



Foto: Martin Blindheim Skulptur: Arne Mæland

LOKAL STRATEGI FOR REDUKSJON AV OVERDOSEDØDSFALL

OS KOMMUNE 2016

KAP. 1. MANDAT.

1.1. BAKGRUNN.

I vedteken Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2013 – 2020 står det at Os kommune skal utvikla ein lokal strategi for reduksjon av overdosedødsfall på bakgrunn av nasjonal strategi. Ansvar: Kommuneoverlegen. Tid: 2014.

1.2. ORGANISERING AV ARBEIDET.

Det har ikkje vore mogleg å prioritera dette arbeidet i tråd med tidsaspektet i vedteken Rusmiddelpolitisk handlingsplan. Ruskonsulent tok i slutten av 2014 initiativ til eit møte for å starta opp dette arbeidet, og ei arbeidsgruppe var peika ut. Gruppa omfattar: Terese Bodin-Hetland frå Os legevakt, kommuneoverlege Jon Vangdal Aamaas, Marianne Lunde frå Vartun oppfølgingsteneste, kommunepsykolog Sann Bach Skorpen og ruskonsulent Jan Rune Bakke (skrivar). Gruppa har ved behov vorte supplert med Olaug Steen frå Avdeling psykisk helse. Ein brukarrepresentant har og vore med på nokre møter undervegs i prosessen. Arbeidet vart organisert som ein prosjektorganisasjon med ei arbeidsgruppe og ei styringsgruppe: Nils Petter Borge, Eva Mari Solberg.

1.3. DEFINISJONER OG AVGRENSNINGER.

I Helsedirektoratet sin IS-0418: Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017 går det fram at **overdoseomgrepet** omfattar «alle dødsfall som er forårsaket av inntak av stoffer som er definert som narkotika, dvs. eksklusiv legemiddel og alkohol». Imidlertid, i følge Store medisinske leksikon vert **overdose** definert som «**dose av medikament eller rusmiddel som fører til alvorleg forgiftning og i verste fall død**». Tal frå Os legevakt for åra 2014, 2015 og 1. halvår 2016, viser dessutan høge tal for intoks av legemiddel og alkohol som er definert som livstrugande tilstander, i tillegg til tal om narkotika/stoffmisbruk/opiater. (Akuttforløp frå fastleger/dagvakt er ikkje teke med.)

Desse er:	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016, 1. halvår</u>
Alkoholintoksikasjon, akutt (P16):	40	40	25
Intoksikasjon legemiddel (A84):	21	27	17
Narkotika intoksikasjon (P19)	23	26	27
Sum:	84	93	69

Alkoholintoksikasjon, akutt (diagnosekode P16) innbefatter følgende diagnoser: Alkohol beruselse akutt, Akutt alkohol misbruk, Alkohol intoks akutt, Beruselse og Forgiftning alkohol akutt. Intoksikasjon legemiddel (diagnosekode A84) innbefatter følgende diagnoser: Intoksikasjon legemiddel, Legemiddel overdose, Legemiddel forgiftning og Toksisk virkning av overdose legemiddel.

Narkotika intoksikasjon (P19) omfattar mange undergrupper, m.a. Blandingsmisbruk, Misbruk fleinsopp, Misbruk hallusinogener, Misbruk kokain, Misbruk opiater, Narkotika psykose og Narkotika avhengighet.

Dermed ønsket arbeidsgruppa å leggja til grunn ei forståing av overdoseomgrepet som byggjer på dei faktiske tilhøve i Os, noko som gjer ein utvida og meir egna definisjon og målgruppe samanlikna med Helsedirektoratet sin definisjon.

Strategi: I følge Wikipedia er ein strategi **ein plan av handlinger med hensikt å nå eit spesifikt mål**, og der det handler meir om **kva** som ein skal gjera enn **korleis** ein skal gjera noko.

1.4. MÅLSETTING.

Med utgangspunkt i ovannemnde definisjon tolker arbeidsgruppa dermed sitt mandat slik:

Arbeida ut ein lokal strategi for ulike prosedyrer som i sum skal redusera risiko for overdosar og overdosedødsfall, forårsaka av medikament-, narkotika og/eller alkoholforgiftning.

Helsedirektoratet sin IS-0418: Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017 vil bli brukt som inspirasjon til vår lokale strategi der det er hensiktsmessig.

I strategien ønsker gruppa å koma med konkrete forslag til prosedyrer som i utgangspunktet kan bli implementert innan eksisterande budsjetttrammer. Forslag til nye tiltak som krev friske pengar vil bli presisert.

1.5. DISPOSISJON.

KAP. 1: Mandat, definisjonar, avgrensninger, målformuleringer.

KAP. 2: Førebygging av overdoser.

KAP. 3: Akutte tiltak.

KAP. 4: Oppfølging etter overdoser for å førebyggja gjentaking.

KAP. 5: Skjematisk opplisting av prosedyrer med forslag om prioritering og tidspunkt for gjennomføring.

KAP. 2. FØREBYGGING.

Eksisterande kommunale tenester og tilbod knytta til helsefremmande tiltak, tidleg intervensjon eller tiltak retta inn mot etablert problematikk kan kvar for seg har stor betydning i eit arbeid for å førebyggja overdosar. I denne samanheng vil arbeidsgruppa fokusera på tiltak som er spesifikt spissa inn mot førebygging av adferd som kan føra til overdose, samt planlegging av tiltak som kan redusera skade.

2.1. SPESIALISTHELSETENESTA TAR KONTAKT MED KOMMUNEN VED UTSKRIVING.

Det er alment kjent at det er ein auka risiko for at det skjer overdosar i samband med utskriving frå institusjon, eller som følge av avbrot i behandlinga.

Her er det difor aktuelt å trekka fram kva rutiner spesialisthelsetenesta nyttar for å førebyggja overdosar, dette avdi Os kommune til ein kvar tid har pasientar som har behandlingkontakt med spesialisthelsetenesta. Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24 – 7* er eit nasjonalt program som arbeider for å auka pasientsikkerhet i spesialist- og primærhelsetenesta, og er eit satsingsområde innan den nasjonale overdosestrategien. Programmet inneheld ei tiltakspakke som er berekna på pasientar som bruker/har brukt opioider eller GHB, men tiltaka har almen verdi også for andre typer rusmidler.

Tiltakspakka for førebygging av overdose etter utskriving av alle pasientar frå institusjon omfattar:

- A. Spesialistvurdering innan ett døger: Tiltaket inneberer at pasienten vert sikra tidleg vurdering av spesialist etter innlegging, for å vurdera kva som er den beste behandlingsformen. Målet er å hindra eller avdekka overdosefare.
- B. Kriseplan: Føremålet med denne er å hindra tilbakefall og sikra at pasienten veit kven og kor han/ho kan ta kontakt i krisesituasjonar. Ein kriseplan skal vera ein grunnleggjande plan, utarbeidd av pasient saman med helsepersonell, for korleis pasienten skal gjenkjenna og handtera risikosituasjonar. Nærare om kriseplan, sjå pkt. 2.9.

- C. Informasjon: Det er laga ein «informasjonspakke» til pasientar og helsepersonell. Målet er at pasienten skal informerast om overdosefare samt kameratredning. Pakka omfattar:
- Ein veileder til helsepersonell om kva info ein skal gje til pas. ved innlegging.
 - Eit overdosekort som oppsummerer informasjon og skal fungera som ei påminning/huskeseddel i akutte situasjonar.
- D. Elementer ved utskriving: Ved utskriving skal alle pasientar ha ein samtale der ein m.a. går igjennom kriseplanen, evt. avklara kven som skal ha kopi av denne, t.d. Rusakutten. I tillegg vert det gitt ein «time i handa» for å sikra at pasienten har ein konkret avtale for oppfølging ved utskriving, t.d. med henvisande instans som Nav, fastlege eller ruskonsulent.

I samband med førebygging av overdosar i Os kommune er det eit viktig tiltak at spesialisthelsetenesta kontakter kommunen ved utskriving, jfr. punkt D og sjå pkt. 2.3.

2.2. KRIMINALOMSORGEN KONTAKTER KOMMUNEN VED LØSLATING.

Det er også ein auka risiko for at det skjer overdosar i samband med løslating frå soning då denne situasjonen på mange måter gjer dei same utfordringene som ved utskriving frå institusjon. Bergen Fengsel er det største fengselet på Vestlandet og har stort sett til einkvar tid innsatte som er heimehøyrande i Os kommune. Anstalten er gjennom 2016 i gang med å implementera rutinar etter modell frå spesialisthelsetenesta. Dette inneberer at det i forkant av løslating vert gjennomført:

- Gruppesamling for dei som er rusavhengige og skal løslatast innan 3 månader. Samlinga går over 3 timar og tek utgangspunkt i at overdosar kan førebyggast, herunder informasjon m.a. om at røyking er tryggare enn sprøyter, informasjon om Nalokson (motgift ved opioid overdose) og praktisk info ved løslating, avtale om oppfølging osv.
- Samling med Way Back (ein uavhengig stiftelse som gjer oppfølging av straffedømte ved løslating for å førebyggja ny kriminalitet) og Røde Kors om deira tilbod.
- Sluttsamtale med kontaktbetjent kort tid før løslating der tema er gjennomgang av kva den innsatte har delteke på av skule, arbeid og program, ansvarsgruppemøte, utforming av kriseplan viss det er ønskeleg, praktiske ting som bustad, økonomi, «time i handa».

Forøvrig er det under arbeid nasjonale standardiserte rutinar som bygger på helsevesenet sine rutinar og skal gjelda for alle soningsanstalter, men det vil ta noko tid før desse ligg føre og vert implementerte.

I denne samanheng er det eit viktig tiltak med «time i handa» for å sikra kontakt med kommunale tenester ved løslating, sjå pkt. 2.3.

2.3. SAMHANDLING MED SPESIALISTHELSETENESTA OG KRIMINALOMSORGEN FOR Å SIKRA INFORMASJON VED UTSKRIVING/LØSLATING.

Trass i innførte nasjonale rutinar i pkt. 2.1 og pkt. 2.2 viser erfaringer at informasjon til kommunen kan glippa i enkeltsaker. Arbeidsgruppa foreslår derfor som prosedyre at Os kommune initierer og implementerer fylgjande tiltak:

- A. Samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetenesta/Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen og Os kommune, på systemnivå. Avtalen skal innehalda klargjering av ansvar og oppgåver for både helseforetak/institusjon og kommune forut for/ved/etter utskriving – føresettt samtykke frå pasient.

- B. Samarbeidsavtale mellom Kriminalomsorgen region Vest og Os kommune, på systemnivå. Denne skal forplikta partane til å sørge for god samhandling når den domfelte skal løslatast/tilbakeførast til kommunen. Utarbeiding av ein slik avtale er starta opp.
- C. Informasjonsbrosjyre om aktuelle samarbeidstiltak for å førebyggja overdoser i Os.
- D. Arbeida inn rutine om at tilsette i Os kommune deler ut denne informasjonsbrosjyren til spesialisthelsetenesta i aktuelle saker.

Arbeidsgruppa meiner slike tiltak vil kunne ivareta pasienten eller den domfelte også i høve til førebygging av overdosar. Meir samhandling med nemnde instansar vil i større grad sikra at desse personane vert fanga opp før eventuell overdosehandling. Os kommune v/ eining helsetenester og Nav sosiale tenester hadde i juni 2016 eit møte med Kriminalomsorgen region Vest for å utforma ein avtale i hht. pkt. B. Avdelingsleiar ved Nav Os sosiale tenester og ruskonsulent er pr. september 2016 i gang med å arbeida ut eit utkast til avtale.

2.4. SIKRE BUSTAD TIL BRUKARAR SOM TRENGER SLIK HJELP.

Bustad som tiltak er naturlegvis ikkje eit spesifikt førebyggjande tiltak mot overdosar, men er avgjerande i eitkvart arbeid for å skapa eller trygga ein god livssituasjon og fortener difor eigen omtale. Mange ruspasientar manglar heilt eller delvis tilfredstillande bustad ved utskriving eller ved løslating/soning. Dette kan bety auka risiko for tilbakefall og dermed større fare for overdose. Godt samarbeid mellom kommune, pasient og institusjon under eit behandlingsopphald er viktig i ein rehabiliteringsfase. Her er bustad eit sentralt tema. Vi erfarar at dei som har tilfredsstillande bustad gjerne greier seg bedre ved utskriving.

Helsedirektoratet har laga nasjonale faglege retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personar med samtidig rusliding og psykisk lidning, sjå ROP-retningslinjen IS 1948. Her går det m.a. fram at kommunen bør tilstrebe fleksible og varige butilbod som er tilpassa den enkelte brukar sitt hjelpebehov (anbefaling 71). Å skaffa permanent bustad er ikkje ein lovpålagt oppgåve for norske kommunar, men kommunane har plikt til å medverka til å skaffe bustad til personar som ikkje sjøl kan ivareta sine interesser på bustadmarkedet (Helse- og omsorgstjenestelova § 3-7 eller lov om sosiale tenester i Nav § 15). Bustad skaper trygge rammer og bør vera på plass ved utskriving frå institusjon (anbefaling 72).

I tillegg har kommunen plikt til å finna mellombels butilbod for dei som ikkje klarer det sjøl (Lov om sosiale tenester i Nav § 27).

I Os kommune har ein fokus på eit differensiert bustadtilbod i høve til personar med utfordringer innan rus og psykisk helse. Det er m.a. ROP-retningslinjen som ligg til grunn for dette arbeidet. For personar i aktiv rus vert det gitt tilbod om døgnleige/korttidsleige i kommunal lågterskeltiltak med personale (på Vartun).

I nokre høve vert det vurdert nattseng/krisehybel, (Vartun tek imot brukarar med utfordringer knytta til rus, for andre er det Grantun som gjerne blir nytta). Vi ser at tettare oppfølging av denne brukergruppa har ført til at hospitsutgifter no er betydeleg redusert. Det er og etablert treningsbustad for personar i rusfrie periodar (Pr. no 2 stk husvære). Her er og tilgjengeleg personale. Ved tilbakefall vil bebuar returnera til bemanna lågterskeltiltak (på Vartun). Kommunen stiller som hovudregel krav om frivillig forvaltning av inntekt. Vi ser at dette gir større forutsigbarhet for den einskilde.

Kommunen har etablert praksis med jamnleg oppfølging av husleigerestansar i kommunale bustader. Ei slik oppfølging kan bidra til å avdekka eit ukontrollert inntak av rusmidler og høve til å setja i verk ekstra tiltak der dette er naudsynt. Ubetalt husleige kan vere eit av fleire teikn på at personen har det vanskeleg.

For å førebyggja overdoser, eventuelt overdosedødsfall, vil det kontinuerleg vera behov for å skaffa bustad til brukarar som blir bustadløs eller returnerer til Os kommune utan fast bustad.

Arbeidsgruppa meiner difor at arbeidet med rutineutvikling og kapasitetsauke på dette området bør halda fram.

2.5. SWITCH – ENDRE PRAKSIS FRÅ INJISERING TIL INHALERING.

På landsbasis er overdosar og ovedosedødsfall etter bruk av opioider i det vesentlege knytta til inntak gjennom sprøyte. (Opioider er ein fellesnemning på stoffer med morfinliknande verknad, som enten er naturlege opiater danna frå opium, t.d. morfin, eller er syntetisk framstilt. Dei binder seg til opioidreseptorar m.a. i det sentrale nervesystem kor dei gjer smertestillande effekt.)

I regi av den nasjonale overdosestrategien er SWITCH-kampanjen frå Sandnes foreslått som eit konkret tiltak i denne samanheng. SWITCH handler om å påverka brukarar til å endra vaner, frå injeksjon til røyking. Dette er på lang sikt det viktigaste tiltaket både i handlingsplan for den nasjonale overdosestrategien og når det gjeld skadereduserande og smitteførebyggjande arbeid retta inn mot sprøytebruk. Fire av fem overdosedødsfall på landsbasis skuldast inntak av opioider med sprøyte, medan det er lite dødelighet knytta til røyking av heroin. «Switching» til røyking kan difor bidra til å redde liv. Einkvar heroindose som vert røyka og ikkje injisert, kan vera eit mogeleg førebygd overdosedødsfall.

Ei anna sak er at sprøytebruk forårsaker mange av dei alvorlege infeksjonane (HIV, Hepatitt B og C m.fl.) som brukarane sliter med. Ei endring av brukarkulturen vil bidra til færre alvorlege helseskader. Det vil difor vera naturleg at vi også i Os kan arbeida for å endra vaner blant brukarane på dette området.

Prosjektgruppa meiner det er viktig å formidla denne informasjonen på arenaer der ein møter brukarar, t.d. gjennom plakater og brosjyrer på legekontor, helsestasjon for ungdom og Vartun osv. Slik informasjon kan ein og formidla på førstehjelpskurs, sjå nedanfor under pkt. 2.6.

2.6. HALDA FØRSTEHJELPSKURS FOR BRUKARAR.

For å førebyggja dødsfall ved overdoser rår arbeidsgruppa til at det vert arrangert førstehjelpskurs for LAR-pasientar og bebuarar ved Vartun Oppfølgingsteneste. Ulike forgiftningstilstandar kan føra til pustestans, noko som krev rask intervensjon for å redde liv. Rusavhengige kan dermed redde liv når overdose truger kompis eller sidemann. Dei lærer m.a. når puls og pust er truga, ringe 113 når fare er på ferde, iverksettja tiltak for å oppretthalda pust og utføra hjarte- og lungeredning. I tillegg vil eit slikt tiltak styrka brukar sin mestring til å ta vare på eige og andre sitt liv.

På Vartun er det under planlegging 4 kurs i året. Personalet v/ sjukepleiar og vernepleiar vil vera kursleiarar. Kurset omfattar ein enkel power point presentasjon og øving på dukker. Ved å gjenta slike kurs regelmessig og med høg grad av tilrettelegging vil ein oppnå større sjanse for deltaking. Gjentakning av slike kurs gjer bedre læring.

Det er også under planlegging førstehjelpskurs for brukarar ved avd. psykisk helse, herunder også ROP-brukarar.

2.7. LAGA OG DISTRIBUTUERA «113-KORT».

Arbeidsgruppa har utarbeidd eit lokalt «113-kort» laga etter modell av det nasjonale programmet, sjå kap. 2.1, punkt c. Kortet er distribuert på ulike brukararenaer i Os kommune som Vartun, Grantun og Vindfanget. Kortet oppsummerer informasjon om/ved overdosar og skal fungera som ei påminning/ein huskeseddel i akutte situasjonar.

2.8. OPPRETTE ØH-HJELP I OS KOMMUNE.

Eit lovpålagt ØH døgntilbod for brukarar med psykiske lidinger og rusproblem, jfr. helse- og omsorgstjenestelova § 3-5, tredje lekk, gjeld frå 01.01.17. Grappa meiner at planlegging av dette tiltaket bør skje gjennom eit tett samarbeid med «overdosegruppa». Grappa legg til grunn at ein del overdosar er sjølpåført med intensjon om å dø. Ved tilgjengeleg ØH døgntilbod vil ein vonaleg kunne redusera akutt psykisk smerte som elles vil kunne føra til at ein person tek overdose.

Personar som sliter med tunge akutte psykiske vanskar og står i fare for å innta ein overdose eller t.d. vurderer å flykta frå problema gjennom inntak av rusmiddel, kan normalt venda seg til hjelpeapparatet på dagtid for å få hjelp. Men på ettermiddags-, kveldstid og i helgar er det kun legevakt og bufellesskap i eining helsetenester ein kan venda seg til. Både Grantun og Vartun har døgnbemanning og kan i nokre situasjonar tilby opphald i krisehybel og kan gje råd og rettleiing i aktuelle situasjonar. Utanom legevakta ligg det imidlertid ikkje spesielle kompetansekrav og/eller personalnormering til å ta hand om akutte henvendelser i Os kommune i dag.

Kommunane er som nemnd pålagte å utvikla døgnbaserte øyeblikkeleg hjelp-tenester, gjeldande frå 01.01.17, til personar med psykiske vanskar og/eller rusproblematikk. Grappa vil i samband med denne endringa spela inn fylgjande:

Kliniske erfaringer frå arbeid med rusavhengige med psykiske lidelser viser ei auke av symptomtrykk på kvelds- og nattestid samt i helger, når det vanlege hjelpeapparatet er stengt. I tillegg utgjer kveld og natt ein risiko for overveldande vonde følelser og rusing mellom anna avdi mørke kan trigga angst, avdi fleire er einsame på denne tida, og avdi søvn og overgangen vaken-søvn kan føra til at vonde tanker og følelser kjem lettare fram (når vårt vakne og bevisste kontroll-system vert senka).

Samstundes er tilgangen på rusmiddel og freistinger mot rusing stor også på kveld, natt og helg i form av både legale alkohol-salsstader (utestader) og illegalt sal av legemiddel og narkotiske stoff.

Arbeidsgruppa vurderer at personar med desse komplekse utfordringer i akutt situasjonar kan profitera på nærvær med imøtekomande personar som kan trygga og/eller regulera vonde følelser i kraft av å vera til stades eller ved samtalar (jfr. erfaringer frå klinisk arbeid på dagtid).

Arbeidsgruppa vurderer at eit døgnbasert ØH-tilbod vil kunne møte ovannnemnde situasjonar ved å tilby:

- høve til telefonkontakt
- høve for å møta opp til samtale
- høve til å bli oppsøkt i heimen
- opphald i trygge miljø bemanna med fagpersonar

Grappa meiner at ein kan kombinera slike tilbod med andre akutte tenester i kommunen.

Grappa foreslår at eit kompetent samtaletilbod på kvelds-, nattetid og i helger her vert løyst gjennom etablering av det lovpålagte ØH døgntilbodet for ROP-pasientar. Vi antar at ein del overdosar blir sjølpåført med intensjon om å dø. Ved tilgjengeleg ØH døgntilbod vil ein vonaleg kunne redusera akutt psykisk smerte hos ein person som vurderer overdose for å unnslippa nettopp slik psykisk smerte.

Et slikt tilbod kan være førebyggjande forstått slik at truleg fleire vil få hjelp før dei inntar ein overdose. Samtidig kan tilbodet også verka førebyggjande ved at medvet om at der er ein ØH-hjelpeinstans som ein kan kontakta på kveld og nattestid, vil kunne dempe uro og angst og gjera det lettare å halda ut.

2.9. UTARBEIDA KRISEPLANAR.

Ein kriseplan er eit verktøy som ein utvikler i samarbeid mellom brukar og hjelpar. Føremålet er at brukar skal kunne ta i bruk meir hensiktsmessige mestringsstrategier i vanskelege situasjonar. Planen kan sei kven ein kan kontakta viss eigne mestringsforsøk ikkje er tilstrekkelege, og/eller planen kan

innehalda allereie planlagte tiltak som hjelpeapparatet kan bidra med. Ein kriseplan tek sikte på å handtera ulike formar for krise, herunder også førebyggja overdosehandlingar.

Innhaldet i ein kriseplan kan vera:

- beskriva vanleg situasjon og korleis det er når det er grunn til bekymring
- kva er faresignal/risikosituasjonar
- eigne tiltak/kva kan ein gjera sjøl
- kontakta personar som kan få ein til å føla seg bedre
- kontakta hjelpepersonar v/bistandsbehov
- oversyn over kontaktpersonar ved utskriving eller løslating

Ein kriseplan må oppdaterast regelmessig samt ved behov. Det er viktig å oppgje fagperson med ansvar for oppdatering og samarbeid mellom berørte tenester.

Gruppa meiner at ein kriseplan kan bidra til å førebyggja overdoser ved at den hjelper personen til å å nytta hensiktsmessige mestringsstrategier og/eller får kontakt med hjelpe-personar før dei starter med handlinger som kan føra til overdose.

Eit slikt førebyggingsstiltak ville vera enda meir effektivt viss kontaktperson/-teneste var tilgjengeleg utanfor vanleg arbeidstid. Personar som strevar og vurderer overdose-handlingar ville lettare kunne få hjelp viss kommunen har ØH-hjelpetilbod med personale som har kjennskap til brukarar med kriseplan i Os, sjå også punkta 2.8 og 3.2.

2.10. UTVIKLA PÅRØRANDEARBEID.

I tråd med bruker- og pasientrettighetsloven kap. 3 har næraste pårørande rett til å medverka og få informasjon om helsehjelpen under føresetnad av samtykke frå pasient eller tilhøva tilseier det. All kunnskap viser at samarbeid med pårørande har ein positiv effekt i dei fleste tilfelle.

I følge rusmiddelpolitisk handlingsplan 2013 – 2020 er det planlagt tilbod om sjølhjelpsgrupper for pårørande, og ei sjølhjelpsgruppe har vore i drift dei siste par åra. Det er vidare nedsett ei arbeidsgruppe som skal utvikla samarbeid med dei pårørande. Dette arbeidet har imidlertid stoppa opp.

Arbeidsgruppa meiner pårørande utgjer ein ressurs i høve til førebygging av overdosar på fleire vis. Pårørande sin nærleik og støtte kan i seg sjøl ha ein førebyggjande effekt. Dei er ofte nær brukar og kan slikt sett oppdaga teikn til bekymring og/eller bli kontakta av brukar ved kriser eller stor psykisk smerte. Dei kan og bistå med kontakt til hjelpeapparatet ved akutte situasjonar.

I tillegg meiner vi arbeid med pårørande er viktig i og med at overdosehandlingar er ei stor belastning også for pårørande. For å auka sjansane for at pårørande kan halda fram med å vera ein ressurs for brukarar er det viktig med god støtte og hjelp til å forstå og bearbeida belastande hendinger. På denne bakgrunn vil arbeidsgruppa rå til fylgjande:

- A. Laga rutiner for samtykke til kontakt og informasjon til pårørande og kva rolle dei skal ha.
- B. Arrangera regelmessige opne møter med pårørande for å sikra god kommunikasjon, generell informasjon om ønska tema, tilbakemeldingar om eventuelle mangler og utfordringer, høyringsinnspel osb.
- C. Initiera oppstart av nye sjølhjelpsgrupper ved behov.

Desse tiltaka vil slikt sett oppfylla intensjonane for utvikling av pårørandararbeid i tråd med rusmiddelpolitisk handlingsplan 2013 – 2020.

KAP. 3. AKUTTE TILTAK.

Ved tilnærming til akutte tiltak ser arbeidsgruppa det som hensiktsmessig å følgja definisjonane til legevakta sin medisinske indeks. Den medisinske indeks kategoriserer alvorlighetsgraden ved tilstander som pasientar ønsker hjelp med. Alvorlighetsgraden er delt inn i tre nivåer:

- Rød respons – akutt hastegrad. Ved akutt hastegrad etter medisinsk index / rød respons, gjeld det å redde liv. Det er viktig med rask transport av pasient til medisinsk behandling og overvaking. Faren for alvorlige symptom auker, spesielt med tanke på livstrugande hjerterytmeforstyringer, respirasjon og sirkulasjon.
- Gul respons – haster. Kriteriene for denne hastegraden er noko lågare enn dei som fins i rød respons. Hyppig tilsyn og overvaking er avgjerande for pasienten for å fanga opp om pasienten sin tilstand er i forverring eller i bedring. Ved forverring skifter responsen raskt frå gul til rød, og då handler det om å redde liv.
- Grønn respons – haster ikke. Kriteriene for denne hastegraden er at tilstanden ikke treng akutt medisinsk behandling. Ein kan følgja opp tilstanden av vanlig helseapparat på dagtid i kvardagar.

Den medisinske indeks er i tillegg delt inn i ulike område utifrå tilstandsbildet sin karakter. I denne samanheng er områda rus og psykiatri relevante.

Vakthavande lege ved legevakta vurderer i kvart enkelt tilfelle pasientane sin helsetilstand. Vurderinga av hastegradsnivået av pasienten sin tilstand avgjer om han/ho vert tilstrekkeleg ivareteke gjennom kommunale tiltak, eller om det er nødvendig med øyeblikkeleg innlegging ved spesialisthelsetenesta til dømes Rusakutten eller eventuelt psykiatrisk avdeling (PAM). Arbeidsgruppa foreslår følgjande tre akutte tiltak for å gi best mulig oppfølging for å førebygga overdosedødsfall i Os Kommune:

3.1. AKUTTE TILTAK VED OVERDOSE (RØD RESPONS - RUS) – MEDISINSK BEHANDLING I SPESIALISTHELSETENESTA.

Ved henvendelse til den lokale legevakta kor ein eller fleire av dei følgjande kriterier er til stades, vert rød respons iverksett:

- bevisstløse pasientar
- pasientar med dårleg respirasjon (puster bare så vidt/ svakt/langsomt etter overdose)
- pasientar som er bleike og klamme etter overdose
- pasientar som har kramper i meir enn 5 minutt
- pasientar som har teke kokain, amfetamin, ecstasy eller anna sentralstimulerande rusmiddel, og føler seg uvel.
- pasientar som har teke mange tablettar og er vanskeleg å vekka
- pasientar som er rusa og muligens alvorleg skada
- pasientar som ikkje ser normalt og kan ha drukket tresprit, og der det er stor fare for alvorleg vald.

Hvis vakthavende lege ved undersøking av pasienten vurderer tilstanden tilsvarende rød respons, vil tiltaket være tilbud om medisinsk behandling i spesialisthelsetenesta etter gjeldande prosedyrer. Personar som ikkje reagerer på tilrop eller risting vert kategoriserte under rød hastegrad i medisinsk index. Der det kjem fram fare for alvorleg vald, vert det vurdert som rød respons etter medisinsk index, og med bistand frå politi.

3.2. AKUTTE TILTAK VED OVERDOSE (GUL RESPONS-RUS) – KOMMUNAL ØH-HJELP.

Tilstandar som legevakta ikkje vurderer å vera i behov for akutt medisinsk behandling kan framleis ha behov for tett oppfølging og overvåking, då tilstanden kan forverra seg.

I medisinsk index finner vi under hastekriterier / gule responser følgjande tilstandar:

- pasientar som kan ha teke overdose, men puster normalt
- pasientar med krampeanfoll som har vart i mindre enn 5 minutt
- pasientar der det er mistanke om/ har drukket tresprit (metanol), men ser normalt
- pasientar som er svært urolege og ukontrollerte, og/ eller er aggressive og truger med vald
- pasientar som truger med å ta ein overdose
- pasientar som er sterkt deprimerte og ber om å få snakka med lege eller andre som kan hjelpe
- pasientar som har teke mange tablettar, men er lett å vekka
- rusa pasientar som ikkje i stand til å ta vare på seg selv.

Denne gruppa av brukarar med overdoseinntak, som ikke krever akutt medisinsk behandling, kan i tillegg ha eit stort psykologisk hjelpebehov.

Både med og uten suicidal intensjon i forbindelse med en overdose, kan det være stort psykologisk hjelpebehov i etterkant, da sjøldestruktiv adferd og nesten-ulykke kan medføre ein krisereaksjon.

Ivaretaking av det medisinske og psykologiske hjelpebehovet til denne målgruppa vert i dag gjort av legevakta, helsepersonell på dagtid samt i nokre tilfelle med hjelp fra helsepersonell i kommunen som jobber kveld/helg/natt, jfr. omtale av dette i punkt 2.8.

For å oppnå bedre førebygging av nye overdose-handlinger for brukarar med hastegrad gul respons, meiner arbeidsgruppa det er nødvendig med kommunale tiltak som kan bidra til psykisk og emosjonell regulering og stabilisering.

Vi ser for oss at psykisk/emosjonell regulering vil kunne verta bedre gjennom eit tenestetilbod der brukarne opplever å bli sett og forstått, at dei får omsorg, at basale behov som mat, drikke, varme og ro og høve for søvn vert ivareteke. Gruppa tenker at roleg personale med samtalekompetanse, som har høve til å bruke tid og vera til stades for brukarne, vil kunne gje eit medmenneskeleg nærvær som vil kunne gje trygghetsfølelse og regulera ned indre smerte og uro. Det vil vidare vera ønskeleg at personaldekninga gjer det mogeleg å henta brukarar med overdose-inntak og/eller suicidale intensjoner, då brukar ikkje alltid er i stand til å koma seg til tenestestaden ved stort psykisk ubehag, og det heller ikkje er høve til å nytta ambulanse, t.d. grunna manglande alvorlegheitsgrad. Eit slikt teneste-tilbod vert vurdert av prosjektgruppa som vanskeleg å etablere på godt vis innafor økonomiske rammer ved eksisterande tenester i Os. Vi vurderer at eit tenestetilbod som dette vil ha ein del overlapping med det komande lovpålagte døgnbaserte ØH-tilbodet fra januar 2017. Gruppa rår difor til at dette tiltaket kan verta samkjørt med/dekkast inn av dette komande teneste tilbudet.

Eit slikt omsorgs og samtalebasert akutt-hjelps-tilbod vil vonaleg også kunne bli samkjørt med kommunen sitt kriseteam-arbeid. Ved alvorlege ulykker, vald i familier, ved sjølv-mord og naturkatastrofer m. m. vurderer gruppa at eit slikt tilbod vil vera ein god ressurs for kriseramma ofre. Dette vil vidare gjera det lettare for kriseberedskapen å ha samarbeidspartar når kriser inntreffer, då kriser ofte førekjem i ferier og høgtider, då store delar av kommunen sitt hjelpeapparat er indisponibelt.

3.3. AKUTTE TILTAK VED SUICIDAL INTENSJON (GUL/RØD RESPONS - PSYKIATRI) – KOMMUNAL ØH-HJELP.

Brukarar som kontakter hjelpeapparatet utan å ha inntatt overdose, men som har sjølmordstankar og intensjon om å ta ein overdose, treng og gjerne medisinsk hjelp, tett oppfølging og overvaking, då tilstanden kan forverra seg.

Personar som har utført alvorleg sjølvmondsforsøk (med våpen, henging, kutt og stort blodtap, hopp fra stor høgde, med medikament eller med gass/kullos) vert kategoriserte under rødt hastegrad i medisinsk indeks. Det same gjeld personar som truger med sjølvmond og har konkrete planar for dette. Der det kjem fram at det er fare for alvorleg vald, vert det vurdert som rødt respons etter medisinsk indeks. Brukarar som av legevakta vert vurdert som rødt hastegrad i medisinsk indeks vil i dei fleste tilfelle bli vurdert av vaktlege, eventuelt fastlege. Ofte resulterer det i oppfølging ved spesialisthelsetenesta i psykisk helsevern, enten som frivillig eller tvungen innlegging.

Det vert kategorisert følgjande tilstander under gul hastegrad: mistanke om alvorleg sinnsliding med stor uro/angst/aggressiv oppførsel samt trusler om sjølvmond. Personar som ber om å få snakke med lege, og som er deprimerte eller har sjølvmondstankar er også under samme hastegrad. Dei som mottar slike henvendingar må ta seg tid til å kartleggja problemet, såframt det ikkje er ein akuttsituasjon. Pasienten er ofte sårbar i slike situasjonar. Det er derfor viktig å behandla slike henvendingar på eit vis som gjer at pasienten kjenner seg ivareteke og får hjelp, fortrinnsvis med personale som har tid til denne viktige oppgåva, og som ikkje er bunden opp av oppgåver på legevakta samstundes.

Ved tilstander som ein vurderer som rødt respons, er det nokre gonger bedre med lokal oppfølging. I dei tilfelle der brukaren strever med kronisk suicidalitet, er innlegging - i følgje veileder frå 2008, IS-1511: Nasjonale retningslinjer for førebygging av sjølvmond i psykisk helsevern - noko ein bør unngå eller begrensa omfanget av. Det kan også vera brukarar som ikkje gjer uttrykk for klar suicid-intensjon, men som har sterke sjølvmondstankar og planar, og der mestringsstrategiene for å halda ut den sterke psykiske smerten er av destruktiv karakter. Her kan det handla om t.d. sterk rusing/overdose, sjølvskading og/eller å setta seg sjølv og/eller andre i risikosituasjon (uforsvarleg kjøying eller sårbarhet for overgrep). Vi vurderer at også denne gruppa har eit stort psykologisk hjelpebehov og at ein truleg vil kunne forebyggja overdosar (og annen sjølvdestruktivitet) ved å tilby oppfølging i kommunen for pasientar i denne gruppa.

Arbeidsgruppa meiner også denne gruppa bør omfattast av eit komande kommunalt ØH-tilbod frå januar 2017, jfr. punkt 3.2.

Ved vald, eller ved mistanke om vald, skal ein alltid varsle politiet for å sikra staden før helsepersonell går inn for å hjelpa.

Merk: Det akutte tiltaket er ikkje avslutta før andre instansar har teke over eller brukaren ikkje ønsker vidare oppfølging.

KAP. 4. OPPFØLGING ETTER AKUTT-TILTAK FOR Å FØREBYGGJA OVERDOSER.

4.1. INFORMASJON TIL KOMMUNEHELSETENESTA VED OVERFØRING FRÅ LEGEVAKT TIL SPESIALISTHELSETENESTA.

For å sikre best mogeleg ivaretaking av pasientar som legevakta overfører til spesialisthelsetenesta for medisinsk oppfølging etter overdose, foreslår arbeidsgruppa at legevakta informerer kommunehelsetenesta første virkedag etter kontakt, såframt pasienten samtykker til dette. Målet med dette er å auka kommunehelsetenesta sitt overblikk, slik at personalet kan bli omdisponert for å følgja opp pasienten ved utskriving. Personale ved legevakta kan kontakta den kommunale helsetenesta via vakttelefon (sjå punkt 4.4.) og fastlege.

4.2. OVERFØRING FRÅ AKUTT-TILTAK I SPESIALISTHELSETENESTA TIL ANNAN OPPFØLGING I SPESIALISTHELSETENESTA.

I nokre tilfelle vil det vera aktuelt med overføring frå rusakutten til lengre varande stabilisering eller rusbehandling ved rusinstitusjon. I desse tilfelle vil oppfølging til brukar dermed i hovedsak bli ivareteke i spesialisthelsetenesta. Det er imidlertid viktig at det er tett samarbeid med personale frå Os Kommune i løpet av behandlinga for å ivareta brukaren når han/hun blir utskrevet. Arbeidsgruppa foreslår at den kommunale helsetenesta får informasjon frå spesialisthelsetenesta om dette. Vi foreslår og at det kommunale personalet innan helsetenesta informerer sine samarbeidspartar om dette, jf. punkt 2.3.

4.3. OPPFØLGING FRÅ LEGEVAKT INNTIL KOMMUNEHELSETENESTA KAN TA OVER.

Ved utført akuttbehandling på kveld eller helligdag, der det er fleire timar eller til og med fleire dagar til vanleg arbeidsdag (f.eks. i samband med helligdager), foreslår arbeidsgruppa at legevakta i slike situasjonar ivaretek oppfølginga av brukar, slik praksis er i dag.

Denne oppfølginga kan innebæra å ringe til brukaren eller setta opp tid for samtale med brukeren ved legevakta. Personalet som ivaretek denne funksjonen er imidlertid samstundes ansvarleg for å svara telefonar og møte personar som møter opp til legevakta. Dette kan føra til at personalet må gå frå ein samtale eller avbryta telefonen, når liv og helse er på ferde, noko som er utfordrande for brukarar i ein så sårbar tilstand. Arbeidsgruppa vurderer at det vil vera hensiktsmessig at denne oppfølginga, utanfor vanleg arbeidstid, vil bli overteke av personale som har høve til å være til stades for brukaren, slik som personalet ved det planlagte døgnbasert ØH-hjelpetilbodet i Os Kommune frå 1.1.2017.

4.4. OPPRETTA VAKT-TELEFON VED EINING HELSETENESTER.

Arbeidsgruppa rår til at eining Helsetenester oppretter ein døgnbetjent vakt-telefon i eining Helsetenester. Vakttelefonen vil vera eit samarbeidsverktøy for å sikra at samarbeidspartar får kontakt med personalet i eining Helsetenester. Det vil si at dette er ein samarbeidstelefon som ikkje er open for brukarar eller pårørande.

Personalet som mottar melding om behov for oppfølging etter akutt-tiltak/overdose har då ansvar for å kobla på aktuelt personale i kommunen for vidare oppfølging. Ein skal arbeida ut ein rutine for ansvarsvakt som beskriver bruk av vakttelefonen. Gjennom eit samarbeid mellom avd. Psykisk helse og Grantun (døgnbemanning) vil det vera mogleg å gjera vakttelefonen betjent heile døgeret.

4.5. OPPRETTA TIME I HANDA-TILBOD ETTER AKUTT-TILTAK.

Arbeidsgruppa foreslår eit samarbeid med legevakt og avd. Psykisk helse, der det vert gjeve tilbod om timeavtale - konkret time i handa - som legevakta i Os kan gje til brukarar, der det er aktuelt og ønskeleg med oppfølging førstkomande arbeidsdag. Dette er tenkt gjennomført ved at avd. Psykisk helse setter av et par timar i veka til oppfølging etter akutt-forløp, som legevakta kan disponera. Arbeidsgruppa rår til at ein lager ein rutine for dette, jfr. rutine for ansvarsvakt. Arbeidsgruppa rår vidare til at det vert utarbeidd eit visittkort med informasjon om kven ein kan venda seg til viss ein får bruk for hjelp (tlf. 116117) samt plass til å notera tidspunktet for time i handa ved avd. Psykisk helse.

4.6. GJE TILBOD OM KARTLEGGING AV HJELPEBEHOV ETTER AKUTT-TILTAK.

Arbeidsgruppa rår til at brukarar etter akutt-tiltak vert gjeve tilbod om kartlegging for å sikra at hjelpebehov er kjent, samt avklara korleis ein best kan hjelpa dei vidare også utifrå brukar sine ønskje for vidare oppfølging. Alt personale ved helsetenesta har kompetanse til kartlegging av hjelpebehov, mens kommunepsykologane har kompetanse til ulike formar for mer spesialisert kartlegging.

4.7. GJE TILBOD OM HJELP TIL HENVISING ETTER AKUTT-TILTAK.

Os Kommune har personar med henvisningskompetanse både i høve til TSB (tverrfaglig spesialisert behandling i rusinstitusjon) og til psykisk helsevern. Arbeidsgruppa rår til at det vert gjeve tilbod om henvising til vidare oppfølging viss brukaren ønsker dette i etterkant av akutt-tiltak.

KAP. 5. SKJEMATISK OPPLISTING AV PROSEDYRER.

Gruppa ser det som ein fordel å prøve ut endringer i avgrensa omfang før ein setter i verk tiltak for heile området. I denne fasen er det viktig med operasjonalisering for å måle effekt av tiltaket. For å få overblikk over dei ulike tiltaka som vert foreslått har arbeidsgruppa valt å setta alle tiltak inn i eit skjema, sjå nedanfor. Skjemaet viser status for ulike tiltak samt eventuelt behov for ekstra finansiering, noko vi håper vil gjera det lettare å prioritera og foreta valg om endringer.

Kap. Ref.	Tiltak	Ansvarlig	Gjennomført	Igangsett	Krever midler utover budsjett	Frister
2.1.	Info. ved utskriving	Spesialisthelse-tenesta				
2.2	Info. ved løslating	Kriminalomsorg				
2.3	Samarbeid med spht. og fengsel	Nav sosial, Psyk. Helse, ruskons.		Ruskonsulent i gang		01.04.2017
2.4	Skaffe bustad til alle	Os Kommune, NAV	Gjennomført			
2.5	Kurs om switch	Avdelingsleiar Vartun				01.01.2017
2.6	Førstehjelpskurs for brukarer.	Vartun, Legevakt, Psyk. Helse, kom.overlege				01.01.2017
2.7	Lage og dela ut "113-kort".	Helsetenester, Os	Gjennomført			
2.8	Tilby ØH-hjelp i Os kommune.	Helse-tenester, Os			Awenter leiing og budsjett	
2.9	Utarbeida kriseplanar	Kommune-psykolog		Kom. Psykolog i gang		01.04.2017
2.10	Utvikla pårørende-arbeid	Avdelingsleiar Psykisk helse				01.01.2017
3.1	Med. Akutt beh.	Spesialisthelse-tenesta	Foregår slik i dag.			
3.2.	Komm. ØH-hjelp	Os Kommune, Pleie og omsorg			Awenter leiing og budsjett	
4.1	Info ved overfør. til spes.helsten. akutt	Legevakt, kom.overlege				01.11.2017
4.2	Overfør.til spht. etter akutt beh.	Spesialisthelse-tenesta	Foregår slik i dag.			
4.3	Legevakt hjelp inntil anna er på plass.	Os Kommune, Legevakt	Foregår slik i dag.			
4.4	Vakt-tlf.	Avd.leiar Psyk.helse				01.01.2017
4.5	Time-i-handa	Avd.leiar Psykisk helse				01.01.2017
4.6	Tilby kartlegging	Avd.leiar psykisk helse + BOF				0.01.2017
4.7	Hjelp m. henvising	Olaug, Sanne og Jon				01.01.2017