

 SØRLANDET SYKEHUS				Klinikknivå		Retningslinje
Overdoserisiko - kartlegging og vurdering						Side 1 av 3
Dokumentplassering: II.KPH.2.3.1-9			Godkjent dato: 05.05.2023	Revideres innen: 05.05.2025	Sist endret: 05.05.2023	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/" Det første møte med KPH"
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

Overdosedødsfall defineres som et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere medikamenter eller rusmidler og er direkte relatert til dette inntaket. Ca. 80% overdosedødsfall er særlig knyttet til bruk av opioider og/eller GHB (gammahydroksybutyrat) og nesten alltid sammen med andre rusmidler.

Formål:

Forhindre overdosedødsfall.

Myndighetskrav:

Prosedyren er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. og Helsepersonelloven § 4 som begge omhandler forsvarlighet i yrkesutøvelsen på hhv. virksomhetsnivå og individnivå.

Ansvar:

- Kartlegging av overdoserisiko kan gjøres av kvalifisert helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til å foreta en slik kartlegging. Helsepersonell har ansvar for å kontakte lege dersom det er nødvendig å gjøre en overdoserisikovurdering.
- Lege er ansvarlige for vurderingen av pasienter med fare for overdose.
- Det er avdelingssjef sitt ansvar å sørge for at prosedyren implementeres.

Oppgaver:

Kartlegging av overdosefare skal utføres ved oppstart av behandling, ved utskrivelse, ved intern overføring samt ved klinisk mistanke.

Steg 1: Kartlegging av overdosefare:

- Bruker du rusmidler? Ja/nei
- Har du brukt opioider/GHB noen gang? Ja/Nei
- Har du brukt opioider/GHB siste 0-8 dager? Ja/Nei
- Bruker du injisering som inntaksmetode uansett rusmiddel? Ja/Nei

Dersom man etter kartleggingen av overdosefare mener det kan være en aktuell risiko for overdose hos pasienten (Ja på pkt. 2,3 eller 4) skal man foreta en grundigere vurdering av overdosefare.

Steg 2: Vurdering av overdosefare

Baserer seg på et klinisk intervju, kunnskap om risikofaktorer og en diagnostisk utredning. Man må ta hensyn til person, situasjon og tidsperiode i vurderingen av overdosefare og beslutning om iverksettelse av eventuelt behandlingstiltak.

Utarbeidet av: Frode Nordhelle, Rita Rosfjord, Nina Skeivoll, Arnstein Lona	Fagansvarlig: Gro Merethe Eilertsen	Verifisert av: []	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Dok.nr: D43745
---	---	-----------------------------	--	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU		Overdoserisiko - kartlegging og vurdering			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.KPH.2.3.1-9	Utarbeidet av: Frode Nordhelle, Rita Rosfjord, Nina Skeivoll, Arnstein Lona	Fagansvarlig: Gro Merethe Eilertsen	Godkjent dato: 05.05.2023	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/" Det første møte med KPH"

Risikofaktorer:

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

- Injisering av opioid
- Injisering uten at andre er til stede
- Injisering av stoffer med ukjent styrke
- 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 benzodiazepiner og alkohol
- Lang tids bruk av opioider
- Dårlig somatisk helse, svekket allmenntilstand, ved økende alder (45+)
- Dårlig psykisk helse, for eksempel
 - depresjon
 - traumatisk belastning
 - opplevelse av en håpløs livssituasjon, akutte livskriser
 - selvmordstanker
- Pasienter som er i LAR og kommer til avgiftning (over/underrapportering av forbruk)

Steg 3: Tiltak

For alle pasienter som er blitt kartlagt:

- Informasjonspakke
 - Pasienten skal informeres om overdosefare, se lenke [Overdosekortet](#)
 - I døgnenheter kan man undervise i kameratredning.

Mulige tiltak for pasienter som er blitt vurdert:

- Samtale i forbindelse med utskrivning
 - Å skrives ut fra døgnbehandling medfører høy risiko for overdose i tiden etter. Dette temaet skal diskuteres flere ganger under behandlingen, herunder også kriseplan.
 - Kriseplan (egen mal i DIPS) skal utarbeides seinest dagen før utskrivelse
 - «Time i hånden» - pasienter skal ha en konkret avtale for rask oppfølging når de skrives ut fra institusjonen. (1. linje el. 2. linje).
 - Ved avbrutt behandling skal pasient kontaktes for å tilby oppfølging. Hvis pasient ikke har videre behandling hos spesialisttjeneste, betyr dette at behandler skal aktivt ta kontakt med 1.linje/fastlege for å sørge for at pasienten blir fulgt opp.
- Medikamentell vurdering av eksisterende/potensielle preparater
- Vurdering av naloxone neseppray, hvis tilgjengelig
- Vurder innleggelse, eventuelt med støtte i HOL §10-4 («frivillig tvang») el. PHVL §2.2 («frivillig tvang»)
- Drøfte med kommune om HOL §10-2 hvis ikke frivillig tvang fører fram
- Vurder LAR-behandling
- Ved behov: Kontakt rusmedisiner i ARA for rådgiving.

 SØRLANDET SYKEHU	Overdoserisiko - kartlegging og vurdering				Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.KPH.2.3.1-9	Utarbeidet av: Frode Nordhelle, Rita Rosfjord, Nina Skeivoll, Arnstein Lona	Fagansvarlig: Gro Merethe Eilertsen	Godkjent dato: 05.05.2023	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Mottak - innleggelse/" Det første møte med KPH"

Ved akutt overdosefare:

I døgnet:

- Kontakt lege for medisinsk vurdering, ut ifra en samlet vurdering av følgende punkter vurder overføring til somatisk avdeling:
 - Bevissthetsnivå (ref Glasgow coma scale <8). Obs raskt innsettende dyp koma ved GHB-overdose (Evt legg i stabilt sideleie)
 - Blodtrykk (obs systolisk BT <90)
 - Respirasjon (obs resp <8)
 - Puls (oftest lav puls ved overdose. Arytmi?)
 - O2 metning (obs <90)
- Vurdere å gi nalokson injeksjon, eventuelt anexate
- Vurder økt tilsyn/fast bemanning
- Vurder hyppig vekking av sovende pasient

I Poliklinikk:

- Vurder akutt innleggelse

Vurdering og dokumentasjon.

Kartlegging/vurderingen skal alltid dokumenteres i inntakstnotatet og epikrise. Dokumentasjonen skal inneholde et klart resonnement hvor en viser hva man har gjort. Resonnementet skal munne ut i en konklusjon som følges opp av tiltak. Tiltaket skal være en konsekvens av vurderingen, og integreres i behandlingsplanen.

Kryssreferanser

[II.KPH.4.1-27](#)

[Nasjonal overdosestrategi 2019-2022](#)

[II.KPH.4.1-35](#)

[Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer - Veileder](#)

Eksterne referanser

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