidler som inneholder opioider.
- Ansatte skal ha kunnskap om at det finnes personer med risiko for overdoser som ikke tilhører den tradisjonelle risikogruppen for overdosedødsfall, for eksempel personer som hovedsakelig bruker sentralstimulerende midler eller reseptbelagte legemidler som inneholder opioider.
- Bydelene skal sørge for at ansatte har oppdatert fagkunnskap om og informerer om overdoserisiko ved inntak av metadon, andre substitusjonspreparater og andre opioider. Rusinfo.no er en kilde til oppdatert fagkunnskap, og bør også anbefales til personer med rusproblemer. [Se Rusinfo.no her \(lenke\)](#).

Tiltak 8: Koordinering av det overdoseforebyggende arbeidet i bydelen

Koordinering av tjenester krever lederforankring.

Mange ulike tjenester i bydelen vil være i kontakt med personer i risiko for overdose. Eksempler på aktuelle samarbeidspartnere for å planlegge, videreutvikle og implementere lokale

overdoseforebyggende tiltak er NAV, hjemmebaserte tjenester, rus- og psykisk helsetjeneste og fastlegene.

Ved å jobbe samordnet og på tvers av tjenester kan det bli enklere å legge til rette for informasjonsflyt, kontinuitet og lette rolleavklaringer i arbeidet.

Anbefalinger:

- Bydelene bør legge ansvaret for å koordinere det lokale overdoseforebyggende arbeidet, samt å sørge for erfaringsdeling og kompetanseheving internt, til ett kontaktpunkt.
- Bydelene bør delta i Korus Oslo sitt «overdosenettverk». Nettverket er etablert for arbeid med implementering av Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene.
- Ansatte i relevante tjenester må holde seg faglig oppdatert på endringer knyttet til risiko for overdoser. Overdosekoordinator ved Korus Oslo kan kontaktes for oppdatert kunnskap og kompetanseheving.

Tiltak 9: Etablere kriseberedskap ved overdosedødsfall

Et overdosedødsfall bør behandles på samme måte som annen brå død, som for eksempel selvmord eller ulykker. Det er viktig at hjelp som gis er kunnskapsbasert og oppsøkende, da det er elementer ved denne type sorg som kan skille seg fra annen brå død, som for eksempel skam og stigma.

Anbefalinger:

- Bydelens kriseteam må få kunnskap om etterlatte etter overdosedødsfall.
- Bydelene bør sørge for å ha et godt etterlatte tilbud. Eksempler på slike tilbud kan være sorgstøttetelefon eller samtalegrupper.
- Bydelene skal holde seg oppdatert på kunnskap om hvordan jobbe og ivareta etterlatte etter narkotikarelatert død på en god måte. [Se END-studien fra Høgskulen på Vestlandet her \(lenke\).](#)

Tiltak 10: Etablere mottak av varsling

Overdosekoordinator ved Korus Oslo har ansvar for byomfattende varsling som sendes ut om spesielle forhold knyttet til illegale rusmidler. Eksempler på hendelser som utløser varsling kan være økt forekomst av overdoser eller mistanke om urent/svært sterkt stoff.

Anbefalinger:

- Bydelene skal utarbeide rutine for mottak av varsel og videreformidling til relevante tjenester slik at varselet ikke «stopper opp» og informasjonen ikke kommer ut til sluttbrukerne under noens fravær. Det må også sendes ut ny informasjon om når varslet avsluttes.

Tiltak 11: Samarbeid med fastlegene

En andel av de som dør av overdose, benytter ikke nødvendigvis tjenester rettet mot personer med rusproblemer. Disse når man trolig gjennom kontakt med fastlegene. Et samarbeid på tvers av tjenestene kan bidra til at fastlegene og relevante ansatte i bydelen får en bedre oversikt over innbyggere i bydelen som har risiko for overdose og overdosedød. Samarbeidet kan skje i samråd med bydelsoverlegene og må foregå innenfor bestemmelsene om informert samtykke.

Anbefalinger:

- Bydelene bør via bydelsoverlegene etablere samarbeid med fastlegene for å inkludere dem i det overdoseforebyggende arbeidet, som for eksempel å bidra til kunnskapsoverføring om 113-kortet, nalokson nesespray, utdeling av brukerutstyr og substitusjonsmuligheter.

Tiltak 12: Evaluere overdosedødsfall

Helsedirektoratet arbeider med å avklare hvordan kommuner/bydeler kan gå frem for å evaluere overdosedødsfall med hensyn til læring, kvalitetsutvikling og forebygging. Dette arbeidet kan gjennomføres som en del av kvalitetssikringen av bydelens tjenester. Målsettingen er å belyse medvirkende faktorer med betydning for dødsfallet, og for å kunne vurdere om det er deler av tjenesteapparatet som må fokuseres sterkere. Anbefalinger vil utarbeides når Helsedirektoratet har avsluttet sitt arbeid.

Kunnskapsgrunnlag

Overdosedødsfall i Norge 2021

I 2021 var det 241 personene som døde av overdose i Norge, dette er en nedgang på 27% fra 2020. Gjennomsnittsalderen er steget til 45 år, fra 36 år i 2006. Menn som døde av overdose var gjennomsnittlig 42,5 år, mens kvinner hadde en gjennomsnittsalder på 50,2 år. I 2021 var det ikke heroin som tok flest liv, men opioider i reseptbelagte legemidler.

Med unntak av heroin, vet vi ikke om opioidene som forårsaket døden er forskrevet av lege, lege i LAR eller kjøpt på det illegale markedet. De fleste dødsfall grunnet forgiftning fører til at den avdøde obduseres. Oftest påvises det samtidig flere narkotiske stoffer og legemidler. Det kan da være vanskelig å avgjøre om døden skyldes inntak av et enkelt stoff eller kombinasjonsbruk av flere stoffer (Amundsen, 2022).

Nye grupper

Nyere forskning viser at det kan være nye grupper som også lever med økt risiko for overdose. Dette gjelder blant annet dem som dør av andre opioider enn heroin eller av syntetiske opioider. Noe av det som skiller disse gruppene fra andre med risiko, er at de som dør av andre opioider og syntetiske opioider sjeldnere har en narkotikarelatert diagnose hos allmennlege. I noen tilfeller er deres kontakt med fastlege knyttet til muskel-/skjelett relaterte skader. De har heller ikke vært siktet for lovbrudd.

Antall barn og unge som dør av overdoser er heldigvis lavt, og under 19 år registreres det færre enn ti per år nasjonalt. De siste tre årene er det en økning i Helse Sør-Øst av unge som får akutthjelp etter overdose, hovedsakelig på grunn av inntak av amfetamin, ecstasy og MDMA. I Oslo mottok legevakta i overkant av 600 personer under 24 år med rusforgiftning i 2022. Hovedårsaken er alkohol. Ungdom under 18 år tilbys oppfølging i form av familiesamtale med pårørende. Hensikten med tilbudet er å forebygge rusavhengighet og utvikling av psykiske helseproblemer. Tjenesten jobber tett med bydelene der det er behov for videre oppfølging dette for å sikre påkobling av riktig instans der det er behov for det.

Med kunnskapen om nye grupper som lever med risiko for overdose kan det blant annet bety at fastlegene er en viktig aktør og samarbeidspartner i det overdoseforebyggende arbeidet (Amundsen, 2022).

Skurtveit et al. publiserte i 2020 en studie av forskrivningspraksisen i Norge. Forskerne undersøkte forskrivninger i perioden 2008-2018, med hovedfokus på forskrivning av opioider på blåresept. Hensikten var å se hvor mange av dem som fikk en slik forskrivning som ble langvarige brukere av opioider, og hvor store doser de fikk forskrevet. Pasientene som var i målgruppen for denne studien var mennesker som slet med langvarige smertetilstander. Man fant at 48% av de som fikk forskrevet opioider på blåresept i 2009 fortsatt mottok disse medisinene i 2018, og da i større doser enn hva som tillates i blåresept-ordningen. Fra 2008 til 2018 så man også en markant økning av slike forskrivninger, og størst andel ble forskrevet til personer i aldersgruppene 45-69 år og over 70 år. Både når det gjelder antall forskrivninger og mengde forskrevet, samt hvorvidt vedkommende ble langtidsbruker av opioider, fant man at det var en høyere andel kvinner enn menn (Skurtveit et al., 2020).

I andre europeiske land ser man også flere overdosedødsfall, ofte blant kvinner, knyttet til forskrevne opioider. Disse forskrivningene er muligens forbundet med smertelindring og misbruk av medisinene. I årsrapporten for 2022 melder Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA, 2022) at antall personer som har dødd av overdose i aldersgruppen 50-64 år har økt med 82% i tidsperioden mellom 2012 og 2022.

For å kunne treffe disse nye gruppene må det helsefremmende og forebyggende arbeidet justeres i forhold til tidligere. Tiltakene i denne oppdaterte standarden gjenspeiler dette.

Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008

Alle dødelige overdoser i Oslo i perioden 2006-2008 ble gjennomgått for å systematisere kjennetegn og livssituasjon ved den avdøde (Gjersing et al., 2011). I rapporten fremkom det at de fleste som døde av overdoser i Oslo hadde hatt kontakt med flere ulike instanser i tiltaksapparatet like før dødsfallet. Den siste kontakten med det offentlige hjelpeapparatet var den gangen NAV/sosialkonsulent. Flertallet var menn og gjennomsnittsalderen var 36 år. Heroin var da den vanligste substansen brukt før dødsfallet, men mange hadde inntatt en kombinasjon av heroin og benzodiazepiner. Av de avdøde som hadde tilhørighet til Oslo ble de fleste funnet på en privat adresse, som inkluderer eid/leid leilighet, lavterskel hus og kommunale boliger. Tilreisende som døde i Oslo ble oftest funnet utendørs. Deres siste kontakt med det offentlige var hovedsakelig ambulansetjenesten.

Risikofaktorer for overdose

I Nasjonal overdosestrategi pekes det på at det både er strukturelle, kulturelle og individuelle faktorer som kan virke sammen og som øker risiko for overdose (Helsedirektoratet, 2019a).

Risikofaktorer som de forebyggende tiltakene mot overdoser og overdosedødsfall må rette seg mot er:

- Inntak av opioider med sprøyte
- Langtids bruk av opioider
- Om personen har overdosert tidligere, øker også risikoen for senere å dø av overdose
- Bruk av opioider etter «pauser» (avrusning/ behandling/ soning/ LAR)
- Blanding av opioider og andre rusmidler/ medikamenter, særlig alkohol og benzodiazepiner
- Injisering alene og injisering av rusmidler med ukjent styrke
- Dårlig allmenntilstand fysisk og psykisk («utslitt»), herunder selvmordstanker og opplevelse av håpløshet
- Sosiale forhold som manglende nettverk
- Nylige relasjonsbrudd og ensomhet

Det er sjeldent kun én faktor alene som fører til overdosedødsfall. Det er ofte en kombinasjon av flere faktorer (Amundsen, 2022) og det betyr at også det overdoseforebyggende arbeidet som gjøres i bydel bør gjenspeile akkurat dette.

Inntak av opioider med sprøyte

I Norge har det over mange år vært en omfattende tradisjon med injeksjon når det gjelder inntak av rusmidler. Anslagsvis antar man at tallet på personer som injiserer rusmidler kan være mellom 7500 til 10 500 (Gjerde et al., 2021). Personer som injiserer narkotika har 10-20 ganger så høy risiko for tidlig død enn den generelle befolkningen. Det er flere årsaker til dette. Noen av årsakene kan være at de ikke har god nok kontroll på mengden rusmiddel som injiseres, eller at man feilvurderer egen toleranse. Andre grunner kan være at inntak av heroin eller andre opioider kombineres med andre rusmidler (Gjerde et al., 2021).

Om man inhalerer heroin fremfor å injisere, reduseres risikoen for å få en overdose betraktelig. Det er likevel mulig å få en overdose når man inhalerer, men da er dette ofte grunnet inntak av andre midler i forkant. Inhalasjon gir mindre helseskade enn å injisere, men det er også her viktig at man er klar over at noen helseproblemer kan oppstå ved et slikt inntak. For noen kan inhalering føre til astmaanfall, og for andre kan det se ut som at det finnes en forbindelse mellom den sjeldne sykdommen leukoencefalopati (sykdom i hjernens hvite substans) og inhalering av heroin. Det er ikke avklart om årsaken til sykdommen oppstår kan ilegges tilsetningsstoffer i heroinen eller biprodukter som oppstår ved forbrenning (Bramness og Madah-Amiri, 2017).

Ved å endre inntaksmåte fra injeksjon til inhalasjon kan man unngå smittefare for sykdommer som HIV og hepatitt, og personen kan unngå å få abscesser og andre infeksjoner.

Tidlig debut, langtidsbruk av opioider og redusert allmenntilstand

Tidlig debut og langvarig bruk av opioider er risikofaktorer for overdosedødsfall (Darke, 2014). Ved langvarig bruk ser man at behovet for større doser for å oppnå ønsket effekt er økende, noe som igjen kan medføre at avstanden mellom dosen man tåler og den dosen man overdoserer på blir mindre.

Økende gjennomsnittsalder på dem som dør underbygger dette. Dette kan ha sammenheng med toleranseutvikling, men også med den aldrende kroppen til personer som bruker opioider.

Somatiske sykdommer kan gjøre noe med toleransen for rusmidler. Personer som bruker illegale rusmidler og/eller har en psykisk helse lidelse, har 15-20 år kortere forventet levealder (Lien et al., 2015). I tillegg er det viktig å huske at ved smertesituasjoner hos personer som bruker opioider kan det være behov for større doser smertelindring.

Tidligere overdoser

For hver overdose med dødelig utgang antar man det er omtrent 20 overdoser med ikke-dødelig utgang (Darke et al., 2007). Denne studien viste også at de som hadde overdosert, hadde større risiko for å overdosere igjen. Det er derfor viktig å ha fokus på hvilken belastning en ikke-dødelig overdose har for kroppen og den psykiske situasjonen, og hvilke senskader dette kan medføre. Dette betyr at ikke-dødelige overdoser også må tas svært alvorlig, og at forebyggingsarbeidet derfor også må rettes mot disse situasjonene.

Bruk av opioider etter «pauser» og ved substitusjonsbehandling

Flere studier viser at personer som gjenopptar bruken av opiater etter et opphold i bruken, har langt større sannsynlighet for å overdosere (Bukten, et al., 2016; Bukten, et al., 2017). Om personen har hatt «pause» fra bruk av opiater er toleransen etter 3-8 dager, nær null. Ved oppstart igjen, så har personen 16 ganger forhøyet risiko for å få en overdose i 4-6 uker etter påbegynt bruk (Ravndal og Amundsen, 2010). Personer som nylig har vært i fengsel eller til behandling, vil derfor være ekstra sårbare for overdose, og kan ha behov for en særlig oppfølging. Substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet er et kunnskapsbasert tiltak som har effekt på dødeligheten blant personer som har inntak av opioider (Helsedirektoratet, 2019b). I en studie hvor man ser på dødelighet før, under og etter LAR, viste Senter for rus- og avhengighetsforskning at overdosedødelighet blant pasienter som forblir i LAR er sterkt redusert sammenlignet med dødeligheten før og etter LAR og at det var høy dødelighet hos LAR-pasientene som avbrøt behandlingen (Clausen et al., 2008).

Injisering alene, blanding av opioider og andre rusmidler

En studie gjennomført av Gjersing og Helle (2021) viste at det er flest menn som injiserer alene. Det er også mer vanlig å injisere alene blant de som injiserer daglig, enn blant de som injiserer en gang iblant. Når det gjelder rusmidlene som injiseres, så fant man at det er vanligere med injisering alene blant de som blander flere substanser enn de som kun injiserer opioider. Om man

ser på de som dør av overdose i Norge, så er det oftest slik at man finner flere forskjellige typer stoffer i kroppen på den avdøde. Dette gjør det vanskelig å avgjøre om døden inntraff på grunn av ett stoff eller kombinasjonen av flere (Amundsen, 2022). Videre vet vi at det er flest dødsfall forårsaket av opioider, enten legale eller illegale. I en studie av Gjersing og Bretteville-Jensen (2014) fremkom det at det også er registrert overdoser blant personer som ikke injiserer opiater regelmessig.

Ernæring

Som bakgrunn for en byrådssak om ernæringssituasjonen til personer med rusproblemer (Oslo kommune, 2022), utarbeidet Korus Oslo et kunnskapsgrunnlag (Traaen, 2022). Nasjonal faglig retningslinje om forebygging og behandling av underernæring inneholder også et oppdatert kunnskapsgrunnlag (Helsedirektoratet, 2022).

Nasjonal overdosestrategi fremhever også forholdet mellom ernæring og overdoser. Kroppens toleranse for rusmidler påvirkes av mat og ernæring (Helsedirektoratet, 2019b).

Dårlig ernæringstilstand (under- og feilernæring) og dårlig somatisk helse gir svekket allmenntilstand, som beskrives som en av risikofaktorene for overdose. Ernæring er også knyttet til psykisk helse. Det er påvist sammenheng mellom et sunt kosthold og god mental helse. Kostholdet påvirker kognitive funksjoner, og dårlig kosthold kan øke sjansen for å utvikle depresjon og aggresjon. Sult kan også påvirke kognitive evner, slik som planlegging og løsningsorientering. Rus kan være med på å døyve sult, og vi vet at større inntak av rusmidler, og inntak av flere rusmidler samtidig, er risikabelt.

Personer med rusproblemer har risiko for dårligere ernæringsstatus enn personer uten rusproblemer. Særlig har personer som injiserer rusmidler generelt sett har dårlig ernæringsstatus. Undervekt var i en studie fra Oslo fem ganger mer vanlig blant brukere av heroin enn brukere som brukte andre rusmidler (Sæland, 2014). Personer som bodde på gata hadde signifikant redusert BMI i forhold til de som bodde innendørs.

Personer med rusproblemer opplever ofte det som omtales som matusikkerhet. Matusikkerhet kjennetegnes ved at man ikke har mulighet til et stabilt inntak av sunn mat og ikke vet om man kommer til å skaffe seg nok mat på en sosialt akseptabel måte. Matusikkerhet kan skyldes rus, mangel på penger og praktiske hindre fra å handle og lage mat.

Erfaringer fra prosjektet *Mat mot overdoser* er at når folk spiser sammen med andre, så spiser de ofte mer enn de ellers hadde gjort (Traaen, 2022). Sosiale rammer og faste strukturer rundt måltider hjelper med å bidra til et sunt og jevnligere matinntak.

Personer med rusproblemer som har egen bolig kan ha vanskeligheter med å ivareta ernæringssituasjonen dersom man ikke har nødvendig utstyr til å lage mat. Slikt utstyr inkluderer bestikk, tallerkener og hvitevarer som komfyr og kjøleskap. Det kan også være en utfordring å planlegge og gjennomføre innkjøp av matvarer. Noen trenger å øve på å lage mat og

handle i butikken. Dette er viktige ferdigheter for å mestre å bo. Flere kan ha liten erfaring med å handle matvarer og vet ikke hva de skal se etter med tanke på pris eller næringsinnhold. Det kan også være en utfordring å prioritere å bruke pengene sine på mat.

Munnhelse er av betydning for ernæringssituasjonen.

Sosiale forhold som manglende nettverk, nylige relasjonsbrudd og ensomhet

Hvert år er det noen av overdosedødsfallene som klassifiseres som selvmord. Studier har vist at det kan være vanskelig å skille selvmordene fra de overdosedødsfallene som inntreffer, men som ikke er et planlagte dødsfall (Helsedirektoratet, 2019b). Biong (2013) viste at mange overdosedødsfall inntraff grunnet en tilsynelatende likegyldighet til om man lever eller dør. Denne likegyldigheten kunne sees i sammenheng med en livssituasjon som opplevdes som håpløs, eller at det hadde oppstått forhold som hadde en eskalerende forverring. Andre årsaker som kan knyttes til opplevelsen av håpløshet, kan være bosituasjon, plager av fysisk og psykisk art, samt andre forhold i livet som gjør at man ikke opplever god livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019).

Pårørende og etterlatte

Pårørende og etterlatte etter overdosedødsfall kan ha egne behov (Tiltlestad et al., 2022). Oslostandard for pårørendesamarbeid gir føringer for det generelle pårørendearbeidet. [Se END-studien fra Høgskulen på Vestlandet her \(lenke\).](#)

Referanser

- Amundsen, E. (2022). *Narkotikautløste dødsfall 2021*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dødsfall/>
- Biong, S. (2013). Overdoser som selvmord: En fenomenologisk case studie. *Suicidologi*, 18(3).
<https://doi.org/10.5617/suicidologi.2246>
- Bramness, J., G. og Madah-Amiri, D. (2017): Bruk av ulike måter – ulik risiko. Et notat utført på oppdrag av Helsedirektoratet. *Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)*. Oslo
- Bukten, A., Stavseth, M.R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P., Lund, I.O. et al. (2016). Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Rapport 2. *Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)*
- Bukten, A., Stavseth, M.R., Skurtveit, S., Tverdal, Aa., Strang, J., & Claussen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, <https://doi.org/10.1111/add.13803>

Clausen, T., Anchersen, K., & Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-register study. *Drug & Alcohol Dependence*, 94,151-157.

Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Mills, K. L., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns of Nonfatal Heroin Overdose over a 3-Year Period: Findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Journal of Urban Health*, 84(2), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9156-0>

Darke, S. (2014). Opioid overdose and the power of old myths: What we thought we knew, what we do know and why it matters. *Drug and Alcohol Review*, 33(2), 109–114. <https://doi.org/10.1111/dar.12108>

EMCDDA. (2021). *Statistical Bulletin 2021—Methods and definitions for overdose deaths* | www.emcdda.europa.eu. <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/methods/drd>

EMCDDA. (2022). *European Drug Report. Trend and Developments*. www.emcdda.europa.eu. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/TDAT22001ENN.pdf>

Gjerde H., Bache-Andreassen L., Bretteville-Jensen A.L., Hanoa K., Furuhaugen H., Brochmann G.W., et al. (2021). *Hvilke rusmidler injiseres i Oslo-2021.pdf*. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Ekspertsykehuset/PublishingImages/Sider/Hvilke-rusmidler-injiseres-i-Oslo/Hvilke%20rusmidler%20injiseres%20i%20Oslo-2021.03.01.pdf>

Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J., & Clausen, T. (2011). *Seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-til-2008.pdf*. [uio.no](http://www.med.uio.no). <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlaster/seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-til-2008.pdf>

Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2014). Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street-recruited injecting drug users. *Bmc Public Health*, 14(1), 440. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-440>.

Gjersing, L., & Helle, M. K. (2021). Injecting Alone is More Common among Men, Frequent Injectors and Polysubstance Users in a Sample of People Who Inject Drugs. *Substance Use & Misuse*, 56(14), 2214–2220. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1981388>

Helsedirektoratet. (2019a). *Faktorer som gir økt risiko for overdose*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/faktorer-som-gir-okt-risiko-for-overdose>

Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonal overdosestrategi_2019-2022.pdf*. regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf

Helsedirektoratet (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.

Lien, L., Huus, G., & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0831>

Oslo kommune (2022). *Ernæringssituasjonen til personer med rusproblemer*. Byrådsak 262/22. Oslo: Byrådet.

Ravndal, E. & Amundsen, E.J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend.*, 108(1-2): 65-69. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008.

Skurtveit, S., Hjellevik, V., Sakshaug, S., Borchgrevink, P.C., Larsen, B.M., Clausen, T., et al. (2020). Forskrivning av opioider på blå resept mot langvarige smerter. *Tidsskrift Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.20.0153

Sæland, M. (2014). *Eating on the edge: A study on dietary habits and nutritional status among illicit drug addicts in Oslo*. PhD-thesis. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.

Titlestad, K. B., & Dyregrov, K. (2022). Does 'Time Heal all Wounds?' The Prevalence and Predictors of Prolonged Grief Among Drug-Death Bereaved Family Members: A Cross-Sectional Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228221098584>

Traaen, T. (2022). *Kunnskapsgrunnlag om ernæring for personer med rusproblemer i Oslo*. Rapport. Oslo: Kompetansesenter rus.





Oslo

Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester

Rådhuset, 0037 Oslo