

UTEKONTAKT  
KONTAKTEN I BERG

02/11

## **OVERDOSER I BERGEN**

En kartleggingsrapport om risiko  
og beskyttende faktorer

RAPPORTEN ER SKREVET AV ASTRID GERDTS OG MARIT GRUNG

**UTEKONTAKTEN I BERGEN**

GEN UTEK  
ONTAKTEN

# OVERDOSER I BERGEN

En kartleggingsrapport om risiko  
og beskyttende faktorer

RAPPORTEN ER SKREVET AV ASTRID GERDTS OG MARIT GRUNG

UTEK  
KONT  
TAKT  
TEN I  
BERG  
RGEN



BERGEN KOMMUNE

**Kartlagt av:**  
Gudmund Ågotnes  
Jannice Myrmel  
Roy Juvik

**Ledet av:**  
Astrid Gerds

**Veiledet av:**  
Liv Flesland  
**Utgiver:**  
Utekontakten i Bergen

**Design:**  
Ian Holcroft | Fuggibaggi

**Takk til:**  
Alle bidragsyttere;  
etater, organisasjoner,  
enkeltpersoner som  
har delt kunnskap og  
erfaringer.

# 02/11

# INNHold

<b>01</b>	<a href="#"><u>BAKGRUNN FOR KARTLEGGINGEN</u></a>	<b>4</b>
<b>02</b>	<a href="#"><u>KARTLEGGINGENS MÅL</u></a>	<b>5</b>
	<a href="#"><u>KARTLEGGINGSPROSSESEN, METODER OG KILDER</u></a>	<b>5</b>
	<a href="#"><u>INNLEDENDE &amp; AVSLUTTENDE KONSULTASJON</u></a>	<b>7</b>
	<a href="#"><u>SPØRREUNDERSØKELSE TJENESTER</u></a>	<b>7</b>
	<a href="#"><u>INNHEMTING AV EKSISTERENDE MATERIALE</u></a>	<b>8</b>
	<a href="#"><u>INTERVJU NØKKELINFORMANTER</u></a>	<b>8</b>
	<a href="#"><u>INTERVJU MÅLGRUPPEN</u></a>	<b>8</b>
<b>03</b>	<a href="#"><u>OVERDOSER I BERGEN</u></a>	<b>9</b>
<b>04</b>	<a href="#"><u>STATISTISKE UTFORDRINGER</u></a>	<b>9</b>
	<a href="#"><u>LOKAL UTVIKLING SISTE 10 ÅR</u></a>	<b>10</b>
	<a href="#"><u>RUSMILJØET</u></a>	<b>13</b>
	<a href="#"><u>LEVEKÅR OG DØDELIGHET</u></a>	<b>13</b>
	<a href="#"><u>VURDERING AV RISIKO</u></a>	<b>14</b>
	<a href="#"><u>BESKYTTENDE FAKTORER</u></a>	<b>15</b>
	<a href="#"><u>RUSMILJØETS RESPONS</u></a>	<b>15</b>
	<a href="#"><u>Å RØYKE VERSUS Å INJISERE</u></a>	<b>16</b>
	<a href="#"><u>BLANDINGSMISBRUK</u></a>	<b>17</b>
<b>05</b>	<a href="#"><u>INSTANSENEs RESPONS</u></a>	<b>18</b>
	<a href="#"><u>SAMARBEID</u></a>	<b>18</b>
	<a href="#"><u>MELLOM TJENESTENE</u></a>	<b>18</b>
	<a href="#"><u>MELLOM TJENESTENE OG PÅRØRENDE</u></a>	<b>19</b>
	<a href="#"><u>FOREBYGGENDE</u></a>	<b>19</b>
	<a href="#"><u>ØYEBLIKKELIG HJELP</u></a>	<b>20</b>
<b>06</b>	<a href="#"><u>OPPFØLGING ETTER OVERDOSE</u></a>	<b>21</b>
	<a href="#"><u>FORSLAG TIL TILTAKSPLAN</u></a>	<b>23</b>
	<a href="#"><u>REFERANSER</u></a>	<b>24</b>

# U

## BAKGRUNN FOR KARTLEGGINGEN

Overdoseproblematikk får stor oppmerksomhet i media. I forbindelse med kartleggingen ble det gjennomført et søk av omtalen av overdoser og overdosedødsfall i de to største avisene i Bergen. Et enkelt søk i papir- og nettutgavene til Bergens Tidende og Bergensavisen resulterte i nærmere 400 relevante treff<sup>1</sup>. Rusproblematikk generelt og overdosedødsfall spesielt har gjennom de siste årene også fått stor politisk oppmerksomhet. Parallelt har hjelpeapparatet i Bergen uttrykt bekymring for utviklingen. Til tross for oppmerksomheten er det i liten grad iverksatt spesifikke tiltak for å imøtekomme dødsfallene. Nye tiltak har i hovedsak rettet seg mot rusmiljøet generelt.

Gjennom Utekontaktens budsjett- og oppdragsnotat for 2011 ble det uttrykt bekymring for utviklingen i antall overdosedødsfall i Bergen. Budsjett- og oppdragsnotatet konkluderte med at det er ønskelig at Utekontakten i Bergen prioriterer en kartlegging av situasjonen i Bergen ved hjelp av metoden Hurtig kartlegging og handling (HKH).

Overdosesituasjonen nasjonalt og lokalt gir store ruspolitiske utfordringer og behov for en helhetlig håndtering av rusområdet. Erfaringer i andre europeiske land gir grunn til å tro at overdosedødsfall vil reduseres etter hvert som tiltak iverksettes med det generelle rusmiljøet som nedslagsfelt. Internasjonal og nasjonal kunnskap om virksomme tiltak innhentes årlig av EMCDDA<sup>2</sup> og fremstilles mellom annet grundig i «Dødelige overdoser i Oslo 2006 – 2008» (SERAF, 2011).

Ruspolitikken som helhet har imidlertid ikke vært temaet for denne kartleggingen. Kartleggingen har vært konsentrert om den innsats og de tiltak en per i dag retter spesifikt mot å forhindre dødsfall som følge av opiattdominerte overdoser i Bergen.

<sup>1</sup>Søkeordene «Bergen» + «overdose» gav 393 relevante treff i perioden 1.1.2010 til 14.4.2011.

<sup>2</sup>Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk.

## **KARTLEGGINGENS MÅL**

Kartleggingens målsetting er å øke kunnskapen om dødsfall som følge av overdose, samt forhold som bidrar til å forebygge dødsfallene. Parallelt med å kartlegge personenes egne forebyggings- og handlingsstrategier, vil en også belyse hjelpeapparatets respons. Kartleggingen skal foreslå tiltak eller justeringer av eksisterende innsatser for å begrense omfanget av overdosedødsfall.

Kartleggingen tar utgangspunkt i at et overdosedødsfall er et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere rusmidler og/ eller medikamenter og er direkte relatert til dette inntaket (EMCDDA, 2009). Frem til 2009 er det lagt til grunn at opiater inngår som et av rusmidlene i overdosen. Siden 2009 har ambulansetjenesten registrert spesifikt på overdoser forårsaket av GHB/GBL. Disse overdosene er tatt med i kartleggingens tallmateriale.

Gjennom drøfting i innledende konsultasjon ble følgende nøkkeltema identifisert:

- [Omfang og mønster](#)
- [Beskyttende faktorer](#)
- [Overdoseberedskap](#)

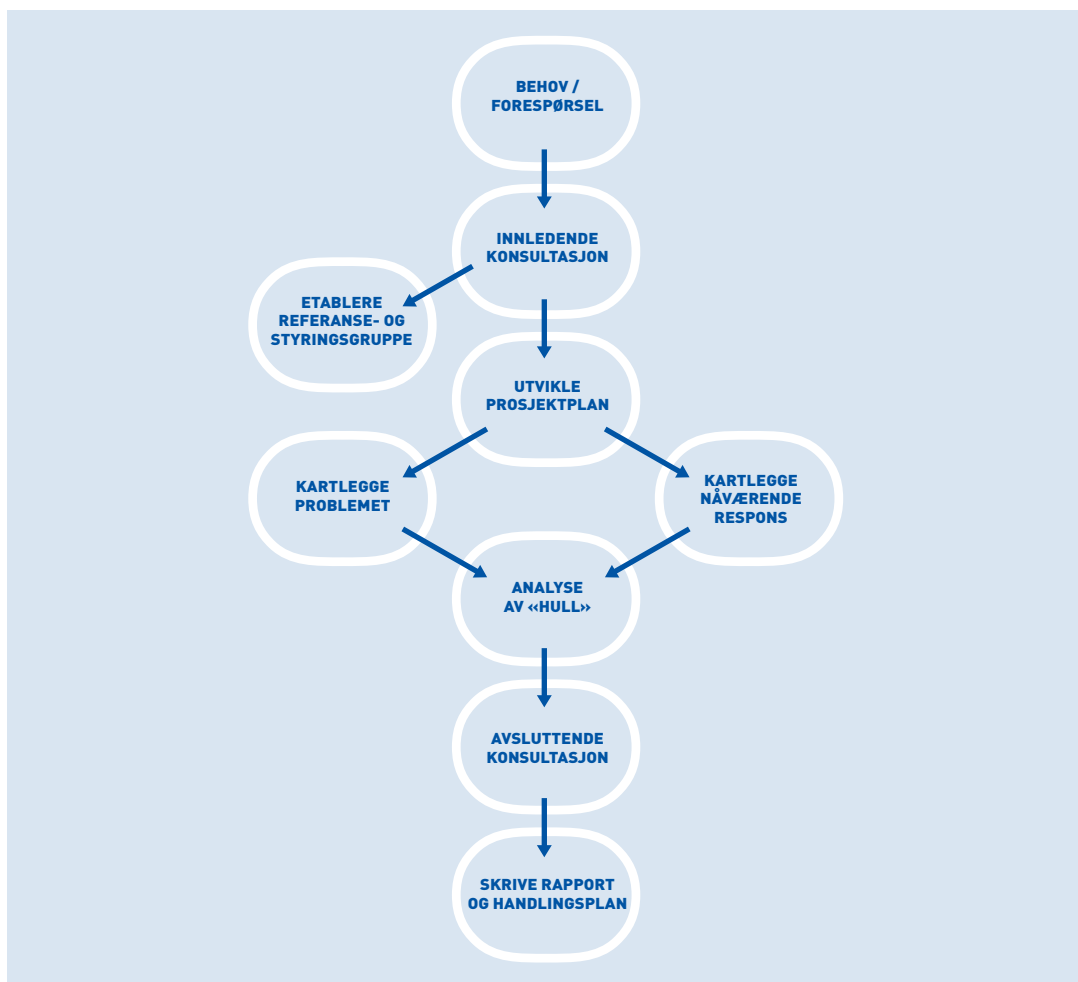
Disse temaene har vært førende for all informasjonsinnhenting.

# KARTLEGGINGSPROSSESSEN, METODER OG KILDER

Metoden Hurtig kartlegging og handling (HKH) er en analytisk tilnærming til sosialfaglige problemstillinger. HKH har sitt opphav i Rapid Assessment & Response (RAR), et verktøy utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Utekontakten i Bergen har i samarbeid med Stiftelsen Bergensklinikkene, oversatt og tilpasset modellen til norske forhold. Det er utarbeidet en manual for opplæring i metoden (Mounteney og Leirvåg, 2007).

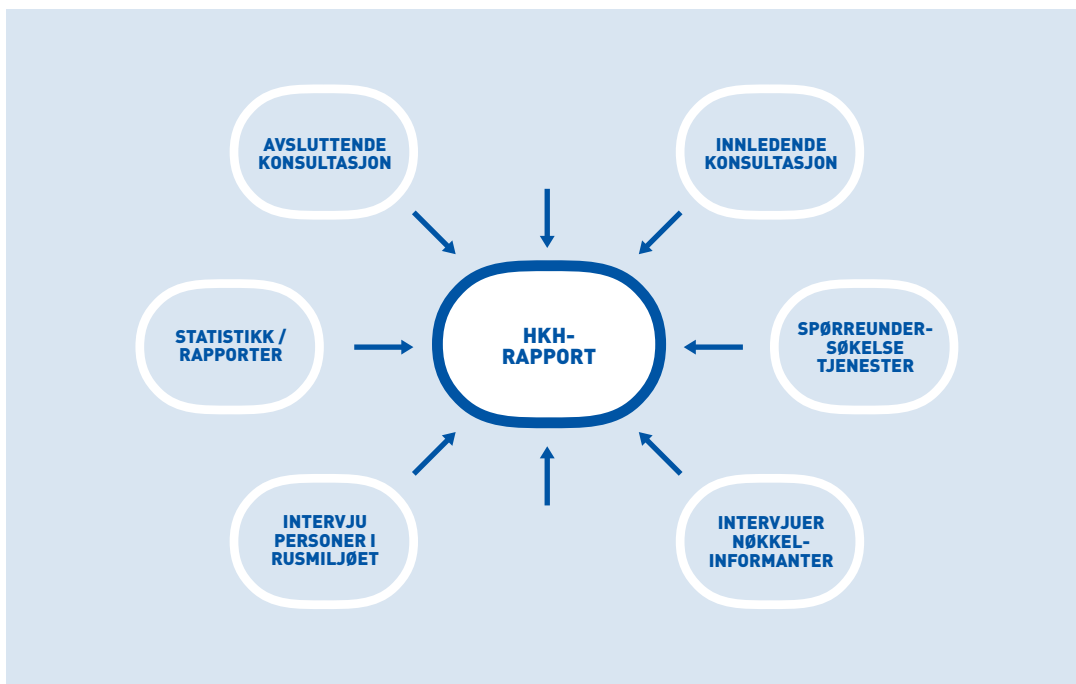
Ved å benytte eksisterende data i kombinasjon med nye undersøkelser kartlegges det identifiserte problemområdet parallelt med at opplysninger om ulike instansers nåværende respons innhentes. Analyse gjennomføres ved metodetriangulering. Dette betyr at funn identifiseres på grunnlag av gjentatte treff i ulike kildedata. Metodens pålitelighet baserer seg på kombinasjonen av ulike metoder og kilder innenfor samme kartlegging og muligheten det gir til å kryssjekke mulige funn (Mounteney, J. og Utne Berg, E. K., 2008).

Figur 1. HKH prosessen:



HKH-metodens styrke er hurtig belysning av ett eller flere problemområder og følgelig mulighet for rask og hensiktsmessig innsats knyttet til håndtering av problemet. Metoden er egnet for å kartlegge marginaliserte grupper, i særlig grad miljøer og arenaer der hjelpeapparatet normalt har lite innsyn. Utekontakten i Bergen kommune har opparbeidet seg god erfaring ved bruk av metoden gjennom ni foregående kartlegginger, alle under veiledning av Kompetansesenter rus – region vest Bergen.

Figur 2. Kilder og metoder:



### **INNLEDENDE & AVSLUTTENDE KONSULTASJON**

Som kartleggingens innledende konsultasjon ble det avholdt et møte med lokale etater og institusjoner 8. april 2011. På bakgrunn av at problemområdet var relativt avgrenset ble konsultasjonen gjennomført som en fokusgruppe. Målet for møtet var å samle opplysninger om kartleggingens tema og danne grunnlag for målsetting og valg av nøkkeltema.

Avsluttende konsultasjon ble avholdt 25. mai 2011 og markerte slutten på datainnhenting. I dette møtet var ti ulike aktører representert, og det ble avholdt tre fokusgrupper. Møtedeltakerne fikk mulighet til å kommentere kartleggingens foreløpige funn og å diskutere forslag til mulige tiltak.

### **SPØRREUNDERSØKELSE TJENESTER**

Instanser som kunne tenkes å ha kunnskaper om overdoseproblematikk ble kontaktet tidlig i kartleggingsprosessen. 24 ulike instanser bidro med informasjon gjennom standardiserte telefonintervjuer. Et mindretall instanser valgte av praktiske grunner å besvare spørsmålene via e-post.



## **INNHEMING AV EKSISTERENDE MATERIALE**

Allerede eksisterende informasjon har bidratt til å danne et bakgrunnsbilde. Eksisterende data og statistikk fra ulike lokale og nasjonale kilder er benyttet.

## **INTERVJU NØKKELINFORMANTER**

Det er gjennomført syv semistrukturerte intervjuer med nøkkelinformanter. En nøkkelinformant er en person som har en «ekspertkunnskap» i forhold til det felt som skal belyses. Personen kan ha kjennskap til temaet gjennom sitt arbeid eller ha en spesiell innsikt i feltet som privatperson.

## **INTERVJU MÅLGRUPPEN**

Det er gjennomført fem semistrukturerte intervjuer med brukere med en langvarig opiattdominert rusmiddelavhengighet. Blant informantene er to kvinner over 30 år og tre menn under 30 år. I utgangspunktet ønsket en intervjuer med et større antall personer i målgruppen, men dette lot seg ikke gjennomføre innenfor kartleggingens tidsramme. Informantene er rekruttert via Utekontaktens oppsøkende virksomhet i det åpne, etablerte rusmiljøet i Bergen sentrum.

# OVERDOSER I BERGEN

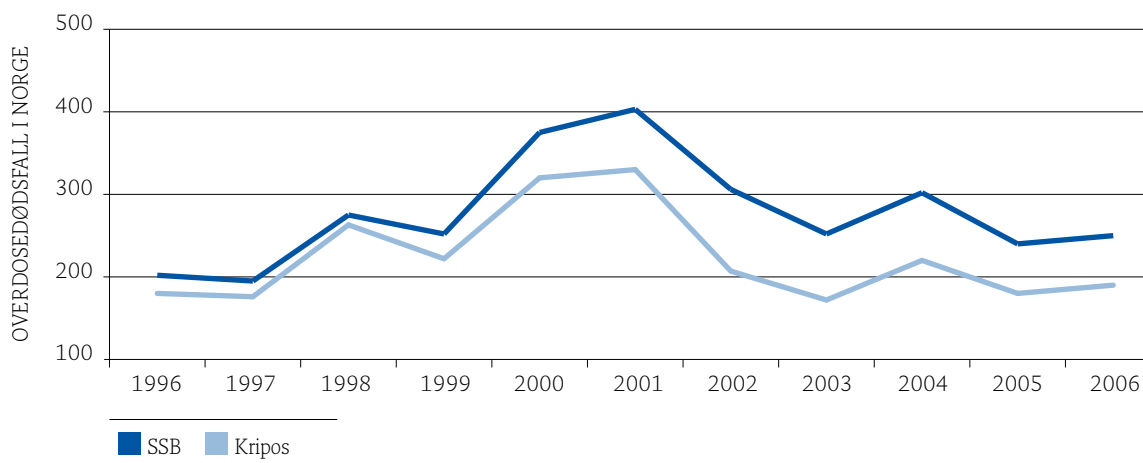
# 03

## STATISTISKE UTFORDRINGER

To instanser samler inn data om narkotikarelaterte dødsfall i Norge; Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kripas. De nasjonale tallene som blir rapportert videre til den europeiske overvåkingen (EMCDDA) er innhentet fra SSB. SSB-data er kodet i henhold til ICD-10, det vil si at det er tall fra et kvalitetssikret dødsårsaksregister. Tallene publiseres ca et og et halvt år i etterkant. Dataene fra Kripas er basert på rapporter mottatt fra politidistrikter rundt om i landet. Disse publiseres ca seks måneder i etterkant og betraktes som foreløpige. På landsbasis registrerer Kripas noe færre overdosedødsfall enn SSB.

Ut fra ønske om å behandle ferskest mulig tallmateriale baserer denne kartleggingen seg hovedsakelig på tall som er rapportert fra Hordaland politidistrikt til Kripas siste 10 år. Det har gjort det mulig å inkludere foreløpige tall fra 2010 i kartleggingen. Politiet registrer månedlig kjønn, alder, tid, sted og antatt dødsårsak. Det ligger en feilkilde i at politiet ikke rutinemessig omkoder saker fra først brukte kode, «mistenkelig dødsfall», til overdose selv når obduksjonsrapporten i etterkant tilsier at det er en overdose. Dette medfører at de endelige tallene for Bergen sannsynligvis er høyere enn tallene kartleggingen legger til grunn. Sammenholder en SSBs tall, som er endelige, og Kripas' sin sammenstilling av politidistriktenes tall, som er foreløpige, er det likevel tydelig at de over år har vist en samstemt tendens i utviklingen.

Figur 3. Sammenstilling av tall fra Kripas og SSB på overdosedødsfall i Norge.  
Kilde: Sirius, 2009<sup>3</sup>.



<sup>3</sup> [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/Reviderteoverdosetall09.doc](http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Reviderteoverdosetall09.doc)

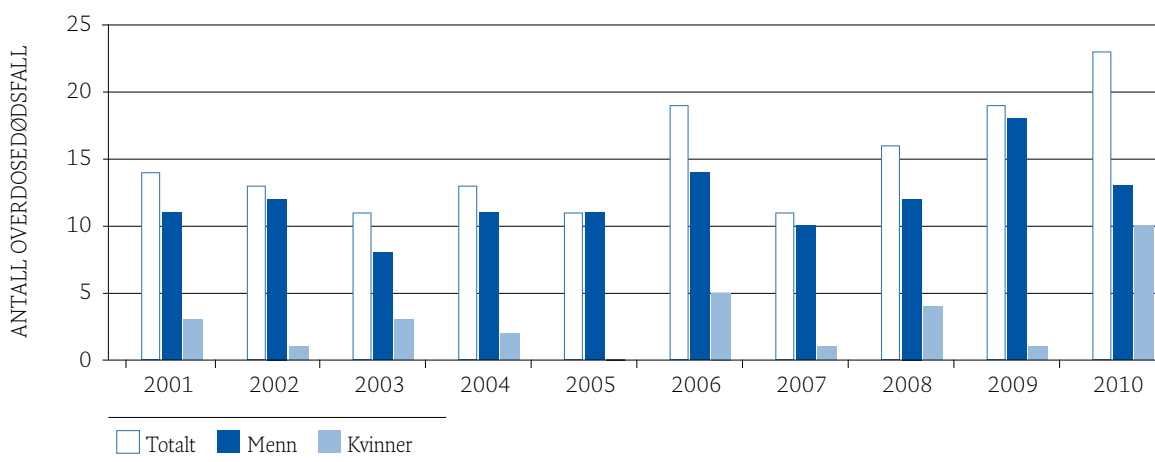
## LOKAL UTVIKLING SISTE 10 ÅR

I europeisk sammenheng har Norge urimelig mange overdosedødsfall. Kvalitet på datainnsamling og gode rutiner for rapportering av dødsfall i Norge kan ikke i seg selv forklare avviket. Høye tall på død ved overdose knyttes til en utbredt injiserende praksis og et stort innslag av opiater i rusmiljøene, kombinert med et omfattende blandingsmisbruk. Alle disse risikofaktorene synes å være tilstede nasjonalt og lokalt.

Etter at det i 2000 var registrert hele 32 overdosedødsfall i Bergen var antall overdosedødsfall relativt stabilt frem til 2006. Deretter har det vært en jevn økning og i 2010 nådde man en ny topp da 23 personer døde av overdose i byen.

Nasjonalt utmerker Bergen seg nå på statistikk over overdosedødsfall. På landsbasis har Oslo flest antall dødsfall, men Oslo og Bergen lå relativt jevnt med om lag 8,7 – 8,8 dødsfall per hundretusen innbygger i 2009 i følge tall fra SSB. Om en legger de foreløpige tallene for 2010 til grunn, har Bergen 11,3 døde per hundretusen innbygger. Til sammenligning har Trondheim under halvparten så mange overdosedødsfall per hundretusen innbygger.

Figur 4. Antall overdosedødsfall fordelt på kjønn (Hordaland politidistrikt).



Bergen utmerker seg også nasjonalt med en særlig høy kvinneandel på statistikken i 2010, tilsvarende ca 43%. Tradisjonelt står menn for den største andelen av overdosedødsfallene. På landsbasis var vel 20% av de omkomne kvinner i 2009. Den lokale variasjonen som kvinneandelen utgjør, kan ikke forklares med utgangspunkt i kartleggingen. Det har vært spekulert i om utligningen mellom kjønnene er et resultat av at kvinners rusbruk i større grad tilsvarer menns, uten at det godtgjøres hvorfor dette skulle gi særlige utslag i Bergen. Det er også opplysninger i kartleggingsmaterialet som tyder på at det i det etablerte rusmiljøet i Bergen eksisterer en myte om at kvinner generelt har en høyere toleransegrense for rusmidler enn menn og følgelig trenger høyere dose for å oppnå ruseffekt. Om dette i seg selv antyder en forklaring er høyst usikkert. En vet heller ikke om dette er en nylig oppstått myte og/eller om dette er spesielt for byen. Selv om kvinneandelen er særlig høy, kan en ikke utelukke at kjønnsfordelingen på overdoseofrene i 2010 var tilfeldig. Dette vil eventuelt bety at en igjen vil se en mer tradisjonell fordeling mellom kjønnene de kommende år.

I all hovedsak er det etnisk norske personer som dør, og innvandrerbefolkningen er sjelden å finne i overdosestatistikken. Informanter knytter dette til kulturelle forskjeller på hvordan man inntar heroin, og hevder at røyking av heroin er mer utbredt enn injisering blant minoriteter i Norge. Røyking fremfor injisering av heroin reduserer faren for overdosering.

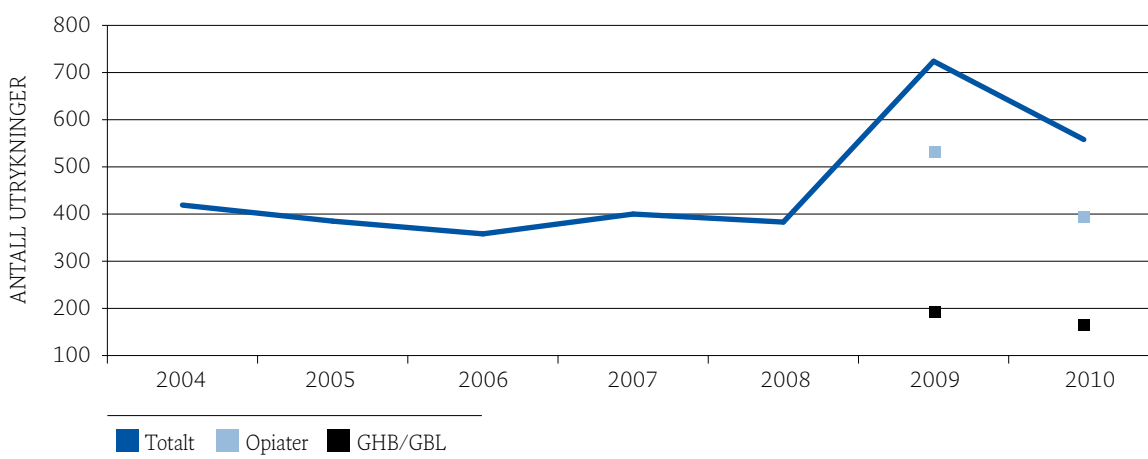
Informanter viser også til at den tradisjonelle rusbruken i Norge og andre skandinaviske land har vært å søke en form for maksimal ruseffekt, eksempelvis gjennom overdrevet alkoholbruk i sosiale sammenhenger. Kombinasjonen av en utbredt injiserende opiatdominert rusbruk og en ruskultur som søker maksimal ruseffekt, kan slik medvirke til at Norge har mange overdosedødsfall, også flere enn andre skandinaviske land som ikke har en tilsvarende injiserende praksis.

Tall fra 2010 viser at utrykninger til overdoser, uavhengig av utfall, i Bergen fordeler seg noenlunde jevnt over hele uken. Når det gjelder tidspunkt for utrykningene, er tidsrommet mellom kl. 14.00 og kl. 19.00 markant overrepresentert. I tillegg er det en ny utvikling de senere årene ved at ambulansetjenesten rykker ut til Nygårdsparken på sen kveld etter mørkets frembrudd. For bare noen år tilbake oppholdt det seg ikke personer i rusmiljøet i parken på kveld/natt.

Det er klare årtidsvariasjoner i hyppighet på utrykninger. Sommermånedene er travlere enn hva tilfellet er om vinteren. Det er ikke dermed sagt at dødsfallene følger samme mønster som utrykningene. Det kan være måneder med mange utrykninger og få/ingen dødsfall, og tilsvarende måneder med få utrykninger, men med et/flere dødsfall. Det er lite mønster i dette. Eksempelvis var det flere utrykninger til overdoser i 2009, men færre dødsfall enn i 2010.

Antall utrykninger der opiater inngår som del av overdosen har holdt seg relativt stabilt i Bergen de siste syv år, foruten en økning i 2009. I 2010 gikk ca ¼ av ambulansetjenestens overdoseutrykninger til Nygårdsparken og parkens umiddelbare nærhet. Det er derimot ikke her dødsfallene inntreffer. Dette forklares både med ambulansenes korte responstid samt det faktum at personer i Nygårdsparken sjelden eller aldri er alene. Det er andre brukere til stede, i tillegg til ulike oppsøkende hjelpetjenester. Rusbruk på en arena hvor det er andre tilstede øker sannsynligheten for å få hjelp. Politiet opplyser at de fleste som dør av overdose dør alene på privat adresse eller i midlertidige botiltak.

Figur 5. Antall overdoseutrykninger pr. år i Bergen (AMK).



Tallene på overdoseutrykninger er innhentet fra ambulansetjenesten og baserer seg på registreringer gjort på stedet. GHB/GBL har vært registrert som egen kategori siden 2009 da overdosetilfellene knyttet til dette stoffet økte kraftig i Bergen. Samme året ble GHB/GBL introdusert på den åpne rusarenaen i Bergen (Utekontakten i Bergen og Kompetansesenter rus – region vest Bergen, 2010). Tallene fra ambulansetjenesten viser at ikke bare GHB/GBL overdoser, som fikk mye mediaoppmerksomhet, men også utrykninger til opiatverdoser økte i 2009.

Den stadig høyere forekomsten av blandingsdosering gjør det vanskelig å fastslå hva som er dominerende rusmiddel, selv ved obduksjon. I 2010 inngikk opiater i 20 av overdosedødsfallene, to dødsfall var forårsaket av GHB/GBL og ett av PMMA. Det er foruroligende at også når det gjelder overdosedødsfall knyttet til et nylig introdusert rusmiddel, ligger Norge i tet internasjonalt ved å oppleve flest dødsfall (12 døde) knyttet til denne substansen (Kompetansesenter rus – region vest Bergen, 2011).

# 04

## RUSMILJØET

### LEVEKÅR OG DØDELIGHET

SIRUS rapporterer årlig i sin ungdomsundersøkelse andelen 15-20 åringer som på landsbasis har brukt rusmidler. Årene før århundreskiftet nådde andelen «har prøvd heroin» og «har tatt stoff med sprøyte» toppnivå for så å avta jevnt. Det må antas at den høye statistiske andelen unge på landsbasis den gang også gjenspeiles i sammensetningen av det lokale rusmiljøet. Det er en klar parallell mellom overdosedødsfall og generelt dårlig helse. Den totale slitasjen synes å øke risikoen for overdose.

I gruppen «eldre» rusmiddelbrukere, 30+, stiger gjennomsnittsalderen. Bergen mangler egnet omsorgstiltak i form av omsorgsboliger og sykehjemsplasser for denne gruppen som preges av omfattende helseplager. De som henvises til private midlertidige botilbud er også utelatt fra tilbud fra hjemmebaserte tjenester som hjelp til medisiner, sårstell med mer. Fagmiljøet er samstemt i at denne mangelen hever risikoen for død ved overdose.

Informantene i denne kartleggingen er opptatt av at en ustabil livssituasjon, herunder mangel på fast bolig, ikke bare vanskeliggjør avdekking av sykdom og behandling av sykdom i ulike stadier, men også er en selvstendig risikofaktor for overdose og overdosedød. Bosetting i midlertidige botilbud er igjen en utfordring. Erfaringsmessig kjenner en til at beboerne har vanskelig for å planlegge dosering og rusinntak. De inntar de rusmidlene de til enhver tid har tilgjengelig i frykt for å bli frastjålet det resterende. Dette kan være del av en bakenforliggende årsak til den høye andelen overdoseutrykninger som går til sentrumsnære midlertidige boliger. Ulike informanter i rusmiljøet, pårørendeorganisasjoner og lavterskeltak med kjennskap til forholdene i de enkelte midlertidige botilbudene foreslår et mer aktivt tilsyn med miljøet mellom beboerne som et forebyggende tiltak. Det fremholdes at det er store forskjeller i hvordan de ulike midlertidige botilbudene håndterer årvåkenhet og ivaretagelse av bomiljøet.

Instanser og nøkkelinformanter er klare på at gruppen rusmiddelbrukere i Bergen som har betydelige psykiske og/eller somatiske helseutfordringer øker og at helseutfordringene ikke er begrenset til alder. En tidligere kartlegging viser at de yngste i rusmiljøet opplever helsetap i svært ung alder. Dette knyttes til traumer, infeksjoner og alvorlige psykiske sykdomsbilder, i tillegg til eskalerende rusbruk (Utekontakten, 2008). Kommunale akuttmedisinske tilbud til rusmiddelbrukere uavhengig

av alder har vært trinnvis bygget ut siden kartleggingen i 2008 og utbyggingen fortsetter. Lavterskel helsetiltak i kommunal og ideell regi videreutvikles også. Denne kartleggingen påviser, i likhet med foregående kartlegginger, at psykiatrisk så vel som medisinsk spesialisthelsetjeneste, er lite tilgjengelig for de i rusmiljøene som trenger substitusjonsbehandling parallelt med planlagt kurativ behandling. Utilfredsstillende tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten betyr i denne sammenheng at den syke faller ut av behandlingsforløpet etter at sykdomstilfellet er diagnostisert og plan for behandling er vurdert og/eller fastsatt. Heller ikke lindrende behandling i terminalfasen av uhelbredelig sykdom synes være et reelt tilbud for alle heroinavhengige. Pårørende og ansatte i lavterskeltjenester viser til erfaring med personer som ikke har mottatt nødvendig helsehjelp og som er døde av sykdom og/eller skader som normalt ville latt seg behandle og/eller lindre.

Generelt synes informantene i kartleggingen å mene at den største andelen av overdosedødsfallene er uhell. Utsiktede overdoser kan komme som følge av feildosering på bakgrunn av lav toleranse, ukjente blandinger og/eller ønske om en maksimal ruseffekt. Informanter peker på unge som villige til å eksperimentere med nye og tidligere ukjente rusmidler, og at dette kan gi uforutsette bevissthetstap. Både målgruppeinformantene og informanter i tett kontakt med miljøet antar også at en andel av overdosene og overdosedødsfallene er selvmord eller forsøk på dette.

De fem som ble intervjuet fra rusmiljøet, hadde alle mistet venner/ bekjente som følge av overdose. Erfaringsvis er dette ikke uvanlig for personer i det etablerte rusmiljøet. Alle synes å måtte forholde seg til høy dødelighet i egen omgangskrets. Oppgitthet og likegyldighet er fremtredende når personer i miljøet intervjues om denne erfaringen. Inntrykket bekreftes av nøkkelinformanter, som setter holdningen i sammenheng med at traumet som et dødsfall i omgivelsene innebærer, forblir ubearbeidet. Informanter fra lavterskeltjenester er heller ikke ukjent med at brukere oppgir at de planlegger å ta sitt eget liv ved å sette en overdose. Denne typen uttalelse er så vanlig at det er vanskelig å agere som om utsagnet er et reelt dødsønske. I etterkant er det i liten grad mulig å fastslå hvorvidt et overdosedødsfall skyldes uhell eller hensikt.

## **VURDERING AV RISIKO**

Det er et klart funn at rusmiljøets generelle oppfatning av risiko knyttet til overdoser skiller seg fra oppfatningen i hjelpeapparatet og samfunnet for øvrig. Mens hjelpeapparatet ser alle overdoser som potensielt livstruende, synes deler av målgruppen å søke en tilstand av maksimal rus på grensen mellom liv og død. I miljøet omtales tilstanden eksempelvis som «sovedose» og beskrives av informanter som «bekymringsløs» og «deilig». En overdose derimot beskrives spesifikt som en situasjon der en er avhengig av medisinsk bistand for å våkne. En av informantene forklarte at «bare hjerte-lunge-redning, eller at noen klarer å vekke deg, er ikke overdose». Flere vedgår at det ofte bare er flaks som skiller mellom en «sovedose» og en overdose med dødelig utgang.

Ved avbrudd i rusbruken, eksempelvis ved behandling eller soning, synker brukerens toleranse for rusmidler. Mens hjelpeapparatet ser denne fasen som høyrisiko med hensyn til overdose og overdosedød, beskriver personer i rusmiljøet at lav toleranse kan være en ønskesituasjon for den som ruser seg. For flere, også informanter fra rusmiljøet,

fremstår enkelte som ukritiske til hvilke rusmidler de inntar og til hvor høy dose de tar. Disse personene har en ruspraksis der de gjentatte ganger setter seg i en tilstand tilsvarende «sovedose», og må sies å være i en høyrisikogruppe i forhold til overdose med uopprettelig skade og/eller død som følge. Hjelpeapparatet synes imidlertid å ha et mindre grad av fokus på enkeltpersoners etablerte risikoatferd enn på generelle risikosituasjoner.

Internasjonalt sees identifisering av personer i risikozonen og oppfølging i etterkant av overdoser som viktig for å forebygge overdosedødsfall senere. Studier viser at å overleve en overdose gir en kraftig risiko for senere å dø av overdose (EMCDDA, 2010).

Funn i materialet tyder på at det kan være mulig å identifisere personer med høy risikoatferd i forkant av en eventuell fatal overdose. Ambulansepersoneell viser til at det er vanskelig å få navnet på den som tar overdose, men at man kjenner igjen gjengangere på ansiktet. Ambulansepersoneell oppgir også at det er tungt å rykke ut til samme person gang på gang, for så å til slutt finne personen død. Også pårørende og pårørendeorganisasjoner påpeker muligheten til å identifisere enkeltpersoner med en rusatferd som medfører regelmessige overdoser. Ved henvendelser til hjelpeapparatet hevder pårørende at deres erfaring med denne typen atferd ikke tillegges tilstrekkelig vekt når de ber om at tiltak vurderes. Pårørende til rusmiddelavhengige med et slikt rusmønster henvises til å håndtere situasjonen selv ved å fjerne lås fra badrom/soverom for å ha mulighet til å avhjelpe i overdosesituasjoner når de oppstår.

## **BESKYTTENDE FAKTORER**

### **RUSMILJØETS RESPONS**

Informanter fra rusmiljøet oppgir at å være sammen med andre er noe av det viktigste for å forhindre dødsfall. En forklaring på alle overdosene som registreres på den åpne russcenen kan være at personer aktivt oppsøker stedet for å ha mennesker rundt seg som kan gripe inn ved livstruende overdose. Paradokset er at økt opplevelse av trygghet kan medføre at rusavhengige tar større sjanser på å ruse seg tyngre. Tilsvarende oppgir pårørende at deres nærmeste kommer hjem for å ruse seg fremfor å injisere i egen leilighet. Dette setter informantene i sammenheng med at den rusmiddelavhengige føler seg trygg på å bli funnet ved en eventuell overdose. Mønsteret medfører store påkjenninger for rusmiddelbrukerens familie som i likhet med aktørene i rusmiljøet må forholde seg til vedvarende fare for overdose og overdosedød.

Nødnummeret 113 er kjent og målgruppeinformantene har kunnskap om at de kan ringe nummeret selv om telefonen er tom for penger. Generelt erfarer imidlertid ambulansetjenesten at brukerne venter med å ringe nødnummeret så lenge som mulig. Personer fra rusmiljøet hevder at det er en lav grense i miljøet for å ringe ambulanse, men legger til at det ikke er uvanlig at den bevisstløse ranes før noen ringer. Det kan videre synes som om grensen for å tilkalle hjelp er lavere i det offentlige rom enn i private boliger. I materialet refereres det til overdoser med fatalt utfall i privat bolig der andre tilstedeværende forlot stedet av frykt for at ambulansen ville tilkalle politiet.

Mens det i dag synes akseptabelt å tilkalle hjelp fra de åpne russcenene, problematiserer politiet effekten av mer kontrollutøvelse i Nygårdsparken med tanke på overdosedødsfall. Dette henspiller på at økt kontroll kan medføre at rusbrukerne



trekker seg tilbake og at mer av rusbruken vil foregå i det skjulte. Dette kan føre til at færre overdosetilfeller blir oppdaget og følgelig at hjelp sjeldnere blir tilkalt. I tillegg kan det tenkes at et ytterligere økt kontrollfokus styrker frykten for politiets intervensjon ved nødanrop i forbindelse med overdose.

Forebygging av overdoser synes ikke å være et tema i rusmiljøet. Styrkegrad på heroin har imidlertid fokus, men da med henblikk på hvilken rus en kan oppnå. Det hevdes at brukerdoser deles, og inntas i to omganger, for å unngå overdosering. Dette står imidlertid i kontrast til det rapporterte ønsket om maksimalrus, ofte helt i grensen for overdose. Det er kjent at flere instanser har fokus på å informere om betydningen av å dele opp dosen, men det er usikkert om praksis er særlig utbredt. Funnene viser at de fleste prøver å kjøpe rusmidler av kjente, da dette øker sjansen for å vite hva man kjøper og hvilken styrke det er på stoffet. Dette syntes å være den viktigste strategien for å unngå ufrivillige overdoser.

Når det gjelder førstehjelp, inkludert hjerte-lunge-redning, gir ikke kartleggingen direkte svar på hvor stor andel av rusmiljøet som har innøvde ferdigheter. Flere kommunale helse- og sosiale tjenester tilbyr rutinemessig opplæring av egne brukere. I tillegg oppgir en av behandlingsinstitusjonene at førstehjelpsopplæring er implementert som en del av pasientenes undervisningsplan. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at relativt mange i miljøet har tilstrekkelige kunnskaper til å avhjelpe i en nødssituasjon.

#### Å RØYKE VERSUS Å INJISERE

Om flere rusmiddelbrukere velger å røyke heroin vil trolig antall overdoser reduseres. Røyking av heroin forbindes per i dag med en annen kulturbakgrunn enn den norske og helt unge brukere. Det bør imidlertid ligge til rette for å promotere røyking av heroinet som er i salg på gaten i Bergen til flere grupper. Det tilgjengelige heroinet synes opprinnelig å være fremstilt som «røyke-heroin» hvilket innebærer at det må varmes og løses opp i syre for å kunne injiseres. Heroin til injisering i andre europeiske storbyer, har en annen oppløselighet i vann.

På den annen side er lav renhetsgrad på heroinet også en mulig forklaring på den omfattende injiserende praksisen en finner i rusmiljøet. Ved å injisere utnytter en heroinets potensial som hurtigvirkende rusmiddel bedre. I følge Brettville-Jensen (2011) vil en måtte bruke om lag tre ganger så mye heroin ved røyking fremfor injisering for å oppnå samme ruseffekt.

Et mindretall av instansene og nøkkelinformantene foreslår heroinutdeling som tiltak mot overdosedødsfall. Langt flere peker på at annen substitusjonsbehandling må utvides og at dette vil gi en betydelig redusert risiko for overdose. Det pekes da på at en må individualisere behandlingen slik at ikke de sykeste faller utenfor om de ikke holder avtaler i henhold til ordinært behandlingsforløp.

Det er kjent fra tidligere kartlegginger at unge i rusmiljøet i Bergen ikke introduseres for bruk av sprøyte i forbindelse med injisering av heroin. De har allerede etablert en injiserende praksis gjennom bruk av syntetiske opiater og/eller sentralstimulerende stoffer (Utekontakten, 2008). Denne kunnskapen innebærer at innsatser for å forebygge en injiserende praksis må rettes mot personer som er tidlig i sin ruskarriere og før praksis etableres.

I følge Før Var våren 2011 (Kompetansesenter rus – region vest Bergen, 2011) er utdelingen av utstyr til injisering redusert siden forrige rapporteringsperiode. I tillegg har apoteket på Bergen Storsenter sluttet å selge sprøyter og kanyler. Det er ikke kjent hvorvidt rusmiddelavhengige opplever en endring i tilgangen på rent brukerutstyr. Imidlertid er en kjent med at injiserende praksis oppleves som vanedannede i seg selv og at etablerte praksiser er vanskelig å endre. Det er likevel ikke umulig at røyking vil kunne fremstå som et godt alternativ for noen brukere og i enkelte livssituasjoner. Røyking vil kunne fungere hensiktsmessig ved nedtrapping eksempelvis i forkant av institusjonsinnleggelse, og ville også kunne anbefales fremfor injisering for personer som løslates fra fengsel og ikke har til hensikt å være rusfri. Røyking vil også kunne profileres som et alternativ for personer med dårlige blodårer og som plages av injiseringsrelaterte skader/infeksjoner. Utdeling av utstyr til røyking av heroin er under planlegging.

### BLANDINGSMISBRUK

Som i Norge for øvrig, har en sett en utvikling fra mer konsentrert opiatmisbruk til omfattende blandingsmisbruk blant rusmiddelavhengige i Bergen. Blandingsmisbruket ansees som en medvirkende årsak til overdoser og overdosedødsfall. En forklaring på det omfattende blandingsbruket er lav renhetsgrad på heroin. Kripes fører statistikk over styrkegrad på heroin og siden 2000 har denne variert fra 48% ren heroin i 2001 til 21% i 2010. Disse tallene baserer seg på et gjennomsnitt av store og små beslag, slik at en må forvente at heroin som selges i brukerdoser på gaten har en styrkegrad på mellom 10-15%.

Informanter i rusmiljøet forklarer blanding og blandingsoverdoser med den rusavhengiges situasjon og manglende oversikt over eget rusinntak. En av informantene forklarte at «mange tar tabletter og glemmer at de har tatt det når de tar heroin». Dette kan sees i sammenheng med at en del rusmiddelavhengige inntar det de måtte ha tilgjengelig av rusmidler og/eller medikamenter uten å være i stand til, og/eller ha ønske om, å dosere utover døgnet. Slik vil en kunne se en sammenheng mellom økonomi, tilgjengelighet på rusmidler, rusinntak og toleranse som kan få avgjørende betydning med tanke på overdose og eventuelt overdosedød.

Tilgang på ulike og nyere stoffer/medikamenter ansees også som en medvirkende faktor til det økte blandingsmisbruket og følgelig fare for overdose/overdosedød. Gjennom Før Var genereres jevnlig ny kunnskap om lokale utviklingstrekk i rusmarkedet, inkludert tilgjengelige medikamenter og hvordan medikamentene brukes i blandinger i ulike miljøer. Det er imidlertid usikkert om kunnskapen når brukerne, selv om hjelpeapparatet har stor tro på informasjon til målgruppene og ser behov for å øke rusmiljøets kunnskapsnivå knyttet til risikoen ved blandingsbruk.

Det er uenighet knyttet til om en bør opprette et varslingsystem mellom politi og lavterskeltiltak som kan bidra til å nå rusmiljøet med aktuell informasjon om styrkegrad på heroin. Noen har erfart at denne typen varsling ikke bare forebygger at brukeren doserer høyere enn villet, men også kan fungere som «reklame» for «god dop». Andre som foreslår ulike varianter av offentlig annonsering viser til eksempler på at tjenestene tidligere med hell har varslet hverandre og egne brukere om rusmidlers styrke, nye stoffer på markedet og farlige kombinasjoner. Det kan tenkes at et etablert nettverk og/eller varslingsystem mellom hjulpetiltakene, eksempelvis via e-post, vil være hensiktsmessig. Et slikt system bør i tilfelle også implementere kunnskap fra Før Vars rapportering.

# INSTANSENE RESPONS

# 05

24 instanser har bidratt med informasjon i kartleggingen. Instansene representerer gruppene; Ideelle/interesseorganisasjoner, helse/rus, kontroll/jus, botiltak med og uten oppfølging, sosial/integrering. Alle instansene oppga at de var i kontakt med personer som hadde gjennomgått overdose(r).

## **SAMARBEID**

### **MELLOM TJENESTENE**

I forhold til kompleksiteten i overdoseproblematikken etterspør et flertall bedre samordning og mer samarbeid mellom tjenester og på tvers av etater. Hvis en tar utgangspunkt i rusmiljøet i Nygårdsparken, kan en illustrere utfordringen med samordning ved å se på antallet ulike tiltak/organisasjoner som er representert på en relativt liten geografisk arena i løpet av en uke. Sosialarbeidere og helsepersonell fra fire ulike kommunale og ideelle tiltak oppsøker arenaen, flere av dem daglig. I tillegg oppsøkes området av forskjellige menigheter, ideelle ungdomsorganisasjoner og privatpersoner i den hensikt å hjelpe personene som oppholder seg der. Utover dette er politiet naturligvis en aktør på arenaen.

Selv om noen av aktørene kjenner til hverandre og har et visst samarbeid, synes det på bakgrunn av kartleggingsmaterialet som om arbeidet i større grad skulle vært samordnet gjennom ansvars- og oppgavefordeling og jevnlig erfaringsutveksling. Flere hjelpetjenester synes å overlape hverandre. Det er i liten grad formell samordning av hvilken informasjon som gis, hvordan informasjon formidles og hvilke tiltak som tilbys på stedet og/eller i etterkant av eventuelle overdoser. Også brukere av lavterskeltjenester og pårørende påpeker at samarbeidet og informasjonsflyten mellom tjenestene ikke er tilstrekkelig og at samtykkeerklæring kunne vært brukt mer aktivt for at også lavterskeltiltak kunne samarbeide på individnivå.

En annen utfordring som går igjen i kartleggingsmaterialet er fragmenteringen i tiltakskjeden. Flere av informantene fremholder at en mer strømlinjeformet tiltakskjede vil kunne forbygge fatale overdoser ved å identifisere særlig risikoutsatte.

Dette forutsetter imidlertid at en utvikler tiltak rettet spesifikt mot gruppen. En av informantene fra behandlingsapparatet anslår at personer i denne gruppen utgjør ca. 10% av eget pasientgrunnlag. Andre hevder at miljøet i Bergen er så oversiktlig at enkeltindivider i høyrisikogruppen kan gjenkjennes av de gatenære tjenestene, ambulanse, politi og lavterskeltjenester.

### **MELLOM TJENESTENE OG PÅRØRENDE**

Kartleggingen har avdekket en mangel i hjelpetilbudene for pårørende av personer som står i fare for å omkomme/har omkommet i overdose. Når Bergen ligger høyt på statistikk over dødsfall knyttet til overdoser medfører dette at Bergen også ville ligge høyt på en statistikk over hvor mange i omgivelsene som rammes. Pårørende beskriver bekymring, uro og maktesløshet ved å mangle tilstrekkelige virkemidler og uten å bli involvert av hjelpeapparatet i særlig grad. Overdosedødsfall i nærmeste familie utløser ikke bistand eller krisehjelp om ikke en selv aktivt oppsøker slik hjelp. Både når det gjelder overdoser generelt og ved overdosedødsfall spesielt etterlyser pårørende informasjon og hjelp til krisehåndtering. Behovet synes ikke tilfredsstillende dekket innenfor dagens hjelpeapparat.

Det synes også åpenbart at de tjenestene som er i kontakt med den enkelte rusmiddelavhengige kan være mer aktive med å innhente samtykke til å inngå samarbeid med pårørende der det er hensiktsmessig. Sammen med den enkelte kan en eksempelvis vurdere om pårørende kan være en ressurs i en tiltaksplan, noe som ikke synes å være rutine per i dag. Materialet i kartleggingen tyder på at pårørende er en utnyttet ressurs, ikke minst i forhold til å identifisere og å opprette/beholde kontakt med risikoutsatte enkeltindivider.

### **FOREBYGGENDE**

Muntlig og/eller skriftlig informasjon om risiko synes å være den vanligste, og i mange tilfeller eneste, strategien for forebygging av overdosedødsfall i de ulike tjenestene. Gjennomføringen av informasjonstiltakene ble i flere tilfeller rapportert som sporadiske og lite systematiske med hensyn til hvem som mottok informasjon og hva informasjonen inneholdt.

På spørsmål om omstendighetene rundt overdosene synes hjelpeapparatets oppmerksomhet å være størst på risiko i forbindelse med rusavbrudd, utskrivning fra institusjon og lignende. Forskning viser at risikoen for å dø av overdose for rusmiddelavhengige er nesten 16 ganger høyere de første fire ukene etter avsluttet behandling (SIRUS, 2010). Det er også kjent at risiko for overdosedød er betraktelig høyere de første ukene etter løslatelse fra fengsel. Dette knyttes til at en har lavere toleranse for rusmidler etter en kortere eller lengre periode som rusfri. Instansene vektlegger derfor informasjon ved utskrivning/løslatelse for å forebygge overdosedødsfall.

Et annet forhold som får oppmerksomhet i hjelpeapparatet er når behandling avbrytes. Både behandlere og personer fra rusmiljøet viser til at selve hensikten ved å forlate behandling ofte er et ønske om å ruse seg, noe som medfører absolutt høyrisiko. I denne forbindelse etterlyser blant annet pårørende at behandlingsinstitusjoner opprettholder kontakt med vedkommende for å motivere til å returnere til behandling.

Det er nylig opprettet et kommunalt helse- og sosialfaglig akutteam (HSA-teamet) som skal ha et særlig ansvar for å skape sammenheng og kontinuitet i pasientforløp. I tillegg kommer det frem i kartleggingsmaterialet at også behandlingsapparatet har økt fokus på personer som har avbrutt behandlingen. En av institusjonene opplyser at de utarbeider individuelle kriseplaner hvor den enkeltes risikofaktorer listes. Ved behandlingsavbrudd sendes kriseplanen til legevakten som det samarbeides tett med i forhold til pasienter i høyrisikogruppen. Også lavterskeltiltak og oppsøkende tjenester er sentrale samarbeidspartnere for behandlingsinstitusjonene i disse situasjonene.

På spørsmål om tjenestene har planer for nye tiltak for å forebygge overdosedødsfall utmerker behandlingsinstitusjonene i kartleggingsmaterialet seg ved å ha konkrete planer. Dette dreier seg i stor grad om tiltak som innebærer ulike former for kontakt med pasientene når de ikke er inne i institusjonen; benytte ambulante tjenester, kontakt via sms og lignende. Flere av tjenestene i ulike deler av kildematerialet påpeker at pårørende skulle kunne involveres som en ressurs, men ingen av tjenestene synes å ha planer for hvordan dette kan gjøres, heller ikke i forhold til å oppnå/beholde kontakt med pasienter i forbindelse med behandlingsavbrudd.

Både instansene og rusmiddelbrukerne peker også på perioden før planlagt avgiftning som en risikoperiode. Dette forklares med brukernes ønske om en siste maksimal rusopplevelse før man skal inn i institusjon, ofte omtalt som «en siste fest» før inntak i behandlingsinstitusjon/fengsel. Likevel synes denne fasen å få mindre oppmerksomhet i form av forebyggende informasjonstiltak.

De tjenestene som oppgir at de gjennomfører HLR-opplæring med brukerne, rapporterer også at de rutinemessig har opplæring av eget personale. Flertallet av de kartlagte instansene har imidlertid ikke slik opplæring. Noen mangler slik opplæring i sin helhet, og et midlertidig botilbud oppgir at dette er noe «alle kan». Andre har gjennomført et enkeltstående kurs, men mangler rutinemessig repetisjon og/ eller opplæring av nyansatte. Partene i arbeidslivet definerer HLR-opplæring av ansatte som aktuelt på alle arbeidsplasser. I et forebyggende perspektiv er i tillegg HLR-opplæring av ansatte særlig viktig for tjenester som har kontakt med personer som utsetter seg for overdosefare.

De fleste utrykninger til overdoser går til kjente samlingssteder for rusmiddelbrukere. En overvekt av instansene vektlegger oppsøkende virksomhet og tilstedeværelse på rusarenaene som et viktig forebyggende tiltak mot overdosedødsfall. Muligheten for kontakt mellom helse- og sosialfaglig personell og overdoseutsatte sees som sentralt for å formidle informasjon om overdoseforebygging og videreformidle vedkommende til rådgivning og behandling. Den samme argumentasjonen brukes av instanser og nøkkelinformanter som etterlyser sprøyterom som forebyggende tiltak. I tillegg påpekes det at en i et sprøyterom har mulighet til å teste heroin for styrke/renhetsgrad og slik kunne gi råd om dosering. Det er per i dag ikke planer om sprøyterom i Bergen.

## **ØYEBLIKKELIG HJELP**

De fleste overdosedødsfallene inntreffer ikke på de åpne russcenene. Likevel er det overdoser og overdosedødsfall i det offentlige rom som får mest oppmerksomhet. Når instansene beskriver arbeidet mot overdosedødsfall vektlegges hjelpeapparatets tilstedeværelse der rusmiljøet oppholder seg og kunnskapstiltak som opplæring i

hjerne-lunge-redning og informasjonsvirksomhet. Kartleggingen viser imidlertid at terskelen i rusmiljøet er høy for å tilkalle medisinsk hjelp til privat adresse. Sammenholdt med hjelpeapparatets kunnskap om at dødsfallene inntreffer utenfor det offentlige rom, er det åpenbart behov for tiltak direkte rettet mot denne problemstillingen.

Internasjonalt gjøres det flere forsøk hvor opplæring i førstehjelp ved overdoser kombineres med utlevering av brukerdoser med motgift mot opiater (nalokson). Nalokson blokkerer effekten av opioider. Dette er preparatet ambulansetjenesten bruker ved utrykning og er også tilgjengelig for helsepersonell i flere lavterskel helsetilbud i Bergen. De internasjonale forsøkene er tiltak rettet mot rusmiddelbrukerne selv, deres familie og nære nettverk, som også kan inkludere andre rusmiddelbrukere. I korte trekk utleveres ferdigfylte sprøyter eksempelvis fra helsetiltak slik at den/de i rusmisbrukerens nærhet kan håndtere akuttfasen ved en overdose. Et pågående prosjekt i København prøver ut lavterskel utlevering av samme medikament i rusmiljøet i form av neseppray.

Informanter fra rusmiljøet oppgir at deres terskel for å ringe nødnummeret 113 er lav når personer i Nygårdsparken er bevisstløs etter rusinntak. De problematiserer imidlertid at ambulansen kan komme til å være i følge med politiet. I rusmiljøet ser en heller ikke en direkte sammenheng mellom bevisstløshet og fare for uopprettelig skade/død, og ambulanse er først et alternativ ved respirasjonsstans. Det synes å være innarbeidet at en ikke skal «ødelegge rusen» for hverandre. Informantene har erfart at ambulansen har kort responstid til Nygårdsparken/sentrum og at ambulanspersonell gir god hjelp.

I følge ambulansetjenesten har det vært en negativ utvikling i Nygårdsparken i den forstand at aggresjonsnivået har økt og at ambulanspersonellet i mindre grad enn tidligere blir oppfattet som «gode hjelpere». Dette har medført at en etter mørkets frembrudd rykker ut til Nygårdsparken med to ambulanser, eventuelt sammen med politi. Praksisen skal imidlertid ikke ha hatt innvirkning på ambulansens responstid. Om utrykning sammen med politi vil medføre en høyere terskel for å tilkalle hjelp problematiseres i lavterskeltjenestene, men er ikke bekreftet i kartleggingens materiale.

Det omfattende blandingsmisbruket endrer overdosenes karakter og gir utfordringer for håndtering av akutsituasjonen. Når ambulansen rykker ut til et etablert injiserende rusmiljø, vil en rutinemessig velge nalokson som førstehåndspreparat. Om dette har effekt slik at personen våkner, avsluttes behandlingen. Når oppdraget avsluttes på stedet, er ambulanspersonellet avhengig av at pasienten selv eller noen i omgivelsene oppgir vedkommendes personalia. Det er ikke uvanlig at ambulanspersonell forlater stedet i etterkant av oppdraget uten å kjenne navnet på pasienten. Dette er en selvstendig utfordring med tanke på å styrke ettervern.

## **OPPFØLGING ETTER OVERDOSE**

Når det gjelder tiltak særlig rettet mot overdoser og overdosedødsfall i Bergen, kan det oppsummeres at tiltakskjeden synes å mangle den avsluttende/oppfølgende fasen. Mens forebyggingsperspektivet er høy fokusert, og øyeblikkelig hjelp rapporteres å fungere, har en i mindre grad sikret oppfølging etter overdose uavhengig av andre forhold som alder, psykisk/fysisk tilstand, hvor mange overdoser pasienten har

gjennomgått o.s.v. Pårørende, så vel som representanter fra behandlingsinstitusjoner, vektlegger behov for metodisk oppfølging i ettertid av overdoser. En nøkkelinformant fra behandlingsapparatet sier det så klart som at når akuttbehandlingen av overdosen er gjennomført, «bør dette utløse en systematisk prosedyre for hva som skal gjøres for pasienten». Dette vil tilsvare tilbudet en har for andre pasientgrupper, eksempelvis rutinemessig oppfølging av suicidalforsøk.

Ambulansetjenesten gir alle pasienter som våkner etter overdose tilbud om å bli fulgt til Strax-huset eller legevakten for videre oppfølging. Fire av fem takker nei til dette tilbudet. Årsaken kan synes å være knyttet til at tilbudet gis i umiddelbar tilknytning til oppvåkningen der personen ikke er ved full bevissthet. Problemstillingen kan illustreres ved en av informantene som forteller om egen overdose der han fikk motgift av ambulanspersonell. På spørsmål fra intervjuer om han fikk tilbud om videre oppfølging, svarer informanten at han antar han fikk tilbud om å bli kjørt til legevakten «siden de alltid spør om det». Han husker imidlertid ikke klart og mottok heller ikke videre oppfølging.

Flere påpeker at Bergen mangler et hjelpeapparat som har ansvar for å holde tett oppsyn med dem man vet er ekstra utsatt. En forutsetning for et ettervern som kan forhindre fremtidige overdosedødsfall er at tjenestene identifiserer personer i høyrisikogruppen og har tilgang på adekvate tiltak for disse. Eksempelvis kan de som har gjennomgått et gitt antall overdoser innenfor en fastsatt tidsperiode inkluderes i denne gruppen. Personene som omkommer i Bergen som følge av overdose er i utgangspunktet ikke ukjente for hjelpeapparatet. Et sentralt lavterskeltiltak oppgir at en i tiltaket til enhver tid kjenner de aller fleste overdoseofrene, at en «har kunnskap om deres historikk, bruk og avhengighet til rusmidler, deres helsesituasjon og sosiale situasjon». Ingen av tjenestene i kartleggingen har imidlertid systematisk informasjonsinnhenting av enkeltindividens overdosetilfeller og/eller metodisk oppfølging basert på vedkommendes overdosehistorikk.

En kan tenke seg at det ville være mulig å styrke ettervernet ved at ambulansetjenesten varsler samarbeidende tjenester i etterkant av en overdosesituasjon. Dette ville forutsette at ambulansetjenesten kjenner identiteten til pasientene og at det er gjort avklaringer i forhold til roller og rammeverk, eksempelvis taushetspliktsbestemmelsene. Mellom annet viser erfaringer fra Trondheim kommune at det er mulig å inngå et forpliktende samarbeid på systemnivå der AMK/ambulansetjenesten varsler ambulerende kommunalt overdoseteam innenfor dagens lovgivning. Bergen mangler per i dag et slikt tilbud. Styrken i ettervernet som tilbys i Trondheim er at det baserer seg på tilgang til brukerstyrte avgiftningsplasser og en metodisk tilnærming der erfaringen ved å ha gjennomgått en overdose brukes aktivt for å oppnå endring i rusatferd.

Flere av tjenestene i kartleggingen etterlyser bedre tilgang på avgiftnings- og behandlingsplasser. Økt tilgang vil gi mulighet til å prioritere personer som nylig har overlevd overdose, eventuelt forbeholde et gitt antall plasser til denne pasientgruppen. En informant fra Bergensklinikkene oppgir at de har to plasser knyttet til Skutevikenklinikken forbeholdt brukerstyrt innleggelse. Dette innebærer at pasienten selv kan skrive seg inn i behandling etter for eksempel overdose. Tilbudet synes lite kjent i hjelpeapparatet og i rusmiljøet.

# 06 FORSLAG TIL TILTAKSPLAN

Tiltaksplanen er foreløpig og basert på innspill fra tjenestene som har bidratt til kartleggingen.

MÅL	TILTAK	ANSVAR
Sikre at tiltak mot overdoser/ overdosedødsfall vurderes spesifikt i utarbeidelse av lokale planer og samarbeidsavtaler.	<p>Vurdere samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune og Helse Vest for identifisering av særlig utsatte og tiltak rettet mot disse.</p> <p>Utrede behov for døgnbaserte omsorgsplasser tilrettelagt for personer med somatiske/psykiske utfordringer.</p> <p>Vurdere å implementere krav om sertifisert kunnskap i 1.hjelp ved inngåelse av kvalitetsavtaler med midlertidige botilbud.</p>	
Sikre samarbeid og informasjonsutveksling mellom tjenester og etater	<p>Etablere lokalt varslingsystem for å nå brukerne med relevant informasjon.</p> <p>Evaluere/videreutvikle prosedyre for oppfølging av overdoseepisoder, inkludert bruk av tverrfaglig ambulant team.</p> <p>Etablere et kartleggingsteam i samarbeid mellom Utekontakten og aktuelle enheter innen Etat for psykisk helse og rustjenester for å kartlegge helse, omsorg og boligsituasjon for gruppen 30+.</p>	
Prøve ut virksomme tilnæringsmåter, metoder og samarbeidsformer.	<p>Initiere til felles strategi og målrettet innsats for å promotere røyking som et alternativ til injisering av heroin.</p> <p>Tilby veiledning til pårørende som opplever overdoseepisoder i nær familie og tilby krisehjelp til pårørende som rammes av overdosedødsfall.</p>	



# REFERANSER

---

Brettville-Jensen, A. L. (2011)

*Hvorfor har Norge så mange overdosedødsfall?*

<http://sirius.no/Hvorfor+har+Norge+s%C3%A5+mange+overdosed%C3%B8dsfall%3F.d25-SMRfU1q.ips>

EMCDDA (2009)

*Drug-related deaths and mortality (DRD). Lisbon, Portugal.*

European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA). Statistical bulletin.

EMCDDA (2010)

*Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport 2010. Lisboa, Portugal.*

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA).

Flesland, L og Knoff, R. V. (2011)

*Føre Var 01/11.*

Stiftelsen Bergensklinikkene Kompetansesenter rus-region vest. Bergen.

Mounteney, J. og Utne Berg, E. K. (2008)

*Youth, risk and rapid assessment: a new model for community social work assessment?*

European Journal of Social Work, 11:3, s.221 – 236.

Mounteney, J. og Leirvåg, S. E. (2007)

*Hurtig kartlegging og handling.*

Stiftelsen Bergensklinikkene. Bergen.

Seraf (2011)

*Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang.*

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), rapport 2. Oslo.

Utekontakten i Bergen og Stiftelsen Bergensklinikkene Kompetansesenter rus – region vest Bergen (2010)

*GHB/GBL. Kartleggingsrapport i Bergen og omegn. Bergen.*

# UTEK KONT TAKT TEN I BERG RGEN

**UTEKONTAKTEN I BERGEN**

STRØMGATEN 10, 5008 BERGEN

[UTEKONTAKTEN@BERGEN.KOMMUNE.NO](http://UTEKONTAKTEN@BERGEN.KOMMUNE.NO)



[BERGEN.KOMMUNE.NO](http://BERGEN.KOMMUNE.NO)