

## **Hørings svar vedr. "Oppfølging etter rusmiddeloverdose» knyttet til Pakkeforløp rusbehandling (TSB).**

### **Avsender: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse**

Overdose av rusmidler er en viktig dødsårsak i Norge med om lag 250 dødsfall per år, der opioider er involvert og vurdert som det viktigste bidraget til død i rundt 80 prosent av tilfellene. Samtidig er det typisk at de som dør av overdose har inntatt flere rusmidler, og spesielt er inntak av andre dempende rusmidler som benzodiazepiner, z-hypnotika, alkohol, GHB og gabapentinoider sammen med opioider risikabelt.

Dersom man har gjennomgått en ikke-dødelig overdose, og særlig hvis det har vært flere overdoser tett på hverandre, er risikoen for å dø i en senere overdose forhøyet. Tiltak etter ikke-dødelig overdose er derfor svært sentrale for å redusere dødsrisiko og et viktig angrepspunkt i arbeidet for å redusere overdosedødeligheten. Det er derfor viktig at det nå lages en ramme for slike samordnede tiltak i form av et pakkeforløp som forplikter ulike deler av helsetjenesten til samordning av innsatsen i akuttforløp av overdosene og oppfølgingen etterpå. Selv om pakkeforløpet primært er normerende for spesialisthelsetjenesten, vil det også ha innvirkning på innsatsen fra andre tjenesteytere, spesielt på kommunalt nivå.

NKROP slutter seg til innhold og innretting som er presentert i høringsutkastet "Oppfølging etter rusmiddeloverdose – pakkeforløp".

Vi vil nedenfor kommentere noen punkter som vi mener er spesielt viktige.

- 1) Avsnitt Taushetsplikt og samtykke: "Informasjonsdeling utover øyeblikkelig hjelp"

Rammene for informasjonsdeling i akuttsituasjonen der det jobbes aktivt for å reversere en overdose er greit beskrevet i høringsutkastet og er lite problematisk. Det samme gjelder avsnittene om informasjonsplikt og tvangsbehandling. Når det gjelder videre informasjonsdeling utover akuttsituasjonen er dette mer problematisk. Her bør teksten i dokumentet gjøres

klarere, slik at forholdet mellom pasientens rett til å nekte videre informasjonsdeling og hjelpeapparatets "behov" for å utveksle informasjon beskrives klarere enn i utkastet. Aktuell problemstillinger og dilemma kan være: Finnes det situasjoner der hjelpeapparatet kan "overkjøre" pasientens ønske om ikke å dele informasjon? Spiller nødrett noen rolle her, f. eks. etter gjentatte alvorlige overdoser? Spiller samtykkekompetanse noen rolle? Kan pasienten motsette seg og dermed hindre enhver form for informasjonsdeling (der det ikke er snakk om tvang eller informasjonsplikt) utover akuttsituasjonen? Slik avsnittet står i dag er disse sentrale og vanskelige dilemmaene ikke tilstrekkelig belyst.

## 2) Tiltak på systemnivå i spesialisthelsetjenesten

Det er spesielt fire tiltak som her er vesentlige:

- a) Ansvarsforankring for gjennomføring av pakkeforløpet er lagt på toppnivå i HF-ene, på ledelsesnivå 1
- b) Døgnskuttinuerlig vaktberedskap for lege i TSB i alle helseforetak for konsultasjon/rådgivning og også for undersøkelse
- c) Mulighet for akuttinnleggelse av pasienter (i denne sammenheng etter overdose) døgnskuttinuerlig i TSB akuttavdeling (akuttsenger)
- d) Åpen retur 48 timer i tilfeller der pasient etter overdose takker nei til innleggelse i akuttavdeling.

Punkt a) er vesentlig for å vektlegge betydningen av akutte ruskriser, herunder ikke-dødelige overdoser, som alvorlige hendelser på linje med akutte somatiske situasjoner som hjerneslag, hjerteinfarkt eller sepsis eller psykiatriske tilstander som akutt psykose eller suicidalitet. Vi støtter dette.

Punkt b) og c) er også viktige tiltak som vi støtter. Det er imidlertid viktig å være klar over at dette vil være utfordrende økonomisk for HF-ene, personellmessig p.g.a få leger i TSB i mange HF og geografisk da mange HF dekker svært store områder. Ikke desto mindre er dette helt sentrale tiltak å få på plass, og de vil kreve økt prioritering av akutt rusbehandling og utdanning av spesialister i rus- og avhengighetsmedisin.

### 3) Ved mulig suicidal intensjon – kontakt opp mot psykisk helsevern, rus øker risiko for selvmord

En del av overdosene er selvmordsforsøk. Dessuten øker rusmiddelpåvirkningen risikoen for at tanker om å begå selvmord resulterer i selvmordsforsøk og i verste fall dødsfall. Det er derfor viktig at vurderingen i og etter akuttfasen av overdose-behandlingen også omfatter vurdering av om det foreligger suicidal intensjon og risiko for nye selvmordsforsøk. I tillegg til kontakt opp mot TSB, vil det i en del tilfeller være nødvendig med kontakt opp mot psykisk helsevern og innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling.

### 4) Substitusjonsbehandling

De fleste fatale overdosene involverer opioider som anses som de mest risikable rusmidlene i overdosesammenheng. I mange tilfeller vil akutt substitusjonsbehandling være aktuelt i oppfølging av overdoser for personer som ikke er i substitusjonsbehandling, jfr. avrusningsretningslinjen. Dette er også omtalt i pakkeforløpet. I tilfeller der det foreligger opioidavhengighetssyndrom etter ICD-10, vil permanent substitusjonsbehandling være aktuell og anbefalt videre behandling. Selv om dette ikke iverksettes umiddelbart etter overdose (da vil midlertidig substitusjonsbehandling være det aktuelle), bør pakkeforløpet påpeke at vurdering i TSB må omfatte videre behandling for ruslidelse innbefattet opioidavhengighetssyndrom, med lenke til opioidretningslinjen ("LAR-retningslinjen") som nå er under revisjon.