

# NASJONAL OVERDOSESTRATEGI

2019-2022

---

17/3829-92



*Javisst kan du bli rusfri - men først må du overleve*

<b>INNHOLD</b>	<b>Forord</b>	<b>2</b>
	<b>1 Tiltak i Nasjonal overdosestrategi</b>	<b>3</b>
	<b>2 Utfordringsbildet og behov for videre innsats</b>	<b>4</b>
	2.1 Oppdraget	4
	2.2 Behov for en videre innsats	4
	2.3 Utfordringsbildet	5
	2.4 Kunnskapsbehov	8
	<b>3 Innsatsområder</b>	<b>9</b>
	3.1 Nye innsatsområder	9
	3.2 Videreførte innsatsområder	11
	<b>Vedlegg</b>	<b>19</b>
	Vedlegg 1 Behov for videre innsats	20
	Vedlegg 2 Utfordringsbildet	25
	Vedlegg 3 Kunnskapsbehov	34
	Vedlegg 4 Kunnskapsløft	35
	Vedlegg 5 Grenseflater mot andre statlige innsatser	44
	Vedlegg 6 Økonomiske og administrative konsekvenser	46
	Vedlegg 7 Tiltak i forrige strategiperiode	49
	Vedlegg 8 Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-17	50
	Vedlegg 9 Kunnskapsinnhenting i forrige strategiperiode	52
	Vedlegg 10 Naloksonprosjektet – rapport SERAF	54
	Vedlegg 11 Fengselsprosjektet - rapport KRUS	65
	<b>Referanser</b>	<b>67</b>

# Forord

Overdosedødsfall er en av de store årsakene til dødsfall blant unge mennesker i verden. Til tross for et av verdens beste helse- og velferdssystemer ligger Norge fremdeles på toppen av statistikken over registrerte overdosedødsfall i Europa, og har gjort det i flere år. Stortinget har slått fast at vi ikke kan akseptere at et så stort antall mennesker dør av overdose.

Fra 2016 til 2017 gikk antallet overdosedødsfall ned med 13 prosent. Nedgangen fant sted i kommunene i pilotkommunenettverket i Nasjonal overdosestrategi 2014 -17. Dette er samtidig de kommunene der overdosestrategiens naloksonprosjekt har utplassert nesespray. I resten av landet var det en svak økning av overdosedødsfall i 2017. Helsedirektoratet ser dette som en indikasjon på at de samlede tiltakene i den forrige strategien har vært virksomme.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet legger Helsedirektoratet fram en ny fireårig nasjonal overdosestrategi. Strategien er utarbeidet i dialog med samarbeidspartnere i helsetjenesten, kommunenettverk, brukerorganisasjoner, KoRus og forskningsmiljøene.

Med Nasjonal overdosestrategi 2019 - 2022 ønsker Helsedirektoratet å gi retning til den overdoseforebyggende innsatsen i årene fremover og løfte frem områder som kan bidra til å møte utfordringene. Arbeidet som er igangsatt, skal videreføres, og det er behov for å styrke innsatsen ytterligere. Gjennom samarbeid med ulike partnere videreføres tiltak som har hatt god effekt i den utløpte overdosestrategien. Samtidig tar den nye strategien for seg nye utfordringer, nye rusmidler, vurdering av nye målgrupper og nye tiltak som vil kunne ha betydning. I dette inngår blant annet legevaktens og ambulansetjenestens rolle i forbindelse med overdoser.

På flere felt er kunnskapsgrunnlaget magert. Dette bør bedres. Innsatsområder og tiltak vil dermed kunne endre seg i løpet av strategiperioden i tråd med ny og oppdatert forskning.

Overdosestrategien er basert på en nullvisjon, slik Stortinget har vedtatt. I tråd med nullvisjonen på trafikkområdet formulerer vi nullvisjonen på overdosefeltet slik:

***Vi har en visjon om at samfunnet skal bistå brukere av illegale rusmidler på en slik måte at ingen mister livet av sitt rusmiddelbruk.***

En stor takk til de mange som har bidratt med innspill og tekst til Nasjonal overdosestrategi 2019 – 2022.

Oslo, 15.03.2019



Bjørn Guldvog

# 1 Tiltak i Nasjonal overdosestrategi

## Nye tiltak:

- Økt fokus på råd, veiledning og oppfølging av somatisk helse- og ernæringstilstand i tjenestetilbudet til brukerne  
*Ansvarlig: Fylkesmannen og kommunene. Se side 9*
- Sørge for ny og oppdatert kunnskap på overdoseområdet for å sikre målrettede tiltak  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet og aktuelle partnere. Se side 9*
- Utarbeide et Pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelig overdose  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet. Se side 10*
- Vurdere utvikling av varslingsystem for særlig sterke/farlige rusmidler  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet og aktuelle partnere. Se side 10*
- Vurdere om testing av rusmidler i ulike former kan være nyttige  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet og aktuelle partnere. Se side 11*

## Videreførte tiltak:

- Utvikle Switch-kampanjen til tryggere inntaksmåter av alle rusmidler  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet i samarbeid med kommuner og brukerrepresentanter. Se side 11*
- Øke tilgangen til LAR, inkludert lavterskel substitusjonsbehandling  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet. Se side 12*
- Fortsette utplassering av nalokson neseppray  
*Ansvarlig: SERAF v/naloksonprosjektet i samarbeid med Helsedirektoratet. Se side 13*
- Videreutvikle kommunenettverk/ læringsnettverk som metode  
*Ansvarlig: KoRus i samarbeid med Helsedirektoratet. Se side 13*
- Styrke brukermedvirkning og samarbeid med pårørende  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet, læringsnettverk og Høgskulen på Vestlandet. Se side 14*
- Forebygge overdoser i sårbare periode (pauser)  
*Ansvarlig: Kriminalomsorgens høgskole- og utdanningssenter KRUS og Helsedirektoratet; Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Helsedirektoratet Se side 15*
- Markere Verdens overdosedag  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet og læringsnettverk. Se side 16*
- Sikre tilgang på sterilt brukerutstyr  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet i samarbeid med KORFOR. Se side 16*
- Tydeliggjøre juridiske muligheter for informasjonsutveksling knyttet til blant annet taushetsplikt og nødrett  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet. Se side 16*
- Samarbeide med Folkehelseinstituttet (FHI) på statistikkområdet og gjøre statistikk tilgjengelig for kommunene  
*Ansvarlig: Helsedirektoratet og FHI. Se side 17*
- Videreføre Lavterskel helsekonferanse som årlig arena  
*Ansvarlig: KoRus Øst og Oslo i samarbeid med Helsedirektoratet. Se side 17*

## 2 Utfordringsbildet og behov for videre innsats

### 2.1 Oppdraget

Helsedirektoratet mottok i juni 2018 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide en ny nasjonal overdosestrategi for de kommende fire år. Den nye strategien skal ta utgangspunkt i de tiltakene som har hatt god effekt i den utløpte overdosestrategien – slik som nalokson nesespray, pilotkommuneprosjektet, switch-kampanjen og lavterskel substitusjonsbehandling. Samtidig skal den nye strategien også omfatte innsats rettet mot nye utfordringer som tiltak overfor nye rusmidler som vi være relevante i en overdosesammenheng, vurdering av nye målgrupper og andre tiltak som vil kunne være av betydning. I dette inngår blant annet legevaktens og ambulansetjenestens rolle i forbindelse med overdoser.

### 2.2 Behov for en videre innsats

*Hovedmålsettingen for nasjonal overdosestrategi vil fortsatt være en årlig reduksjon i overdosedødsfall med en langsiktig nullvisjon.*

Antall overdosedødsfall i Norge har vært forholdsvis stabile siden 2003 med et gjennomsnitt på 260 dødsfall årlig. I 2017 så vi en nedgang i antallet på 13 prosentpoeng til 247 dødsfall, lavere enn det årlige gjennomsnittet siden 2003. Det var en større nedgang i pilotkommunene knyttet til strategiarbeidet enn det var i kommunene for øvrig, særlig gjelder dette i de største kommunene. Nedgangen er ikke statistisk signifikant, men det kan tyde på at den særlige innsatsen i disse kommunene, kombinert med utdeling av nalokson nesespray, har hatt betydning for nedgangen. Helsedirektoratet ønsker i det videre arbeidet å inkludere flere kommuner i kommunenettverket. Det er gledelig at arbeidet med overdoseforebygging at tiltakene i forrige strategiperiode kan synes å ha hatt en virkning.

Andelen dødsfall utløst av inntak av opioider har vært nokså konstant de siste årene. Vi ser imidlertid en betydelig nedgang i antall heroinutløste dødsfall siden 2009, mens antall dødsfall utløst av forskrevne opioidholdige legemidler har økt sterkt. Andelen metadondødsfall har også økt fra 2016 til 2017 etter en markant nedgang i årene 2012 – 2015. Metadondødsfall var i 2017 for første gang opphav til flere overdosedødsfall enn heroin, mye på grunn av nedgangen av andelen dødsfall med heroin. De fleste som døde etter inntak av metadon, var ikke pasienter i LAR (Waal m. fl. 2018), og det er ikke godt dokumentert hvor metadonen stammer fra. For å ha målrettet tiltak, har vi behov for å vite mer om hva endringene skyldes, og vi trenger mer kunnskap om mulige nye brukergrupper og brukermønstre. Spørsmålet om faren for lekkasje av LAR-legemidler og eventuelle tiltak knyttet til dette, drøftes i arbeidsgruppa som utarbeider utkast til revisjon av eksisterende LAR-retningslinje.

Helsedirektoratet mener at man i overdosearbeidet, i liket med i trafikksikkerhetsarbeidet, må opprettholde innsats og legge et langsiktig perspektiv til grunn for å kunne oppnå betydelige resultater på sikt. Dessuten må overdosearbeidet ses i sammenheng med andre nasjonale innsatser rettet mot målgruppen.

## 2.3 Utfordringsbildet

Med noen viktige unntak ser vi det samme utfordringsbildet i 2018 som ved inngang til forrige strategiperiode i 2013. Omfattende internasjonal forskning om overdoser og overdosedødsfall viser (Degenhardt m. fl 2011):

- Mellom 80 og 90 prosent av alle overdosedødsfall skyldes inntak av opioid
- Dødsfallene synes å være særlig knyttet til inntak med sprøyte
- De som dør, er en aldrende gruppe
- Det er flere ganger så mange menn som kvinner som dør
- Hvilke opioider som tar liv, varierer fra år til år og fra land til land
- De aller fleste dødsfall er ulykker
- Inntak av sentralstimulerende rusmidler er årsak til en betydelig lavere andel overdosedødsfall enn opioidene

Når det gjelder hvilke opioider som tar liv, varierer bildet mellom land og regioner og over tid. Den viktigste endringen globalt siden 2013 er den dramatiske økningen i antallet og andelen dødsfall utløst av inntak av svært potente opioider, fentanyler, særlig i Nord-Amerika. De siste årenes store opiumsavlinger i Afghanistan, og derav økt heroinproduksjon, kan medføre vesentlige endringer i herointilgangen. Begge faktorer kan komme til å få store konsekvenser også for Norge.

Norge har blant de høyest rapporterte overdoseratene i Europa. I 2016 var det kun Estland og Sverige som lå høyere enn Norge (European Drug Report 2018, EMCDDA). Overdosedødsfall skjer i over halvparten av Norges kommuner i løpet av en femårsperiode. I forhold til befolkningsstørrelsen er imidlertid sentrale områder vesentlig hardere rammet enn distriktene. I Oslo og Bergen bor om lag 18 prosent av landets befolkning, men 28 prosent av overdosedødsfallene i 2017 skjedde her (FHI 2018, SSB 2018). I Norge ser vi de samme trendene når det gjelder hvem som er mest overdoseutsatte (alder, kjønn, allmenntilstand mm) som internasjonal forskning viser.

Det er behov for å vite mer om foranledning til og omstendigheter rundt det enkelte dødsfallet for å kunne iverksette de riktige tiltakene. Den enkelte kommune bør gjennomgå overdosedødsfallene i sin kommune og kartlegge lokale omstendigheter som medfører overdosefare med formål å forbedre kvaliteten på tjenestene. Se [Veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid](#) for veiledning om hvordan en slik lokal kartlegging kan gjøres.

Tjenestene bør ha særlig oppmerksomhet mot sårbare periode etter pauser i opioidbruk. Spesielt er perioden etter soningsopphold og institusjonsopphold sårbare, men alle pauser i opioidbruken øker overdoserisiko. Sprøytebrukere av sentralstimulerende og andre rusmidler som bruker opioider med noen ukers mellomrom for å "lande", har også stor overdoserisiko. Derfor bør alle sprøytebrukere være målgruppe for overdoseforebyggende tiltak, uansett hvilke rusmidler de bruker til vanlig. Se vedlegg 2 for utfyllende tekst.

### 2.3.1 Ulykker eller selvmord

I 2017 var 38 av overdosedødsfallene (15 prosent) selvmord i henhold til EMCDDA-definisjonen som Norge følger; 37 av disse skjedde med opioider. Andelen selvmord har vært noenlunde konstant de siste årene. Siden 2013 har antallet selvmord i overdosestatistikken variert mellom 29 og 44 dødsfall (Dødsårsaksregisteret 2018).

Det er grunn til å tro at dette er minimumstall. Forskere påpeker at det er et utydelig grenseland mellom selvmord og ulykkesoverdoser, og at det kan være vanskelig å avgjøre om overdosedødsfallet var et selvmord eller en ulykkeshendelse. Mange overdosedødsfall synes å ha bakgrunn i likegyldighet til om en lever eller dør (Biong 2013). Dette peker på behovet for å snakke med brukerne om eksistensielle utfordringer i det overdoseforebyggende arbeidet. En opplevelse av likegyldighet til om man lever eller dør, kan også henge sammen med at livssituasjonen oppleves som håpløs eller har blitt brått forverret. Årsaken kan være bosituasjon, somatiske plager, psykiske plager og andre viktige forhold i livet.

Arbeidet sees i sammenheng med kommende handlingsplan for forebygging av selvmord. Dette understreker igjen at hele spekteret av innsatser på psykisk helse og rusmiddelfeltet har betydning i det overdoseforebyggende arbeidet.

### 2.3.2 Kombinasjonsbruk

En heroindose som er trygg om den inntas i edru tilstand, kan være livstruende under påvirkning av alkohol og/eller benzodiazepiner. Årsaken er at både alkohol og benzodiazepiner virker hemmende på åndedrettet. Når ett eller flere av disse stoffene kombineres med opioider, øker den åndedrettshemmende effekten (Darke 2013). Dette innebærer at risikoen for overdose (både ikke-dødelig og dødelig overdose) øker betraktelig ved slik kombinasjonsbruk. Blandingsbruk av rusmidler er vanlig. Inntak av benzodiazepiner og/eller alkohol spiller derfor en rolle i de fleste tilfeller av opioidoverdose. Se vedlegg 2 for utdypende tekst.

### 2.3.3 Somatisk helse og ernæringstilstand

Somatisk helse og levevaner er områder som bør ha stor oppmerksomhet i overdoseforebyggende arbeid. Personer som tar rusmidler med sprøyte bør:

- utredes for komplikasjoner som infeksjoner og hudskader
- tilbys behandling for HCV infeksjon ([Hepatitt-strategien](#))
- få informasjon om tiltak for å redusere smitterisiko
- få informasjon om forebygging av overdose

Det bør gis råd og opplæring om andre inntaksmåter enn injisering samt informasjon om hvor sterile sprøyter og brukerutstyr kan skaffes til veie. En oversikt over [risiko knyttet til bruk av ulike rusmiddel finnes hos SERAF \(uio.no\)](#).

Se også [oppfølging av somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler \(i Somatisk helse og levevaner – Pakkeforløp for psykisk helse og rus\)](#)

Rusmiddelavhengige lever ofte liv som er uforenlige med planlegging og tilberedelse av ordentlige måltider (Sæland 2010). Kostholdet får ofte lite oppmerksomhet når det gjelder sviktende helse og høye overdosetall blant norske rusmiddelavhengige idet

overdosen utelukkende blir tilskrevet selve injiseringen av rusmidler og omstendigheten rundt blir glemt, selv om det er veldokumentert at mat og ernæring er avgjørende for kroppens evne til å tåle store indre og ytre påkjenninger. Langvarig rusmisbruk og akutte og permanente infeksjoner påvirker i stor grad lyst og evne til å skaffe seg mat og kroppens utnyttelse av næringsstoffene. Se vedlegg 2 for utdypende tekst.

### 2.3.4 Nye rusmiddelutfordringer

Nye Psykoaktive stoffer (NPS) er kunstig fremstilte rusmidler som etterligner virkningen av kjente rusmidler. Virkningen av ulike NPS kan være hallusinerende, stimulerende, dempende eller en kombinasjon av disse. NPS har vært svært tilgjengelige på det "mørke nettet" (internett) i flere år. Ved utgangen av 2017 var over 670 ulike stoffer identifisert. Bruken av NPS synes foreløpig i liten grad å ha overtatt for etablerte rusmidler i Norge. KRIPOS opplyser at det har vært en betydelig nedgang i NPS-beslag de siste tre årene (KRIPOS 2018).

Nye psykoaktive stoffer, NPS, kan tidvis utgjøre en fare i overdosesammenheng. PMMA som er et sentralstimulerende rusmiddel, peker seg ut i denne sammenhengen. PMMA-dødsfallene 2010-12 minner oss om at også sentralstimulerende rusmidler kan skape mindre "epidemier" av overdose-dødsfall som kan blusse opp og så nesten forsvinne. Føre var – rapportene til KoRus i Oslo, Bergen og Trondheim 2019 viser økning i bruk og tilgjengelighet av det sentralstimulerende rusmiddelet MDMA. Dette samsvarer med økende beslag av MDMA hvert år siden 2010 (KRIPOS 2019) og viser at det sentralstimulerende utfordringsbildet er i endring. Foreløpig er det knyttet få overdosedødsfall til bruk av MDMA.

Fentanyl og fentanylderivater er svært potente syntetiske opioider som regnes til NPS. I mange land, særlig i USA og Canada, har fentanylene bidratt til en dramatisk økning i antall overdosedødsfall. I flere land i Europa har en sett bekymringsfulle utbrudd av fentanyldødsfall. Det er få overdosedødsfall utløst av fentanylinntak i Norge. Helsedirektoratet anser at muligheten for en fentanylutløst overdosekrise i Norge er liten, men større enn tidligere, og viser til at KRIPOS uttrykker sterk bekymring for fentanyl i sin rapport første halvår 2018 (KRIPOS 2018). Det er behov for å følge med på utvikling og være beredt om det skulle skje endringer slik at brukerne kan advares raskt. Se vedlegg 2 for utdypende tekst.

Siden 2009 har det vært betydelige endringer i overdosedødsfallene når det gjelder hvilke opioider som tar liv i Norge. Mens andelen som dør etter heroininntak, nær er halvert, er andelen som dør etter inntak av sterke smertestillende opioidholdige legemidler bortimot fordoblet. Dette er nødvendige legemidler ved smertebehandling, både akutt og over tid. Helsedirektoratet er opptatt av sammenhengen mellom forskrivning av opioidholdige legemidler og endringene i overdosebildet.

Mange allmennleger vil i løpet av 2019 få en faglig oppdatering på bruk av opioider gjennom en ny KUPP-kampanje. KUPP er et undervisningsopplegg, der tilgjengelig kunnskap om legemiddelbehandling for ulike sykdommer formidles direkte til legen i et én til én-møte. Tidligere har det blant annet vært gjennomført slike kampanjer for forskrivning av antibiotika. Vi ser at det gir resultater. En kampanje om riktig bruk av



opioider vil bidra til riktigere legemiddelbruk og kunne forebygge overdoser og overdosedødsfall. Se vedlegg 2 for utdypende tekst.

### 2.3.5 Nye målgrupper

Mye tyder på at det finnes personer blant de som dør av en opioidoverdose som ikke nås gjennom eksisterende tiltak og tjenester rettet mot målgruppen. Nyere forskning har påvist at blant alle narkotikautløste dødsfall mellom 2003 og 2009, i aldersgruppen 24 – 54 år, fant man en gruppe med høyere sosioøkonomisk status enn de andre som døde og som i liten grad var kjent for hjelpetjenestene i kommunen (Amundsen 2015).

Likeledes fant man i en kohortundersøkelse blant 884 personer som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker før de ble spurt i 2013, at også de som rapporterte sjelden sprøytebruk, og sjelden eller aldri heroinbruk, hadde en forhøyet risiko for å dø av overdose (Gjersing og Bretteville-Jensen 2018). Evalueringen til FHI pekte nettopp på disse gruppene og på en videre mobilisering av overdoseforebygging også mot disse gruppene.

Ny kunnskap om nye målgrupper og måter å nå disse på vil være en prioritert oppgave i en ny strategiperiode. Se vedlegg 2 og 3 for utdypende tekst.

## 2.4 Kunnskapsbehov

De viktigste studiene vi har på overdoseområdet i Norge gjelder dødsfall fra årene før 2009. De siste årene har det vært betydelige endringer i overdosedødsfallene når det gjelder hvilke opioider som tar liv i Norge. Det er også sterke indikasjoner på at det finnes personer blant de som dør av en opioidoverdose, som ikke nås gjennom eksisterende forebyggende tiltak (Amundsen 2015; Gjersing 2017; Gjersing og Bretteville-Jensen 2018).

I løpet av forrige strategiperiode ble viktige kunnskapshull avdekket både knyttet til nye brukergrupper og nye brukermønstre. Andelen overdosedødsfall som skyldes heroininntak er siden 2010 nær halvert, mens andelen som dør etter inntak av sterke smertestillende opioidholdige legemidler og metadon er økt betraktelig. Disse endringene har vi ikke gode forklaringer på. Samtidig er andelen som fikk forskrevet sterke smertestillende legemidler økende; antallet personer som fikk forskrevet oksykodon minst en gang, økte fra rundt 9000 i 2005 til over 56 000 personer i 2017. Det er et stort behov for ny kunnskap om hvorvidt det er en sammenheng mellom forskrivning av opioidholdige legemidler og endringene i overdosebildet. Vi mangler kunnskap for å slå fast i hvilken grad endringene er uttrykk for nye bruksmønstre i samme risikopopulasjon som tidligere eller representerer nye brukergrupper. For å kunne målrette innsatser mot eventuelle nye målgrupper er det behov for å vite mer om disse gruppene.

I forbindelse med utarbeidelsen av ny nasjonal overdosestrategi har Helsedirektoratet bedt FHI og SERAF foreslå prosjekter som kan bidra til et kunnskapsløft på overdoseområdet. Disse er nærmere omtalt i vedlegg 4.

## 3 Innsatsområder

Helsedirektoratets nye overdosestrategi tar utgangspunkt i de tiltakene som har hatt god effekt i den utløpte strategien som nalokson nesespray, pilotkommuneprosjektet, switch-kampanjen og lavterskel substitusjonsbehandling. Samtidig skal den nye strategien omfatte innsatser rettet mot nye utfordringer. Dette er i tråd med prosessevalueringens anbefalinger og har ligget til grunn i innspillsprosessen.

I dette kapittelet deles innsatsområder inn i nye og videreførte.

### 3.1 Nye innsatsområder

#### 3.1.1 Økt fokus på somatisk helse- og ernæringstilstand

*Helsedirektoratet anbefaler at helsetjenesten generelt og særlig lavterskeltiltak på rusmiddelfeltet bistår brukere med råd, veiledning og oppfølging av somatisk helse- og ernæringstilstand.*

Svekket somatisk helse og dårlig ernæringstilstand vil kunne medføre økt fare for overdose for den enkelte. En dose som en person en dag tåler, vil en annen dag, med nedsatt allmenntilstand, kunne føre til større overdosefare. Somatisk helse og dårlig allmenntilstand var bakgrunnen for oppbygging av lavterskel helsetiltak i kommunene. Det er viktig at denne innsatsen fortsetter og at helsetjenesten kartlegger brukernes helse- og ernæringstilstand, samt bistår med behandlingstilbud og råd. Den årlige lavterskel konferansen som Helsedirektoratet arrangerer i samarbeid med KoRus har et slikt fokus (se kapittel 3.2.9). Somatisk helse og levevaner er dessuten viktige fokusområder i Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Ett av målene med pakkeforløpene er at de skal bidra til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer.

#### 3.1.2 Sørge for ny og oppdatert kunnskap på overdoseområdet for å sikre målrettede tiltak

Helsedirektoratet vil arbeide for økt kunnskap på overdoseområdet på nasjonalt nivå og vil stimulere til lokal kartlegging av de enkelte dødsfall i kommunene, med formål å forbedre kvaliteten på tjenestene.

I løpet av forrige strategiperiode har Helsedirektoratet innhentet betydelig ny kunnskap. Det er likevel behov for et mer omfattende kunnskapsløft. Dette er konkretisert i vedlegg 4 der det beskrives prosjekter som FHI og SERAF har foreslått i arbeidet med strategien for å fylle de viktigste kunnskapshullene (vedlegg 2 og 3).

Kommunen bør gjennomgå overdosedødsfallene i sin kommune og kartlegge lokale omstendigheter som medfører overdosefare. Se Veiviser i lokalt

overdoseforebyggende arbeid for veiledning om hvordan en slik lokal kartlegging kan gjøres.

### 3.1.3 Pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelig overdose

*Helsedirektoratet vil utarbeide et Pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelig overdose. Pakkeforløpet vil dreie seg om oppfølging av pasienten er vekket opp med nalokson og noe tid fram i tid. Arbeidet vil bli satt i gang i 2019.*

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. Ikke-dødelige overdoser kan medføre alvorlige helseskader. En person som har overlevd en overdose, synes å være særlig utsatt for en dødelig overdose senere.

I oppdraget om ny overdosestrategi bes det om særlig fokus på legevaktens og ambulansetjenestens rolle. Prehospitaltjenester har alltid hatt en viktig rolle i det overdoseforebyggende arbeidet. Det gjelder både livredding gjennom ambulansetjenesten og oppfølging i de kritiske timene etter at en person er vekket til live etter overdose. I Nasjonal faglig retningslinje for avrusing fra rusmidler og vanedannende legemidler, i tråd med anbefaling fra Verdens helseorganisasjon, anbefales: «Ambulansepersonell bør ikke etterlate personen alene. Oppfølging etter en livstruende overdose bør som hovedregel vare i minst to timer.»

Erfaringene fra pilotkommuneprosjektet i forrige strategiperiode viser at samarbeidet mellom AMK/ambulansetjeneste og kommunal oppfølging varierer sterkt og at det har vært vanskelig å etablere en enhetlig standard på samarbeid mellom AMK/ambulansetjeneste og kommunen etter ikke-dødelig overdose.

### 3.1.4 Varslingssystem for særlig sterke/farlige rusmidler

*Helsedirektoratet vil vurdere muligheten for å etablere et nasjonalt varslingssystem for å kunne alarmere brukerne og helsetjenesten om særlig farlige rusmidler i omløp.*

Tilgangen på rusmidler er i stadig endring. Brukerne har i liten grad kunnskap om kvaliteten på ulike rusmidler som omsettes på det illegale markedet. Ulike kunnskapskilder bør kunne samordnes for å skape en nasjonal varslingstjeneste. Det tenkes på:

- lokale varslingstjenester i enkelte kommuner som i løpet av forrige strategiperiode sendte ut lokale advarsler
- KRIPOS' og tollvesenets omfattende informasjon om ulike rusmidler som bare sporadisk rapporteres til rusmiddelbrukere
- Føre Var metodikken som implementeres i flere byer i Norge om rusmiddeltrender lokalt.

FHI/avdeling rusmidler og tobakk deltar dessuten i et europeisk varslingssystem for NPS som rapporterer til EMCDDA i Lisboa. Isamarbeid med CBRNE-senteret ved Oslo Universitetssykehus og berørt etat varsles befolkningen i situasjoner som anses som relevant for norske brukergrupper.

Helsedirektoratet vil vurdere om det er grunnlag for å etablere et videre nasjonalt varslingssystem målrettet mot rusmiddelbrukere og helsetjenesten.

### 3.1.5 Vurdere om testing av rusmidler kan være nyttig

*Helsedirektoratet vil vurdere om testing for innholdet i ulike rusmidler for brukerne kan være et egnet virkemiddel, både på brukerrommene og når det gjelder test-kits der brukerne selv kan teste innhold i et rusmiddel.*

Test-strips til bruk blant brukere som viser om det finnes fentanyl i en stoffprøve, har blitt brukt sporadisk i utsatte byer i USA og Canada og har blitt positivt mottatt hos målgruppen. Bruk av slike test-strips har i tillegg blitt assosiert med endringer i bruksvaner mot tryggere bruk og økt bevissthet hos brukerne om å utvise mer forsiktighet for å unngå overdose (Maxwell 2018).

Ulike test-kits kan gi indikasjon om hvilket rusmiddel det er i en prøve, men vil ikke gi noe informasjon om kvalitet eller styrke. Blant annet har slik testing vært benyttet i UK i regi av brukerorganisasjonen The Loop (Brunt 2017) på musikkfestivaler.

Kunnskapen på disse områdene er mangelfull. Helsedirektoratet vil i første omgang vurdere kunnskapsgrunlaget før en kommer med anbefalinger på området test-kits og testing for brukerne.

## 3.2 Videreførte innsatsområder

Det har ikke vært noen effektevaluering av de enkelte tiltakene i den første overdosestrategien. Prosessevalueringen påpeker imidlertid at det ikke er ett tiltak som peker seg ut som det mest vellykkede eller det viktigste. Snarere synes det å være summen av tiltak som kan sies å være en suksessfaktor og som på sikt vil kunne bidra til lavere overdosetall. I løpet av forrige strategiperiode pekte tre tiltaksområder seg ut som særlig viktige og fikk etter hvert betegnelsen stolpene i strategien. Dette er områder der innsatsen bør konsentreres særlig for å nå strategiens mål. Brukermedvirkning bør gjennomsyre arbeidet med stolpene.

### 3.2.1 Strategiens tre stolper

#### 3.2.1.1 Switch-kampanje for tryggere inntaksmåter av alle rusmidler

*Helsedirektoratet vil arbeide for bevisstgjøring av brukerne om tryggere inntaksmåter av forskjellige rusmidler og om økt fare ved blanding av flere rusmidler inkludert alkohol.*

De fleste overdoser og overdosedødsfall skyldes inntak av opioider med sprøyte (Degenhart m. fl 2011). En reduksjon i sprøytebruk vil på lang sikt være den viktigste endringen i brukerkulturen for å få til en drastisk reduksjon både av antallet overdosedødsfall og av andre helseskader som sprøytebruken medfører. Dette bør være en overordnet langsiktig strategi i alt overdoseforebyggende arbeid og i skadereduksjonsarbeid på rusmiddelfeltet generelt. Samtidig er det viktig å ha fokus på at blanding av opioid med andre rusmidler/medikamenter er en risikofaktor, herunder alkoholens betydning som risikofaktor for overdoser. Videre kan

overdosefare for brukere som har sin hovedavhengighet knyttet til andre stoffer som amfetamin og benzodiazepiner og som bare inntar opioider av og til, være høy.

Endringene i brukermønstre både når det gjelder opioidbruk og når det gjelder andre rusmidler, understreker at en må ha utvidet fokus på tryggere inntaksmåter både når det gjelder de ulike opioidene og når det gjelder hele spekteret av rusmidler. Dette gjelder også de delene av helsetjenesten som ikke primært arbeider med rusmiddelbrukere. Særlig kan smertepasienter være utsatte.

Sprøyteromsloven erstattes i 2019 av en brukeromslov som åpner for injisering av alle rusmidler som utgjør en helsefare i de nye brukerrommene. Det er en styrke for switch-kampanjen at det understrekes at det skal gis omfattende opplæring i mer skånsomme inntaksmåter i brukerrommene.

Behov for et økt kunnskapsgrunnlag for å kunne gi anbefalinger om tryggere inntaksmåter fikk Helsedirektoratet til å be SERAF utarbeide rapporten *Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko (Bramnes og Madah-Amiri 2016)*. Denne ligger til grunn for en utvidet switch-kampanje.

### *3.2.1.2 Økt tilgang til LAR, inkludert lavterskel substitusjonsbehandling i LAR*

*Helsedirektoratet vil arbeide for fortgang i utviklingen av lavterskel substitusjonstiltak, bidra inn i utviklingen av heroinassistert behandling (HAB) samt revisjon av LAR-retningslinjen.*

Substitusjonsbehandling er det eneste behandlingstiltaket som radikalt reduserer overdosedødeligheten blant opioidbrukere (Clausen m. fl 2008). I overdose-sammenheng er det viktig å inkludere opioidbrukere som til nå ikke har vært interessert i LAR, eller som har falt ut av LAR. Utvikling av andre modeller for enklere tilgang til LAR, såkalt lavterskel LAR, anses som viktig. Begrepet «lavterskel» bør forstås som å redusere unødige terskler for å kunne motta nødvendig behandling. Slike terskler kan være krav til henvisning, krav til avrusning før oppstart og krav til urinprøvetaking.

Departementet har for flere år siden pålagt helseforetakene å utvikle modeller for lavterskel LAR. I Opptappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020) sies at det skal etableres lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO (Oslo) i alle helseregioner innen 2020.

Spørsmålet om hvorvidt det bør være flere substitusjonslegemidler i LAR og mulighet for et bredere legemiddelvalg for den enkelte pasient, drøftes i arbeidsgruppa som utarbeider utkast til revisjon av eksisterende LAR-retningslinje.

I Granavolden- erklæringen (Regjeringen 2019) ble det bestemt å gjennomføre et prøveprosjekt med heroinassistert behandling, HAB, i Norge, innen rammen av LAR. Et slikt prosjekt vil ha nettopp opioidbrukere som til nå ikke har funnet seg til rette i LAR, som målgruppe.

SERAF har gjennomført et vellykket forskningsprosjekt med depotmedisinering med naltrekson. Naltreksonbehandling vil kunne bli et godt supplement til LAR og vil kunne forebygge overdosedødsfall (Solli m. fl 2018). Studien videreføres. Spørsmålet om hvorvidt naltrekson bør være og kan bli et substitusjonslegemiddel i LAR drøftes i

arbeidsgruppen som utarbeider utkast til revisjon av eksisterende LAR-retningslinje. En særlig utfordring er imidlertid at legemiddelet ikke er godkjent for et europeisk marked og derfor foreløpig bare kan brukes i forskningssammenheng.

### 3.2.1.3 Fortsette utplassering av nalokson nesespray

*Helsedirektoratet vil arbeide for å etablere kameratredning med nalokson nesespray som vanlig drift i alle kommuner som har overdosebelastning og vil videreføre internasjonalt samarbeid på naloksonområdet.*

Kameratredning med nalokson nesespray har i løpet av forrige strategiperiode blitt utviklet fra et prøveprosjekt i Oslo og Bergen til å omfatte i overkant av 30 kommuner der 75 prosent av overdosedødsfallene i 2016 fant sted. For videre utbygging vil det bli utviklet e-helse tiltak som tillater elektronisk opplæring og datainnsamling til videre evaluering. Naloksonprosjektet er nærmere beskrevet i vedlegg 10.

Målet er at nalokson nesespray skal være tilgjengelig i alle kommuner med sprøytebruk. Det er nødvendig å utvikle modeller for utplassering av nalokson nesespray i kommuner som har få overdoser. Utdeling av nalokson i kommunene er til dels svakt forankret og en har valgt å arbeide for å stille nalokson gratis tilgjengelig for kommunene i neste strategiperiode.

Gjennom overdosearbeidet har Norge blitt verdensledende når det gjelder utplassering av motgift mot opioidoverdose i form av nalokson nesespray til brukere og nærstående og har samtidig tatt initiativ til internasjonalt forskningssamarbeid på dette området.

Det er behov for en fortsatt evaluering av hvilke resultater og ringvirkninger utdeling av nalokson nesespray har resultert i. Helsedirektoratet har besluttet å videreføre naloksonprosjektet med SERAF som ansvarlig i også i ny strategiperiode.

## 3.2.2 Kommunenettsverk/læringsnettverk som metode

*Helsedirektoratet vil sørge for at ulike læringsnettverk av samarbeidende kommuner fortsatt skal være sentrale virkemiddel i det overdoseforebyggende arbeidet i regi av KoRus.*

Pilotkommunenettverket ble startet i 2014 med tilskudd til stillinger i ni pilotkommuner i fire år. Ytterligere fire kommuner valgte å delta i nettverket uten eget tilskudd. Tilskuddet ble opprettholdt i hele forrige strategiperiode og ut 2018. Evalueringen av strategien trekker pilotkommunenettverket frem som en suksessfaktor.

I 2018 ble kommunenettsverket i overdosestrategien utvidet til å omfatte 29 kommuner. Nettverket utvides i 2019 ytterligere til totalt 35 kommuner. De tidligere pilotkommunene har alle vært fadderkommuner for nye kommuner og gitt opplæring i overdoseforebyggende arbeid.

Erfaringene fra pilotkommunene er oppsummert i [Veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid](#). Prosessevalueringen av den forrige overdosestrategien behandlet erfaringen med nettverket inngående og kommer med anbefalinger for

videreføring av arbeidet. Anbefalingene og veiviseren vil bli brukt og videreutviklet i årene framover.

Pilotkommunene har blitt fulgt opp av et nasjonalt og av regionale nettverk som er driftet av KoRus (regionale kompetansesentre på rusfeltet). I regionale nettverk kan alle kommuner i regionen være med, også kommuner som ikke er med i det nasjonale nettverket. Det overdoseforebyggende arbeidet vil i økende grad bli forankret i KoRus i årene som kommer.

### 3.2.3 Styrke brukermedvirkning og samarbeid med pårørende

#### 3.2.3.1 Brukermedvirkning

*Helsedirektoratet vil trekke brukere tettere med i det overdoseforebyggende arbeidet på alle nivåer. Det er særlig viktig å styrke brukermedvirkning lokalt i kommunene.*

I denne sammenhengen forstår vi overdoseutsatte rusmiddelbrukere og deres pårørende. Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

I det overdoseforebyggende arbeidet skal brukernes behov ligge til grunn for utforming og innhold i tjenestene og i omfanget av tjenestetilbudet. Sentralt i dette arbeidet står bruker- og pårørendeorganisasjonene.

Tiltakene i Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017 og i denne strategien er gode eksempler på brukermedvirkning på systemnivå i det de er utformet i samarbeid med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner. Sentrale tiltak har opprinnelig vært fremmet av brukerorganisasjonene.

Bruker- og pårørendeorganisasjoner er gode og nødvendige samarbeidspartnere for å spre informasjon om overdoseforebyggende tiltak. Lokale erfaringskonsulenter og brukere og pårørende i brukerpanel kan bidra med verdifull kjennskap til lokale forhold, ha direkte tilknytninger inn i miljøet og være viktige brobyggere mellom tjenestene og brukerne.

Helsedirektoratet er kjent med at kommunene i varierende grad har kommet i gang med brukermedvirkning i tiltakene. Arbeidet med markeringer på Verdens overdosedag 31 august har vist seg å være en god anledning til å bringe tjenestene, personer med bruker- og pårørendeerfaring og andre sammen. Erfaringene har gitt en god plattform for videre samarbeid.

#### 3.2.3.2 Pårørende og etterlatte

*Helsedirektoratet vil arbeide for at pårørende og etterlatte trekkes med i alt lokalt overdoseforebyggende arbeid og vil i ny strategiperiode fortsatt samarbeide med pårørende og etterlatte, samt bidra inn i END-studien.*

For hvert menneske som dør av overdose, sitter rundt 10 nære pårørende igjen som etterlatte (Møgster m. fl 2018). Bare de siste ti årene gjelder dette rundt 26 000

mennesker. I tillegg kommer belastningen over mange år som rammer pårørende til overdoseutsatte rusmiddelbrukere. I alt overdosearbeid bør pårørende og etterlatte trekkes med. Helsedirektoratet har samarbeidet med Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS) nasjonal og lokalt for å ivareta pårørendeperspektivet og blant annet gitt LMS i oppdrag å lage et hefte om pårørendeerfaringer og -behov.

Det finnes svært lite samlet kunnskap om situasjonen til etterlatte etter rusmiddelutløste dødsfall, både nasjonalt og internasjonalt. Høgskulen på Vestlandet har satt i gang forskningsstudien END – Etterlatte etter narkotikautløst dødsfall ([her](#)). Dette er et nybrottsarbeid. Ved årsskiftet 2018/19 hadde en rekruttert nær 300 etterlatte til studien som langt vil bli den største i sitt slag noenlunde.

## 3.2.4 Forebygging av overdosedødsfall i sårbare perioder

### 3.2.4.1 Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel

*Helsedirektoratet vil fortsette samarbeidet med Kriminalomsorgens utdannings- og høgskolesenter (KRUS) med målsetting at prosjektet «Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel» blir implementert i alle landets fengsler.*

En studie fra SERAF (Bukten m. fl 2017) har analysert data fra alle løslatelser fra norske fengsler i perioden 2000-2014. Studien bekrefter en voldsomt forhøyet overdosefare etter løslatelse. Undersøkelsen viser at overdoser av illegale rusmidler er årsaken til 85 prosent av dødsfallene som inntreffer i løpet av den første uken etter løslatelse fra fengsel. Faren for å dø av overdose er høyest de første dagene etter løslatelse. Studien viser også at i tiden etter løslatelse er det et betydelig antall innsatte som dør etter selvmord, av somatiske årsaker og etter ulykker. Forskningsfunnene peker på at det overdoseforebyggende arbeidet må ses i sammenheng med kommende handlingsplan for forebygging av selvmord og med andre offentlige satsninger.

Prosjektet «Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel» ivaretas av Kriminalomsorgens utdannings- og høgskolesenter (KRUS) og delfinansieres av overdosestrategien. Målet er at overdoseforebygging skal bli prosedyre i alle landets fengsler i løpet av ny strategiperiode. Fengselsprosjektet er nærmere beskrevet i Vedlegg 11, side 65.

### 3.2.4.2 Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

*Helsedirektoratet vil i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste TSB bidra til at overdoseforebyggende tiltak har høy prioritet i TSB, særlig i forbindelse med utskrivning og behandlingsavbrudd.*

En stor andel av overdosedødsfallene skjer i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandling. Forskning viser at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers (Ravndal og Amundsen 2010). Effektive behandlingsinstanser svekkes dersom det kommunale helsetilbudet ikke er godt nok. For å få ned antall overdosedødsfall, er det derfor avgjørende med god oppfølging etter endt behandling. Også etter utskrivning fra



behandling dør pasienter etter selvmord og i ulykker. Dette peker på at innsatsene i TSB blant annet må ses i sammenheng med kommende handlingsplan for forebygging av selvmord.

Pasientsikkerhetsprogrammet har pilotert en tiltaksapakke for forebygging av overdose etter utskrivning fra behandling i spesialisthelsetjenesten TSB. Tiltaket er innført som prosedyre i spesialisthelsetjenesten. Det er i stor grad denne tiltakspakken som nå videreføres i overdosestrategiens fengselsprosjekt (se over).

### 3.2.5 Markering av Verdens overdosedag

*Helsedirektoratet vil fortsatt legge stor vekt på å mobilisere til markering av Verdens overdosedag 31 august og ser det fortsatt som viktig å bistå kommunene i planlegging av markering av dagen.*

Siden 2013 har Verdens overdosedag 31 august blitt markert i Norge. I 2013 var det markering ett sted, i Oslo, i regi av Foreningen for en human narkotikapolitikk. I 2018 ble dagen markert i 31 kommuner. Markering av Verdens overdosedag har stor betydning når det gjelder å synliggjøre overdoseutfordringene og mobilisere lokalsamfunnet. Arrangementene får hvert år stor dekning i lokalpresse og andre media.

### 3.2.6 Sikre tilgang på sterilt brukerstyr

*Helsedirektoratet vil fortsette arbeidet for å sikre injiserende rusmiddelbrukere enkel tilgang på sterilt brukerstyr i kommunene. Brukerutstyrskartleggingen og oppfølging av kommunene vil fortsatte i ny strategiperiode.*

I tilknytning til Opptappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020), fikk Nasjonal overdosestrategi 2014-17 et tilleggsoppdrag om sikre tilgangen på sterilt brukerstyr i kommunene. Bakgrunnen for å legge oppdraget til overdosestrategien er antakelsen om at somatisk helsetilstand har betydning for hvor utsatt en bruker er for overdose. Bruk av sterilt brukerstyr beskytter mot overføring av en rekke infeksjonssykdommer og infeksjoner.

I tråd med oppdraget ga Helsedirektoratet forskningsinstituttet KORFOR i oppdrag å kartlegge utdelingen av brukerstyr i norske kommuner. På bakgrunn av kartleggingen sendte Helsedirektoratet i april 2018 et brev til alle landets kommuner og minnet om plikten til å forebygge smitte mot blodbårne sykdommer og etablere tiltak som gjør brukerstyr enkelt og gratis tilgjengelig for injiserende stoffbrukere i kommunen, i henhold til smittevernloven. Samtidig ba Helsedirektoratet fylkesmennene om å følge med på at pålegget blir fulgt. Pålegget er senere gjentatt av regjeringen i *Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter)*.

### 3.2.7 Tydeliggjøre juridiske muligheter for informasjonsutveksling

*Helsedirektoratet vil prioritere arbeidet med en tydeliggjøring av hvilke muligheter som ligger i eksisterende lovverk for utveksling av helseopplysninger etter en overdose.*

Det er betydelige juridiske utfordringer knyttet til muligheten for informasjonsutveksling ved overdosefare. Lovverket setter begrensninger når det gjelder utveksling av pasientinformasjon uten at det er gitt samtykke fra pasienten. Dette gjelder både når pasienten dør og når hen overlever en overdose. Flere av pilotkommunene i den første overdosestrategien har ønsket å utarbeide faste rutiner for utveksling av helseopplysninger mellom AMK og kommunen og dessuten bli varslet om ikke-dødelige overdoser som har funnet sted. Likeledes har problemer knyttet til hvordan en kan sikre samordnet informasjon om omstendighetene rundt de enkelte overdosedødsfall gått gjennom hele strategiperioden. Slike utfordringer ble tatt opp allerede i Oslo-rapporten (Gjersing m. fl 2011) og er fortsatt en barriere for arbeidet i kommunene.

Helsedirektoratet har gjennom forrige strategiperiode erfart at lovverket rundt taushetsplikt og nødrett blir tolket ulikt fra kommune til kommune. Pilotkommunene etterlyser en nasjonal veiledning fra Helsedirektoratet i forståelse av regelverket på dette området som gjelder både taushetsplikt, nødrett og utveksling av opplysninger.

Det har kommet innspill til den videre strategien om å utarbeide en nasjonal veiledning for innhenting av informasjon fra ulike instanser (politi, kommune og spesialisthelsetjeneste) for bedre å kunne kartlegge de enkelte overdosedødsfallene i den enkelte kommune og øke kunnskapen om hvem som dør av overdoser for en målrettet innsats med større presisjon.

De juridiske utfordringene vil også tas videre inn i arbeidet med *Pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelig overdose*. Pakkeforløpet omtales kapittel 4.1.2 Særskilt om legevaktens og ambulansetjenestens rolle.

### 3.2.8 Statistikk

*Helsedirektoratet vil fortsette det nære samarbeidet med FHI på statistikkområdet for fortsatt å gjøre overdosestatistikk tilgjengelig for kommunene.*

Tilgangen til nasjonal og lokal overdosestatistikk har gjennom forrige strategiperioden blitt betydelig bedret. FHI/Dødsårsaksregisteret (DÅR) har bistått med å skaffe til veie statistikk som tidligere ikke var tilgjengelig, og FHI/avdeling rusmidler og tobakk har bistått med bearbeiding og tolking av statistikken. På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeider DÅR hvert år rapporter om overdosesituasjonen i de enkelte fylkene og i de 40 kommunene som er hardest rammet. Tilgang på god statistikk lokalt har vist seg viktig for å bevisstgjøre den enkelte kommune om overdoseutfordringene og bidra til målretting av tiltak.

### 3.2.9 Lavterskel helsekonferanse

*Helsedirektoratet vil i regi av overdosestrategien videreføre den årlige Lavterskelkonferansen for ansatte i lavterskel helsetiltak på rusmiddelfeltet.*

Helsedirektoratet har i fem år arrangert Nasjonal lavterskelkonferanse. Konferansen er målrettet mot ansatte i lavterskel helsetiltak i kommunen og frivillig sektor.

Konferansen har vist seg å være en viktig arena for kunnskapsoppdatering og nettverksbygging.

## Vedlegg

- 1 Behov for videre innsats
- 2 Utfordringsbildet
- 3 Kunnskapsbehov
- 4 Kunnskapsløft
- 5 Grenseflater mot statlige innsatser
- 6 Økonomiske og administrative konsekvenser
- 7 Tiltak i forrige strategiperiode
- 8 Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-17
- 9 Kunnskapsinnhenting i forrige strategiperiode
- 10 Naloksonprosjektet - rapport SERAF
- 11 Fengselsprosjektet - rapport KRUS

# Vedlegg 1 Behov for videre innsats

## Bakgrunn

Beslutningen om en nasjonal overdosestrategi for å forebygge overdoser og overdosedødsfall ble tatt i 2012, og Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide den første nasjonale overdosestrategien i 2013. Bakgrunnen er at Norge gjennom lang tid hadde ligget på toppen av statistikken over registrerte narkotikautløste dødsfall<sup>1</sup> i Europa. I tillegg til dødsfall er det omfattende helseskader knyttet til ikke-dødelige overdoser. Stortinget påpekte også at overdosebelastningene for etterlatte familier og venner er svært stor og at dette også bør være fokus i en overdosestrategi. Nasjonal overdosestrategi 2014 - 2017 er beskrevet [her](#). Strategien ble formelt lansert av to regjeringer, før og etter regjeringsskiftet høsten 2013. Dette viser den betydelige politiske interessen for overdoseutfordringene i Norge.

I forbindelse med utformingen av strategien, fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å starte et prosjekt om utplassering av nalokson neseppray i Oslo og Bergen. Dette ble lagt inn i strategien som det første tiltaket. I forrige strategiperiode ble det utarbeidet en veiviser i overdoseforebyggende arbeid rettet mot kommuner med overdoseutfordringer, basert på erfaringene fra arbeidet til strategiens pilotkommuner. Pilotkommunene har hatt i oppgave å overføre sine erfaringer med overdoseforebyggende tiltak til nye kommuner ved hjelp av denne [veiviseren](#) i lokalt overdoseforebyggende arbeid.

Folkehelseinstituttet (FHI) leverte på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2018 *Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014–2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall?* heretter kalt prosessevalueringen. Prosessevalueringen påpeker styrker og tar tak i svakheter ved strategiarbeidet og har gitt viktige bidrag til utforming av ny strategi. Se [her](#) for fullversjonen eller bilag 3 for hovedpunktene.

Strategiarbeidet har blitt videreført i 2018 med samme innsatsområder som forrige år.

## Antallet overdosedødsfall i Norge

Antallet overdosedødsfall i Norge har vært forholdsvis stabile siden 2003 med et gjennomsnitt på 260 dødsfall årlig de siste ti årene. Fra 2014 til 2015 økte antallet fra 266 til 289 døde. I 2016 var det en svak nedgang til 282 dødsfall. Nedgangen fortsatte i 2017 med 13 prosentpoeng færre dødsfall enn året før, til 243 dødsfall, lavere enn det årlige gjennomsnittet siden 2003.

Nedgangen fra 2016 – 2017 fant sted i kommunene i pilotkommune-nettverket i den forrige strategiperioden. Dette er samtidige de kommunene der naloksonprosjektet har utplassert neseppray. I resten av landet var det en svak økning av overdosedødsfall i 2017. Helsedirektoratet ser dette som en indikasjon på at tiltakene i Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017 har vært virksomme.

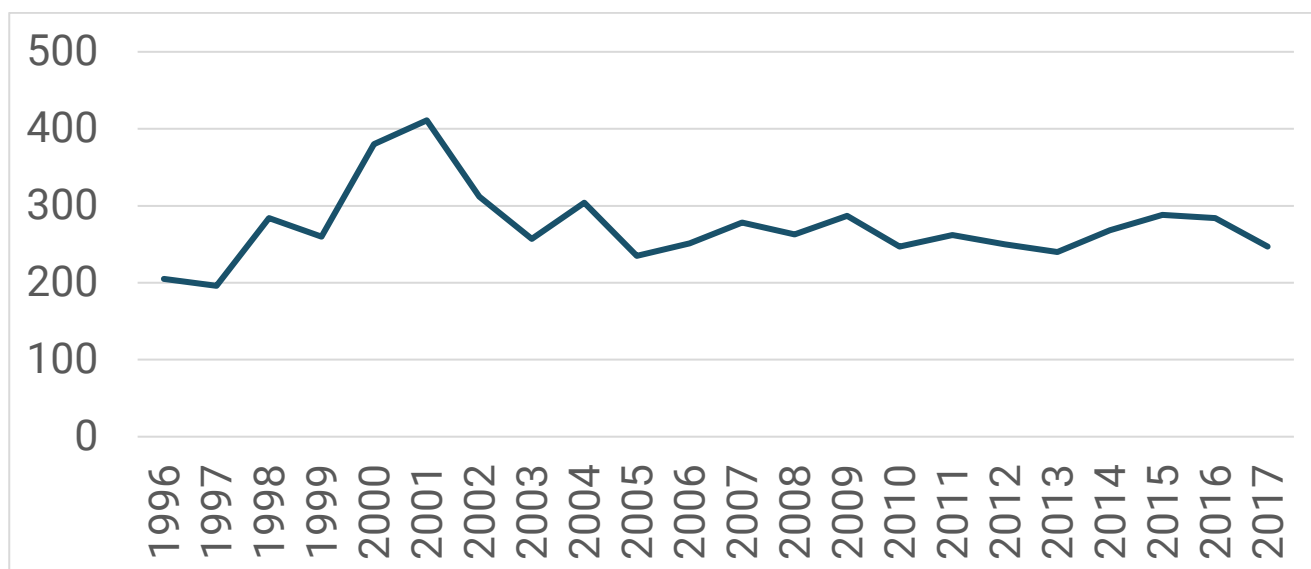
---

<sup>1</sup> I dette dokumentet brukes **overdosedødsfall** og **narkotikautløst dødsfall** om hverandre. Narkotikarelaterte dødsfall derimot inkluderer både overdosedødsfall og dødsfall som skyldes somatisk sykdom, vold, selvmord og ulykker som følge av rusmiddelbruk.

Stortingets målsetting for forrige strategiperiode med en årlig nedgang i antall overdosedødsfall, er dermed nådd for de to siste årene av strategiperioden. Helsedirektoratet påpeker at erfaringene fra annet folkehelsearbeid, blant annet trafikksikkerhetsarbeidet, viser at man må legge et langsiktig perspektiv til grunn for å kunne se om arbeidet gir resultater på sikt.

Ikke alle dødsfall som helt eller delvis skyldes narkotikabruk fanges opp i dødsårsaksstatistikken. Narkotikabruk kan ha vært en indirekte eller medvirkende årsak til dødsfall som skyldes ulykker, voldsepisoder og selvmord, samt sykdommer som HIV og hepatitt C (Gjersing og Amundsen 2018).

Andelen dødsfall utløst av inntak av opioider har vært nokså konstant de siste årene. Hva slags opioider som har tatt liv, har derimot endret seg sterkt. Det har vært en betydelig nedgang i antall heroinutløste dødsfall siden 2009, mens antallet dødsfall utløst av forskrevne opioider har økt sterkt, likeså metadondødsfall de siste to årene. Vi vet ikke om disse endringene skyldes nye brukergrupper eller et annet brukermønster enn tidligere.



Figur 1

Antallet overdosedødsfall økte voldsomt på 1990-tallet og hadde en topp på over 400 dødsfall i 2001. Siden 2003 har antallet vært forholdsvis stabilt med et gjennomsnitt på 260 dødsfall årlig de siste ti årene. Endringene fra år til år er små og kan skyldes tilfeldigheter.

Kilde: FHI.

## Hovedinnretning og avgrensning

*Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve*, ble valgt som motto for Nasjonal overdosestrategi 2014 - 2017. Nasjonal overdosestrategi 2019–2022 baserer seg på samme tenkning og har samme motto. Overdosestrategiens oppdrag er overlevelse og den nye strategien vil fortsatt være en smal og spisset strategi med reduksjon av overdosedødelighet som hovedfokus.

Det er fortsatt opioider som er årsaken til de fleste overdosedødsfallene i Norge og som skal ha hovedfokus i ny strategi. Det som imidlertid bør få større fokus, er hvordan opiatere i kombinasjon med bruk av andre typer rusmidler som sentralstimulerende stoffer, benzodiazepiner, alkohol m.m utgjør en overdoserisiko.

Innførsel av heroin og av nye og mer potente opioider og andre rusmidler har stor betydning for antallet overdosedødsfall. Dette er forhold som har årsaker langt utenfor Norges grenser og som overdosestrategien ikke kan påvirke. Samtidig kan en ha beredskap for at tilførselen av heroin og nye og sterkere opioider vil øke.

Som i forrige strategiperiode vil Nasjonal overdosestrategi 2019 - 2022 være en dynamisk strategi som tar høyde for nye tiltak dersom utfordringsbildet endrer seg. Prosessevalueringen påpeker forbedringspotensialet knyttet til blant annet struktur og organisering av arbeidet, informasjonsflyten i arbeidet, brukermedvirkning og andre strukturelle forhold.

Helsedirektoratet vil i en ny overdosestrategi forbedre og videreutvikle innsatser og tiltak i tråd med de erfaringer som er gjort i tidligere strategiperiode, ta opp i seg grundige tilbakemeldinger fra prosessevalueringen samt møte utfordringer som nye brukergrupper og nye rusmidler representerer.

## Nullvisjonen

Da Stortinget vedtok den forrige overdosestrategien ble en årlig reduksjon i overdosedødsfall valgt som mål, med en langsiktig nullvisjon. Dette vil fortsatt være mål for overdosestrategien. Flere faktorer må spille på lag for å nå denne målsettingen, både ulike innsatsområder i strategien – samt andre pågående offentlige satsninger på rusmiddelfeltet. Fordi en ikke-dødelig overdose vil kunne medføre alvorlig helseskade, er det naturlig å ha som mål ikke bare å redusere antallet dødsfall, men antallet overdoser.

Med vedtaket om å legge en langsiktig nullvisjon til grunn for arbeidet hevet Stortinget etter Helsedirektoratets forståelse overdosearbeidet opp på linje med trafikksikkerhetsarbeidet som til da var den eneste offentlige folkehelsesatsinga med en nullvisjon.

Nullvisjonen i trafikksikkerhetsarbeidet hviler på en etisk forpliktelse om at ethvert menneskeliv er unikt og uerstattelig og at samfunnet ikke kan akseptere at et stort antall mennesker blir drept eller skadd (Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på vei 2018-2021). I Stortingets vedtak om nullvisjonen i overdosearbeidet forstår Helsedirektoratet at det ligger en bekreftelse av at dette også gjelder mennesker som bruker illegale rusmidler og at det ligger en likeverdig etisk forpliktelse til å strebe mot at ingen dør, verken i trafikken eller av rusmiddelinntak.

Da trafikksikkerhetsarbeidet startet for alvor i 1970-årene, døde mer enn 500 personer årlig på norske veier. I 2017 var tallet redusert til 107. I forhold til folketallet var trafikkdødeligheten i Norge i 2016 den laveste i verden. Suksessfaktorene har vært langsiktig tenkning, systematisk kunnskapsinnhenting og evne til å ta opp i seg et

endret utfordringsbilde. Dette må være grunnlaget også for det overdoseforebyggende arbeidet (SSB 2017, Statens vegvesen 2018).

## Myndiggjøre brukerne

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 overdoser og overdosedødsfall.

Den britiske forskeren John Strang påpekte, på et internasjonalt forskerseminar som ble arrangert av naloksonprosjektet, at det er lett å få overdreven tiltro til medisinske løsninger: - *There is a danger that we get too preoccupied with medication and naloxone*, sa han. Målet, mener han, er å bistå brukerne i risikohåndtering i eget miljø. - *Basically we need to educate users and their kind. We need to turn persons who inject drugs into part time paramedics. We need to make harm reduction agencies and users collaborate in educating the user community in safer drug use.*

I tråd med en slik tankegang anser Helsedirektoratet at overgang til tryggere inntaksmåter av rusmidler på lenger sikt vil være den mest virksomme måten å møte overdoseutfordringene. Helsetjenesten bør bistå brukerne med kunnskap om hva som er tryggere inntaksmåter, påvirke til gjennomtenkning av risikohåndtering og utprøving av andre inntaksmåter enn injisering. Likeså bør faren for å injisere aleine framholdes overfor de som velger å fortsatt injisere. Selve atferdsendringen er det brukerne og kulturen som selv må ta opp i seg.

Nalokson neseppray er et viktig og nødvendig redskap for livredning. Like viktig som å gi brukerne redskapet, er å formidle at vi tiltror dem å redde liv. Både på kort og lang sikt vil dette kunne bidra til mindre marginalisering og til å gi økt verdighet.

## Avgrensning

Helsedirektoratet har gjennom overdosearbeidet blitt kritisert for et smalt fokus og for å vektlegge medisinske tiltak på bekostning av rusavhengiges livssituasjon og eksistensielle behov. Flere har hevdet at en langt bredere innsats må til for å kunne få ned antallet overdosedødsfall med vekt på blant annet egnede boligtiltak, arbeid- og aktivitetstilbud samt bedre og mer sammenhengende behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Når man allikevel velger å holde fast på en smal og spisset strategi, er dette begrunnet i at det er flere pågående satsinger som nettopp har tiltak rettet mot de områdene som er nevnt. Utfordringen er å se overdosearbeidet i sammenheng med disse satsingene.

Dette gjelder blant annet:

- Opptappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020)
- Bolig for velferd (2014 – 2020)
- Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017-2021)
- Pakkeforløp psykisk helse og rus samt somatikk
- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter)
- Ny handlingsplan mot selvmord



Tilgrensende satsingene er nærmere omtalt i vedlegg 5.

Flere av de pågående satsingene på rusfeltet løper fram til rundt 2020/21. Helsedirektoratet vil ved utgangen av disse ulike satsingene gjøre en samlet vurdering av resultatene av innsatsene knyttet til rusfeltet for å se i hvilken grad disse innsatsene har oppnådd de ønskede resultater for målgruppen.

Injeksjonsbrukere har en voldsomt forhøyet risiko for tidlig død sammenlignet med befolkningen ellers. Overdosedødsfall/narkotikautløste dødsfall utgjør omtrent halvparten av denne overdødeligheten (Degenhardt m. fl 2011). Resten utgjøres av sykdom, vold, selvmord og ulykker. Mange av disse dødsårsakene har sammenheng med rusmiddelbruken. Omfattende sykkelighet øker faren for å dø av overdose.

Fokus på de rusmiddelavhengiges somatiske helse, på livssituasjonen og på eksistensielle spørsmål kan også ha overdoseforebyggende effekt. Tiltak som bidrar til å minske sårbarhet, vil også kunne minske faren for overdosedødelighet. Bedre ernæring vil kunne beskytte mot overdose.

Strategien vil fortsatt være avgrenset mot rene alkohol dødsfall, men samtidig ta opp i seg alkoholens betydning ved overdosedødsfall. På samme måte vil strategien ikke ha egne tiltak knyttet til somatisk helse og livsstils utfordringer, men påpeke sammenhengen mellom slike faktorer og økt sårbarhet.

Flere som har kommentert overdosearbeidet, har påpekt at kriminalisering, marginalisering og utenforskap i seg selv øker risikoen for tidlig død. De påpeker at tiltak som reduserer marginalisering, bør inngå i tenkningen om overdoseutfordringene. Helsedirektoratet er enig i disse synspunktene. Flere av de tiltakene Regjeringen ønsker å innføre på rusfeltet, vil ha en slik virkning. Særlig gjelder dette Rusreformen.

## Vedlegg 2 Utfordringsbildet

Med noen viktige unntak ser vi det samme utfordringsbildet i 2018 som ved inngang til forrige strategiperiode i 2013, basert på omfattende internasjonal forskning om overdoser og overdosedødsfall:

- Mellom 80 og 90 prosent av alle overdosedødsfall skyldes inntak av opioid
- Dødsfallene er særlig knyttet til inntak med sprøyte
- De som dør, er en aldrende gruppe
- Det er flere ganger så mange menn som kvinner som dør
- Hvilke opioider som tar liv, varierer fra år til år og fra land til land
- De aller fleste dødsfall er ulykker
- Inntak av sentralstimulerende rusmidler er årsak til en betydelig lavere andel overdosedødsfall enn opioidene

(Degenhardt m. fl 2011).

Når det gjelder hvilke opioider som tar liv, varierer bildet mellom land og regioner og over tid. Den viktigste endringen globalt siden 2013 er den dramatiske økningen i antallet og andelen dødsfall utløst av inntak av fentanyler, særlig i Nord-Amerika. Svært store opiumsavlinger i Afghanistan og derav økt heroinproduksjon er også en vesentlig endring. Begge faktorer kan komme til å få store konsekvenser også for Norge. Mer om dette og om betydningen for arbeidet i Norge i eget kapittel om nye stoffer.

### Europeisk bakteppe

Det europeiske narkotikaovervåkingsorganet i Lisboa (EMCDDA) oppsummerer årlig narkotikasituasjonen i Europa. I 2018-rapporten (European Drug Report 2018, EMCDDA) påpeker EMCDDA at høyrisikobrukere av illegale rusmidler i Europa har en årlig dødelighet på 1-2 prosent. Opioidbrukere har 5-10 ganger høyere dødelighet enn andre av samme kjønn og alder. Den forhøyede dødeligheten skyldes i hovedsak overdoser, men infeksjoner, ulykker, vold og selvmord er også viktige årsaker. Dårlig helse, preget av en opphopning av ulike innbyrdes forbundne tilstander, er vanlig. Kroniske lunge- og leversykdommer samt hjerte- og karsykdommer forekommer hyppig og forårsaker en stadig større andel av dødsfallene blant eldre og kroniske narkotikabrukere.

Fire av fem overdosedøde i Europa er menn. Andelen overdosedødsfall i høyere aldersgrupper øker. Fra 2012 til 2016 økte tallet på overdosedødsfall i samtlige alderskategorier over 30 år. Antallet overdosedødsfall i de yngre aldersgruppene har holdt seg på et generelt stabilt nivå i EU-landene. EMCDDA understreker at "overdosedata må tolkes med varsomhet" og at "de årlige anslagene representerer derfor foreløpige minsteverdier".

### Situasjonen i Norge

Antallet høyrisikobruker av opioider (heroin mv.) i Norge ble i 2013 beregnet til mellom 6700 og 14 000 mennesker med 9000 som middeltall. I tallet er de ca. 8000 i legemiddelassistert rehabilitering ikke medregnet ([Folkehelseinstituttet 2018](#)). Antall brukere som tar opioider og andre rusmidler med sprøyte, er i 2016 beregnet til 8700

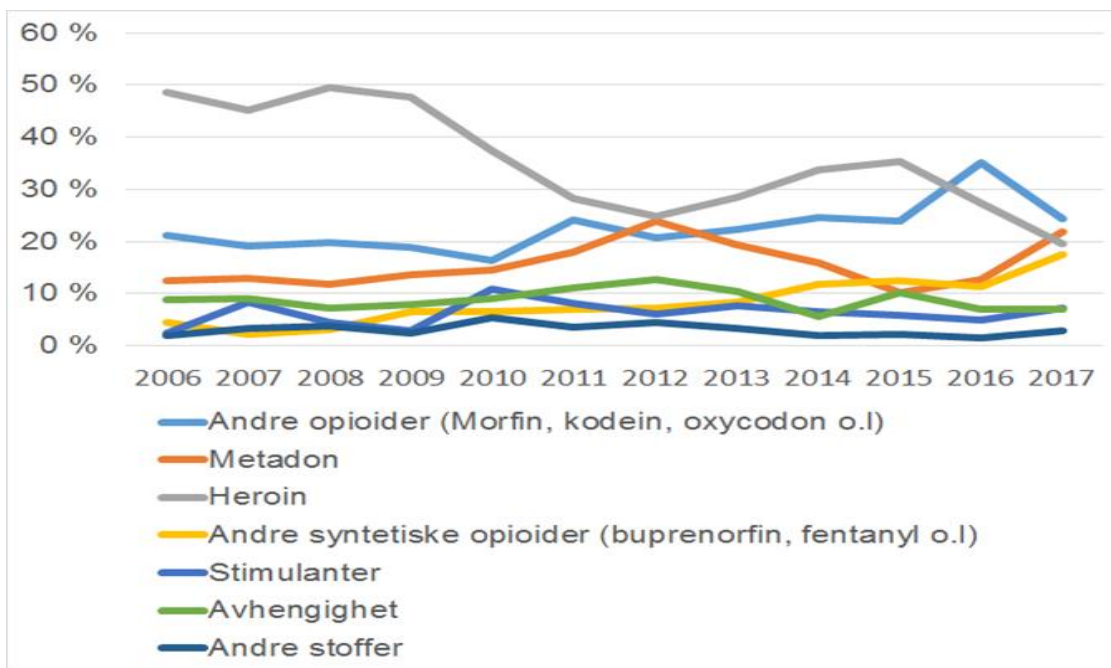
personer (intervall 7400 – 10 500). Situasjon har vært stabil i hele perioden 2004 til 2016 (Folkehelseinstituttet 2018).

Norge har blant de høyest registrerte overdoseratene i Europa. EMCDDA skriver: *"Dødelighet som følge av overdose i Europa i 2016 er anslått til 21,8 dødsfall per million innbyggere i aldersgruppen 15–64 år [...] Ifølge siste tilgjengelige data rapporterte 8 land i Nord-Europa over 40 dødsfall per million innbyggere. Høyest dødelighet ble rapportert av Estland (132 per million), Sverige (88 per million), Norge (81 per million), Irland (70 per million) og Storbritannia (70 per million) (European Drug Report 2018, EMCDDA).*

Det vil være ulike trender knyttet til rusmiddelbruk som endringer i hvor mange som inntar narkotika på en risikofylt måte (injisering i blodåre er mest risikofylt), tilgang på stoffer og uventet høyere renhetsgrad av stoffet (Gjersing og Amundsen 2018). Antallet overdoser øker med økende alder (Rossow og Lauritzen 1999) og med antall år med rusmiddelbruk (McGregor m. fl 1998). Også i Norge er overdosedødsfall i stor grad knyttet til en aldrende gruppe opioid-brukere som begynte å bruke rusmidler for mange år siden. I 2017 var storparten av de døde over 40 år gamle. Aldersgruppa yngre enn 25 år har utgjort færre enn 25 personer de siste ti årene. Det diskuteres hvorfor en aldrende gruppe brukere er overrepresentert i statistikken over de som dør av overdose. En viktig grunn er at yngre brukere i liten grad tar opioider med sprøyte. En annen antakelse, slik EMCDDA skriver, er at de eldre er mer somatisk svekket og at de dermed er mer sårbare og tåler lavere doser av rusmidler (EMCDDA 2018).

Andelen overdosedødsfall der inntak av opioid er satt som dødsårsak, har ligget nokså konstant i overkant av 80 prosent de siste ti årene. Hvilke opioider som har tatt liv, har imidlertid variert. Mens halvparten av dødsfallene fram til 2009 var heroindødsfall, har andelen heroindødsfall etter 2009 gått ned. Andelen som skyldes inntak av ulike andre opioider har økt tilsvarende. Som figur 3 viser, var de fire gruppene opioider i statistikken omtrent jevnstore i 2017, og både antallet metadondødsfall og gruppen "andre opioider" var større enn heroindødsfallene.

Denne utviklingen er ikke godt forklart, men det antas at varierende tilgang på heroin er en viktig del av årsaken. Det er ikke kjent om opioidholdige legemidler som forårsaker overdoser, er legemidler forskrevet av lege eller om de var kjøpt illegalt. Det er heller ikke kjent om det er personer fra samme risikopopulasjon som tidligere døde av heroin, som nå dør av andre opioider, eller om dette er personer fra en annen risikopopulasjon enn tidligere. Her er det behov for økt kunnskap.



Figur 2

Samlet ligger andelen som dør etter opioidinntak nokså stabilt på over 80 prosent gjennom hele perioden. Fra 2016 har ikke heroin lenger vært den hyppigste dødsårsaken. De fire gruppene opioider er nå noenlunde jevnstore

Kilde: FHI

Andelen dødsfall etter inntak av sentralstimulerende rusmidler er økende i flere land, men ikke i Norge, her ligger andelen stabilt på om lag seks prosent. Det sentralstimulerende rusmiddelet PMMA tok 29 liv i årene 2010-2012. Dette understreker at også sentralstimulerende rusmidler kan medføre mindre epidemier av overdosedødsfall. En nylig publisert studie viser at brukere som tar sentralstimulerende rusmidler og andre rusmidler med sprøyte og som injiserer opioid nå og da, i stor grad er overdoseutsatte (Gjersing og Bretteville-Jensen 2018). Dette understreker at målgruppen for overdoseforebyggende innsatser bør være alle som noen gang tar rusmiddel med sprøyte og ikke bare opioidbrukerne.

Mens overdosedødsfall tidligere ofte fant sted i det offentlige rom, døde om lag 60 prosent av de omkomne innendørs i bolig de siste ti årene. Samtidig vet vi at en stor andel av sprøytebrukerne injiserer aleine, noe som øker overdosefaren. Rådet om ikke å injisere aleine bør derfor få et sterkere fokus (Gjersing 2017).

Geografisk er bildet sammensatt. Overdosedødsfall skjer i over halvparten av Norges kommuner i løpet av en femårsperiode. I forhold til befolkningsstørrelsen er imidlertid sentrale områder mye hardere rammet enn distriktene. I Oslo og Bergen bor om lag 18 prosent av landets befolkning, men en mye større andel av overdosedødsfallene de siste årene skjedde her (FHI 2018, SSB 2018).

Helsetjenesten bør ha særlig oppmerksomhet mot de sårbare periodene etter pauser. Pauser i opioidbruken medfører lavere toleranse enn det brukeren er vant med. Mange overdosedødsfall skjer i slike sårbare perioder (Degenhardt m. fl 2011). Særlig er pauser etter fengsling og etter behandling viktig, men alle pauser i opioidbruken øker overdoserisiko. Sprøytebrukere av sentralstimulerende og andre rusmidler som bruker

opioider med noen ukers mellomrom for å "lande", er også i akutt fare. Derfor bør alle sprøytebrukere være målgruppe for overdoseforebyggende tiltak, uansett hvilke rusmidler de bruker til vanlig.

Det er behov for å vite mer om foranledning til og omstendigheter rundt det enkelte dødsfallet for å kunne iverksette de riktige tiltakene. Den enkelte kommune bør gå gjennom overdosedødsfallene i sin kommune og kartlegge lokale omstendigheter som medfører overdosefare med formål å forbedre kvaliteten på tjenestene. Se [Veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid](#) for veiledning om hvordan en slik lokal kartlegging kan gjøres.

## Ulykke eller selvmord?

Det er en klar overlapp mellom selvmord og overdoser. Overdoser som er selvmord, vil både inngå i Dødsårsaksregisterets selvmordsstatistikk og i overdosestatistikken. Mellom 80 og 90 prosent av overdosedødsfallene anses å være ulykker, det vil si at den avdøde ikke hadde til hensikt å ta livet av seg. I 2017 var 38 av overdosedødsfallene (15 prosent) selvmord i henhold til EMCDDA-definisjonen som Norge følger; 37 av disse skjedde med opioider. De siste fem årene har antallet selvmord i overdosestatistikken variert mellom 29 og 44 dødsfall (Dødsårsaksregisteret 2018).

Det er grunn til å tro at dette er minimumstall. Forskere påpeker at det er et utydelig grenseland mellom selvmord og ulykkesoverdoser, og at det kan være vanskelig å avgjøre om overdosedødsfallet var et selvmord eller en ulykkeshendelse. Mange overdosedødsfall synes snarere å ha bakgrunn i likegyldighet til om en lever eller dør (Biong 2013). Dette peker på behovet for å snakke med brukerne om eksistensielle utfordringer i det overdoseforebyggende arbeidet.

En opplevelse av likegyldighet til om man lever eller dør, kan også henge sammen med at livssituasjonen oppleves som håpløs eller har blitt brått forverret. Årsaken kan være bosituasjon, somatisk plager, psykiske plager og andre viktige forhold i livet. Dette understreker igjen at hele spekteret av innsatser på rusmiddelfeltet har betydning i det overdoseforebyggende arbeidet. Arbeidet sees i sammenheng med kommende handlingsplan for forebygging av selvmord.

## Opioidbruk og samtidig inntak av alkohol og benzodiazepiner

En heroindose som er trygg om den inntas i edru tilstand, kan være livstruende under påvirkning av alkohol og/eller benzodiazepiner. Årsaken er at både alkohol og benzodiazepiner virker hemmende på åndedrettet. Når ett eller flere av disse stoffene kombineres med opioider, øker den åndedrettshemmende effekten (Darke 2013). Dette innebærer at risikoen for overdose (både ikke-dødelig og dødelig overdose) øker betraktelig ved slik kombinasjonsbruk. Blandingsbruk av rusmidler er vanlig. Inntak av benzodiazepiner og/eller alkohol spiller derfor en rolle i de fleste tilfeller av opioidoverdose.

## Særlig om alkohol

Forekomst av alkohol ved heroinoverdose er vanlig, og man finner gjerne at alkohol har vært brukt i et sted mellom 30 og 70 prosent av overdosedødsfall. Studier fra Norge

viser at alkohol forekom i 33 prosent av fatale overdoser og i 20 prosent av ikke-fatale overdoser blant heroinbrukere (Kaa og Teige 1993, Ødegård og Rossow 2004).

Også ved bruk av andre opioider enn heroin, inkludert LAR-legemidlene metadon og buprenorfin, er samtidig bruk av alkohol en klar risikofaktor for overdoser, dette gjelder også for morfin og andre opioider som brukes i lang tids smertelindring. Blant metadondødsfall i Norge i årene 2000 – 2006 var alkohol blitt brukt i cirka 20 prosent av tilfellene (Bernard 2013).

Alkoholens betydning som risikofaktor for overdoser har vært kjent i mange år, men hittil er nok denne kunnskapen i liten grad gjenspeilet i overdoseforebyggende arbeid. Formidling av presis og forståelig informasjon om overdoserisiko ved samtidig bruk av alkohol og opioider, vil være ett viktig tiltak. Slik informasjon har vært gitt til heroinbrukere i flere land tidligere, og det ser i det minste ut til å øke brukernes kunnskap.

Tiltak som reduserer samtidig bruk av alkohol og ulike opioider bør være en del av fremtidig arbeid for å forebygge overdoser. Målgruppen for slike tiltak bør omfatte ulike grupper av langtidsbrukere av opioider, ikke bare heroinbrukere, men også LAR-pasienter og pasienter som får langtids smertelindring med opioider. Ettersom overdoserisiko øker med økende alder, er det særlig viktig å nå eldre opioidbrukere.

## Særlig om benzodiazepiner

Benzodiazepiner er beroligende reseptbelagte legemidler for å dempe angst eller søvnløshet. Pasienter får raskt økt toleranse til legemiddelet og det kan være avhengighetsskapende (Dalsbø 2010). Blant aktive rusmiddelbrukere er det vanlig å blande opioid og benzodiazepin. Av pasienter inntatt i LAR er det fortsatt 40 prosent av pasientene som bruker benzodiazepin regelmessig (Statusrapport for LAR 2017).

Både internasjonal og norsk forskning viser at blanding av opioid med andre rusmidler/medikamenter er en risikofaktor for overdose. Videre kan overdosefaren for brukere som har sin hoved avhengighet knyttet til benzodiazepiner og som bare inntar opioider av og til, være høyere.

I følge en rapport om GHB-, fentanyl- og oksykodonrelaterte dødsfall som Helsedirektoratet fikk utarbeidet av Oslo universitetssykehus i samarbeid med Universitetet i Oslo, er det forekomst av minst ett benzodiazepin og/eller zopiclone i 60 prosent av overdosedødsfallene (Edvardsen m. fl 2018). En kohortstudie av virkningen av høydose opioid ved overdosedødelighet foretatt i Nord Carolina, USA, viste at overdosedødeligheten for de som inntok både benzodiazepiner og opioid var ti ganger høyere enn de som kun inntok opioid alene (Dasgupta m. fl 2016).

Det advares også mot å blande opioider med de antiepileptiske stoffene gabapentin og pregabalin (Lyrica) fordi en slik blanding øker faren for overdose (Bonnet m. fl 2017).

Helsedirektoratet anbefaler brukerne å ikke blande ulike stoffer. Velger brukerne allikevel å gjøre dette – anbefales de å vise forsiktighet, ikke injisere aleine og dele opp i flere doser.

Helsedirektoratet vil arbeide for at helsetjenesten og andre instanser som er i kontakt med brukere av opioider bør opplyse om økt fare for overdose ved samtidig bruk av opioider og andre rusmidler, særlig alkohol / benzodiazepiner. Dette gjelder også de delene av helsetjenesten som ikke primært arbeider med rusmiddelbrukere; særlig kan smertepasienter være utsatte.

## Somatisk helse og ernæringstilstand

Somatisk helse og levevaner er områder som bør ha stor oppmerksomhet i overdoseforebyggende arbeid. Personer som tar rusmidler med sprøyte bør:

- utredes for komplikasjoner som infeksjoner og hudskader
- tilbys behandling for HCV infeksjon ([HepatittC-strategien](#))
- få informasjon om tiltak for å redusere smitterisiko
- få informasjon om forebygging av overdose

Det bør gis råd og opplæring om andre inntaksmåter enn injisering samt informasjon om hvor sterile sprøyter og brukerstyr kan skaffes til veie. En oversikt over [risiko knyttet til bruk av ulike rusmiddel finnes hos SERAF \(uio.no\)](#).

Se også [oppfølging av somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler \(i Somatisk helse og levevaner – Pakkeforløp for psykisk helse og rus\)](#)

Rusmiddelavhengige lever ofte liv som er uforenelige med planlegging og tilberedelse av ordentlige måltider (Sæland 2010). Kostholdet får ofte lite oppmerksomhet når det gjelder sviktende helse og høye overdosetall blant norske rusmiddelavhengige idet overdosen utelukkende blir tilskrevet selve injiseringen av rusmidler og omstendigheten rundt blir glemt, selv om det er veldokumentert at mat og ernæring er avgjørende for kroppens evne til å tåle store indre og ytre påkjenninger. Langvarig rusmisbruk og akutte og permanente infeksjoner påvirker i stor grad lyst og evne til å skaffe seg mat og kroppens utnyttelse av næringsstoffene. Gradvis endres ernæringstilstanden i uheldig retning og motstandskraften avtar.

Individuell tilpasset ernæringsterapi kan øke utbytte av behandlingen og rehabiliteringen betraktelig (Kendall and Gibson 2017). Brukere som oppgir å ha tilstrekkelig tilgang til mat, lager mer varm mat selv, spiser flere måltider, mer frukt, mer grovt brød og mer fisk. De får i seg mer protein og mindre sukker. Både kroppsvekt og blodprøver viser at de har bedre ernæringsstatus enn de som opplever begrenset tilgang til mat (Sæland 2014).

Store mengder sukker er vanlig blant brukere av illegale rusmidler. Dette tynner ut matens innhold av livsviktige næringsstoffer og øker kroppens betennelsestendens. Inntaket av sukker øker når mengden inntatt heroin øker (Sæland 2014).

Helsedirektoratet anbefaler at helsetjenesten generelt og særlig lavterskeltiltak på rusmiddelfeltet bistår og påvirker brukerne for å bedre ernæringstilstanden.

## Særskilte rusmiddelutfordringer

**Særskilt om heroin:** Tilgangen på heroin er sterkt varierende i ulike deler av landet og fra år til år. Dette har i hovedsak sammenheng med forhold utenfor Norges grenser som opiumsavlignene i Afghanistan, produksjonen av heroin og situasjonen i landene som heroinen smugles gjennom på vei til markedene i Europa. KRIPOS rapporterer om en fallende beslagsfrekvens for heroin over flere år: *Tallet på beslag har vist ein fallande*

*trend sidan 2010. [...] Den gjennomsnittlige styrkegraden på heroin fall frå om lag 45 prosent rundt tusenårsskiftet til 13 prosent i 2012. Deretter auka reinleiken litt og stabiliserte seg på 18–20 prosent dei neste fem åra. Det siste året har styrkegraden falle litt igjen og er 15 prosent hittil i år (KRIPOS 2018).*

Siste rapport fra FNs narkotikaorgan UNODC viser at det er rekordavlinger av opium i Afghanistan tross tørke, samt en kraftig prisnedgang og varsler konvertering av opium til heroin til store markeder i Europa og Asia ([UNODC 2018](#)). Hva slags betydning dette vil ha for herointilgangen i Norge og for overdosesituasjonen er ukjent. Tilgangen på rusmidler har stor betydning for bruken av det enkelte rusmiddel.

Helsedirektoratet vil legge til rette for beredskap for at tilgangen på heroin kan øke kraftig de kommende årene og at Norge som følge av dette kan få en ny heroinepidemi.

**Særskilt om nye rusmidler, NPS:** NPS er kunstig fremstilte rusmidler som etterligner virkningen av kjente rusmidler. Virkningen av ulike NPS kan være hallusinerende, stimulerende, dempende eller en kombinasjon av disse. NPS har vært svært tilgjengelige på det såkalte mørke nettet på Internett i flere år. Det europeiske narkotikaovervåkingsorganet i Lisboa, EMCDDA, kartlegger og evaluerer systematisk forekomst av NPS i Europa. Ved utgangen av 2017 var over 670 ulike stoffer identifisert. NPS kan være sterkt konsentrerte og ha en kraftig virkning. For å gi rusvirkning trengs små mengder. Stoffene kan av disse grunnene være svært vanskelig å dsere. Dette øker risikoen for overdose og andre skader (EMCDDA 2018b).

Bruken av NPS synes å ha stabilisert seg på et lavt nivå, og det synes som NPS bare i liten grad overtar for etablerte rusmidler. KRIPOS sier: *Etter nokre år med kraftig beslagsauke har det vore ein betydeleg nedgang i NPS-beslag dei siste tre åra. Beslaga er, som tidlegere år, fordelte på mange ulike stoff, og det er berre få beslag av kvart enkelt stoff. Det er både stoff som er regulerte ved gruppeoppføring eller førde opp med namn på narkotikalista, og stoff som fell utanfor regelverket* (KRIPOS 2018).

Det sentralstimulerende rusmiddelet PMMA regnes som et NPS. Stoffet tok 29 liv i Norge i årene 2010-2012 i Norge. Siden den gang har ytterligere seks personer mistet livet etter inntak av PMMA, to av dem sommeren 2018. PMMA utgjør således ikke noe omfattende fare i overdosesammenheng. Likevel minner dødsfallene 2010-12 om at også sentralstimulerende rusmidler kan medføre mindre epidemier av overdose-dødsfall som kan blusse opp og så nesten forsvinne.

**Særskilt om nye fentanyl:** Fentanyl og fentanylderivater regnes til NPS. Fentanyler er svært sterke syntetiske opioidholdige stoffer som regnes som NPS. De er blitt blandet med heroin og andre opioider for å spisse virkningen av stoffene, men selges også åpent som egne rusmidler. I overdosesammenheng utgjør fentanylene en dramatisk ny trussel.

Svært potente fentanylderivater er en ny global trussel som har bidratt til dramatisk økning i antall overdosedødsfall i mange land. Særlig har USA vært hardt rammet. Der bidrar en overdoseepidemi drevet av fentanylbruk til nedgang i levealderen (Murphy m. fl 2018).

En har antatt at sannsynligheten for en lignende utvikling i Norge er liten fordi det norske samfunnet er så ulikt det i USA og fordi vi ikke har hatt en tilsvarende



overforskrivning av sterke smertestillende legemidler som har vært en drivkraft i USA. De siste årenes utvikling i Canada viser imidlertid at denne antakelsen kan være feil. Til tross for at Canada er et velferdssamfunn som ligner Norge mye mer enn USA, opplever deler av Canada nå en dramatisk fentanyl-drevet overdoseepidemi. I 2017 døde nær 4000 personer i Canada av overdose; fentanyl var involvert i tre av fire av dødsfallene. Det rapporteres om vedvarende trend de første to kvartalene for 2018 ([Government of Canada 2018](#)).

Situasjonen i Europa er mindre dramatisk, men like fullt bekymringsfull. I Estland har fentanylstoffer en dominerende plass i overdosebildet (EMCDDA 2018b). I Sverige økte antallet overdosedødsfall med fentanyler fra 62 døde i 2014 til 131 døde i 2017, og i 2017 var fentanyl og fentanylanaloger bak flere dødsfall enn heroin (Rättsmedicinalverket 2018). Ved mange anledninger har en funnet hjemmelagede neseplyflasker ved siden av de avdøde, og undersøkelser tyder på at fentanylstoffene i mange tilfeller er inntatt ved bruk av slike neseplyer. Danmark hadde i 2018 et «utbrudd», der flere mennesker døde som følge av fentanylforgiftning i samme område og innenfor et kort tidsrom (Sundhetsstyrelsen 2018).

I Norge har vi sett få overdosedødsfall utløst av fentanylinntak, og vi finner heller ikke ofte fentanyl som medvirkende dødsårsak ([Edvardsen m. fl 2018](#)). Til tross for dette har det vært bekymring knyttet til fentanyl, både fra forskere, brukere og klinikere. Til tross for få beslag, 22 beslag 2015 -2018, uttrykker KRIPOS sterk bekymring for fentanyl i sin rapport første halvår 2018 (KRIPOS 2018). Fentanyl har vært tema på en rekke møter i regi av Helsedirektoratet de siste årene. Helsedirektoratet anser samlet at muligheten for en fentanylutløst overdosekriser i Norge er større enn tidligere.

Helsedirektoratet vil legge til rette for beredskap for at fentanyl kan komme til å spille en større rolle i overdosebildet i Norge de kommende årene.

**Særskilt om nye sterke smertestillende legemidler:** Siden 2009 har det vært betydelige endringer i overdosedødsfallene når det gjelder hvilke opioider som tar liv i Norge. Mens andelen som dør etter heroininntak, nær er halvert, er andelen som dør etter inntak av sterke smertestillende opioidholdige legemidler bortimot fordoblet.

Opioidholdige legemidler er en fellesbetegnelse på stoffer med morfinlignende virkning, som enten er naturlige opiaten dannet fra opium (som morfin og kodein) eller er syntetisk fremstilt. Dette er nødvendige legemidler ved smertebehandling, både akutt og over tid. Tradisjonelt inndeles opioider i sterke eller svake; blant svake opioider regnes for eksempel tramadol og kodeinlegemidler som paralgin og pinex, til de sterke regnes eksempelvis oksykodon og morfinpreparater.

Helsedirektoratet er opptatt av sammenhengen mellom forskrivning av opioidholdige legemidler og endringene i overdosebildet. I den generelle befolkningen er andelen som bruker sterke og svake opioider, samlet ganske stabil de siste årene. Bruken av svake opioider viser en overgang fra kodeinpreparater til tramadol, men ingen stor økning. Andelen som bruker sterke opioider er derimot økende i Norge, og den øker mer blant kvinner enn blant menn; over 56 000 personer fikk forskrevet oksykodon minst en gang i 2017 mot rundt 9000 personer i 2005.

Samlet minner dette oss om at opioidkrisen i USA i en tidligere fase handlet nettopp om overforskrivning av opioidholdige legemidler. Det er stort behov for ny kunnskap om denne sammenhengen.

Helsedirektoratet vil ha stor oppmerksomhet rettet mot forskrivningspraksis av sterke smertestillende legemidler og hvilken betydning dette har for overdosebildet i Norge.

**Særskilt om metadon:** Om lag en firedel av opioiddødsfallene skyldes inntak av metadon i kombinasjon med rusmidler. Antallet metadondødsfall var høyere i 2012, men i 2017 var det for første gang flere metadondødsfall enn heroindødsfall. De fleste av de døde etter inntak av metadon, var ikke pasienter i LAR (Waal m. fl 2018). Det er ikke godt dokumentert hvor metadonen stammer fra, men det antas at en stor del skyldes lekkasje fra LAR. Etter Helsedirektoratets mening er det mangelfull kunnskap om endringene i hvilke opioider som tar liv. Det antas at i år med dårlig tilgang på heroin vil presset for å få økt tilgang på andre opioider øke. Det antas også at det i stor grad er opioidavhengige utenfor behandling som erverver seg metadon på det illegale marked. Det er stort behov for ny kunnskap på dette området.

Helsedirektoratet vil ferdigstille revisjon av LAR-retningslinjen i 2019. Der vil utfordringene knyttet til lekkasje av LAR-legemiddel bli tatt opp.

## Målgrupper

Det er sterke indikasjoner på at det finnes personer blant de som dør av en opioidoverdose, som ikke nås gjennom eksisterende forebyggende tiltak. Blant alle narkotikautløste dødsfall mellom 2003 og 2009 fant man en gruppe med høyere sosioøkonomisk status enn gjennomsnittet som var mellom 24 og 54 år da de døde. De hadde et høyere utdanningsnivå og høyere deltakelse i arbeidsmarkedet enn de andre som døde. Dessuten hadde de flere år med inntekt over minimum pensjon (Amundsen 2015).

I tillegg ble det gjennom en kohortundersøkelse blant 884 personer som hadde brukt opioider og/eller sentralstimulerende midler siste fire uker før inklusjon i 2013, funnet at også de som rapporterte sjelden sprøytebruk og ingen heroinbruk, hadde en forhøyet risiko for å dø (Gjersing og Bretteville-Jensen 2018). Overdoser var den hyppigste dødsårsaken også blant disse. Dette er to grupper som antakelig ikke nås gjennom eksisterende forebyggende tiltak og som det er behov for å undersøke nærmere.

Prosessevalueringen av forrige overdosestrategi sier om de samme gruppene: *"En stor utfordring i det videre arbeidet er å få tiltakene mer inn i det eksisterende systemet og forankre det i eksisterende strukturer. Å få ansatte i NAV til å gi alle som er i faresonen informasjon om faren for overdosedød, vil være en hovedutfordring i det videre arbeidet"* (Edland-Gryt 2018).

FHI peker her på to nye målgrupper for strategien, og prosessevalueringen peker samtidig på at en mobilisering av overdoseforebygging i NAV og blant fastlegene er en måte å nå disse gruppene (Edland-Gryt 2018).

## Vedlegg 3 Kunnskapsbehov

Tiltak bør bygge på solid kunnskap om de skal være relevante og effektive. I trafikksikkerhetsarbeidet understreker Samferdselsdirektoratet betydningen av systematisk innhenting av kunnskap. Det er behov for systematisk innhenting av ny kunnskap for å kunne sette inn målrettede tiltak også i det overdoseforebyggende arbeidet.

I løpet av forrige strategiperiode har viktige kunnskapshull blitt tydeligere. FHI viser i en studie at det finnes en gruppe som rapporterte sjelden sprøytebruk og sjelden eller aldri heroinbruk som også hadde en forhøyet risiko for å dø (Gjersing 2017). Det er behov for å vite mer om denne gruppen. Utfordringen illustreres også av endringene de siste 10 år når det gjelder hva slags rusmiddelinntak som settes som dødsårsak etter obduksjon som vist i figur 3. Vi mangler kunnskap om hva disse endringene skyldes.

De viktigste studiene vi har på overdoseområdet i Norge gjelder dødsfall fra årene før 2009. Vi ser at det har skjedd viktige endringer siden 2009, men vi vet ikke om endringene er et uttrykk for at nye grupper dør eller om de viser endrede bruksmønstre i samme gruppe som før. Vi vet for lite om mulige nye grupper utover de som allerede er kjent fra helse- og omsorgstjenesten som i dag er overdoseutsatte. Geografiske ulikheter er ikke dokumentert.

Sentrale ubesvarte spørsmål er blant annet disse:

- Er det de samme befolkningsgruppene som 2009-2018 dør av andre opioider som de som døde av heroin tidligere, eller er det kommet til ny(e) risikogruppe(r) siden 2009?
- Blant de som døde 2003 – 2009, finnes en betydelig gruppe med høyere sosioøkonomiske status – finnes denne gruppen også blant de som dør seinere?
- Har personer som dør av andre opioider enn heroin, fått forskrevet slike legemidler av lege i årene før dødsfallet eller er de skaffet illegalt?
- Hva er kilden til metadonet som forårsaker overdoser?
- Har de som dør, vært i kontakt med kommunen og blitt registrert i Brukerplan, eller er de ukjente for kommunale hjelpetiltak?

I forbindelse med utarbeidelse av denne overdosestrategien har Helsedirektoratet bedt FHI og SERAF foreslå prosjekter som kan bidra til et kunnskapsløft for å besvare disse og andre spørsmål. Se vedlegg 4 for nærmere beskrivelse av anbefalinger.

## Vedlegg 4 Kunnskapsløft

Helsedirektoratet har i forbindelse med utarbeidelsen av denne strategiteksten bedt Folkehelseinstituttet / avdeling for rusmidler og tobakk og SERAF, Senter for klinisk rusmiddelforskning ved UiO beskrive noen pågående og nye forskningsprosjekter som kan gi oss oppdatert kunnskap for bedre å kunne forstå overdosesituasjonen og målrette overdoseforebyggende tiltak. Vi takker FHI og SERAF for bistanden.

I tillegg til forslag som skisseres nedenfor ønsker Helsedirektoratet å se nærmere på ubesvarte spørsmål om risikofylte inntaksmåter blant sprøytebrukere / erfaringer fra overdosestrategiens SWITCH-kampanje, samt pårørendes livssituasjon.

### Vedlegg 4a Forslag fra FHI

#### **1 Ubesvarte spørsmål om hvem som dør**

- a) *Er det samme risikopopulasjon nå (2009-2018) som dør av andre rusmidler som de som døde av heroin tidligere, eller er det kommet en ny risikopopulasjon siden 2009?*
- b) *Har personer som dør av andre opioider enn heroin fått forskrevet slike legemidler av lege i årene før dødsfallet?*
- c) *Har de som dør vært i kontakt med kommunen og blitt registrert i Brukerplan eller er de helt ukjente for kommunale hjelpetiltak?*
- d) *Om det finnes en tilsvarende gruppe med samme høye sosioøkonomiske status blant de narkotikautløste dødsfallene etter 2009 som blant de som døde mellom 2003 og 2009, bør disse undersøkes nærmere:*
  - a. *Er dette personer som har vært i kontakt med spesialist- eller kommunehelsetjenesten før dødsfallet?*
  - b. *Har de vært tiltalt eller straffet for lovbrudd?*
  - c. *Er dette personer som i hovedsak har hatt somatiske plager behandlet med forskrevne opioider, eller er det personer som ikke har fått forskrevet noen legemidler og dermed må ha ervervet opioidene de dør av illegalt?*
  - d. *Hvordan er denne gruppen sammenlignet med den generelle befolkningen i form av kontakt med spesialist- og helsetjenesten og bruk av forskrevne legemidler?*
- e) *Hvem er de som rapporterer sjelden sprøytebruk og sjelden eller aldri heroinbruk, men som likevel dør av en opioidoverdose?*
  - a. *Hvilke diagnoser har de vært til behandling for i spesialist- og kommunehelsetjenesten?*
  - b. *Har de vært tiltalt eller straffet for lovbrudd?*
  - c. *Hvilke forskrivninger har de hatt fra lege?*

Folkehelseinstituttet mener disse problemstillingene kan besvares med to ulike datatilfang:

1) Å identifisere og inkludere alle som døde av narkotikautløste dødsfall i Norge mellom 2009 og 2017 gjennom Dødsårsaksregisteret. Deretter koble disse dataene

med data fra Norsk Pasientregister (NPR), FD-trygd, KPR (KUR), Brukerplan, SSB (lovbrudd), kriminalomsorgens register (fengslinger) og reseptregisteret.

2) Å koble kohortundersøkelsene blant opioid og/eller sentralstimulerende midler brukere (2013 og 2017) med de samme registre som listet under 1) inkludert Dødsårsaksregisteret.

#### **Estimert prosjektkostnad: 1,5 mill NKR**

Dette er behovet for eksterne midler og forutsetter at FHI dekker analyser, manusutarbeidelse, publisasjon og presentasjon gjennom interne midler.

---

Datainnsamling	
Prosjektstøtte til søknader og kontakt med registre	150 000
Datakoblinger, tilrettelegging og vask	1 330 000
<b>Total utgift datainnsamling</b>	<b>1 480 000</b>

---

#### **Litteratur**

Amundsen, E. J. 2015. Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased. *Scandinavian journal of public health*, 43, 571-579.

Gjersing, L. 2017. *Narkotikautløste dødsfall 2016* [Online]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Available: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2016/> [Accessed 5.1.2018 2017].

Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. 2018. Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users. *Addiction*, 113, 729-739.

## **2 Ubesvarte spørsmål om bruken av rusmidler - analyser av innholdet i brukte sprøyter**

Injeksjonsbrukere har som kjent mer enn 20 ganger så høy risiko for prematur død sammenlignet med befolkningen ellers. Overdosedødsfall, eller «narkotikautløste dødsfall», er den viktigste årsaken til den høye dødeligheten i gruppen.

Svært potente fentanylderivater representerer en ny trussel som har bidratt til dramatisk økning i antall overdosedødsfall. Dette er ulovlig og svært sterke syntetiske opioidholdige stoffer som er blitt blandet med heroin for tilsynelatende å bedre kvaliteten på stoffet, men de selges også som rusmidler på egne premisser. Dette har særlig gjort seg gjeldene i USA og Canada, men også i Sverige. Der har man ved mange anledninger funnet hjemmelagede nesesprayflasker ved siden av de avdøde og undersøkelser tyder på at fentanylderivatene i mange tilfeller er inntatt ved bruk av slike nesesprayer. Danmark hadde nylig et «utbrudd», der flere mennesker døde som følge av fentanylforgiftning i samme område og innenfor et kort tidsrom.

Fentanyldødsfall har også forekommet i Norge, men vi har foreløpig ikke sett en «epidemi». Beredskapen bør imidlertid være høy for å tidlig kunne avdekke bruk av fentanyler og andre liknende stoffer. En måte å finne ut om slike stoffer er i omløp

blant narkotikabrukere, er å analysere hva de inntar med sprøyte. FHI og Oslo Universitetssykehus har samarbeidet om et pilotprosjekt der ca. 150 brukte sprøyter og sprøytespisser fra sprøyteutdelingen i Oslo ble analysert for innhold. Metoden er lite intervenerende for brukerne og gir rask og sikker informasjon om hva som er inntatt. Slik kunnskap er avgjørende for å kunne gå ut med relevant informasjon til brukerne og til akuttmedisin og øvrig hjelpeapparat. Prosjektet viste seg vellykket og man fant at om lag halvparten injiserte kun heroin og 20 prosent kun amfetamin. Nesten 20 prosent injiserte begge stoffene samtidig. Fem av de 146 viste injeksjon av LAR-medisiner, dvs. fire sprøyter/sprøytespisser viste spor av buprenorfin og en viste metadon kombinert med heroin. To prøver var positive både for heroin og medikamenter. Ingen av analysene inneholdt fentanyl eller fentanylderivater, men i 11 av tilfellene ga ikke analysene klart svar på hva som var injisert. Det foregår et liknende prosjekt i enkelte europeiske byer og vårt prosjekt har kontakt med dette for gjensidig erfarings- og informasjonsutveksling.

### **Prøver**

Sprøytespisser som rusmiddelbrukerne har levert tilbake i «pucker» samt brukte sprøyter (kanyler + spisser), samles inn fra sprøyteutdelingen i Oslo sentrum. Sprøyteutdelingen er valgt fordi en antar at en stor andel av byens sprøytebrukere besøker dette utleveringsstedet regelmessig. Analysemetodene skal modifiseres og valideres for å kunne inkludere flere rusmidler. 200 slike prøver analyseres.

### **Etiske vurderinger**

Sprøytespissene og de brukte sprøytene samles inn anonymt og resultatene vil ikke få noen konsekvenser for rusmiddelbrukerne. Sprøytespissene og de brukte sprøytene leveres uansett inn av brukerne, og materialet som brukes til analyse ville ellers ha blitt kastet/destruert. Innsamlingen utsetter derfor ingen brukere for noen ekstra påkjenning/risiko.

**Prosjektgruppen** består av følgende organisasjoner: Folkehelseinstituttet (FHI) med kontaktperson Anne Line Bretteville-Jensen og Oslo Universitetssykehus (OUS), Seksjon for rusmiddelforskning med kontaktperson Håvard Furuhaugen

### **Anbefaling**

Vi foreslår at pilotprosjektet forlenges ut 2019. Ved å samle inn et tilsvarende antall sprøyter/sprøytespisser hvert kvartal i året som kommer, vil man kunne følge med på hvilke stoffer som injiseres og om fentanylderivater eller andre spesielt farlige stoffer kommer på det norske markedet. Denne informasjonen vil komme i tillegg til intervjuundersøkelsen som allerede er i gang blant denne gruppen. Selv-rapportert bruk bør imidlertid suppleres av slike biologiske data da man vet at under- og feilrapportering er et problem. Feilrapportering kan skyldes bevisst uriktige opplysninger, men også være et resultat av at brukerne faktisk ikke fullt ut vet hva de injiserer. erfaringene fra dette vil avgjøre om analyse av brukte sprøyter/sprøytespisser er noe som bør gjøres på regulær basis i de største byene i Norge.

**Estimert prosjektkostnad: 250 000 NKR**

## Litteratur:

Dietze P et al. When is a little knowledge dangerous? Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006; 84: 223-230

Guerrieri D et al. Acrylfentanyl: Another new psychoactive drug with fatal consequences. *Forensic Science International*, 2017;277:e21-e29.

Lefrancois E et al. Analysis of residual content of used syringes collected from low threshold facilities in Lausanne, Switzerland. *Forensic Science International*, 2016; 266: 534-540.

Lefrancois E et al. Drug residues in used syringes in Switzerland: A comparative study. *Drug Testing and Analysis*, 2018; 10: 874-879.

Nefau T et al. Drug analysis of residual content of used syringes: A new approach for improving knowledge of injected drugs and drug user practices. *International Journal of Drug Policy*, 2015; 26: 412-419.

Nordmann S et al. Analyse des seringues usagées: un reflet de la consommation de substances psychoactives par les usagers de drogues par voie intraveineuse? *Addictovigilance* (in press).

Peterfi A et al. Drug residues in syringes and other injecting paraphernalia in Hungary. *Drug Testing and Analysis*, 2018; 10: 357-364.

S

wanson DM et al. Fatalities involving carfentanil and furanyl fentanyl: two case reports. *Journal of Analytical Toxicology*, 2017; 41: 498-502.

Wiken J. et al. Fentanyldöden: 349 dödsfall på tre år kopplas till preparatet. *Metro*, 2018. <https://www.metro.se/artikel/fentanyld%C3%B6den-349-d%C3%B6dsfall-p%C3%A5-tre-%C3%A5r-kopplas-till-preparatet>

## Vedlegg 4b Forslag fra SERAF

### ***Bedret kunnskapsgrunnlag om bruk av sterke smertestillende legemidler og betydning for overdosesituasjonen***

I 2016 var det flere overdosedødsfall som følge av smertestillende piller enn av heroin i Norge. Vi mangler kunnskap om forskrivning av og risiko ved bruk av opioide legemiddel i Norge.

Opioidholdige analgetika er en fellesbetegnelse på stoffer med morfinlignende virkning, som enten er naturlige opiater dannet fra opium (som morfin og kodein) eller er syntetisk fremstilt. De binder seg til opioidreseptorer i det sentrale og perifere nervesystem og i tarmkanalen. Opioider er verdifulle og nødvendige legemiddel i

håndtering av akutt smerte, postoperative smerter og smerte relatert til kreft og smertebehandling ved livets slutt. Tradisjonelt inndeles opioider i sterke eller svake. Opioidbruk for kronisk ikke-kreftrelatert smerte kan virke forlokkende på kort sikt, men har ofte enorme negative konsekvenser for både individet og samfunnet på lang sikt. Negative konsekvenser knyttet til langvarig opioidbruk er alvorlige bivirkninger inklusive risiko for overdose og avhengighetsutvikling, i tillegg til liten eller paradoksalt effekt på smertene. Samtidig bruk av andre psykoaktive legemidler som benzodiazepiner vil kunne forverre effekten av langvarig opioidbruk inklusive føre til redusert helse, livskvalitet og funksjon. Det mangler et robust kunnskapsgrunnlag til fordel for langvarige opioidbehandling av kronisk smerte.

OxyContin (virkestoff oxycodone) er et opioid og et av USAs mest brukte smertestillende piller. Det står for omlag en tredjedel av det enorme markedet for reseptbelagte smertestillende. Pillen ble lansert i 1996 og ble markedsført hardere enn noen annen smertestillende medisin hadde blitt før. Produsenten er Purdue Pharma; som med viten og vilje underdrev risikoen for hvor avhengighetsskapende deres piller er. Mundipharma er ett av firmaene som selger oksykodon i Norge og selskapet er eiet av samme eiere som Purdue Pharma.

Opioidepidemien i Nord-Amerika har utviklet seg til en folkehelsekatastrofe, og den begynte med en kraftig økt tilgjengelighet av de smertestillende pillene i befolkningen. USAs tilnærming til helsevesen og de store ulikhetsproblemene som finnes er noen av forklaringene på utviklingen frem til i dag. I Europa er situasjonen og forutsetningene ulike de som er i USA, og omfanget og bruken av av opioide smertestillende i befolkningene er fortsatt små sammenlignet med USA.

Hva er situasjon i Norge i 2018? Vi vet at når det gjelder den generelle befolkninger, så er andelen (prevalens) av brukere av sterke og svake opioider samlet ganske stabil de siste årene. Det sees en ett prosentpoeng økning i total prevalens i befolkningen fra 2005 til 2017. Prevalens i totalbruk av opioider for voksne kvinner øker fra 13,9 % i 2005 til 15 prosent i 2007. Tilsvarende for menn var økningen fra 10,6 til 11,5. Andel (prevalens) i bruk av sterke opioider er økende. Andel av kvinner som bruker forskrevne sterke opioider øker mer enn andel menn. Antall personer som bruker oksykodon er økende. Over 56 000 personer har fått utlevert oksykodon i 2017! I 2005 var det tilsvarende tallet rundt 9 000 som fikk utlevert oksykodon. Når det gjelder bruk av kodein preparater (svake opioider) er andelen som bruker disse redusert men andelen som bruker tramadol er stigende.

Fra 2008 ble det i Norge innført en blåreseptordning for kronisk ikke-malign smerte generelt. Dette skulle gjøre medikamentell smertebehandling bedre tilgjengelig for pasientene og lettere for legene å administrere. Det ble da mulig å skrive ut analgetika på blåresept under eget refusjonspunkt – ICPC/ICD -71 (kroniske, sterke smerter). Imidlertid ble ordningen innført med et meget begrenset utvalg av forhåndsgodkjente preparater etter § 2 (paracetamol, noen typer ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID), amitriptylin, karbamazepin, gabapentin, duloksetin, levomepromazin og capsaicin). Ulike krav i forhold til spesifikke diagnoser for refusjonsberettiget bruk foreligger imidlertid for noen av medikamentene. For opioider måtte spesialist (ikke i allmennmedisin) søke om individuell refusjon etter § 3a til HELFO. Fra 2016 ble det også åpnet for at fastlege kunne forskrive opioider på blå resept. Nasjonal faglig



veileder for bruk av opioider – ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter ble oppdatert i 2016.

Et noe foruroligende faktum er at vi i Norge mangler kunnskap om hvordan opioider har vært og er forskrevet til ulike pasientgrupper og om det er skjedd noen endringer i forbindelse med innføring av nye retningslinjer når det gjelder forskrivning av opioider på blå resept. Dersom det er geografiske forskjeller i forskrivning kan dette tyde på at det er ulik behandlingstradisjon som ligger bak forskjellene. Det er også stort behov for observasjonsstudier der man kan studere assosiasjoner mellom opioid bruk og langtids effekter (som ikke kan leses ut av årsrapporter fra Reseptregisteret). Informasjon fra sentrale helseregistre kan brukes til å kartlegge bruk og effekter av slike legemidler og endring over tid.

Offentlig myndighet har ansvaret for å sørge for at det etableres et bedre kunnskapsgrunnlag rundt utviklingen av skadelig opioidbruk i befolkningen og deretter forebygge en videre negativ utvikling, ala det som har skjedd i USA, gjennom kunnskapsbaserte tiltak som er tilpasset vår lokale kontekst.

### **Hva er viktig å studere?**

Et sentralt fokus bør være på utvikling i antall langtidsbrukere av opioider og spesielt fokus på bruk av tramadol og sterke opioider som oksykodon. I tillegg er et fokus på kombinert bruk av opioider og benzodiazepiner men også gabapentinoider (øker bruk) viktig. Det er relevant å studere opioidbruk i ulike pasientgrupper, som personer med kreftdiagnose, kroniske smerte, ruspasienter, unge eldre, kvinner menn etc. for bedre å forstå i hvilke undergrupper det er størst forekomst av skadelig bruk av opioider.

### **Eksempler på ulike pasientgrupper**

- 1) Pasienter som får opioider på blå resept
- 2) Pasienter med kroniske smerter
- 3) Kreft pasienter
- 4) Barn og ungdommer som få behandling med ulike typer opioider
- 5) Traume pasienter
- 6) Gravide
- 7) Eldre
- 8) Personer med ruslidelse eller med historikk fra rusbehandling
- 9) Brukere av de ulike opioidene og kombinasjoner med andre medikamenter

### **Hvorfor er det viktig å studere disse pasientgruppene**

#### Pasienter som får opioider på blå resept.

Foreløpige tall viser at antall pasienter som får forskrevet opioider på blå resept øker dramatisk etter at forskrivning er tillat fra fastleger. Er det flere som utvikler problematisk bruk etter forskrivning fra fastlege enn fra sykehusspesialist?

#### Pasienter med kroniske smerter

Restriktiv rekvirering av opioider er ønskelig fordi opioider er vanedannende og har uttalte bivirkninger. Pasienter med langvarige smerter som behandles med opioider står dermed i fare for å utvikle avhengighetssyndrom i tillegg til sitt smerteproblem. Andre og ikke-opioide behandlinger skal og bør prioriteres. Men hvor mange får opioider for kronisk smerte og hvordan går det med disse?

#### Kreftpasienter

Flere kreftpasienter overlever lengre og har ikke like stort behov for behandling med opioider etter at den postoperative fasen er over. Klarer de å slutte?

#### Barn og ungdommer som får behandling med ulike typer opioider

Bruk av tramadol hos barn og unger øker dramatisk. Hvem er disse barna som får forskrevet tramadol og hvordan er utviklingen deres mht bruk av smertestillende over tid?

#### Traumepasienter

Traumepasienter behandles ofte med opioider over lang tid. Hvor stor andel blir langvarig opioid brukere? Kombineres behandling med benzodiazepiner? Hvordan påvirker medikamentbruken deres funksjon og gjeninntreden i arbeidslivet?

#### Gravide

Bruk av sterke opioider er økende spesielt hos kvinner. Viktig å følge med utvikling i bruk hos gravide. Viktig å utrede også konsekvensene for deres foster/ barn.

#### Eldre

Ved økende alder reduseres funksjonell kapasitet i de fleste organsystemer hos mennesker og man bli dermed mer utsatt for overdoser av legemiddel inklusive opioider enn hos yngre. Det sees en tendens til økende andel overdoseoffer blant eldre personer over 50 år. Er det spesielle mønster som peker seg ut som risikable?

#### Personer med ruslidelse eller med historikk fra rusbehandling

Det er rimelig å anta et det er en del overlapp mellom personer som har ruslidelse og smertelidelse. Vi vet for lite om de som dør av overdose etter inntak av opioide smertestillende og om disse er de samme som har fått resept på legemiddelet eller om pillene er skaffet på det illegale markedet.

#### Ulike effekter av ulike opioider og kombinasjoner av legemiddel

Det er indikasjoner for at det i toksikologiske obduksjonsmateriale er flere funn av oksykodon enn tramadol, mens andelen brukere av oksykodon i befolkningen er betydelig lavere for oksykodon enn tramadol. Er det slik at spesifikke legemiddel er knyttet til høyere risiko, og i så fall for hvilke undergrupper av brukere?

### **Hvilke datakilder kan vi bruke for å etablere bedre kunnskap?**

Et naturlig utgangspunkt er å benytte nasjonale populasjonsbaserte registre som datakilder

#### Reseptregisteret (NorPD)

Reseptregisteret inneholder informasjon om legemidler på resept hentet ut ved alle Norges apoteker. Informasjon om utleveringer av forskrevne opioider, informasjon om de er utlevert på blå resept. ICPC og ICD koder i registeret kan brukes til å finne ut hvem er forskriver opioider på blå resept, fastlege eller lege i spesialisthelsetjenesten.

#### Kreftregister

Kreftregister inneholder informasjon om kreftpasienter. Diagnose, type kreft og tidspunkt for diagnose.

#### Pasient Register (NPR)

NPR inneholder informasjon om diagnoser fra all kontakt med offentlige sykehus, poliklinikker og avtalespesialister, inklusive rusbehandling i TSB.

#### Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)

KUHR inneholder data om tidspunkt for konsultasjon og diagnose i primær helsetjenesten.

#### Statistisk Sentral Byrå (SSB)

SSB inneholder informasjon om bosted, utdanning, arbeid, inntekt/trygd, deltagelse i arbeidsmarked.

#### Dødsårsaksregister (DÅR)

DÅR inneholder informasjon om dødsårsak og tidspunkt for død.

#### Nasjonalt traume register

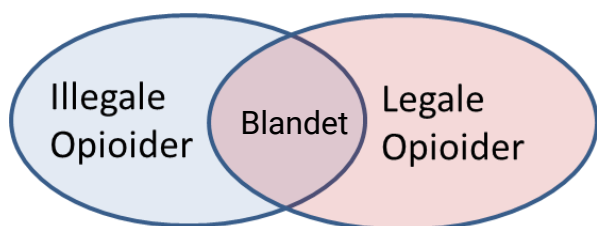
Informasjon om traume pasienter og deres akutte skadetilstand og påfølgende behandling

#### Fødselsregister

Informasjon om gravide og nyfødte barn

### **Behov for kombinasjon av registre og datakilder for å få et bilde av totalsituasjonen**

Det er grunn til å tro at brukere av opioider og med det personer i risiko for overdosedød delvis er distinkte grupper; de som benytter illegale opioider og de som benytter opioider forskrevet av lege. Men det er nok også slik at det er betydelig overlapp mellom disse gruppene som i noen grad er representert ved pasienter som primært mottar smertebehandling eller rusbehandling. Det ansees derfor som avgjørende at fremtidig utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget rundt risiko ved opioidbruk tar disse tre størrelsesordenene i betraktning; opioider i illegale ruspopulasjoner, opioider i smertebehandlede populasjoner og opioider brukt i et overlapp mellom disse gruppene.



### **Plan for videre arbeid**

- Søknad til REK om forskningsgodkjenning
- Ansette forsker/postdoc for de første 12mnd
- Utarbeidelse av personvernkonsekvensvurdering 1 – Bruk av bare reseptregister data. For å komme raskt i gang kan man starte med å fokusere på personer som får opioider på blå resept
- Utarbeidelse av personvernkonsekvensvurdering 2 – Kobling mellom data fra ulike registre
- Analyse arbeid. Sette opp prioriteringsrekkefølge for fokus på ulike pasientgrupper.
- Være i dialog med helsedirektoratet og nasjonal overdosestrategi rundt prioriteringer og forslag til tiltak
- Sikre forlengelse av finansiering for forskerstilling for langsiktig arbeid med problemstillingene skissert her

### **Prosjektorganisering og prosjektdeltagere**

Prosjektet er planlagt som et samarbeidsprosjekt mellom SERAF, Folkehelseinstituttet (FHI) og NTNU. Hovedansvarlig for prosjektet blir professor Thomas Clausen ved SERAF mens professor Svetlana Skurtveit (FHI/SERAF) skal lede prosjektet.

### **Forutsetning for gjennomføring og tidshorisont**

Finansiering av forsker/postdoc i full stilling fra omgående (1 mill per år)

Opioid epidemien er et bevegelig mål og utviklingen må følges over tid

1-3 års perspektiv

Oppdatering av målsetting og prioriteringer underveis i dialog med Helsedirektoratet og i tråd med føringene for nasjonal overdosestrategi.

Prosjektgruppen vil forsøke å skaffe prosjektmidler også fra andre kilder som NFR og Helseforetakene, men er avhengig av å kunne ansette en forsker på heltid for det første året før å kunne komme i gang.

### **Leveranse**

De første resultatene, forutsatt umiddelbar oppstart, vil kunne være tilgjengelig ved slutten av 2. kvartal 2019.

**Estimert prosjektkostnad:** Ca 1 mill årlig 1-3 år NOK.

## Vedlegg 5 Grenseflater mot andre statlige innsatser

### **Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020)**

Planen favner bredt og skal bidra til en tverrsektoriell, forbedret og samordnet innsats overfor personer og grupper som er i ferd med å utvikle rusmiddelproblemer eller har moderate eller alvorlige rusmiddelproblemer, samt deres pårørende. Målet er å forebygge rusmiddelproblemer i befolkningen og sikre at personer med rusmiddelproblemer gis gode tjenester og nødvendig bistand til å mestre livets ulike utfordringer. Viktige innsatsområder er blant annet egnede bolig- og tjenestetilbud, arbeids- og aktivitetstilbud samt bedre behandlingsforløp og samhandling mellom nivåene som også må ses i sammenheng med de nylig utviklede pakkeforløpene på rus- og psykisk helsefeltet

### **Bolig for velferd (2014 – 2020)**

Den nasjonale boligsosiale strategien skal bidra til at flere vanskeligstilte på boligmarkedet får en egnet bolig og tilpassede tjenester for å kunne opprettholde boforholdet. Personer med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse og langtidsbostedsløse. I strategiens nyeste tiltaksplan, skal innsatser rettet mot bedre helhetlige bolig- og tjenestemodeller for personer med rus og psykiske helseutfordringer, være ett av to hovedinnsatsområder.

### **Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017-2021)**

Strategien skal bedre samordning i forvaltningen, avklare ansvarsforhold og bedre svakheter både i eksisterende samarbeidsavtaler og i det gjeldende regelverket på området. Personer med rus- og psykiske helseutfordringer utgjør en stor andel av innsatte i norske fengsler. Et systematisk arbeid med å motvirke glippsoner vil bidra til at flere kommer i utdanning eller arbeid etter gjennomført straff, noe som igjen vil redusere tilbakefallet til kriminalitet og bedre livskvalitet og integrering i samfunnet.

### **Pakkeforløp psykisk helse og rus samt somatikk**

Pakkeforløpene skal sikre godt koordinerte og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud med god brukerinvolvering samt bidra til et mer likeverdig behandlingstilbud uansett hvor i landet man bor. Pakkeforløpene involverer både spesialisthelsetjenesten og kommunene og god samhandling mellom nivåene blir avgjørende for å lykkes.

### **Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter)**

Hepatittstrategien ble lansert i juni 2016 med hovedmålsetting om å opprettholde den generelle beredskapen mot hepatitter, bidra til redusert smittespredning i utsatte grupper, samt å gi alle som blir alvorlig syke tilgang til trygg og effektiv behandling.

### **Ny handlingsplan mot selvmord**

Det er igangsatt et arbeid med å utarbeide en ny handlingsplan mot selvmord etter en enstemmig beslutning i Stortinget våren 2018.

### **Pågående arbeid som får innvirkning spesielt på skadereduksjonsfeltet**

#### **Rusreformutvalget:**

Regjeringen har oppnevnt et rusreformutvalg som skal utrede og foreslå en modell der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget

bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Reformen er forankret i regjeringens politiske plattform av 14. januar 2018 (Jeløya erklæringen). Rusreformutvalget skal avgi sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet innen 31. desember 2019.

#### **Endringer i sprøyteromsloven og forskriften:**

Sprøyteromsloven er endret til en brukerromslov

- I loven og forskriften endres begrepsbruken fra "sprøyterom" og "sprøyteromsordningen" til "brukerrom" og "brukerromsordningen".
- I brukerrommene kan brukerne injisere alle typer illegale rusmidler som innebærer helsefare.
- Personalet i brukerrommet skal gi opplæring i overgang fra injisering til mer skånsomme inntaksmåter for eksempel heroinrøyking.
- Brukerne kan forsøke mer skånsomme inntaksmåter i brukerrommet så lenge opplæringsperioden varer.

#### **Revisjon av LAR-retningslinjen:**

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har vært et landsomfattende tilbud i Norge siden 1998. I 2010 ble IS-1701 Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering utarbeidet; <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfaglig-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet>

LAR retningslinjen er i dag under revisjon og arbeidet forventes ferdigstilt i løpet av 2019.

#### **Prøveprosjekt heroinassistert behandling, HAB**

I regjeringens politiske plattform, Jeløya erklæringen, fremgår det at man ønsker å gjennomføre forsøk med heroinassistert behandling innenfor rammen av LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Regjeringen viser til positive internasjonale erfaringer blant annet fra Danmark. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide et forslag til hvordan et forsøk med heroinassistert behandling (HAB) kan gjennomføres i Norge. Arbeidet skal ferdigstilles innen 1. juni 2019.

## Vedlegg 6 Økonomiske og administrative konsekvenser

### Ansvar og roller

#### **Helsedirektoratet**

Helsedirektoratet er eier av overdosestrategien og har et overordnet strategisk ansvar for utforming av strategien og dens faglige innhold i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Direktoratet er kontaktpunkt og har rapporteringsansvar til Helse- og omsorgsdepartementet.

Solid forankring av strategiarbeidet er nødvendig både på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå for å sikre at arbeidet videreføres etter endt strategiperiode. Helsedirektoratet er ansvarlig for at Nasjonal overdosestrategi og dens målsettinger og tiltak løftes inn i andre statlige innsatser som den har grenseflater mot, se vedlegg 1.

Helsedirektoratet vil følge opp organiseringen av det overdoseforebyggende arbeidet.

#### **KoRus**

KoRus er tiltenkt en sentral rolle i ny strategiperiode. Vi legger til grunn at når strategiperiodene er over, vil store deler av arbeidet videreføres av KoRus. KoRus har som sin primære rolle å bistå kommuner med overdoseutfordringer i å implementere overdoseforebyggende arbeid i tråd med Helsedirektoratets veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid. KoRus får oppdraget beskrevet i sitt tilskuddsbrev og vil rapportere til Helsedirektoratet. Hvis det er behov for det, kan deler av arbeidet avtales nærmere i egen avtale.

KoRus hadde også i forrige strategiperiode en viktig rolle i utviklingen av det overdoseforebyggende arbeidet i sine regioner. Dette ble blant annet gjort gjennom utvikling av regionale læringsnettverk for kommuner med overdosebelastning i den enkelte region.

KoRus vil fortsatt utvikle læringsnettverk i sine regioner. Utforming og format vil måtte tilpasses de lokale forholdene. Det er av betydning at brukermedvirkning blir et tema i nettverkene og at representanter for brukerorganisasjonene blir trukket med i nettverksarbeidet.

KoRus-Øst og KoRus Oslo har egne oppgaver knyttet til styring av overdosestrategien, drift av det nasjonale kommunenettverket, arrangøransvar for den årlige nasjonale lavterskelkonferansen og nyhetsbrev for lavterskelfeltet.

I ny strategiperiode vil KoRus ha en styrket rolle for å implementere overdoseforebyggende arbeid i kommunene. Særlig vil dette gjelde de regionale nettverkene. De regionale nettverkene vil være viktige for å nå ut til de om lag 160 norske kommunene som har overdosebelastning, men som ikke er med i det nasjonale kommunenettverket.

#### **Kommunenettverk**

Kommunenettverket er et læringsnettverk for kommuner med overdoseutfordringer. Det er knyttet en tilskuddsordning til kommunene som er invitert inn i det nasjonale nettverket. Andre kommuner kan også delta. Formålet med nettverket er å dele erfaringer om overdoseforebyggende arbeid, få faglig påfyll og knytte viktige kontakter og nettverk på et forholdsvis smalt felt. Kommunenettverket skal rapportere på aktiviteten til Nasjonal styringsgruppe.

Kommunene følger opp målene som er beskrevet i regelverket for tilskuddsordningen og som fremkommer i tilskuddsbrevet. Kommunene er ulike både når det gjelder størrelse, styring, rammebetingelse og omfang av overdoseutfordringer. Kommunene vil derfor organisere det overdoseforebyggende arbeidet på ulike måter. Kommunene utarbeider egne, lokale mål og innarbeider det overdoseforebyggende arbeidet i kommunens planverk.

Kommunene som er med i det nasjonale nettverket, deltar også i de regionale nettverkene i regi av de regionale KoRus der også kommuner som ikke er med i det nasjonale nettverket er med.

Kommunenettverket møtes til nasjonale samlinger arrangert av KoRus i samarbeid med Helsedirektoratet.

### **Forankring**

Alle kommuner samt spesialisthelsetjenesten må sørge for å ha en beredskap for å kunne iverksette overdoseforebyggende tiltak. Arbeidet må ses i sammenheng med øvrige tilbud og tjenester og integreres i de virksomheter som har ansvar for målgruppen.

Erfaring med utviklingsarbeid i kommunene tilsier at forankring i politisk og administrativ ledelse er avgjørende for å lykkes med varig implementering av arbeid på nye innsatsområder. Kommunene må forankre det lokale overdoseforebyggende arbeidet i de riktige planverkene i kommunen som behandles politisk. Også når det gjelder nødvendige ressurser til arbeidet, må dette forankres og innarbeides i kommunenes økonomiplaner.

### **Finansiering**

Nasjonale overdosestrategi har i tillegg til 10 mill kroner som er videreført fra tidligere strategiperiode, en bevilgning på 5 mill kroner for finansiering av nalokson nesespray som er hjemlet i regjeringsforhandlingene på [Granavolden](#).

Utvidelse av kommunenettverk og utdeling av nalokson i flere kommuner medfører økte kostnader. Gjennom den økte bevilgningen vil finansiering av nalokson nesespray gjennom strategibevilgningen være sikret. Utdeling av nalokson nesespray er ikke forankret i lov. Naloksonprosjektet er nytt i de fleste kommunene, foreløpig med svak forankring i den enkelte kommune. Helsedirektoratet tror derfor det er klokt å stille nesespray gratis til disposisjon i kommunene.

Som nevnt flere steder i strategidokumentet vil det være behov for systematisk innhenting av ny kunnskap for å kunne sette inn målrettede tiltak og oppnå konkrete resultater i det overdoseforebyggende arbeidet. Helsedirektoratet anbefaler økt forskningsinnsats for å fylle kunnskapshullene på overdoseområdet og vil i tråd med



dette igangsette et begrenset kunnskapsløft blant annet basert på de prosjektene for kunnskapsinnhenting som FHI og SERAF har foreslått.

Kunnskapsløft og finansiering av nalokson til de enkelte kommunene vil sammen med pågående og nye tiltak dekkes innen finansiell ramme på 15 mill kroner.

## Vedlegg 7 Tiltak i forrige strategiperiode

- Statistisk overdoseovervåkning
- Pilotkommuneprosjektet (inkluderer mange prosjekter lokalt)
- Pilotkommunenettverket
- Regionale nettverk i noen regioner
- Nyhetsbrev for lavterskelfeltet
- Nettverk av gatenære tiltak
- Lavterskel konferansen
  
- Markering av Verdens overdosedag 31. august
  
- Naloksonprosjektet (ledet av SERAF, inkludert doktoravhandling)
- Kameratredning
- Switch-kampanjen
- Tilrettelegging for import av brukerutstyr til det norske markedet gjennom samarbeid med DNE Pharma
  
- Utbygging av lavterskel LAR
  
- Ivaretagelse av pårørende
- Erfaringshefte om bistand - pårørendeerfaringer
- Pasientsikkerhetskampanjen
- Fengselsprosjektet (ledet av Kriminalomsorgens utdannings- og kompetansesenter, KRUS)
  
- Selvmordsforebyggende tiltak (deltatt i strategi mot selvmord i direktoratet)
- Arbeid med taushetsplikt og informasjonsdeling
- Brukermedvirkning i ulike deler av strategiarbeidet
- Utvikling av nettside
- Rapportering
- Skrivekonkurranse i Østfold
- Produksjon og utdeling av overdosekort, pustemasker, t-skjorter mm
- Presentasjon av strategien på konferanser og møter

# Vedlegg 8 Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-17

Marit Edland-Gryt: Prosessevaluering av nasjonal overdosestrategi 2014-2017:  
Hvordan forebygge overdosedødsfall

## Hovedbudskap

- Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 har gjennom ulike tiltak forsøkt å samle den forebyggende innsatsen for å jobbe langsiktig med å redusere antallet overdosedødsfall i Norge. Det langsiktige målet er en nullvisjon.
- Gjennom det mangfoldige strategiarbeidet er det lagt ned en stor innsats i å jobbe systematisk for å få til en nedgang i antallet overdosedødsfall i Norge på lang sikt. På tross av det helhetlige og systematiske arbeidet, er det ikke vist en årlig nedgang i antallet overdosedødsfall, slik målsettingen var beskrevet fra Stortinget. Likevel kan det arbeidet som har vært gjort så langt ses på som vellykket langs flere dimensjoner, og mye av arbeidet kan forventes å gi resultater på lengre sikt.
- Evalueringen viser at en i hovedsak har fått til et godt arbeid på mange ulike nivåer. Det er imidlertid flere forbedringspunkter. Flere deler av arbeidet er ikke kommet langt nok. Dette gjelder for eksempel arbeidet med Switch-kampanjen og brukermedvirkning.
- Mottoet for strategien «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve» har vært ledende for arbeidet i prosjektledelsen og arbeidsgruppa. Den nasjonale arbeidsgruppa har bevisst jobbet mest med den siste delen av mottoet, og hovedvekten av arbeidet har vært fokusert på overlevelse, mens rehabilitering og rusfrihet i mindre grad har vært høyt oppe på agendaen.
- Pilotkommunenettverket – en nettverkssamling for pilotkommunene og de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus'ene) - har vært en suksessfaktor i arbeidet. Etableringen av nettverket har vært et viktig grep i utviklingen av strategien. Regionale nettverk har vokst frem i noen regioner uten at dette var planlagt.
- De ni pilotkommunene har jobbet med målsettingene på ulike måter. Pilotkommunene er veldig ulike, og det er vanskelig å sammenligne innsatsen deres med de data evalueringen har tilgang på. KoRus'ene har bidratt i arbeidet både i pilotkommunene og i nettverket.
- Stort engasjement for temaet og entusiasme for strategiarbeidet har medført at de som har jobbet med overdosestrategien har fått utrettet mer enn de ellers ville fått til for 10 millioner per år. At så mange ildsjeler har jobbet med overdosestrategien på nasjonalt og lokalt nivå har både fordeler og ulemper. På kort sikt kan det gi store fordeler, men på lengre sikt trengs solid forankring som ikke gjør arbeidet personavhengig.
- En tydeligere plan og organisering fra starten av kunne redusert en del frustrasjon tidlig i pilotkommuneprosjektet. Samtidig er erfaringen fra flere ansatte i pilotkommunene at de har lært mye av prosessen med å måtte finne ut av arbeidet selv.
- I det videre arbeidet kan det være grunn til å ha en tydeligere rolle- og forventningsavklaring. Det er også gode grunner for å unngå sammenligning av arbeidet i de ulike kommunene, og på den måten unngå en konkurransestemning. Det er vanskelig å konkurrere i lokalt overdoseforebyggende arbeid.

- Informasjonsflyten mellom de ulike nivåene i strategiarbeidet kan med fordel bli bedre.
- Brukermedvirkning bør komme høyt på dagsorden i det videre arbeidet, både på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå. I noen deler av arbeidet er brukermedvirkning godt ivaretatt, i andre deler er det en utfordring.
- I det videre arbeidet bør det vurderes å opprette en styringsgruppe eller referansegruppe nasjonalt (i stedet for en arbeidsgruppe), samt å etablere en vitenskapelig rådgivningsgruppe.
- Formidling til ulike grupper i strategien underveis i strategiperioden har vært et viktig element i prosessevalueringen. Denne sluttrapporten er derfor bare en del av evalueringen. Rapporten forsøker å gi en oversikt i et mangfoldig strategiarbeid.

## Vedlegg 9 Kunnskapsinnhenting i forrige strategiperiode

### Evaluering- og forskningsrapporter bestilt eller medfinansiert av Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017

- Edland-Gryt, M. (2018): **Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall?** Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/publ/2018/prosessevaluering-av-nasjonal-overdosestrategi-20142017-hvordan-forebygge-o/>
- Jørgen Bramnes et al: **Ikke-opioide overdoser og øvrige rusmiddelrelaterte dødsfall SERAF rapport nr 1/2015** (SERAF/FHI)  
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2015/nedlastninger/seraf-rapport-nr-1-2015-ikke-opioide-overdoser.pdf>
- Jørgen Bramnes og Desiree Madah-Amiri **Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko** (SERAF)  
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/notat---bruk-av-rusmidler-pa-ulike-mater.pdf>
- **Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk Kommuneundersøkelse 2016** KORFOR-rapport 2017/01  
<https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Rapporter/publrapport%20Utstyrsundersøkelse%202016.pdf>
- **Litteraturgjennomgang av risikopersepsjoner for personer i risikograppa** (KORFOR)  
Sverre Nesvåg: **Når risiko blir irrelevant: en kritisk vurdering av tidligere forskning om overdoserisiko** Artikkel in press
- **Informasjonrapporter til fylkene og til de 40 kommunene som har størst overdosebelastning** (FHI/DÅR 2017 – 2020)  
Finnes her som komprimert mappe:  
[Statistiske spesialrapporter for de enkelte fylkene, de 40 hardest rammede kommunene samt bydelene i Oslo \(komprimert mappe, ZIP\)](https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/overdose-veiviser-i-lokalt-forebyggende-arbeid#nasjonal-overdosestatistikk-)  
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/overdose-veiviser-i-lokalt-forebyggende-arbeid#nasjonal-overdosestatistikk->
- Linn Gjersing *m fl*: **Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017** (FHI)  
<https://www.fhi.no/ml/rusmidler-og-avhengighet/narkotikabruk-pa-gateplan-i-syv-norske-byer-2017/>
- Gjersing & Bretteville-Jensen (2018): **Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users**. Addiction 2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28987019>

- Hilde Marie Erøy Edvardsen et al: **GHB-, fentanyl- og oksykodonrelaterte dødsfall** (OUS)  
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/avdeling-for-rechtsmedisinske-fag/Documents/GHB,%20fentanyl%20og%20oksykodonrel%20dødsfall.pdf>
- Desiree Madah-Amiri, doktorgrad 2017 (UiO / SERAF)  
**Opioid overdoses and overdose prevention: The establishment of take-home naloxone in Norway** <https://www.duo.uio.no/handle/10852/59041>
- Addiction 2018: Desiree Madah-Amiri, Linn Gjersing, Thomas Clausen  
**Naloxone distribution and possession following a large-scale naloxone programme**
- **SNACK MED MEG, Behandling av rus og overdoser**; Landsforbundet mot stoffmisbruk 2017: <https://motstoff.no/laer-mer/publikasjoner/brojyrer/#1505396109896-16f0d58d-9b12>

# Vedlegg 10 Naloksonprosjektet – rapport SERAF

Overdosestrategiens naloksonprosjekt – fireårsrapport fra SERAF, Senter for klinisk rusmiddelforskning, UiO

## Prosjektrapport for 2014-2018

SERAF fikk i 2013 i oppdrag å implementere og evaluere kameratredning med nalokson nesespray som del av Helsedirektoratets nasjonale strategi for å redusere overdosedød.

Denne rapporten oppsummerer aktivitetene i nalokson nesespray pilot-prosjektet gjennom de første 4 årene. I rapporten presenteres det foreløpige resultater og anbefalinger.

### Forfattere:

Julie Høivik, Desiree Madah- Amiri, Øystein Bruun Ericson, Thomas Clausen, Philipp Paul Koren Lobmaier

## 1. Sammendrag

Hvert år dør mellom 200 og 300 mennesker av overdoser i Norge. Mange av disse for tidlige dødsfallene kan forebygges. I 2013 fikk SERAF oppdraget med å implementere og evaluere kameratredning med nalokson nesespray som en del av Helsedirektoratets nasjonale overdosestrategi. Prosjektet ble etablert i slutten av juni 2014 i Oslo og Bergen som et pilotprosjekt. I dag er ca. 30 kommuner i landet involvert i prosjektet. Ca. 10.000 nesesprayer har blitt delt ut til brukere, pårørende og andre berørte parter (som vektere, ansatte på væresteder etc.). Majoriteten av sprayene ble gitt til målgruppen; personer i risiko for overdose, som er utenfor ordinær rusbehandling. Distribusjonsmålene som var satt i prosjektet (100 utdelte sprayer per 100.000 innbyggere i pilotbyene) ble møtt innen prosjektets første år.pport

## 2. Bakgrunn

### 2.1. Overdosedød

Hvert år dør mellom 200 og 300 mennesker av overdoser i Norge, noe som tilsvarer omtrent 80 dødsfall per million innbyggere hvert år. Til sammenligning er det europeiske gjennomsnittet anslått betydelig lavere med kun ca. 22 årlige overdosedødsfall per million innbyggere (EMMCDA, 2018). Hvorfor risikoen for å dø av overdoser er høyere i Norge enn i resten av Europa er ikke helt avklart, men både den høye andelen sprøytebrukere, samt blandingen av opiater med benzodiazepiner trekkes vanligvis frem som forklaring (Gjersing et al., 2013). Etter svært høy mortalitet ved årtusenskiftet med flere enn 400 dødsfall er det de senere årene observert en nedadgående trend i overdosedødsfall (Amundsen, 2015). Nedgangen faller sammen med en betydelig utbygging av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som er førstevalg i behandling av opiatavhengighet. Vedlikeholdsbehandling med metadon eller buprenorfin i LAR beskytter pasientgruppen mot prematur død inkludert overdoser (Clausen, Anchersen, & Waal, 2008). Fra årtusenskiftet har antallet pasienter som mottar vedlikeholdsbehandling gjennom LAR i Norge økt jevnlig fra rundt 1000 pasienter til de nåværende omtrent 7500 pasientene som får vedlikeholdsbehandling (Waal et al., 2015). Økningen i LAR-tilbudet kom etter at inntakskriterier ble utvidet, og i de senere årene har dette også inkludert såkalt Lavterskel-LAR som er blitt tilgjengelig i flere helseforetak. Fra 90-tallets høyterskeltilbud med metadon til de vanskeligstilte, som har relativt høyt funksjonsnivå, har LAR raskt videreutviklet seg til å også omfavne

flere opiatavhengige med klart redusert fungeringsevne på flere områder. Buprenorfinpreparater er nå førstevalget. Etter at sprøyterommet i Oslo åpnet i februar 2005 ble Lavterskel-LAR etablert som skadereduksjon, med daglig utlevering av buprenorfin-nalokson, uten krav om tiltak for økt ruskontroll og uten krav til rehabiliteringsplan før oppstart. Både sprøyterom og lavterskel LAR er evaluert positivt, og videreført (Gjersing, Waal, & Clausen, 2009; Olsen & Skretting, 2007).

Antallet overdosedødsfall grunnet heroin i Norge er på vei ned. Derimot opplever vi en økning av overdoser forårsaket av andre opioider (FHI 2018). Her er det nødvendig å utforske om trenden holder seg stabil, og i hvilken grad den er påvirket av nalokson-tilgjengelighet, dessuten hvem som inngår i denne nye gruppen av opioidavhengige av smertestillende tabletter. Deretter kan innsatsen tilpasses for å hjelpe og forhindre overdoser i denne gruppen. Nalokson utdeling har hovedsakelig rettet seg mot de som selv bruker heroin regelmessig og under videre utforsking er det viktig å involvere flere nye grupper.

## 2.2. Motgift som skadereduksjon

Kameratredning med opioid motgiften nalokson ble i 2014 innlemmet som et nytt skadereduserende tiltak i Helsedirektoratets strategi for å redusere overdosedød. I den anledning fikk SERAF i oppdrag både å implementere nesepøyen, samt å vitenskapelig evaluere tiltakets effekt. Nesepøyen som har vært brukt i prosjektet vårt (se Figur 1c) var en midlertidig løsning tilpasset etter en ferdigfylt sprøyte registrert i Storbritannia (*Prenoxad*). I mai 2018 ble den nye nesepøyen *Nyxoid* (Figur 1a) tilgjengelig og brukt i prosjektet vårt, samtidig som den også ble tilgjengelig med resept for vanlig legeforskrivning i hele landet. I denne rapporten vil tidslinjen strekke seg fra juni 2014 til mai 2018, hvor midlertidig *Prenoxad* spray ble brukt gjennom hele perioden. *Nyxoid* sprayen som ble registrert i mai 2018 er den som brukes i prosjektet nå for tiden. Med markedsføring av *Nyxoid* gikk vår SLV-tillatelse til bruk av midlertidig spray (uten MT) ut, og vi samarbeider nå med Mundipharma om innkjøp av *Nyxoid* til prosjektet. Samtidig ble det åpnet for refusjon via blåreseptordningen med en egenandel på 211 kroner (før frikort). Denne refusjonsordningen åpner for at alle leger kan ordinere nesepøy til de som trenger eller ønsker det. Samtidig fortsetter SERAF å bekoste spray til etablerte, gatenære utdelingssteder på samme måte som før som del av Naloksonprosjektet. Kostnaden for en registrert nesepøy-kit (som nå inneholder to doser) ligger på 556 kroner (inkl. MVA). Til sammenligning kostet en midlertidig spray (fem doser med betydelig lavere konsentrasjon) 440 kroner (inkl. MVA).

### Figur

1a: *Nyxoid* spray Fig 1b: *Narcan* spray Fig 1c: *Prenoxad* SERAF-spray



*Narcan* ble FDA-godkjent som spray med enten én dose à 4 mg eller à 2 mg nalokson blandet ut i 0,1 ml væske med tilsetningsstoffer. *Narcan*-Kit med to spraybeholdere koster omtrent 75 USD. *Prenoxad* SERAF-sprayen er lavere konsentrert (2mg/2ml) og



inneholder 5 doser med 0,4 mg nalokson per dose à 0,4 ml. *Nyxoïd* er én-dose spray som inneholder 1,8 mg nalokson og ble tilgjengelig på det Norske markedet i mai 2018.

### **2.3. Prosjektutforming og formål**

Kameratredning med nalokson neseppray ble etablert i slutten av juni 2014. Formålet med kameratredning ved hjelp av nalokson neseppray og førstehjelpstrening er å redusere antall dødelige og ikke-dødelige overdoser (OD). Tiltaket evalueres fortløpende ved SERAF med en forskningsbasert tilnærming som inkluderer både spørreskjema, oppfølgingsundersøkelser og registerkoblinger. Både implementering og evaluering av prosjektet var i starten begrenset til pilotbyene Oslo og Bergen med en tidsramme på totalt tre år (2014 - 2016). Et av hovedmålene er å oppnå tilstrekkelig dekningsgrad av nalokson per innbygger basert på et estimert behov for årlig utdeling av 1500 – 2000 naloksonsprayer i prosjektbyene. Et annet viktig utfallsmål er utviklingen i OD-mortalitet som på lang sikt vil følges opp gjennom kobling med dødsårsaksregisteret. Ikke-dødelige overdoser (som proxymåling for overdose morbiditet) ble undersøkt prospektivt gjennom analyser av pasientjournaler fra ambulansetjenesten før, under og etter etablering av førstehjelpskurs med nalokson neseppray. I oktober 2016 ble det søkt Helsedirektoratet om forlengelse med ett år (2017) for å kunne fortsette prosjektet i Oslo og Bergen samt utvide tilbudet til flere av de tolv kommunene som allerede deltar i overdosenettverket som ble etablert i forbindelse med Helsedirektoratets nasjonale OD strategi.

## **3. Funn**

### **3.1. Implementering og struktur**

#### **3.1.1. Prosjektteam**

Naloksonprosjektet består av forskere og koordinatorene, samt ledelse, administrasjon og en doktorgradsstudent fra SERAF. Koordinatorene er lokalisert i Oslo, Bergen og Trondheim. I Oslo ble det ansatt en ny koordinator fra mars 2016 i full stilling, og i Bergen ble koordinatorstillingen økt fra 50 til 60 % (tilsvarende 3 dager i uka). Det ble senere også introdusert en ny koordinator i Trondheim, og alt dette til sammen har vært essensielt for hvordan prosjektet har klart å utvikle og etablere seg i nye kommuner. Prosjektkoordinatorene er avgjørende for å utvide og å kunne tilby naloksonopplæring i utvalgte pilotkommuner, eksempelvis Stavanger og Sandnes på Vestlandet og Drammen og Asker på Østlandet.

Koordinatorerne tilbyr også en direkte kommunikasjonslinje til ansatte og brukere som deltar i prosjektet. På denne måten er det lettere å få med seg tilbakemeldinger på hva som fungerer, og hvilke endringer og tilpasninger man kan foreta seg. Samtidig er det også svært viktig å øke engasjementet og kunnskapen om nalokson i fengsler og spesialisthelsetjenesten, slik at brukergrupper som befinner seg i livssituasjoner der de kan være særlig utsatt for overdosedød får tilbud og opplæring om nalokson. Med denne strukturen har nalokson prosjektet kunnet være dynamisk og i stadig utvikling.

#### **3.1.2. Trening og opplæring**

Naloksonprosjektet har til hensikt og best mulig inkludere og integrere allerede eksisterende ressurser i kommunene i implementeringen av sprayutdeling. Dette gjør det både lettere å komme i kontakt med relevante risikogrupper, men også å strømlinjeforme informasjonen. Det ble tidligere opprettet et opplæringskurs for ansatte som gjorde det slik at alle ansatte ved de ulike tiltakene som hadde hatt opplæring selv, kunne ha mulighet til å dele ut nalokson. Kurset ble gitt av en av de fire

sentrale trenerne våre (Desiree, Åse Merete, Øystein og Vibeke) og tok omkring to timer å fullføre.

Kurset ble gitt som klasseromsundervisning støttet av PowerPoint og direkte kontakt med de ansatte. Hovedtemaene for kurset inkluderte følgende:

1) Bakgrunnen til kameratredning ved overdose 2) Mekanismene til en overdose 3) Effektene av nalokson 4) Tegn på en overdose 5) Hvordan å opptre i en overdose situasjon 6) Oppbevaring og innsamling av prosjektinformasjon 7) Sammensetning og utdeling av nalokson 8) Mulighetene for å implementere nalokson utdeling ved hvert sted.

Ved prosjektets start i 2014 fantes det ingen kurs på nett eller noen form for automatiske opplæringsvalg. Ved utgangen av 2018 holder vi på å utvikle en elektronisk læringsplattform for opplæring av nye trenere. Dette kurset vil inneholde de samme læringspunktene som tidligere, men vil være interaktivt og tilgjengelig på nett. E-læringsprogrammet forventes å være tilgjengelig i løpet av det første kvartalet i 2019. Under opplæringen ble også rolleforståelse tematisert med trenerne, slik at senere utdelingsamtaler med brukerne også kunne inkludere tidligere, muligens traumatiske overdoseerfaringer. Dersom slike erfaringer ble opplevd som traumatiske ble det tilbudt samtaler med den hensikten at brukeren skal kunne fortelle og debriefe om hendelsen.

Fra juni 2014 til mai 2018 var det omkring 150 treningsopplæringer, som resulterte i at over 1500 nye ansatte fikk opplæring i bruk av nalokson. Data på trenerne ble ikke samlet inn generelt, men i en tomånedersperiode ble det gjennomført et avgrenset prosjekt som samlet inn trenerdata. Flesteparten av disse var sykepleiere eller sosialarbeidere fra lavterskeltilbud eller ulike helsetjenester. Kunnskap og holdninger ble registrert før, og igjen rett etter opplæringen, og begge punkter viste betydelig bedring etter opplæringen. De samme kunnskapsmålene ble også undersøkt i en fengselspopulasjon og var grunnlaget for en masteroppgave utgitt i 2017 og senere publisert (Petterson & Madah-Amiri, 2017).

Etter egen opplæring fikk ansatte muligheten til å selv lære opp interesserte klienter i bruken av nalokson, samt å dele den ut. Klientopplæringen i forbindelse med utdeling ble gjennomført individuelt eller gruppevis og vanligvis holdt på mellom 5 og 10 minutter. Trenerne går gjennom risikofaktorer for overdose, hvordan gjenkjenne en overdose, samt hva brukerne skal foreta seg når de er vitne til en overdose. Opplæringen er tilgjengelig for alle som er interesserte og er særlig viktig for de som selv har en viss risiko for å kunne oppleve eller være vitne til en overdose.

Etter treningen får deltagerne med seg en nalokson nesespray, et bekreftelseskort på mottatt trening, en pustemaske og en veiledningsbrosjyre. All datainnsamling var og er samtykkebasert. I september 2018 la vi om fra datainnsamling på papir til et nettbasert skjema for å gjøre det enklere å samle inn informasjon. Manuell overføring fra papirbasert data er svært ressurs- og tidkrevende og har gjennomgående medført en tidsforsinkelse i analysen av datamaterialet.

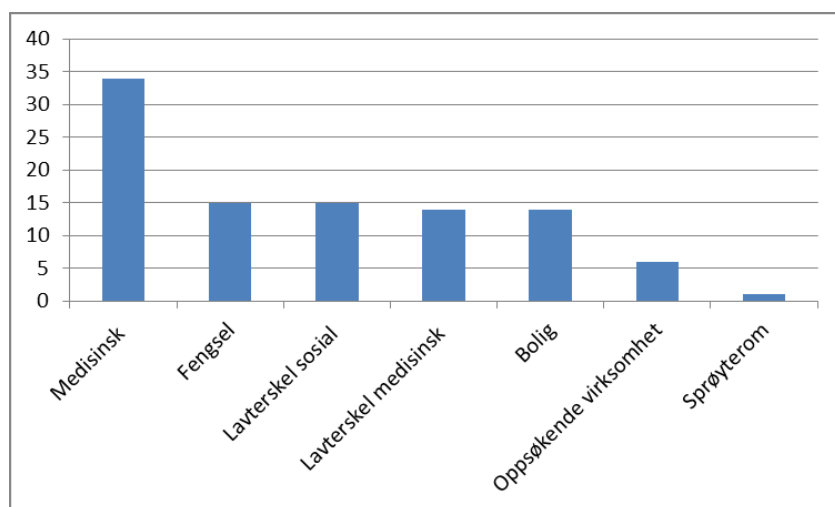
### **3.1.3. Utdelingssteder og samarbeid**

Alle tiltak som er interessert og er en del av de samarbeidende kommunene har hatt muligheten til å være med i prosjektet. De utdelingsstedene som er av særlig interesse er lavterskeltilbud, overnattingsteder, gatenære tiltak, behandlingssteder, mobile helseklinikker, sprøyterom og fengsler. I prinsippet satt vi sjelden begrensninger for å innlemme flere samarbeidsorganisasjoner når utvidelsene ble foretatt.

I 2018 var det omtrent 100 steder som delte ut nalokson i Norge. Figur 2 på neste side illustrerer de ulike kategoriene av utdelingssteder. De ulike utdelingsstedene kan kategoriseres etter hva slags tilbud de har for sine klienter; som blant annet ulike

medisinske tiltak, lavterskeltiltak, ulikt oppsøkende arbeid og ulike steder som tilbyr husly. Medisinske tiltak inkluderer LAR-behandling og rehabiliteringssteder. Lavterskeltilbud er tiltak som på forskjellige måter tilbyr drop in-service og dette inkluderer blant annet Prindsen i Oslo og Strax-huset i Bergen. De ulike oppsøkende tiltakene inkluderer gatenære, oppsøkende tiltak som for eksempel Sykepleie på hjul og Uteseksjonen i Oslo, og Helse- og overdoseteamet i Trondheim. Når det gjelder de stedene som tilbyr husly er dette steder som blant annet Marcus Thranes hus og Dalsbergstien hus i Oslo. Alle disse stedene har hatt mulighet til å distribuere nalokson, men det er lavterskeltilbudene som har delt ut mest. I løpet av årene 2014-2016 stod STRAX-huset i Bergen, sammen med Prindsen mottaks- og oppfølgingscenter i Oslo, for omtrent halvparten av den totale distribusjonen av sprayer.

**Figur 2: Antall deltagende utdelingssteder i Norge, kategorisert (2014-2016)**



En rekke relevante aktører i landet har vært interessert i og villig til å sette av lokaler, tid og medarbeidere for å få gjennomført brukeropplæring. I prosjektets startfase har hovedfokus vært å etablere samarbeid med eksisterende lavterskeltilbud som allerede når ut til vanskeligstilte brukere. På nettsiden til Naloksonprosjektet ([www.stoppoverdoser.no](http://www.stoppoverdoser.no)) finnes en oppdatert liste over alle utdelingsstedene fordelt på kommunetilhørighet. Her finnes det også annen relevant prosjektinformasjon, nyheter, publikasjoner, lenker, samt kontaktinformasjon.

I Bergen har prosjektet sin hovedbase ved det kommunale Strax-huset (Damsgårdsveien 106) som også har utpekt en prosjektkonsulent som koordinator for hele byen. Koordinatoren ble frikjøpt i 50 % stilling med prosjektmidler fra SERAF. Stillingen ble imidlertid utvidet til 60% fra februar 2016 fordi vi utvidet til nye kommuner (Sandnes og Stavanger). Øvrige kommuner som etter hvert kom inn under koordinators ansvarsområde i 2018 er Haugesund, Fjell og Askøy. Utenom Strax-huset samarbeider SERAF i Bergen med Mottaks- og Oppfølgingssentrene (MO) Nesttun og Wergeland, Kirkens Bymisjon, Politiet, Bergen Legevakt, Haukeland Universitetssykehus ved Avdeling for Rusmedisin, Bergensklinikkene og Kriminalomsorgen ved Bergen og Bjørgvin fengsel. Andre steder som kan gi opplæring i kameratredning med nalokson nesespray i Bergen er Bjørnsonsgate, Lonemarka og Grunnane botiltak, Frelsesarmeens Rusomsorg Bakkegaten, det kommunale Botreningscenteret og Senter for Arbeidslivforberedelse (ALF), flere av bydelsavdelingens NAV booppfølging- og rusteam, Kalfaret behandlingshjem, Senter for Narkotikaprogram med domstolskontroll, Friomsorgen, Sammen senteret, Frelsesarmeens velferdssenter, LMS, Natteravnene og FHN. En rekke kommunale psykiatri-tjenester og botilbud fikk fra

2017 også anledning til å kunne gi kameratredning med nalokson. Dette samarbeidet er initiert og vedlikeholdt av Strax-husets koordinator Åse Merete Solheim som også står for brorparten av ansatt-undervisning i kameratredning med nalokson nesespray. Haukelands ambulansetjeneste (v/ Lars Myrmel og tidligere Guttorm Brattebø) har en sentral rolle i kartlegging av ikke-dødelige overdoser i hele prosjektperioden. Strax-huset har tilrettelagt for innspill fra samarbeidspartnere og brukerorganisasjoner ved å holde minst to årlige referansegruppemøter.

I Oslo koordineres prosjektet fra Velferdsetaten (VEL) med en koordinator i full stilling, finansiert av SERAF sine prosjektmidler. Koordinatorstillingen i Oslo er organisert under VELs Avdeling for forebygging og sentrumsarbeid og ble i 2016 økt fra 50 til 100 %. Stillingsbrøken ble økt fordi erfaringene fra de første to årene viste at behovet for koordinering og involvering var større enn det den opprinnelig halve stillingen kunne dekke.

I Oslo har koordinatoren Øystein Bruun Ericson også ansvar for de andre deltakerkommunene på Østlandet. Spesielt i forbindelse med prosjektutvidelsene har dette vært avgjørende.

Utenom samarbeidet med rustiltakene under Velferdsetaten er det etablert samarbeid med en rekke andre aktører på rusfeltet. Blant andre Fransiskushjelpens Sykepleie på Hjul, ulike tiltak i Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon, Kriminalomsorgen og deres Overdoseprosjekt, Securitas, OUS ved Avdeling for Rus- og Avhengighetsbehandling, Oslo kommunale legevakt, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Politiet og Foreningen for Human Narkotikapolitikk. Det er opprettet en egen kommunal e-post-adresse for alle henvendelser vedrørende nalokson (nalokson@vel.oslo.kommune.no).

På tvers av kommunegrensene deler også 14 fengsler ut Nalokson nesespray. Det å få på plass et godt samarbeid og gode rutiner for naloksonutdeling i fengsler har bydd på utfordringer og har tatt tid. Samarbeidet med Kriminalomsorgens utdanningscenter og deres overdoseprosjekt er imidlertid blitt en svært viktig allianse i arbeidet med å redusere overdosedødsfall etter løslatelse. Overdosedødelighet ble spesielt belyst av et annet SERAF prosjekt gjennom publikasjon som kom ut i 2017 (Bukten et al., 2017).

Naloksonprosjektet er i dag en viktig del av KRUS sitt prosjekt og inngår som ett av prosjektets hovedtiltak. Det gjenstår imidlertid å øke utdelingsratene i fengsel til tross for den solide oppsvingen i antall utdelinger vi så det siste året. I 2017 og 2018 er det delt ut i underkant av 90 sprayer hos de deltakende fengslene. Indre Østfold fengsel, avdeling Trøgstad og Eidsberg har delt ut flest og står for rundt 30 % av alle utdelingene. Samarbeidet anses som viktig og blir et fokusområde også i fremtiden. Fem nye fengsler har meldt sin interesse for naloksonutdeling ved utgangen av 2018. En rekke politidistrikter har gjennom prosjektperioden deltatt i opplæringskurs og har fått utplassert nesesprayer i sine patruljebiler. Politiet i Bergen, Oslo, Trondheim, Drammen, Larvik, Tønsberg, Arendal, Øst politidistrikt, Stavanger og Sandes har alle fått utplassert sprayer i sine patruljebiler. Politiet i Oslo har det siste året rapportert at de har brukt sprayen i 11 overdosetilfeller.

#### **3.1.4. Kommuneutvidelse**

Nye kommuner har blitt med i prosjektet hvert år siden 2016. Prosjektet startet med Oslo og Bergen i 2014 og har siden ekspandert til å omfavne hele 29 kommuner i løpet av 2018. Den gradvise utviklingen vises i figuren nedenfor.

**Figur 3: Kommuner som kom til i prosjektet etter 2014 (n=29)**

**2014** Oslo Bergen

**2016** Drammen Asker Stavanger Sandnes Trondheim

**2017** Fredrikstad Bodø Tromsø Skien Porsgrunn Tønsberg Arendal Lier

**2018** Bærum Halden Sarpsborg Steinkjer Kristiansand Øvre Eiker Nedre Eiker Lørenskog  
Skedsmo Larvik Fjell Askøy Modum Haugesund

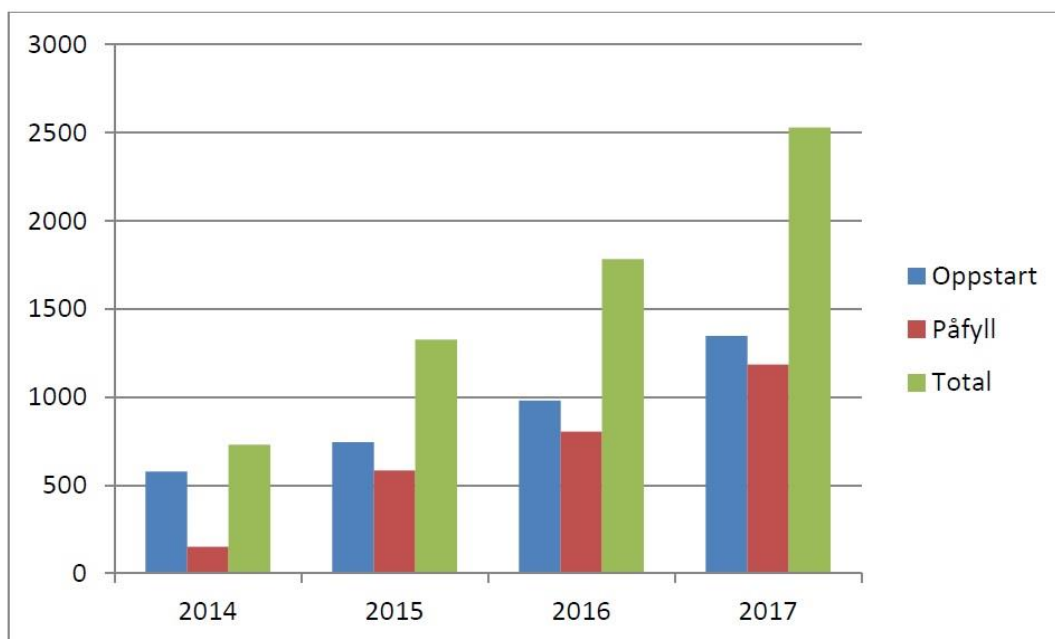
### 3.2. Tilbud og etterspørsel

#### 3.2.1. Distribusjon, dekningsrate og bruk

Gjennom fire års perioden fra juni 2014 til mai 2018 er det dokumentert omtrent 7000 opplæringer i bruk av naloksonsprayer. Halvparten av sprayene ble gitt ut som påfyll, dvs. som fersk spray ved re-henvendelser av interessenter. Av de totalt ca. 10 000 *Prenoxader* som ble bestilt opp gjennom årene inngikk også et lager på ca. 1000 sprayer for å kunne dekke overgangsperioden sommeren 2018 i påvente av «nye spray».

Som følge av et bredt og stort utvalg utdelingssteder er det for krevende å ha full oversikt over hele beholdningen. Vi kan derimot være sikre på at det aller fleste nesesyprayerne er gitt ut i opplæringsøyemed, samtidig som vi var nødt til å kalkulere inn noe svinn fremfor å holde balansen. Brorparten av differansen i antall utdelte / innkjøpte ble nok igjen hos de forskjellige utdelingsstedene enten som lagersaldo som eller faktisk delt ut. Det var aldri satt absolutte krav til dokumentasjon, i tråd med føringer for frivillig forskningsdeltakelse. I balanseregnestykke er det dessuten verdt å huske at vi har betydelig forsinkelser i rapporteringen. Tidsforskjellen mellom når *Prenoxad* ble utdelt og papirskjemaene samlet inn varierte like mye som utdelingsstedene: sjeldne utdelinger kan lett medføre lavfrekvent data innsending. Siden begynnelsen av prosjektet har det vært en økende distribusjon av sprayer, og denne økningen er gjennomgående mest tydelig ved utdelingen av påfyllsprayerne. Figur 4 viser at nivået på antall oppstart og påfyll spray jevner seg ut etter det første halvåret, noe som tyder på at vi treffer målgruppen, samtidig som det forblir behov for førstegangssprayer også i 2017.

**Figur 4: Nalokson utgitt mellom juni 2014 og desember 2017**



Prosjektets distribusjonsmål eller dekningsgrad ble estimert basert på to størrelser: enten i forhold til dekning knyttet til befolkningsstørrelse (innbyggertall) eller i forhold til hvor mange personer i risikozonen som er nådd (sprøytebrukere). Distribusjonsmålet har vært 100 sprayer for hver 100,000 innbygger. Dette målet ble nådd hos pilotbyene i løpet av prosjektets første år. Fra juni 2014 frem til august 2017 hadde Oslo og Bergen sammen en kumulativ utdelingsrate på 495 innbyggere per 100 000. Selv om utdelingsraten for de ulike byene var forholdsvis like i absolutte tall, så ble det i Bergen delt ut omtrent dobbelt så mange sprayer som i Oslo når vi justerer for innbyggertall. Dekningsgrad som effektmål bør forstås som en mulighet til å undersøke spesifikke grupper. Gjersing og kolleger gjennomførte en spørreundersøkelse på gatene i nærheten av lavterskel servicesteder i 2013 (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018). Etter en ny datainnsamling i september 2017 finner vi at nesten halvparten av deltagerne hadde mottatt naloksonopplæring. I Oslo og Bergen er det 71 % og 64 % prosent som oppgir at de enten har mottatt nalokson, mottatt opplæring eller selv gitt til noen andre (Madah-Amiri, Gjersing, & Clausen, 2018).

I pilotprosjektet har 1153 påfyllingsskjemaer blitt samlet inn mellom juni 2014 og frem til november 2016. Data herfra gir en pekepinn om hva som har skjedd med den nesesprayen brukeren hadde fått utdelt tidligere, og hvordan, og i hvilken situasjon den eventuelt ble brukt.

I denne undergruppen er det omtrent 75 % som samtykker i å være med i forskningsdelen. Vi forventer at omlegging fra papir til elektronisk datainnsamling gir muligheten for tilnærmet sanntids kartlegging og analyse av materialet, uten like store forsinkelser som tidligere. Når datainnsamlingen skjer med langt mer tids- og ressurseffektive elektroniske skjemaer kan det samtidig være at vi mister de som har begrenset tilgang til smartphone, nettbrett eller pc tilkoblet internett, som for eksempel fengselsinnsatte.

Fra prosjektet begynte i juni 2014 frem til november 2016 var det omtrentlig 600 rapporter om at nalokson var tatt i bruk (68 % av påfyllssprayene). I disse hendelsene ble det også rapportert om en overlevelsesrate på 94 %. Spesifikt ble det rapportert om tre dødsfall, mens brorparten av andelen på 6 % med usikkerhet skyldes manglende opplysninger eller usikkerhet om utfall.

Prosjektets hovedmålgruppe er mennesker som bruker heroin daglig eller nesten daglig. Når vi undersøker gruppen som kom tilbake for å hente en ny spray («påfyll») finner vi at det var inntatt heroin i 85 % av tilfellene. Ved første opplæring oppga to tredjedeler (67 %) at de var daglige, sporadiske eller tidligere brukere av opioider, og av disse oppga en femtedel at de for det meste brukte opioider alene.

En viktig del av naloksonopplæringen består i å understreke nødvendigheten av alltid å tilkalle ambulanse, samt å kunne gi hjerte- og lungeredning. I de tilfellene nalokson ble tatt i bruk oppga 51 % at de ga hjerte- og lungeredning, mens 67 % oppga at de hadde ringt ambulansetjenesten. SERAF har samarbeidet med ambulansetjenesten i både Oslo og Bergen for å få oversikt over de ikke-dødelige overdosene, samt bruken av nalokson før ankomst til sykehuset. Godkjenningen for å lage denne databasen ble gitt både i Oslo og Bergen og det forberedes publikasjoner på bruken av SERAF nalokson i forkant av ambulansebehandling i prosjektperioden.

### 3.2.2. Tilbakemeldinger

Prosjektet har mottatt både positive og negative tilbakemeldinger i løpet av de siste fire årene. Fra ansatthold har en av de vanligste kritiske innvendingene vært tanken om at nalokson tilgjengelighet kan legge til rette for å bruke rusmidler på en mer risikofylt måte. I tillegg ble det ytret bekymring knyttet til hvorvidt personer ikke vil tilkalle ambulanse i akutt situasjoner dersom de selv kunne bruke nalokson. Disse bekymringene var som oftest en del av en større diskusjon om hvor mye

skadereduksjonstiltak man skal tillate. Noen ganger gjorde kritiske holdninger til kameratredning med nalokson at enkelte tiltak valgte bort prosjektet. Dette er bekymringer som representerer en ideologisk ramme om hvordan overdoser generelt skal forebygges og behandles. I Bergen var rusakuttmottaket spesielt kritiske til brukerstyrt nalokson, både i bruk av sprayen samt distribusjonen av ambulanspersonellet. Her var tanken at overdoser kun skulle behandles ved rusakuttmottak og fortrinnsvis uten nalokson, til tross for motstridende anbefalinger fra både HDir og WHO om å gjøre nalokson tilgjengelig for utsatte grupper (WHO Guidelines 2014).

Ansatte på rusfrie rehabiliteringssentre ga utrykk for deres bekymringer vedrørende å diskutere overdoser, samt overdoseforebygging blant de som er i rehabilitering. Noen mente at dette budskapet undergravde pasienten sin rehabiliteringsprosess og kunne misoppfattes som en forventning om tilbakefall hos pasienten. I tillegg utrykte ansatte fra ulike steder misnøye med at naloksonutdelingen ville føre til økte arbeidsmengder, papirarbeid og ansvar.

Naloksonprosjektet har vært i kontakt med ulike familie- og pårørendeorganisasjoner for å tilby opplæring og informasjon om nalokson. Her har vi opplevd interesse hos enkelte, men det har ikke blitt utdelt mange sprayer til pårørende. Ved en opplæring i Bergen sammen med Natteravnene var det flere som utrykte sin takknemlighet for prosjektet, men synes det var skummelt å påta seg dette ansvaret og derfor var det få som dro fra opplæringen med sin egen naloksonspray.

Det har også vært ytret kritikk knyttet til at nalokson ikke bør være de ansattes ansvar, blant annet under opplæringer med ikke-helsepersonell i fengsler og i politiet. Kritikken ble ytret særlig under oppstarten i 2014, men har bleknet mer med tiden. Selv om det har vært klart økende interesse fra fengsler om å begynne med naloksonutdeling, har det tidvis vært utfordrende å implementere og forankre prosjektet på hensiktsmessig vis i fengsel. Gjennom kontinuerlig samarbeid med Kriminalomsorgens eget overdoseprosjekt har nalokson implementering forbedret seg betydelig og i 2018 deles nalokson ut i 14 norske fengsler.

Til tross for noen kritiske betraktninger rundt kameratredning med nalokson, ble prosjektet i sin helhet mottatt på en positiv og konstruktiv måte. Mange ansatte ga tilbakemelding om at naloksonopplæringen var verdifull, fordi den ga klientene konkrete og lett tilgjengelige verktøy til å håndtere overdoser på en riktig måte. Naloksonopplæring styrket brukermedvirkning og de ansatte verdsatte muligheten til å drøfte risikofaktorer og formidle overdoseforebyggende tiltak, noe som ikke nødvendigvis var opplagt uten nalokson opplæringen. Mens store deler av Naloksonprosjektet skal etableres elektronisk (se avsnitt 4), forblir klientopplæringen samtalebaseret og gjennomføres av skolerte ansatte. Disse samtalene er verdifulle og skal ikke byttes ut med elektronisk opplæring. Satsningen på E-læring er ment som et tillegg til den etablerte, mellommenneskelige kontakten i opplæringen og skal dessuten lette datainnsamlingen gjennom UiO sitt eget nettskjema. I tillegg gjør E-satsningen det mulig for oss å innhente data fra de som enten har fått sprayen sin på resept fra fastlege eller gjennom arbeidsgiveren (f.eks. politi, vekterselskap, toll).

### **3.2.3. Kostnader**

Fra sommeren 2014 frem til mai 2018 ble det bestilt og betalt omtrent 10 000 nesepærer (Tabell 1). Derav er 7000 sprayer dokumentert utdelt. De resterende fordeler seg som restlager hos de forskjellige utdelingsstedene, sprayer gitt ut til uregistrerte brukere og sprayer brukt i opplæringsøyemed.

Beregningene for naloksonbehovet er basert på to ulike anslag. Den Amerikanske gruppen rundt Walley foreslo at dekningen bør være på minst 100 naloksonsprayer per 100,000 innbygger for å ha effekt (Walley et al., 2013), mens et estimat fra Bird og

hennes kolleger i Stor Britannia viser at det må deles ut mellom ni og 20 naloksonsprayer per overdosedødsfall for å se en betydelig påvirkning på overdosedødsfallene i en befolkning (Bird, McAuley, Perry, & Hunter, 2016). Våre anslag gir et marginalt lavere tall for generell befolkning sammenlignet med OD dødsfall. Vi har valgt å basere bestillingene våre på det høyere estimatet (overdosedødsfall per befolkning). I tabell 1 vises kostnader for *Prenoxad* knyttet til befolkningstall og naloksonbehov, samt total bestillingene inkludert påfyll.



**Tabell 1.****Estimert behov og kostnader for naloksonspray i deltagende kommuner 2014-17**

År	Kommuner	Befolkning <sup>1</sup>	Nalokson estimat <sup>2</sup>	Bestilt	Kostnad (NOK inkl. mva.)
2014	Oslo Bergen	915,412	916	1311	576 840
2015	Oslo Bergen	922,788	923	1932	850 080
2016	<i>Som før og i tillegg;</i> Trondheim Drammen Asker Stavanger Sandnes	1,458,599	1459	2568	1,13 mill.
2017	<i>Som før og i tillegg;</i> Fredrikstad Bodø Tromsø Skien Porsgrunn Tønsberg Arendal	1,858,845	1866	3931	1,73 mill.
Total		9745		4,29 mill.	

## Vedlegg 11 Fengselsprosjektet - rapport KRUS

Overdosestrategiens fengselsprosjekt – rapport fra KRUS, Kriminalomsorgens høyskole- og utdanningscenter

### **Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel**

En studie fra SERAF har analysert data fra alle løslatelser fra norske fengsler i perioden 2000-2014. Hensikten var å kartlegge faren for overdose rett etter et soningsopphold. Undersøkelsen viser at overdoser av narkotika er årsaken til hele 85 prosent av dødsfallene som inntreffer i løpet av den første uken etter løslatelse fra fengsel. Faren for å dø av overdose er høyest de første dagene etter løslatelsen.

Med bakgrunn i dette ble prosjektet «Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel» initiert i regi av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24 - 7» i 2016. Det ble overført til kriminalomsorgen noen måneder etter oppstart og driftes nå av Kriminalomsorgens Høgskole og Utdanningscenter (KRUS) og finansieres av Helsedirektoratets overdosestrategi. I prosjektet benyttes en læringsnettverksmodell med 6 opplæringsdager årlig som arrangeres av KRUS. Kriminalomsorgsregionene skal sikre at fengslene som deltar i prosjektet rapporterer til Kriminalomsorgsdirektoratet om utviklingen og implementering av tiltakene lokalt.

Pasientsikkerhetsprogrammet har som mål at tiltakene som presenteres i innsatsområdene skal være kunnskapsbaserte. Før oppstart av prosjektet ble det derfor etablert en tverrfaglig ekspertgruppe bestående av representanter med ulike perspektiver på kriminalomsorg, helsetjeneste, rus og brukermedvirkning. Basert på dette arbeidet ble det utformet fire konkrete tiltak som de involverte fengslene forplikter seg til å implementere i løpet av prosjektperioden som varer i et år. Målet er også at tiltakene skal implementeres som en del av den daglige driften etter gjennomføring av prosjektet. De fire tiltakene er:

- **Innkomtsamtale med helse- og omsorgstjenesten i fengsel**

Mål: Alle som settes inn i fengsel skal ha en innkomtsamtale med helse- og omsorgstjenesten i løpet av kort tid etter fengsling. Kartlegging av helsetilstand og russituasjon inngår som del av dette. I denne samtalen skal innsatte informeres om rus og overdoseproblematikk samt gis informasjon om overdoseprosjektet og tilbud om deltakelse i dette.

- **Informasjon om overdosefare og opplæring i hjerte og lungeredning**

Mål: Gi innsatte kunnskap om fare for overdose etter løslatelse og kompetanse innen hjerte- og lungeredning. Som en del av informasjon om overdose og livredning inngår også opplæring i bruk av nalokson og innsatte får også tilbud om å få med seg nalokson ved løslatelse. Vi har et veldig godt samarbeid med Naloksonprosjektet i Oslo og tall derfra viser at det er delt ut i underkant av 60 naloksonenheter ved løslatelse så langt.

*«Vi opplever samarbeidet med KRUS som svært givende. Det gir oss en langt mer systematisk forankring enn tidligere. Nå settes utdeling av nalokson inn i et system som følges opp fra både fengselsledelse og KRUS-prosjektet, hvor vi tidligere har vært mer avhengige av individuelle ildsjeler. I tillegg har vi fått et nettverk på tvers av etater og systemer som*

*bidrar til korte og effektive informasjonslinjer»* - Prosjektkoordinator for Naloksonprosjektet i Oslo, Øystein Bruun Ericson

- **Løslatelsessamtale**

Mål: Alle deltakere skal ha en oppsummerende samtale med Kriminalomsorgen før løslatelse og/eller overføring. Samtalen kan gjennomføres av ansatte i Kriminalomsorgen eller i helse- og omsorgstjenesten i fengsel. Samtalen skal gjennomføres innen den siste uken før løslatelse

- **«Time i hånden». Konkrete avtaler med helsetjenesten, NAV, kommune og/eller andre instanser ved løslatelse.**

Mål: Den enkelte deltaker i prosjektet skal være sikret avtale med en kontaktperson etter løslatelse. Dette vil si en avtale med enten frivillig organisasjoner, NAV, kommune, spesialisthelsetjeneste eller andre tiltak, innen de første dagene etter løslatelse

Prosjektet ble pilotert i Bergen, Trondheim og Hedmark fengsel i 2016 og ytterligere 11 fengsler har deltatt i 2017-2018. I underkant av 200 innsatte har deltatt i prosjektet og tilbakemeldingene så langt har vært svært positive. Ambisjonen er å fortsette samarbeidet med Helsedirektoratet slik at prosjektet kan drives videre fram til tiltakene er implementert i alle landets fengsler. Overdosedødsfall etter soning i fengsel er en utfordring kriminalomsorgen tar på alvor og vi trenger å øke bevisstheten om dette temaet, både hos de innsatte så vel som våre ansatte.

I samarbeid med produksjonsselskapet Snøball AS har KRUS laget en informasjonsvideo om prosjektet. Filmen kan du blant annet finne på [www.kriminalomsorgen.no](http://www.kriminalomsorgen.no) eller [www.rop.no](http://www.rop.no)

Det er planlagt en evalueringsstudie av de overdoseforebyggende tiltakene ved SERAF i samarbeid med KRUS. Undersøkelsen vil gi muligheter til forskningsmessig å dokumentere effekten av våre tiltak. De spesifikke målsetningene til undersøkelsen er:

1. Undersøke deltakelse i rusbehandling blant innsatte som har vært med i tiltakene
2. Undersøke dødelighet, og spesifikt overdosedødelighet, blant innsatte som har vært med i tiltakene.

## Referanser

- Amundsen, E.J. (2015) Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015
- Bernard, J.P. (2013). Methadone-related deaths in Norway. *Forensic Science International*
- Biong, S. (2013). Overdoser som selvmord: en fenomenologisk casestudie. *Suicidologi* 2013, årg.18, nr.3
- Bonnet, U., Scherbaum, N. (2017) How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27(12): 1185-215).
- Bramnes, J., Madah-Amiri, D. (2016) *Bruk av rusmidler på ulike måter –ulik risiko*. SERAF (nettrapport) <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/notat---bruk-av-rusmidler-pa-ulike-mater.pdf>
- Brunt, T. (2017). Drug checking as a harm reduction tool for recreational users: opportunities and challenges. EMCDDA (nettrapport) [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6339/EuropeanResponsesGuide2017\\_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction\\_0.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6339/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction_0.pdf)
- Bukten, m.fl. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28319291> / [10.1111/add.13803](https://doi.org/10.1111/add.13803)
- Clausen, T m.fl. (2008) Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 2008
- Dalsbø, T. (2010) Sakte, men sikker avslutning av benzodiazepiner. Systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur. Folkehelseinstituttet (nettrapport) [https://www.fhi.no/publ/2010/sakte-men-sikker-avslutning-av-benzodiazepiner-/  
-/](https://www.fhi.no/publ/2010/sakte-men-sikker-avslutning-av-benzodiazepiner-/)
- Dasgupta, N., Jonsson Funk, M., Proescholdbell, S., Hirsch, A., Ribisl, K., Marshall, S. (2016) Cohort Study of the Impact of High-Dose Opioid Analgesic on Overdose Mortality. I: *Pain Medicin*, volum 17, issue 1, 2016
- Darke, S. (2016). Heroin overdose. *Addiction*, 2016
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Hickman, M., McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and analysis of cohort studies. *Addiction* 2011

- Edland-Gryt, M. (2018). Prosessevaluering av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017: Hvordan forebygge overdosedødsfall? Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/publ/2018/prosessevaluering-av-nasjonal-overdosestrategi-20142017-hvordan-forebygge-o/>
- Edvardsen, H.M.E., Rogde, S., Clausen, T., Vindenes, V. (2018) *GHB-, fentanyl- og oksykodonrelaterte dødsfall. Oslo Universitetssykehus (nettrapport)*  
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/avdeling-for-rettsmedisinske-fag/Documents/GHB,%20fentanyl%20og%20oksykodonrel%20dødsfall.pdf>
- EMCDDA (2018). Europeisk narkotikarapport 2018: trender og utviklinger. Den europeiske unions publikasjonskontor, Luxembourg
- EMCDDA (2018b) Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation – an update from the EU Early Warning System. EMCDDA. Lisboa 2018.
- Gjersing, L., Amundsen, E.J. (2017). Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2016. Folkehelseinstituttet (nettrapport)  
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dødsfall-i-norge-i-2016/>
- Gjersing, L., Amundsen, E.J (2018). Skader og problemer knyttet til narkotikabruk. Folkehelseinstituttet (nettrapport)  
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>
- Gjersing, L. (2017). *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017*. Folkehelseinstituttet (nettrapport) <https://www.fhi.no/ml/rusmidler-og-avhengighet/narkotikabruk-pa-gateplan-i-syv-norske-byer-2017/>
- Gjersing, L. og Bretteville-Jensen, A.L. (2018). Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users. *Addiction* 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28987019>
- Government of Canada 2018 (2018). National Report: Apparent Opioid-related Deaths in Canada (nettrapport) <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/national-surveillance-opioid-mortality.html>
- Guidin, J.A. (2013) *Risks, management, and monitoring of combination opioid, benzodiazepines, and/or alcohol use*. Postgrad Medicine, 2013
- Jaynes, K.D., Leigh Gibson, E. (2017) The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and Alcohol Dependence* 2017

- Kaa, E. and B. Teige (1993). *Drug-related deaths during the 1980s. A comparative study of drug addict deaths examined at the institutes of forensic medicine in Aarhus, Denmark and Oslo, Norway*. International Journal of Legal Medicine, 1993)
- KRIPOS (2018) Narkotikastatistikk 1 halvåret 2018. Politiet (nettrapport) [https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/narkotika/narkstat\\_1-halvar-2018.pdf](https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/narkotika/narkstat_1-halvar-2018.pdf)
- Landsforbundet Mot Stoffmisbruk. Snakk med meg – Pårørendes erfaringer med overdose. Landsforbund Mot Stoffmisbruk.
- McGregor et al (1998). Experience of non-fatal overdose among heroin addicts in Adelaide. *Addiction* 1993
- Maxwell S. (2018) High willingness to use rapid fentanyl test strips among young adults who use drugs. *Harm reduction journal* 15.1 (2018): 7. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12954-018-0213-2>
- Møgster, B., Linderman, S., Lorås, L., Dyregrov, K. (2018). Etterlatte ved narkotikadød – den store stillheten etterpå. *Psukisk helse og rus* 01/2018
- *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). (2016). Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/01ae25a0b880457c9d2cf2b16cc5908d/nasjonal\\_strategi\\_for\\_arbeidet\\_mot\\_virale\\_leverbetennelser.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/01ae25a0b880457c9d2cf2b16cc5908d/nasjonal_strategi_for_arbeidet_mot_virale_leverbetennelser.pdf)
- Peiper, C., Duhart Clarke, S., Vincent, L., Ciccarone, D., Kral, A. Zibbel, E. (2018) Fentanyl test strips as an opioid overdose prevention strategy: Findings from a syringe services program in the Southeastern United States. *International Journal Of Drug Policy* (nettrapport) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395918302135>
- Regjeringen (2018). Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre; Regjeringen (nettrapport) <https://www.regjeringen.no/contentassets/e4c3cfd7e4d4458fa8d3d2bb1e43bcbb/plattform.pdf>
- Rättsmedicinalverket (2018). Natdroger. Rättsmedicinalverket (nettrapport) <https://www.rmv.se/natdroger/>

- Rossow, I. og Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death. *Addiction* 1994)
- Murphy, S., Jiaquan Xu, Kochanek, M., Arias E. (2018). Mortality in the United States 2017. NCHS Data Brief No. 328, November 2018  
<https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db328.htm>
- Solli, K., Latif, Z., Opheim, A., Krajci, P., Sharma-Haase, K., Benth, J., Tanum, L., Kunoe, N. (2018). Effectiveness, safety and feasibility of extended-release naltrexone for opioid dependence: a nine-month follow-up to a three-month randomized trial; *Addiction* 113
- SSB (2017) Veitrafikkulykker med personskaade. SSB (nettrapport)  
<https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/vtu/aar>
- SSB (2018) Fakta om befolkningen. SSB (nettrapport)  
<https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- Statens vegvesen (2018). 107 omkom i 2017-trafikken. Statens vegvesen (nettrapport)  
<https://www.vegvesen.no/om+statens+vegvesen/presse/nyheter/nasjonalt/106-omkom-i-2017-trafikken>
- Statens vegvesen, Politiet, Trygg trafikk, Utdanningsdirektortet, KS og Helsedirektoratet (2018). Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet på veg 2018-2021. Statens vegvesen (nettrapport)  
[https://www.vegvesen.no/\\_attachment/2188830/binary/1239906?fast\\_title=Nasjonalt+tiltaksplan+for+trafiksikkerhet+p%C3%A5+veg+2018%E2%80%932021.pdf](https://www.vegvesen.no/_attachment/2188830/binary/1239906?fast_title=Nasjonalt+tiltaksplan+for+trafiksikkerhet+p%C3%A5+veg+2018%E2%80%932021.pdf)
- Sæland, M., Haugen, M. (2010) High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. *British Journal of Nutrition* 2010
- Sæland, M. (2014). *Eating on the Edge*; dissertation for the degree of PhD 2014, Faculty of Medicine, University of Oslo
- Sundhetsstyrelsen (2018). Illegale stoffer bliver stærkere og farligere. Sundhetsstyrelsen (nettrapport). <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/illegale-stoffer-bliver-staerkere-og-farligere>
- UNODC (2018). Afghanistan Opium Survey 2018 – cultivation and production. United Nation Office on Drugs and Crime (nettrapport)  
[https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan\\_opium\\_survey\\_2018.pdf](https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2018.pdf)
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Lillevold, P., Skeie, I. (2018) Statusrapport 2017 LAR 20 ÅR: status, vurderinger og perspektiver. SERAF 3/2018 (nettrapport)

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>

- Ødegård, E. and Rossow, I (2004). *Alcohol and non-fatal drug overdoses*. European Addiction Research