

RELEV

En evaluering af forebyggelse af
opioid-overdosisdødsfald med NALOXON



INDHOLD

FORORD	5
OPSAMLING	7
Baggrund og formål med RED LIV	7
Tilrettelæggelse af projekt og evaluering	7
Resultater	7
Etik	8
ANBEFALINGER	9
1. BAGGRUND FOR PROJEKT RED LIV	13
1.1 Overdoser og deres konsekvenser	13
1.2 Ikke-dødelige overdoser	13
1.3 Risikofaktorer for overdosis	14
1.4 Hvad er Naloxon?	14
1.5 Erfaringer med Naloxon-baseret overdosisbehandling	19
1.6 Hvordan administreres Naloxon?	22
2. ERFARINGER FRA PILOTPROJEKT I KØBENHAVNS KOMMUNE	27
2.1 Kurser i overdosis	27
2.2 Barrierer for undervisning og udbredelse	28
3. RED LIV	29
3.1 Metode	30
4. RESULTATER	37
5. DISKUSSION	51
6. OPSKALERING	53
6.1 Forslag til struktur og økonomi for en national overdosisforebyggende indsats	53
6.2 Central landsdækkende ressourceenhed	53
6.3 Lokale kommunale forebyggelsesenheder	53
6.4 Opgaver i central enhed/koordinering	53
6.5 Undervisning/koordinering	54
6.6 Undervisning/medhjælper /dataopsamler/sparringspartner	54
6.7 Undervisning af lokale trænere	54
6.8 Transport	54
6.9 Materialeudgifter	54
6.10 Medicinudlevering	54
6.11 Kontorfaciliteter	55
Oversigt over opgaver, ansvarlige fagpersoner og ressourcer	55
Oversigt over opgaver i decentral enhed	56
REFERENCER	57

DEL 2. PRAKTISKE FORHOLD OMKRING RED LIV	61
INDLEDNING	61
1. ORGANISERING OG IMPLEMENTERING	63
2. LEVERANCER	65
2.2 Tasker	66
3. HÅNDTERING OG DELEGATION	71
4. INFORMATIONSMATERIALE	73
5. REGISTRERING OG DELTAGERINFORMATION	77
6. DATAINDSAMLING TIL KVALITETSSIKRING	79
7. KURSER	81
7.1 Udvælgelse af deltagere til kurserne:	81
7.2 Kursusaftoldelse	82
8. FORMIDLING OG EKSTERNT SAMARBEJDE	91
8.1 Erfaringsudveksling med nordiske lande.	91
8.2 Formidlingsplan	91
8.3 Officielle præsentationer.	91
8.4 Medieomtale	93
BILAG 1. PULJEOPSLAG, SUNDHEDSSTYRELSEN	96
BILAG 2. MILEPÆLSPLANLÆGNING, MARTS 2013 – JUNI 2015	100
BILAG 3. ANSØGNING OM UDLEVERINGSTILLADELSE	106
BILAG 4. GENEREL UDLEVERINGSTILLADELSE	108
BILAG 5. MEDICINOPBEVARING	110
BILAG 6. INSTRUKS FOR LÆGER I RÅDGIVNINGSCENTER KØBENHAVN	114
BILAG 7. TRÆNERVEJLEDNING, INDHOLDSFORTEGNELSE	118
BILAG 8. PLAKATER TIL BRUGERKURSER	119
BILAG 9. RED LIV BEHANDLING AF OVERDOSIS	129
BILAG 10. TEST TIL TRÆNERE	145

FORORD

Dette er en rapport om projekt RED LIV, som blev gennemført i 2013-2015 af SundhedsTeam, Center for Udsatte Voksne og Familier, i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Københavns Kommune, Aarhus Kommune, Glostrup Kommune og Odense Kommune.

Projektet havde til formål at afdække muligheden for at uddanne relevant personale, tidligere stofbrugere og pårørende i overdosisforebyggelse ved hjælp af det morfinblokerende stof Naloxon, og det fungerede som en udvidelse af et mindre overdosisprojekt med Naloxon, som blev gennemført i Københavns Kommune 2010-2011.

Rapporten er delt i to dele. Del 1 beskriver anbefalinger, baggrund, gennemførelse og resultater fra projektet. Del 2 beskriver de praktiske forhold omkring afviklingen af projekt RED LIV.

Vi vil gerne takke koordinatore og læger i de 4 kommuner og landsfølgegruppe; medlemmerne i styregruppen, Lis Bjarnesen, Bo Møller Nielsen og Helle Petersen, for overblik og konstruktive indspark, samt lektorerne Morten Hesse og Birgitte Thylstrup, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, for hjælp med dataindsamling, databearbejdning og rapportskrivning.

Sidste men ikke mindst vil vi gerne takke trænerne, som lagde tid i uddannelsen og kontakten med brugere og pårørende, og alle de brugere og pårørende, som har stillet sig frivilligt til rådighed for at kunne redde andre.

København, december 2015
Marian Jørgensen projektkoordinator, RED LIV
Henrik Thiesen, overlæge projektleder, RED LIV

OPSAMLING

BAGGRUND OG FORMÅL MED RED LIV

Danmark er blandt de lande i Europa som har den højeste dødelighed på grund af overdosis med narkotika med 244 dødsfald i 2012. Selvom antallet af narkotikarelaterede dødsfald faldt en smule fra 2008, er dødeligheden stadig en af de højeste i Europa. Samtidig udgør overdosisdødsfald toppen af et isbjerg af ukendt størrelse, hvor overdoser, som ikke har dødelig udgang, medfører alvorlige somatiske problemer, og bidrager til en generel dårlig helbredstilstand, forringelse af livskvalitet, og besværliggør forbedring af livssituation (se afsnit 1.2 om Naloxonbehandling i praksis). Selv om en overdosis af narkotika ikke medfører døden, betyder det, at åndedræt og blodtryk falder, hvilket medfører en manglende iltning af kroppens organer, som kan medføre alvorlige skader på en række organsystemer, herunder hjernen og hjertesystemet.

Men en overdosis kan behandles med en antidot, og her anvendes oftest Naloxon, hvilket også er gjort i dette projekt. Jo hurtigere behandlingen sker, des mindre er risikoen for at stofbrugeren dør, og des færre skader vil overdosen gøre. Formålet med RED LIV var således at teste betydningen af at oprette og vedligeholde et overdosiskursus i tæt kontakt med en bred gruppe af mennesker, som opholder sig i eller kommer i kontakt med det eksisterende stofmiljø, inklusive stofbrugere, pårørende, samt et større netværk af behandlere og andre professionelle. Baggrunden var, at en inddragelse af flere aktører, kunne støtte en bredere forankret forebyggelsesstrategi, og inkludere andre stofbrugere og miljøer end dem, der typisk er i kontakt med opsøgende sundhedstilbud, og hvor redningsfolk derfor ofte tilkaldes for sent eller slet ikke. Et andet vigtigt formål med RED LIV var også at udvikle materiale til opstart af stabile, vedvarende og lokalt forankrede undervisningstilbud i forebyggelse af overdoser, som på sigt kan varetage den videre undervisning af stofbrugere, pårørende og relevante professionelle i lokalområdet. Endelig

ønskede projektet at belyse under hvilke forhold overdoser forekommer, og hvordan de håndteres.

TILRETTELÆGGELSE AF PROJEKT OG EVALUERING

RED LIV projektet involverede en større gruppe på over 487 deltagere fra 7 steder i 4 kommuner i Danmark. Kurserne blev gennemført efter et såkaldt "train-the-trainers" design, hvor eksperter underviser trænere, så de opnår de nødvendige kompetencer for at kunne gennemføre kurser i forebyggelse af overdoser for personer, som skal kunne gennemføre indsatsen i praksis.

I løbet af sommeren 2015 blev der gennemført en opfølgning af alle kursusdeltagerne. Opfølgningen blev gennemført i form af spørgeskemaer, som blev indtastet på en webbaseret database, og som omhandlede deres oplevelse af forebyggelseskurset, og deres erfaringer med at behandle overdoser efter kursusdeltagelse.

RESULTATER

En indsats for at håndtere overdoser, som medfører markant nedsat respiration og bevidsthedstab, kræver oparbejdelse af et beredskab og sikring af, at den nødvendige viden og de nødvendige midler er tilgængelige for de, der kan reagere og hjælpe når overdosen opstår. Af samme grund var fokus for RED LIV at udbrede viden og midler bredt til de personer, som har mulighed for at behandle overdoser, dér hvor de opstår. Vigtige indikatorer for projektets succes var derfor gennemførelse af forebyggelseskurser, udlevering af materiale til at behandle overdoser (kits), og selve behandlingen af overdoser.

I evalueringen af RED LIV har vi lagt vægt på at identificere, hvem der har gennemført forebyggende behandlinger, og under hvilke omstændigheder dette er sket. Dette har vi gjort for kunne evaluere på, om midlerne til at behandle overdoser er udbredt og anvendes i tilfredsstillende omfang, og

ANBEFALINGER

om der er særlig faktorer hos særlige målgrupper, man skal være opmærksom på, for at udbrede den forebyggende indsats yderligere i fremtiden. Lidt over 490 personer har modtaget undervisning i behandling af overdoser med Naloxon. Der var stor variation mellem de forskellige steder i landet, i forhold til hvor meget personale, der indgik i kurserne. I København og Odense var der således et forholdsvis stort antal medarbejdere, som indgik i kurserne, mens der i Århus og i omegnskommunerne omkring København deltog meget få medarbejdere.

I undersøgelsesperioden har 30 deltagere behandlet mindst én overdosis, og i alt er 45 stofbrugere blevet behandlet. Det er primært deltagere, som selv er stofbrugere, der har behandlet overdoser, særligt de opioidbrugere, som var ældre, og som tidligere havde oplevet en overdosis selv. I 22 tilfælde var den, der udførte behandlingen, allerede til stede da overdosen skete, og 8 overdoser skete i stofbrugerens eget hjem. De fleste kendte stofbrugeren i forvejen.

Samlet set tegner der sig et billede af, at stofbrugere er dem, der oftest allerede er til stede, når overdosen sker, og at de oftest er dem, der behandler overdoser i brugerens eget hjem, at de behandler overdoser hos personer, de ikke kender i forvejen, og at de behandler overdoser, der er lige så alvorlige som dem, der behandles af personale. Overdoserne har generelt været alvorlige. For 31 af de behandlede overdoser var vi i stand til at få informationer af detaljerne. Her var to tredjedele ikke kontaktbare, og næsten ingen trak vejret, eller trak vejret med besvær. I lidt over halvdelen af tilfældene anvendtes kun næsespray, og i fem tilfælde anvendtes kun Naloxon til injektion i muskel. I de resterende 11 tilfælde blev der enten givet kunstigt åndedræt, taget kontakt til ambulance, eller der blev ikke givet nogen behandling. I 24 tilfælde var der behov for yderligere behandling, ud over indgivelse af modgift og kunstigt åndedræt.

Flertallet af deltagerne vurderede, at de i høj grad havde fået nyttig information om håndtering af overdoser på forebyggelseskurset. Vurderingen af selve kurserne og materialet var overvældende positiv, og omkring halvdelen af trænerne havde afholdt et eller flere kurser efter deres egen uddannelse. I alt var der trænet 192 brugere på trænerne kurser, samt 30 politifolk og 86 personaler og frivillige.

ETIK

Projektet som helhed indfører ikke nogle nye behandlingsformer, bortset fra at Naloxon også indgives via næsespray. Der er ingen lodtrækning mellem personer som behandles, og den enkelte person, som har overdoseret modtager livreddende behandling som vanligt, bare nu med mulighed for at supplere med antidot. Stofbrugere, som gives Naloxon skal spørges om han eller hun vil modtage medicin, men da personen definatorisk er bevidstløs og ukontaktbar, og da yderligere afventen vil medføre dødsfald, kan Naloxon gives, hvis de guidelines, som der er undervist i på forebyggelseskurset, følges.

Rapportens anbefalinger til gennemførelse af overdosisforebyggelse kan ses som en samlet konklusion på den viden, der er opbygget i RED LIV, de tidligere projekter, som vi har gennemført i Danmark, og den viden, der er opbygget internationalt gennem de sidste 10-15 år. Anbefalingerne er således i samklang med anbefalinger fra andre forebyggelsesprojekter, som er implementeret andre steder i verden, og som bygger på det faktum, at overdosistilfælde forekommer spredt og uforudsigeligt, og at en kvalificeret forebyggelse derfor skal være fleksibel, tilgængelig og indeholde enkle forskrifter og administration i forhold til selve indsatsen.

1. Der bør løbende arbejdes med øget bevidsthed og behandling af overdoser.

Antallet af overdoser i Danmark, dødelige såvel som ikke-dødelige, kan anslås til at være mindst 9-10.000 om året og langtidskonsekvenserne af ikke-dødelige overdoser er alvorlige og forringer helse, livskvalitet og mulighed for at ændre på egen situation, også selvom opioidforbruget er ophørt. Gennemførelse af kurser i overdosisbehandling øger den generelle bevidsthed om risikoen ved brug af opioider og øger dermed også opmærksomheden og forbruget hos den enkelte stofbruger.

2. Modellen for forebyggelse med Naloxon bør gøres permanent i hele landet.

En opgørelse fra Landsforeningen af Væresteder i Danmark i 2013 viste, at i forhold til befolkningsstørrelse, er forekomsten af overdosistilfælde størst i landområder hvor afstanden til misbrugsbehandling er størst (LVS og SVID 2013). Det anbefales derfor at gøre modellen for forebyggelse bredt tilgængeligt geografisk. Udover at sikre en lokal parathed til at behandle opioidafhængige, vil det også støtte op om parathed i forhold til behandling af de målgrupper, som i fremtiden kan komme ud for opioidforgiftning.

3. Model for forebyggelse bør gøres bredt tilgængelig.

Da man ikke på forhånd ved, hvor overdoser vil optræde, og hvem der vil opleve overdoser, er det vigtigt at sikre, at antallet af personer på landsplan, som kan behandle overdoser, vedvarende er højt nok, og at modgiften er tilgængelig for disse personer. Ved behandling af en overdosis, er en hurtig reaktion afgørende for at komme sig uden mén. Der bør derfor være personer lokalt, som er i stand til at reagere passende på overdosistilfælde.

4. Uddannelsestiltag bør være fleksible, tilgængelige og forankret i den lokale struktur og kultur.

Lokale forhold spiller en rolle i forhold til hvor udbredt uddannelsen af trænere og hjælpere bliver. I en landsdækkende implementering er det derfor afgørende, at selve uddannelsesindholdet er ensartet. Hvilke institutioner og brugergrupper som skal involveres er nødvendigvis en lokal beslutning. Det er vigtigt, at både kommunale og NGO organisationer inddrages, ligesom der bør være en kontakt med kriminalforsorgen. Vedholdenhed i udviklingen bør være en central opgave i tæt samspil med de lokale interessenter.

5. Uddannelsestiltag bør følges løbende for at sikre kvalitet og ensartethed.

Ved at have en ensartet kvalitet i træneruddannelsen sikres det, at der gives en ensartet hjælperuddannelse. Samtidig øger det mulighed for, at eventuelle nye behandlingsmetoder eller – udstyr hurtigt kan implementeres til gavn for hjælperne og de personer, som rammes af en overdosis. Der bør derfor løbende følges op på de enkelte uddannelser fra centralt hold, ligesom tilbud om supervision bør være en mulighed for trænerne.

6. Uddannelses tiltag bør rettes mod en bred gruppe af stofbrugere og pårørende.

Stofbrugere, der færdes i stofmiljøet har størst mulighed for at intervenere ved overdoser, og bør derfor være den primære målgruppe for undervisning af hjælpere i forebyggelse af overdoser. For at nå den relevante brugergruppe skal opsætning af kurser være let tilgængelig, lokal, forholdsvis hyppig og med et begrænset tidsmæssigt forbrug for den enkelte. Stofbrugere, der som følge af afsoning, døgnbehandling eller hospitalsindlæggelse kan oplevede nedsat tolerans, bør prioriteres yderligere fremover. Endelig bør interesserede pårørende uddannes som del af en bredere forebyggelsesstrategi.

7. Der bør være øget fokus på forankring på institutionsniveau for relevante professionelle.

Medarbejdere på væresteder og herberger er oftere i berøring med tilfælde af overdoser, og bør derfor prioriteres. Samtidig bør andre relevante professionelle, så som politi og hospitalspersonale også uddannes, da det sikrer en parathed og bred indsats. Selvom uddannelse af relevante medarbejdere og andre professionelle stadig foregår personligt, vil det fremover være hensigtsmæssigt at uddanne alle medarbejdere på den enkelte institution. Medarbejderne er en vigtig gruppe for vedligeholdelse af kulturen omkring tilgængelighed af modgift og forebyggelse af overdoser, og det er derfor vigtigt, at der lægges en strategi for, hvordan medarbejderne kan inddrages i forebyggelsesarbejdet på de steder, hvor det er vanskeligt at få dem til at indgå i kurser. Derudover udgør det en alvorlig barriere for kontinuitet, at der er stor udskiftning af personale på de enkelte institutioner, som dermed mister sin tilknytning til projektet.

8. Udstyr til behandling af overdoser bør forenkles for at sikre korrekt brug.

Det er vigtigt at sikre, at behandling af overdoser sker med et produkt, som er tilpasset til at kunne anvendes i akutte situationer af personer, som ikke

har nogen særlig erfaring i brug af medicin. Dette vil øge muligheden for udbredelse til andre opioidbrugere, som for eksempel smertepatienter og deres pårørende. Vi har valgt at benytte Naloxonproduktet Prenoxad. Selvom der er mange fordele ved Prenoxad som næsespray i forhold til de tidligere ampuller, er der stadig den forhindring, at Prenoxad er udviklet til injektion og ikke har den sikkerhed i brugen som en særligt udviklet næsespray vil have. Da evidensen for Naloxon som næsespray er velundersøgt, anbefales det, at der udvikles et europæisk produkt tilpasset intranasal brug.

9. Overdosisforebyggelse primært bør så vidt muligt ske ved hjælp af nasalspray.

Behandling af overdosis i lægmandssetting bør ske med nasalspray. Næsespray er enkel at anvende og hverken den der administrerer Naloxon eller den der behandles kan påføres skade. I de sidste 5 år er der sket en markant udbredelse af Naloxontræningsprogrammer internationalt, og adskillige af dem bygger på intranasal administration. Et produkt udviklet til intranasal brug vil lette håndteringen og udbredelsen. Der bør tilskyndes til udvikling på området, så en billigere og lettere håndterbar nasal administrationsform bliver tilgængelig.

10. Receptpligten for Naloxon bør ændres og næsespray gøres lettere tilgængeligt, eventuelt i håndkøb.

For at opnå en optimal udbredelse bør der ses på receptpligten for Naloxon og de eksisterende delegationsregler, som betyder, at hver eneste uddannede skal superviseres af en læge og have personlig delegation af hver eneste dosis Naloxon. Den direkte lægelige supervision af alle er en barriere for opnåelse af et højt antal overdosisbehandlere, som er nødvendigt for at have en god dækningsgrad. Hvis Naloxon ikke kan gøres receptfrit, bør det overvejes om de nuværende regler kan tilpasses, så udbredelsen ikke hæmmes i samme grad som nu. I det norske projekt, som benytter samme produkt, har det været muligt kun at skulle super-

visere trænerne på 1. niveau, og derefter lade delegationen ske på anden hånd fra træner til hjælper (<http://stoppoverdoser.no/>).

11. Udvikling af særligt Naloxonudstyr til næsespray for lægpersoner.

Der bør arbejdes på import eller udvikling af et produkt til som er beregnet til brugeradministreret overdosisbehandling med næsespray. Det nuværende produkt er udviklet til intramuskulært brug og specialimporteret til brug i dette projekt. Der er behov for et enkelt device, som er tilgængelig fra alle apoteker.

12. Den positive kontakt med undervisningsdeltagere udgør basis for adressering af sundhedsforhold.

Naloxonbehandling bør ligesom hjertestarter-projektet have fokus på at forhindre de skader, som optræder ved ikke-dødelige opioidoverdoser. Tallet for ikke-dødelige overdoser er højere end for dødelige overdoser, hvoraf mange skader ikke rapporteres og øger risiko for senere fatal overdosis. Da der er evidens for, at behandling med Naloxon også har effekt på nonfatale overdoser, bør den positive kontakt med deltagere i overdosisprojekter også anvendes til at adressere generelle helbredstilstande og skærpe opmærksomheden hos stofbrugere og pårørende over for risikoen ved stofbrug generelt, og de sygdomme som er hyppige følger ved stofbrug.

13. Prioritering af opfølgning og samarbejde efter behandlet overdosis.

Det anbefales, at der ved et kommende projekt på landsplan gennemføres en plan for samarbejde og bevidstgørelse af hospitaler og redningstjenester, som understøtter, at personer, der udfører hjælpearbejde, altid kontakter redningstjenesten til at håndtere efterforløbet ved overdosis. Samtidig bør skadestuer og modtageafdelinger være opmærksomme på, at overdoser kan opstå igen hos mennesker, som har fået en overdosis af langtids-

virkende opioider og efterfølgende er behandlet med Naloxon.

14. Prioritering af videre undersøgelse om udbredelse til andre grupper.

Opgørelser viser, at udskrivelsen af smerteopioider i Danmark er meget højt i forhold til Europa generelt. Der bør derfor iværksættes en undersøgelse, som ser nærmere på risikoen for overdoser for almindelige smertepatienter, og på behovet for uddannelse i forbindelse med ordination af smerteopioider og samtidig ordination af og uddannelse i brug af Naloxon-device (Coe & Walsh, 2015; SAM-HSA, 2013).

BAGGRUND FOR PROJEKT RED LIV

1.1

OVERDOSER OG DERES KONSEKVENSER

Brug af opioider er årsag til hovedparten af narkotikarelateret sygdom og død i de vestlige lande, og den vigtigste årsag til narkotikarelateret død er akutte overdoser (EMCDDA, 2014). Danmark er blandt de lande i Europa med den højeste dødsrate, og selvom antallet af narkotikarelaterede dødsfald i Danmark er faldet siden 2008, er der igen sket en stigning fra 2013 så antallet af døde var 263 i 2014 (Sundhedsstyrelsen, 2015). Dette tal udgør et af de højeste i Europa, hvorfor sigtet derfor også er yderligere reduktion.

En kontakt til en instans i det offentlige behandlingssystem forhindrer ikke i sig selv fatale og non-fatale overdoser, selv om substitutionsbehandling kan mindske risikoen og medføre en stabilisering af stofbrugernes livssituation. Erfaringer viser, at overdoser sker både hos personer, der er i behandling, og hos personer, der enten endnu ikke er i behandling, eller som er faldet ud af et behandlingsforløb. At være til stede og at kunne handle rettidigt betyder, at forebyggende indsatser skal kunne ske i områder, hvor hjælpeinstanser optræder koncentreret, og hvor der derfor er større mulighed for at få hjælp og støtte fra andre stofbrugere og uddannet personale. Men lige så vigtigt er det, at sådanne indsatser skal kunne ske i mere isolerede områder og situationer, hvor der er mindre mulighed for at få hjælp fra omgivelserne. En stor undersøgelse af forgiftningsdødsfald viste således, at halvdelen af de dødelige overdoser i Danmark skete i eget hjem (Tjagvad, Petersen, Thylstrup, Biong, & Clausen, 2014), og at omkring en femtedel døde væk fra egen bopælskommune. Dette er tal, der afspejler den udfordring, at mange overdoser sker i eget hjem væk fra hjælpeinstanser, og at kommuners tilbud er rettet mod kommunens borgere, og derfor ikke kan hjælpe tilrejsende stofbrugere i samme udstrækning.

At der er stort behov for at møde stofbrugere,

hvor de færdes i hverdagen, og for at øge deres generelle opmærksomhed på særlige risikosituationer og hvad de kan gøre for at forebygge dem understreges også af, at stofbrugere ofte indtager stoffer sammen med andre, og derfor også ofte overdoserer i situationer, hvor andre er til stede (Tjagvad et al., 2014). Udover den danske undersøgelse af forgiftningsdødsfald, viser udenlandske også, at ca. 1/3 af stofbrugerne har haft en eller flere overdoser, og at 50–100 % har overværet at andre stofbrugere har overdoseret (Baca & Grant, 2005; Farrell & Marsden, 2008; Galea et al., 2006; Gjersing et al., 2011; Sporer, 2003; Wagner et al., 2015).

Tallene understreger at forebyggelsen skal ske, hvor de professionelle er i kontakt med stofbrugere, så som hospitaler, fængsler og stofrelaterede møder med politiet. Disse arenaer kan udgøre vigtige indsatsområder for forebyggelsesprogrammer, blandt andet fordi de ofte er forbundet med pause eller reduktion i stofindtag, og dermed med øget risikoen for overdosis. For eksempel fandt en undersøgelse af 573 injektionsbrugere, hvor næsten halvdelen (41.5 %) havde haft minimum én heroin/opioid overdosis, og 7.9 % havde haft en overdosis inden for de sidste 6 måneder, at overdosis de sidste 6 måneder var forbundet med at have været i kontakt med hospital og være arresteret for at have stoffer på sig (Wagner et al., 2015).

1.2

IKKE-DØDELIGE OVERDOSER

Overdoser med dødelig udgang udgør kun toppen af isbjerget. En overdosis af morfin, som ikke ender med døden, betyder stadig, at personen har været berøvet ilt i en længere periode, og konsekvenserne er alvorlige: den manglende ilt betyder, at en række organsystemer ofte vil tage skade, herunder hjerte- og karsystemet og centralnervesystemet, hvilket igen medfører øget sygelighed, og dårligere kognitiv funktion, som til sammen bidrager til yderligere at fastholde brugeren i en dårlig psyko-

social situation. Det er således kendt at indre organer, herunder lungerne lider under væskeansamling og dårlig funktion som følge af iltmangel efter overdosis. Lungeproblemer på grund af opkastning er et andet kendt problem, som har været kendt i årtier.

Mange oplever ikke-dødelig overdosis op til flere gange, hvilket udover at betyde alvorlige skader, også øger risiko for senere dødelig overdosis. Forskellige undersøgelser har vist, at mellem 47 % stofbrugere, heraf 69 % af heroinbrugere, havde oplevet en overdosis (T. Kerr, 2007). I evalueringen af det Københavnske pilotprojekt havde 14 deltagere i den ældre gruppe alle overværet overdosistilfælde og 4 havde selv oplevet overdosis (Thiesen, 2013). En retsmedicinsk undersøgelse af hjerner fra personer som har overdoseret viste for eksempel, at 38 ud af 100 har hjerneskade som følge af iltmangel og blodpropper i hjernen (som igen kan tilskrives iltmangel) (Andersen & Skullerud, 1999).

Overordnet er der altså en hel del flere non-fatale overdoser end der er fatale overdoser, og overdoser bør forstås som et kontinuum, hvor de non-fatale i sidste ende kan medføre en øget sårbarhed og risiko for at en overdosis ender fatalt. Når man observerer en overdosis er det ikke i realiteten muligt at skelne mellem hvilke heroinoverdoser der vil lede til dødsfald og hvilke der vil klinge af i løbet af kortere eller længere tid. Det er dog muligt at observere om personen trækker vejret passende og bliver ved med det, og dermed sikrer en ordentlig ilttilførsel til hjernen. Hvis vejrtrækningen er tiltagende overfladisk og hvis personen ikke kan vækkes, er der tale om en overdosis, som skal behandles.

1.3 RISIKOFAKTORER FOR OVERDOSIS

Som ovenfor nævnt er det i det enkelte tilfælde ikke muligt at vurdere om en overdosis bliver fatal eller ej, idet der kan være tale om en langsom

udvikling som kan tage mange timer, men der er risikofaktorer som bør føre til at man observerer lidt nøjere i forbindelse med stofindtagelse i stofindtagelsesrum. Risikofaktorer for non-fatal og fatal overdosis omfatter ud over selve stoffet og dets styrke:

- Aktuel løsladelse fra fængsel
- Udskrivning fra stoffri behandling
- Blandingsmisbrug, herunder alkohol og benzodiazepinmisbrug
- Fysisk sygdom, for eksempel lungeinfektion.
- Psykisk lidelse (medicinering øger risiko)
- Dårligt socialt netværk, herunder hjemløshed.
- Alder
- Tidligere overdosistilfælde (højere alder indikerer også tidligere overdosistilfælde).

Det skal understreges igen, at det er kombinationen af forskellige faktorer, der medfører om der sker en overdosis, og om den bliver fatal eller non-fatal. Der er derfor ikke nogen garanti for, at få risikofaktorer betyder, at der ikke vil ske en overdosis.

1.4 HVAD ER NALOXON?

Fra starten af det 20. århundrede har det været kendt, at kemisk ændring af opioider ændrer hvordan stofferne binder sig til opioidreceptorerne (Pohl, 1914). Naloxon tilhører en række af opioidstoffer, som er syntetiseret fra 1940'erne, og hvor nogle af de syntetiserede opioider har hel eller delvis effekt på dele af opioidsystemet. Eksempler er Nalbuphine, Nalorphine (Salomon, 1954) og Levallorphan, og hvor den blokerende effekt på dele af opioidsystemet har bevirket, at de har været anvendt i anæstesi. I 1950'erne blev Nalorphine derudover brugt til at udpege stofbrugere ved anholdelse, ved at udløse delvis abstinens på grund af blokaden af mu-receptoren (Time Magazine 1956). Senere blev der forsøgt at lave en test for opioidafhængighed ved at dryppe Naloxon i øjet for at se, om det ville få pupillerne til at blive store igen (Loimer, Grünberger, Linzmayer, & Schmid, 1990).



Med de moderne blod- og urintests er denne form for provokationstest, som potentielt er farlig, heldigvis ikke mere aktuel. Naltrexon, Nalmefene og Naloxon (Foldes, Lunn, Moore, & Brown, 1963) bruges alle som medicin i Danmark i dag, og har ikke nogen betydende agonistisk opioid effekt, men har forskellig virkningsvarighed og omsætning i leveren. Naloxon er patenteret i 1961, undersøgt op gennem 1960'erne (Kosterlitz & Watt, 1968) og godkendt til medicinsk brug i i behandlingen af overdoser USA i 1971.

I smertebehandling anvendes Naloxon ved peroral indtagelse, hvor det kombineret med et andet opioid indtages for at forbedre tarmmotorikken, som ofte bliver langsom under en smertebehandling, for at afbryde en kirurgisk smertebehandling, eller for at bryde en overdosis hos en patient med lavere tolerance end ventet. Her udnyttes det, at Naloxon ikke når at få nogen systemisk effekt, fordi det omdannes inden det når forbi leveren. I alkoholbehandling anvendes Naltrexon og Nalmefene som cravingdæmpende middel, mens Naloxon i stofmisbrugsbehandlingen nogle gange anvendes kombineret med Buprenorphin (Suboxone). Naloxon har ingen effekt hvis det indtages via munden hvorimod Buprenorphin optages hurtigt

over slimhinden. Hvis præparatet indtages korrekt vil der derfor ikke være nogen blokerende effekt, men kombinationspræparatet vil udløse en akut abstinensreaktion, hvis det injiceres. Tanken er at denne kombination af stoffer skal reducere injektionsbrug.

Nogle steder i udlandet anvendes Naltrexon også som implantat ved stoffri behandling, hvor det forhindrer eventuelt opioidmisbrug, så længe implantatet er aktivt. Ved behandling af overdoser er der behov for hurtig effekt så Naloxon kan ikke indtages som tablet eller mixtur, da passagen over mavetarm-systemet og leveren betyder, at effekten ikke sætter hurtigt nok ind. I stedet udnyttes den forholdsvis lette passage gennem næseslimhinden og videre ud i blodbanen.

Naloxon produceres på verdensplan i en koncentration på 0,4mg og 1mg per milliliter og i mange forskellige dispenseringsformer, men findes i Danmark kun som ampuller på 1ml med en koncentration på 0,4mg (der indgives normalt 0,8mg svarende til 2 ml i dropkanyle (venflon)).

I sundhedsvæsenet indgives Naloxon primært intravenøst, hvorfor det er en del af medicineringspro-

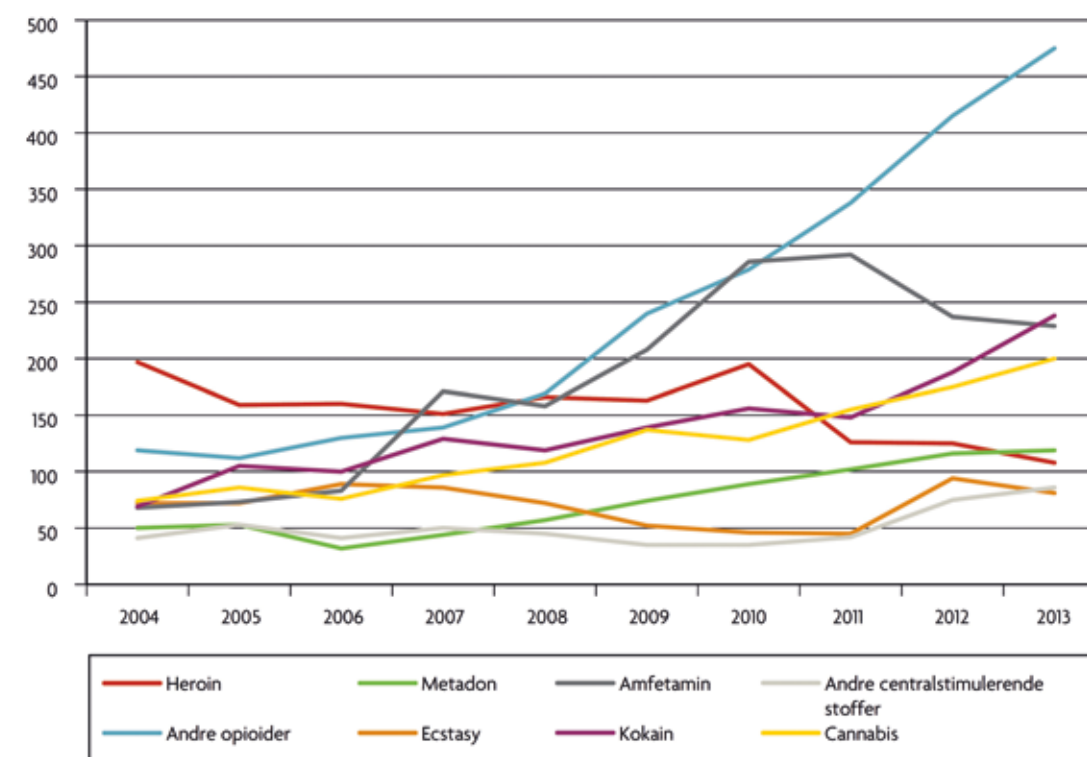
cessen at have stoffet tilgængeligt i en sprøjte. For at få adgang til Naloxon skal man derfor brække ampullen, og derefter opsuge indholdet med en kanyle. I andre lande er ampuller med gummimembran og allerede fyldte injektorer tilgængelige. Injektorerne skal ikke skilles ad før brug, og er derfor er meget lettere at håndtere, mens ampullen med gummimembran stadig kræver montering af en nål for at hente Naloxon ud. Der er dog betydeligt mindre risiko for snitskader. Hos en lægeligt behandlet smertepatient er man bekendt med hvilken type opioid, der er givet, og hvor længe den er givet, hvorfor en opioidoverdosis vil være forholdsvis let genkendelig. Ved en overdosis uden for hospital med opkald til 112 vil ambulancetjenesten forsøge at anlægge en veneadgang til indsprøjtning af Naloxon. Intravenøs adgang er afgørende i disse tilfælde, da ambulanceredderen ikke på forhånd ved, om der er tale om en opioidoverdosis eller en anden tilstand. Hvis det ikke er muligt at anlægge en intravenøs adgang, gives det intramuskulært (se for eksempel instruks for Paramedicinere og Ambulancebehandlere (<http://phc.regionsjaelland.dk/dokument.asp?DokID=315897>)).

1.4.1 Naloxon som behandling af akut overdosis
Når en person er blevet forgiftet med opioider og er ved at dø af forgiftningen, kan Naloxon indgives, og blokeringen betyder, at forgiftningen ophører, og at personen vil vågne og begynde at trække vejret selv. Man kan betragte Naloxon som tertiær forebyggelse. Det vil sige som en indsats, der har til formål at mindske følgerne af en sygdom, og dermed forhindre, at den medfører død, handicap eller tilbagefald.

Evaluerer man Naloxon som tertiær forebyggelse, kan man sammenligne med andre årsager til pludselig død og alvorlig skade. Et eksempel, som nævnes i litteraturen, er trafikskader, hvor der anvendes store ressourcer på at forebygge et relativt lille antal dødsfald, men samtidig også et større antal skader af varierende alvor.

Et andet tiltag, som kan sammenlignes ret direkte med overdosisbehandling er hjertestopbehandling, hvor en hurtig indsats også er afgørende for, om personen overlever uden efterfølgende skader, og hvor de nødvendige elementer i indsatsen omhandler en generel bevidsthed om, at problemet eksisterer, konstant oplæring i forebyggelse, forebyggelsesudstyr til rådighed, samt tilkald af hjælp. I forhold til indsatsen ved hjertestop er der identificeret 3500 hjertestop uden for hospitaler, og der er som følge af dette opsat mere end 12.000 registrerede hjertestartere i 2015 (<https://www.hjertestarter.dk/>) og Sundhedsstyrelsen (2011). Derudover tilbydes der kurser i hjerter-lunge-redning (HLR) til så store dele af befolkningen som muligt. Der er således flere organisationer involveret ved forebyggelse af hjertestop, og det ses klart som en befolkningsopgave at være i stand til at give hjertermassage og finde og betjene en hjertestarter. Ifølge Sundhedsstyrelsens rapporter, er det dog et problem, at der er manglende overblik over, hvor alle hjertestarterne er placeret, og at en del af dem er placeret på steder, hvor risikoen for forekomst af hjertestop er lille, hvilket bidrager til et manglende samfundsøkonomisk overblik (Væggemose et. al. 2008).

Indsatsen ved hjertestop understreger, at diskussionen af relevans i forhold til folkesundhedsopgave ikke kun kan gøres op i økonomisk tænkning, men også er en etisk diskussion i forhold til prioritering af folkesundhed i befolkningen. Alligevel skal det nævnes, at i forhold til økonomisk besparelse, viser en undersøgelse af brugerdrevet forebyggelse af overdoser fra 2013 for eksempel, at der skal uddeles 227 Naloxonkits for at forhindre ét dødsfald, og at besparelser på skadestue og udrykninger mere end betaler for tilbuddet (Coffin & Sullivan, 2013). Selvom effektiviteten og økonomien er udregnet for amerikanske forhold og ikke direkte kan omsættes, viser undersøgelsen, at der sker en vis investering ved enhver forebyggelsesindsats, hvor effekten af investeringen sker over lang tid. I



Figur 1. Udvikling af sygehuskontakter som følge af forgiftningstilfælde

den amerikanske undersøgelse blev Naloxon beregnet til at være omkostningseffektiv (medregnet færre overdoser og færre ambulancekørsler), og blev derfor direkte omkostningsbesparende. Hvad effekten er i forhold til de ikke-dødelige overdoser er sværere at beregne, da der ikke umiddelbare vil være store besparelser på ambulancekørsel og intensiv behandling på skadestuer. Til gengæld er den langsigtede besparelse på behandling af kronisk sygdom markant.

Derudover bør det også pointeres, at der i USA er cirka 40.000 overdosetilfælde med dødelig udgang, hvoraf 37 % sker som følge af smertemorfika. Dette svarer til, at der i Danmark er 100 smertepatienter eller mere om året, som dør af en overdosis. Det er aktuelt ikke dokumenteret at så mange personer dør af overdoser af smertestillende piller i Danmark, men det er muligt, at tallene enten er underrapporteret, eller at udviklingen er på vej. Dette afspejles i, at antallet af opioidforgiftninger på skadestuerne er steget fra ca. 100 årligt i 2005 til ca. 500 i 2013 (Se Figur 1, Sundhedsstyrelsen, 2014).

Forskellen på Danmark og USA med hensyn til udbredelsen og typen af overdoser kan i denne sammenhæng frygtes at være forbigående: I USA har tiltag, som har gjort tilgængeligheden af smer-

temorfika sværere betydet, at der er sket et skift mod heroin, og dermed fra legal til illegal indtagelse (se blandt andet Lake & Kennedy, 2015). Hvis Danmark følger den amerikanske trend, hvilket vi har gjort tidligere, er den nuværende nedgang i antallet af personer, som søger behandling for opioidmisbrug kun en del af et cyklisk mønster, som vil betyde en stigning i antallet af overdoser og dermed dødsfald i de kommende år.

1.4.2 Behandling med Naloxon i praksis
Stofbrugeres indtagelse af afhængighedsskabende stof kan med farmakologiske briller næsten altid karakteriseres som overdosering. Der er naturligvis et ønske om at slippe af med abstinenssymptomer, men stofbrugeren ønsker som regel også en effekt, som er ud over den almindeligt smertestillende eller stimulerende. Når psykoaktive stoffer bruges på denne måde, udvikles forholdsvis hurtigt en tolerance, som betyder, at der kan indtages betydelige mængder, som vil medføre alvorlige bivirkninger eller død for den ikke-tolerante eller "stof-naive". Ruseffekten opnås ofte ved at blande forskellige stoffer og alkohol. Der er ikke nødvendigvis tale om at der injiceres flere stoffer på samme tid, men der kan typisk være tale om et grundlæggende forbrug af for eksempel benzodiazepiner og alkohol, som forstærker effekten af heroin og dermed øger risikoen for overdosis (se

blandt andet fund i rapport om forgiftningsdødsfald i Danmark, Tjagvad et al., 2014). Den stofgruppe, der umiddelbart er farligst i forhold til overdoser er opioidgruppen, som blandt andet indeholder heroin, morfin og metadon. Ved overdosis optræder en gradvist udsættende vejrtrækning, som fører til iltmangel i hjernen, hvilket i sig selv medfører forværring af vejrtrækning og yderligere iltmangel. Der indledes altså en negativ spiral, som kan strække sig over få minutter, men som ofte vil vare i halve til hele timer. Pludselig død umiddelbart efter indtagelse af opioider er sjældent, og der er typisk en længere fase, hvor respirationscentret påvirkes og vejrtrækningen langsomt sætter ud. Langt de fleste dødsfald sker derfor mellem 1–3 timer efter opioidindtagelse intravenøst. I disse timer er det afgørende for det videre forløb, at der sker en hurtig behandling, som genopretter vejrtrækningen og får kredsløbet i gang.

Naloxon vil, uanset om det gives intravenøst, intramuskulært eller nasalt, normalt ophæve forgiftningstilstanden inden for ca. 2 minutter, alt afhængig af hvor svær overdosis er. Naloxon omsættes forholdsvis hurtigt og blokeringen forsvinder efter ca. en time. Naloxon er for alle praktiske forhold ugiftigt, og komplikationer er sjældne. Asystoli, arytmier, kramper og agitation kan være en følge til det pludselige brud af forgiftningstilstanden, men de fremprovokerede abstinenssymptomer kommer som regel kun, hvis man giver for meget Naloxon. I en såkaldt Patient Safety Alert (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/02/psa-naloxone-suppl-info.pdf>) beskriver det Britiske NHS, at der kan forekomme alvorlige hjertebivirkninger hos personer, som er i substitutionsbehandling. Dette omhandler dog ikke om Naloxon givet som næsespray i doser op til 2mg, men doser op til 10mg. Fokus i RED LIV har derfor været, at oplære hjælpere i at give Naloxon i mindre doser af flere omgange og iagttage effekten mellem hver dosis, for på denne måde at forebygge bivirkninger, ud over at opioidrusen

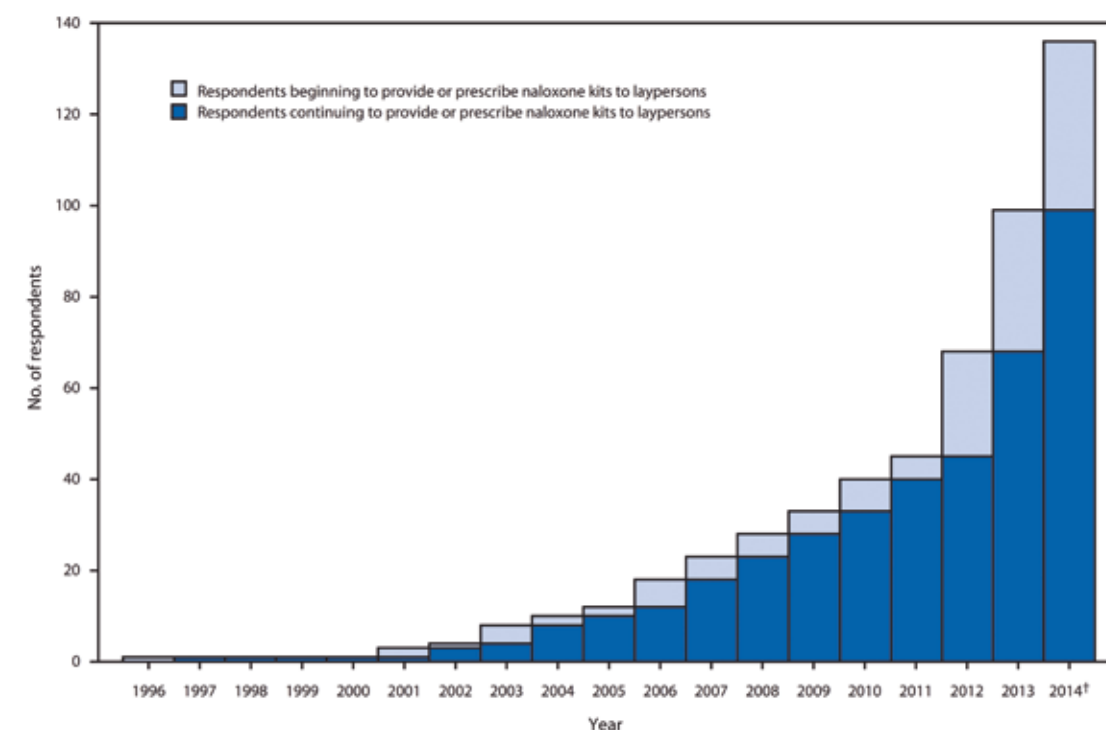
forsvinder, fordi de mindre doser giver en mere langsom opvågning.

1.4.3 Mulige negative effekter af behandling med Naloxon

Negative effekter af udskrivning af Naloxon til stofbrugere er ikke dokumenteret, og behandling af overdoser, som ellers ikke vil blive behandlet opvejer kraftigt eventuelle problemer, som kan opstå ved aktiv behandling. De bekymringer, der er udtrykt, omfatter for eksempel, at stofbrugere vil tage mere heroin, når der findes overdosisforebyggelse til stede, eller at brugen af heroin generelt bliver mere acceptabel, når der uddeles Naloxon (se eksempelvis Tobin, Gaasch, Clarke, MacKenzie, & Latkin, 2005). Intet af dette er dog vist i de primært amerikanske undersøgelser, der foreligger på nuværende tidspunkt. Tvært imod ses der i nogle undersøgelser et mindre heroinforbrug end før uddannelse til overdosisforebyggelse, og i stort set alle undersøgelser synes overdosisprojekterne at styrke oplevelse af empowerment hos de involverede stofbrugere.

Naloxon er i sig selv et potent stof, der kan udløse en akut abstinensstilstand hos den opioidafhængige, der får stoffet indgivet, og bivirkninger af Naloxon-doseringen er undersøgt i flere omgange. En oversigtsartikel gennemgår for eksempel undersøgelser fra 2007 som viser, at behandlingen oftest er forbundet med forbigående moderat til svær abstinensreaktion hos 17-33 %, og en lille, men konsistent frekvens af komplikationer såsom kramper, lungeødem og hjertearrhythmier (Sporer & Kral, 2007).

Tidligere case-serier af nonfatale opiatoverdoser har derudover vist en forekomst af akut hospital-sindlægelse på 5-12 % (Fatovich, Bartu, & Daly, 2008; Fatovich, Bartu, Davis, Atrie, & Daly, 2010; Piper et al., 2008), og en, at 15 % af de personer, der har fået overdosisbehandling, oplever respirationsdepression senere hen, og har behov for yderligere behandling (Seal et al., 2005).



Figur 2. Antal af nytillkomne overdosisprojekter i USA 1996 til medio 2014 Wheeler, Jones, Gilbert, Davidson, et al., 2015)

1.5 ERFARINGER MED NALOXON-BASERET OVERDOSISBEHANDLING

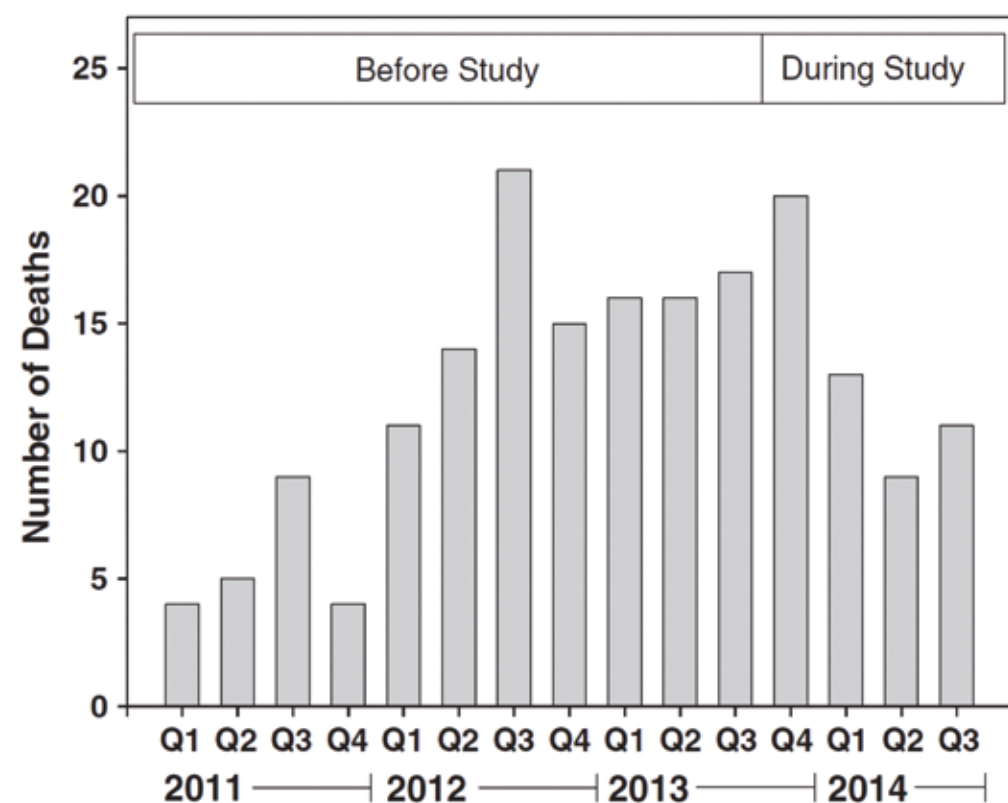
Forebyggelse af overdosedødsfald ved hjælp af Naloxon er øget både i Danmark og i udlandet. I udlandet har flere lande lanceret en forebyggelsesstrategi, der omhandler distribution, undervisning og overordnede guidelines. I USA, som over de sidste 30 år har oplevet store overdosisproblemer, er der for eksempel sket en vækst i organisationer, som udleverer Naloxon-baserede præparater til lægpersoner og uddanner i at anvende præparatet ved en overdosis. Et aktuelt survey fra 2014 har identificeret 644 programmer, som i perioden 1999 til 2014 i alt havde uddannet 152.283 personer, som til sammen havde behandlet 26.463 overdoser (se Figur 2, Wheeler, Jones, Gilbert, Davidson, et al., 2015). Et af de sidste nye tiltag i USA i forhold til at støtte op om bredt forankrede forebyggelsesstrategier er lanceringen af en 'Opioid Overdose Prevention Toolkit' til lokalsamfund i 2013, foretaget af the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2014).

I Europa har flere lande udviklet nationale Naloxon-udleveringsprogrammer, herunder Skotland og Wales (Matheson et al., 2014), og som en del af den nationale overdosisstrategi 2014–2017, begyndte man i Norge at udlevere Naloxon i in-

tranasal form og øge fokus på uddannelse af stofbrugere, behandlere og pårørende (Hansen, 2014). Andre lande har også øget fokus på distribution af Naloxon og undervisning i forebyggelse, herunder Sverige, England, Tyskland, Italien, Canada og Australien (Mueller, Walley, Calcaterra, Glanz, & Binswanger, 2015).

1.5.1 Kurser i overdosisforebyggelse og behandling med Naloxon

Det øgede fokus på betydningen af undervisning i forebyggelse ved Naloxon er støttet af flere undersøgelser af de tiltag, der har været opbygget gennem årene. For eksempel fandt en prospektiv undersøgelse fra USA i 2008 signifikant forbedring af vidensniveau hos 239 opiatbrugere, som havde gennemført et kursus i overdosisforebyggelse. Udover at have betydelig mere kendskab til risiko ved overdosering, fysiske og adfærdsmæssige karakteristika ved en overdosis, samt hvilke foranstaltninger, der skal træffes, havde de i de tre måneder mellem undervisningstidspunkt og follow-up behandlet 18 overdoser, hvoraf 12 var behandlet med Naloxon. Undersøgelsen pegede således på, at opiatbrugere med træning kan uddannes til at udføre passende foranstaltninger og bidrage til en vellykket behandling af en potentielt dødelig overdosis. (Strang et al., 2008). Derudover fandt undersøgelsen, at undervisningen også havde



Figur 3. Antal dødsfald før og efter inddragelse af politifolk (Rando et al., 2015)

resulteret i videre træning af andre, idet ca. 28 % af dem, der havde deltaget i kurset efterfølgende havde uddannet en anden stofbruger, partner eller familiemedlem i at administrere Naloxon, et fund, som også understøttes af andre tidligere og efterfølgende undersøgelser (se eksempelvis Sporer, 1999).

Forskellige undersøgelser peger på, at selve forebyggelsesuddannelsen varierer i indhold, intensitet og målgruppe. For eksempel kan længden af træningen variere mellem 10-30 minutter og op til 8 timer, men tidslængden er ikke nødvendigvis den mest afgørende faktor for den videre udbredelse (Lenton & Hargreaves, 2000). I et pilotstudie fra San Francisco, hvor 24 stofbrugere blev uddannet på et kursus af 8 timers varighed og fulgt i 6 måneder, fandt man ikke nogen tydelig fordel af den lange undervisningsperiode sammenlignet med resultater fra andre undersøgelser med kortere undervisningsforløb (Seal et al., 2005). Dog pegede reduktion i heroinforbruget hos undervisningsdeltagerne i samme periode på, at længden af undervisningen kan have støttet deltagerne i at opnå en bedre tilknytning til projektet, og at dette kan have været en medvirkende faktor til øget motivation for ændringer i eget stofbrug. Det er samtidig også

muligt, at den længere tilknytning til projektet netop var muligt, fordi deltagerne udgjorde en mere velfungerende gruppe af opioidbrugere.

I en anden amerikansk undersøgelse fra New York, 'The Skills and Knowledge on Overdose Prevention Project' (SKOOP), blev deltagerne undervist helt ned til 10 minutter, og her fandt man, at gennemførelse af projektet, snarere end at være forbundet med varighed af kurset, var forbundet med fleksibilitet og lydhørhed over for deltagerne i selve programplanlægningen og undervisningen, og at der blev anvendt overskuelige evalueringsinstrumenter (Piper et al., 2008).

Samlet set konkluderer et review fra 2015, at personer i risiko for overdoser, og andre, som omgår personer i risiko for overdoser, er villige og i stand til at trænes i at forebygge overdoser og administrere Naloxon. Samme review understreger derudover betydningen af, at der i klinisk praksis er en parathed i forhold til at rådgive om risiko for overdoser og i at give Naloxon, samt støtte sikker ordination af opioider (Mueller et al., 2015). I forhold til forebyggelse tegner der sig altså et billede af:

- At der er reelle muligheder for effektiv udbre-

delse af overdosisundervisning og træning i Naloxon administration, specielt til målgrupper, der ellers kan være svære at nå, og som ofte er udsat for størst risiko.

- At kurser i forebyggelse af overdoser bør være fleksible og tilpasses lokale forhold og variationer i målgrupper.
- At en »train-the-trainer«-orientering eller -komponent bør indgå i forebyggelsesuddannelser.
- At der er behov for lovgivningsmæssig beskyttelse til lægfolk, som administrerer Naloxon til andre i en nødsituation.

1.5.2 Uddannelse af betjente

I lyset af det hastigt stigende antal overdosisdødsfald i USA, er der på det seneste inddraget politifolk som overdosisreddere. For eksempel beskriver en undersøgelse fra 2015 udviklingen i dødsfald før og efter inddragelsen af politistyrken over en periode fra 2011 – 2014, og finder et markant fald i overdosisdødsfald fra politifolkene begyndte at behandle overdoser i oktober 2013 (se Figur 3, Rando, Broering, Olson, Marco, & Evans, 2015).

Det er naturligvis ikke ukompliceret at uddanne en gruppe, som samtidig har til opgave at arrestere mennesker med stofbrug. Det er derfor vigtigt at afklare prisen for Naloxon og prisen for at uddanne politiet, i forhold til om der kan opbygges en positiv indstilling til at deltage i forebyggende arbejde (<http://goo.gl/IXaOxw>). Det er her værd at medtænke, at en anden undersøgelse fra 2014 så på, hvordan 117 politifolk, som havde modtaget træning i overdosisbehandling, oplevede det at skulle behandle overdosis, og at betjentene havde meget positive oplevelser af selve uddannelsen i overdosisbehandling, og at de mente, at det ikke var svært at blive uddannet, og at andre betjente også burde blive uddannet (Bradley, O'Donnell, & Kahre, 2015).

En anden gruppe med tilgrænsende arbejdsområde, som det kan være hensigtsmæssig at involvere,

er vagtpersonale fra private firmaer som G4S, Securitas mv., fordi dette personale kommer på steder, hvor ingen andre kommer i aften- og natte-timer. At personale, som alligevel foretager faste runder har god mulighed for at finde personer med en overdosis, kunne blandt andet ses af en deltager i det københavnske pilotprojekt, som havde fast runde med BrugerForeningens "sprøjtepatrulje", og som behandlede 6 overdoser i projektperioden.

1.5.3 Brugerinvolverende projekter

USA har suverænt den længste erfaring med uddannelse af lægpersoner i behandling af overdoser og udskrivelse af Naloxon. De første projekter blev påbegyndt i 1996, og efter en langsom start er der sket en markant udvikling i antallet af overdosisprojekter for lægfolk, blandt andet som følge af stigningen i overdoser. Fra begyndelsen har det været mindre undersøgelser, som har set på udformning af kurser, type af Naloxon-remedier og antal behandlede overdoser. Andre undersøgelser, især fra 2005 og frem, har i højere grad også beskæftiget sig med dosering og type, og peger på, at intranasal Naloxon er at foretrække ved overdosisforebyggelsesprojekter, både på grund af den enkle dispenseringsform, sikkerheden for behandleren og effekten set i forhold til intramuskulær indgift (Wermeling, 2013).

I august 2006 påbegyndtes 'Boston- undersøgelsen', et overdosisforebyggelsesprogram i brugen af nasal Naloxonspray (Doe-Simkins, Walley, Epstein, & Moyer, 2009). Sprayen blev uddelt som for-fyldte luer-lock sprøjter, og deltagerne blev undervist i et 15 minutters kursus af uddannet ikke-medicinsk personale fra sprøjtebyttetilbud. Efter 15 måneder havde 385 deltagere gennemført programmet og havde rapporteret 74 succesfulde overdosisbehandlinger. Problemer med intranasal Naloxon var sjældne, og omhandlede blandt andet enkeltstående problemer med at få sprayhovedet til at sidde på sprøjten. Senere skiftede projektet til præfabrikerede ampuller, og der er frem til start

2011 rapporteret 755 behandlede overdosistilfælde i INPEDE OD-databasen (Intranasal Naloxone and Prevention Education's Effect on Overdose). Inspireret af det positive outcome for undersøgelsen, har Center for Disease Control (CDC) siden 2010 fulgt udviklingen i INPEDE OD i forhold til overdosis, både fatale og non-fatale, i de kommuner som havde implementeret intranasal Naloxon, og de kommuner, der ikke havde. I 2013 viste udviklingen, at der både i kommuner med 1-100 uddannede overdosisbehandlere og med mere end 100 per 100.000 indbyggere, var sket et signifikant fald i antal overdosisdødsfald, og at uddannelse af overdosisbehandlere således havde udgjort en effektiv intervention (Walley, 2013). I 2015 blev forskellen mellem uddannede og ikke uddannedes forståelse af overdosisbehandling undersøgt, og der viste, at træning sammen med Naloxon forbedrede den enkeltes evne til at vurdere situationen, og at der således er dobbelt gevinst i forhold til at forebygge dødelige overdoser og øge opmærksomhed på risiko ved eget forbrug (Jones, Roux, Standliff, Matthews, & Comer, 2014; Wagner et al., 2010).

I 2015 gennemgik Centers for Disease Control and Prevention (CDC) udviklingen i USA fra 1996 til i år (Wheeler, Jones, Gilbert, & Davidson, 2015), og man kan her se, at den store forskel på Danmark og USA er, at antallet af overdosisdødsfald i USA er mere end fordoblet siden 1999 til ca. 44.000 i 2013, hvilket har givet et naturligt pres hen imod at få løsninger tæt på ulykkesstedet. Dette har medført, at der er uddannet ca. 152.000 personer siden 1999, heraf 38.000 eller 25 % i 2013. I den samme periode er vendt mere end 26.000 overdoser, og med den kraftige vækst i antal uddannede, kan man forvente en tilsvarende stigning i antallet af overdosisbehandlinger de kommende år.

1.6 HVORDAN ADMINISTRERES NALOXON?

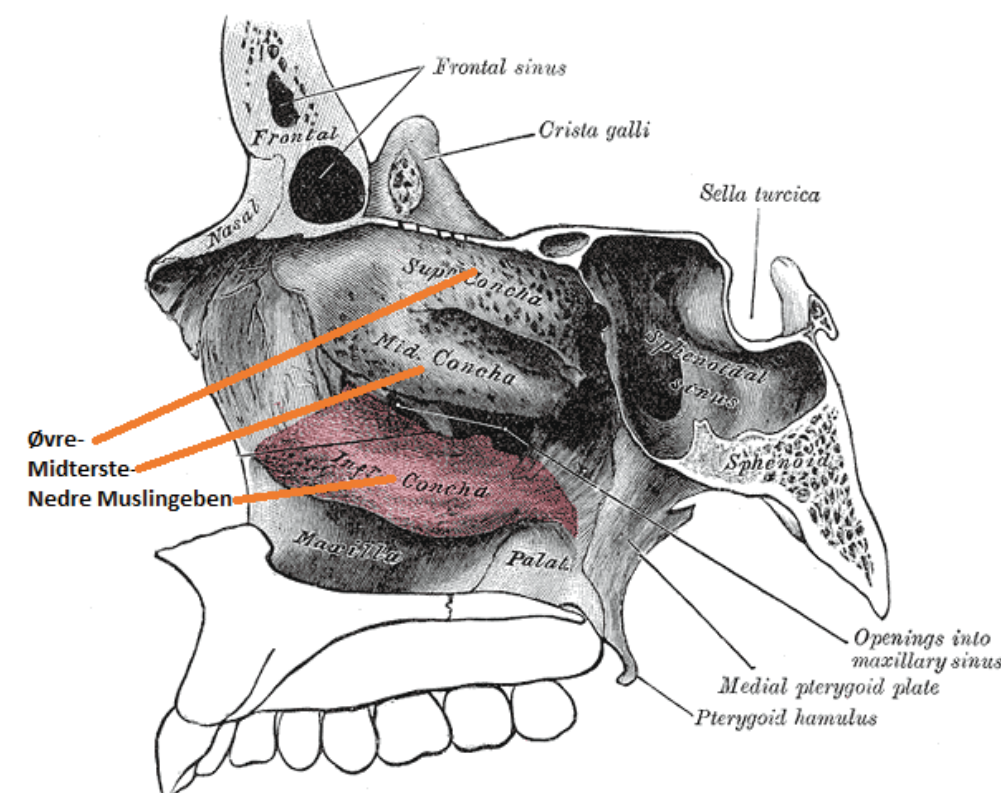
I forebyggelsesprojekter, hvor brugere behandler overdoser, er Naloxon benyttet de sidste 20 år,

enten som intramuskulær injektion eller som næsespray. Det første beskrevne projekt var i Berlin 1999, hvor 124 deltagere over 16 måneder blev instrueret i genoplivning med Naloxon, og hvor i alt 24 overdoser blev behandlet (Dettmer, Saunders, & Strang, 2011). Projektet fortsatte frem til 2004, og i denne periode blev 1000 fagfolk og 500 stofbrugere uddannet og 100 overdoser succesfuldt behandlet, men på grund af manglende økonomisk støtte afsluttedes projektet (<http://goo.gl/r7q3DS>). I Storbritannien begyndte udvikling af Naloxonprojekter først i 2006, og der er siden sket en stadig stigning i projekter, som alle er baseret på intramuskulær injektion og genoplivningsprocedurer med Prenoxad. Argumentet for ikke at benytte næsespray har blandt andet været, at der ikke er foretaget de ultimative farmakokinetiske undersøgelser, selvom mere end 20 års erfaring fra USA viser, at effekten af næsespray er helt sammenlignelig med intramuskulær injektion.

Især i USA har næsespray været populært, og er anvendt enten som en ampul med gummimembran, der fungerer som sprøjte, når den monteres med en kanyler, eller hvor Naloxon trækkes op (se YouTube-videokanalen DrugReporter) (<https://www.youtube.com/watch?v=V6NVeA7aSCo>). Seneste udvikling er injektoren EVZIO, som blev frigivet til brug i 2014, og som bygger på en videreudvikling af en injektor til allergibehandling. Prisen for EVZIO er dog omkring 600\$, hvilket gør den mindre attraktiv i forhold til de omkring 20\$, det koster for Amphastar Pharmaceuticals' Naloxonampul.

1.6.1 Naloxon som næsespray

Metoden med at benytte Naloxon som næsespray har åbenlyse fordele, når behandlingen skal administreres af lægmænd. Administration via næsespray er ikke undersøgt i klinisk kontrollerede farmakologiske undersøgelser, men er benyttet i kombination med allerede tilgængeligt udstyr, hvilket har været etisk acceptabelt, fordi der er tale



Figur 4. fra: Henry Gray (1918) *Anatomy of the Human Body*

om tillæg til det, der allerede gøres, og fordi der ikke er nogen risiko ved at indgive Naloxon. Især i forbindelse med inddragelse af ikke-sundhedsprofessionelle i overdosisbehandling er næsespray blevet mere og mere attraktiv. Ved en bredt forankret forebyggelsesstrategi, der involverer lægfolk, er det mest hensigtsmæssigt at bruge udstyr uden nåle, med mindre det er absolut nødvendigt. Reduktion af intravenøs og intramuskulær administration sikrer mindre smitte med leverbetændelse og HIV, hvilket der er risiko for under de urolige arbejdsforhold, som ofte indgår i akutte forebyggelsesindsatser på gaden eller privat. Involvering af lægfolk, som skal arbejde under disse arbejdsforhold efter et kort kursus i håndtering og behandling af overdoser, betyder, at de almindeligt tilgængelige materialer ikke er ufarlige, men medfører risiko for stik- og snitulykker, når nåle og små glasampuller skal håndteres under stressede forhold. For eksempel kan Naloxonampullen sprænge, hvor der kan opstå snitulykke (se fotoserie i rapporten af pilotprojektet, som viser elementerne i optrækning af Naloxon).

Opioider optages generelt godt via næseslimhinden, og en del forskellige typer af opioider er da også beskrevet til brug som næsespray (Fitzgib-

bon, Morgan, Dockter, Barry, & Kharasch, 2003). I Danmark findes for eksempel Fentanyl næsespray (Instanyl), som især benyttes til behandling af akutte smerter og gennembrudssmerter, så som cancersmerter. Optimal medicinering kræver dog, at nogle forhold for næsesprægen og selve medicinen er opfyldt (Wermeling, 2013): Når medicin sprøjtes op i næsen tilstræbes det, at den forstøves, så den når ud i hele næsehulen og op til de øverste muslingeben for at udnytte hele slimhinden og sikre hurtig optagelse. For at opnå denne fordeling skal forstøveren producere partikler, som er mindre end 10 mikrometer store (se Figur 4, Gray, 1918).

Næseslimhinden kan holde på mellem 100 og 200 mikroliter væske. Sprøjtes der større mængder op, vil det løbe af, enten fortil eller bagud i svælget. Ved brug af Naloxon ved opioidoverdosis skal der indgives minimum 0,4 – 0,8 mg (1-2 standarddoser). Med den nuværende koncentration på det danske marked kan en enkelt standarddosis således fylde 5-10 gange mere end det, som slimhinden kan rumme, og 10-20 gange mere med 2 standarddoser. Slimhinden absorberer det meste medicin inden for 10-20 minutter, og det er derfor vigtigt at mængden af medicin er passende, da der

skal en vis dosis til af få den ønskede effekt. Hvis medicinen hænger i længere tid i slimhinden vil enzymprocesser begynde en omdannelse, og derfor bør koncentrationen være mindst 5 gange større end de 0,4mg, altså mindst 2mg /ml. I de programmer, som uddanner stofbrugere som overdosisbehandlere med næsespray de seneste 20 år, er der enten benyttet koncentrationen 0,4 eller 1mg/ml, og på trods af dette er der fundet en rimelig effekt.

OPTIMAL NALOXONMEDICINERING MED NÆSESPRAY

1. God forståelse
2. Væskemængde mellem 100 og 200 mikroliter
3. Koncentration 2-4 mg/ml eller højere
4. Mulighed for refrakt dosering á 0,4 mg pr pust

Mange af de projekter, som har undersøgt intranasal brug af Naloxon har primært haft fokus på løsning af et folkesundhedsproblem, hvor der indgår brugerinddragelse, og ikke på, om den benyttede medicin er optimal. På trods af dette er der generelt gode resultater, som kan sammenlignes med eller er bedre end de resultater, som opnås med intramuskulærinjektion. Det første forsøg med næsespray var et rotteforsøg beskrevet i 1984 med en 2mg/ml næsespray, hvor absorptionen og den mængde, som blev målt i blodet var lige så god som intravenøs indgift (Hussain, Kimura, & Huang, 1984). I 1990'erne kom der flere artikler om Naloxon som næsespray, og i 1996 blev effekten af intranasal Naloxon sammenlignet med intravenøs og intramuskulær indgift hos 17 opiatafhængige patienter (Loimer, Hofmann, & Chaudhry, 1994). I undersøgelsen blev der anvendt 2,5mg /ml koncentration (1mg/400mikroliter), og man fandt, at in-

tranasal administration med denne dosering havde en hurtigere indsættende effekt på intensitet af abstinens sammenlignet med intramuskulær indsprøjtning, men ikke så hurtig eller så intens, som ved intravenøs administration. En undersøgelse fra 1996 af bivirkninger ved Naloxon viste alvorlige bivirkninger hos op mod 3 % af de behandlede, hvilket i en del efterfølgende artikler har været inddraget i argumentationen mod uddeling af Naloxon til lægfolk (Osterwalder, 1996). Undersøgelsen fokuserede dog kun på standardbehandling med intravenøs eller intramuskulær medicinering, og i hovedparten af de cases, hvor der er alvorlige bivirkninger, fandt man også andre komplikationer eller et komplicerende stofbrug udover opioidet. Et britisk/australsk farmakokinetisk forsøg med intramuskulær og intranasal indgift til 6 forsøgspersoner illustrerer betydningen af dosering ved brug af næsespray (Dowling, Isbister, Kirkpatrick, Naidoo, & Graudins, 2008). I forsøget blev der anvendt en koncentration på 0,4mg/mg i doseringer op til 2mg, henholdsvis intramuskulært og intranasalt, hvilket giver en mængde på mindst 2½ ml pr næsebor hvis det fordeles, eller 10 gange mere end slimhinden kan rumme. Set i det lys falder argumentationen for, at brugen af Naloxon som næsespray ikke er anvendelig, men samtidig viser det også at den for øjeblikket tilgængelige koncentration i Danmark er uhensigtsmæssig til intranasalt brug, fordi der ofte er behov for 0,8mg til at vende en overdosis (2ml).

I 2011 undersøgte man optagelsen af Buprenorphin og Naloxon nasalt som pulver fra den kombinationstablet, som anvendes i misbrugsbehandling, med fokus på om kombinationen af Buprenorphin og Naloxon afskrækker i forhold til misbrug. Klare data viste, at 30 % af Naloxon var tilgængeligt med maximum efter 20 minutter (Middleton, Nuzzo, Lofwall, Moody, & Walsh, 2011). Dette skyldes, at et pulver vil optages langsommere end en opløsning, og der derfor er en større del af pulveret, som fjernes af næseslimhindens cilier (fimrehår), inden

det har effekt. Alligevel var 30 % af 2mg til rådighed for effekt, svarende til 0,6 mg, hvilket er inden for standarddoseringen når vi behandler overdosis. Andre amerikanske undersøgelser med brug af Naloxon intranasalt og intramuskulært har pågået siden 1998, for eksempel næsespray afledt af gode erfaringer fra byens ambulancetjeneste (se afsnit nedenfor), eller intramuskulær injektion (Wagner et al., 2010).

1.6.2 Intranasal akutbehandling

Internationalt har anvendelsen af Naloxon intranasalt ved overdoser især været attraktivt for ambulancetjenester og skadestuepersonale, da der her typisk ingen viden er om den pågældendes smittestatus, hvad angår HIV og hepatitis, hvorfor non-invasive behandlingsformer på skadestedet, under transporten i ambulance, og de første minutter i en skadestue, foretrækkes.

I USA er sket en stigende brug af Naloxon intranasalt siden slutningen af 1990'erne, og her foreligger derfor flere undersøgelser af brug og effekt, også ved ambulancetjenester. I en undersøgelse fra 2004 gav paramedicinere til en start nasal Naloxon til alle mistænkte opioidoverdoser, efterfulgt af intravenøs administration, hvis der ikke blev observeret tilstrækkelig effekt (Barton et al., 2005). I undersøgelsen fik 95 patienter intranasal Naloxon, hvoraf 52 patienter reagerede på Naloxon ved enten intranasal eller intravenøst, 43 reagerede på intranasal Naloxon alene, og syv patienter havde behov for yderligere doser intravenøs Naloxon. Undersøgelsen konkluderede, at intranasal Naloxon var effektiv og en alternativ metode til lægemiddeladministration til akutte patienter.

Et randomiseret studie fra Australien sammenlignede i 2009 intramuskulær og intranasal Naloxonbehandling blandt overdosisilfælde behandlet af ambulancetjenester, og konkluderede, at intranasal Naloxon vendte heroioverdosis succesfuldt hos 82 % af de behandlede, og at tiden til effekt var

ens for intranasal og intramuskulært behandling (D. Kerr, Kelly, Dietze, Jolley, & Barger, 2009). Et retrospektivt studie, ligeledes fra 2009, undersøgte 154 patienter behandlet med henholdsvis intranasal og intravenøs Naloxon over en periode på 17 måneder, og fandt at den gennemsnitlige tid fra Naloxon var givet til klinisk respons var længere for intranasal-gruppen end for intravenøs-gruppen, men at tiden viste sig at være den samme, hvis man medtager tiden fra kontakt til respons (Robertson, Hendey, Stroh, & Shalit, 2009). Samlet set viser undersøgelserne, at i betragtning af vanskelighederne og potentielle farer ved at skulle anlægge en intravenøs adgang, synes intranasal Naloxon at være et sikrere alternativ.

Vi har for nuværende ikke sikre oplysninger om brugerprojekter i Europa med Naloxon som næsespray. Storbritannien er længst fremme med Naloxon intramuskulært, med de første projekter i 2005.

Den uafhængige ekspertgruppe "The National Forum on Drug Related Deaths in Scotland" har fulgt situationen frem til 2012, og rapporten (Robertson et al., 2013) har blandt andet dannet baggrund for en standardisering af remedier til overdosisbehandling og udviklingen af den brugsklare Prenoxadspøjte, som også er brugt i Danmark og Norge. I Norge har man valgt at benytte samme kit som i Danmark (Lobmaier, Dalsbø, & Clausen, 2011), og et projekt, der løber fra 2014 – 2016 forventes snart at præsentere data (<http://stopppoverdoser.no/about/>).

Et stort anlagt projekt med randomisering af Naloxon til fængslede i forbindelse med løsladelse er påbegyndt af King's College i London, men der foreligger ingen resultater endnu (Strang, Bird, & Parmar, 2013). Generelt sker udviklingen i Storbritannien også med stigende hastighed, men som i resten af Europa med 10 års forsinkelse i forhold til USA. Endelig beskriver en evaluering fra 2011 et

ERFARINGER FRA PILOTPROJEKT I KØBENHAVNS KOMMUNE

walisisk projekt (Bennett T et al., 2011), og der har i de senere år været en stigende interesse for lægmandsdrevne overdosisprojekter ud over Europa. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) afholdt i 2014 et møde som belyste Europæiske projekter (www.emcdda.europa.eu/events/2014/meetings/naloxone).

1.6.3 Barrierer for undervisning og udbredelse

I forhold til udbredelse og behandling med Naloxon, er der identificeret en række væsentlige barrierer, som det er vigtige at være opmærksomme på i forhold til udvikling og implementering af overdosisforebyggelse.

Nogle stofbrugere, som er blevet genoplivet med Naloxon kan have en negativ oplevelse af stoffet, ofte i forbindelse med høj dosering af Naloxon, fordi de er vågnet op med abstinenser (Neale & Strang, 2015). Ofte beskriver de en følelse af at blive overbehandlet, fordi de eksempelvis har fået Naloxon i situationer, hvor det ikke har været nødvendigt, eller omvendt, at de har følt sig overladt til sig selv med abstinenser efter at være blevet behandlet med Naloxon. Disse udtalelser er ikke nødvendigvis et udtryk for, at der er blevet handlet forkert i de konkrete situationer, men er nok så meget et tegn på, at overdoser sker i pressede situationer, hvor der ofte ikke er tid til at efterbehandle hensigtsmæssigt, og hvor stofbrugerens oplevelse af behandlingen naturligt er negativ efter at være vågnet med abstinenssymptomer (for lignende danske erfaringer, se Tjagvad et al., 2014).

I forhold til selve implementeringen af overdosisforebyggelse, har læger udtrykt skepsis overfor ordinering af Naloxon til brug for lægfolk (Tobin et al., 2005). Også blandt andre professionelle grupper kan der være usikkerhed om Naloxon, og mere generelt om at administrere lægemidler, når man som udgangspunkt ikke har en sundhedsfaglig uddannelse. Eksempelvis har surveys blandt politifolk i USA vist, at der på den ene side er opbakning til

ideen om, at akut overdosisbehandling kan og bør falde ind under politiets arbejde, men at der på den anden side eksisterer en usikkerhed omkring den nødvendige viden, som skal til for at man kan administrere et lægemiddel (Green et al., 2013). Forsøg fra USA har dog vist, at det er muligt for politifolk at administrere Naloxon via næsespray, og at stofbrugeren i næsten alle disse tilfælde overlever overdosen (Rando et al., 2015). Samlet set peger undersøgelserne således på, at den gruppe, som har bedst mulighed for at nå at reagere i forhold til overdoser, formodentlig er stofbrugere selv. Det er da også stofbrugere med et stort forbrug, der i amerikanske undersøgelser har haft højest sandsynlighed for at behandle en overdosis (se eksempelvis Rowe et al., 2015).

I 2008 blev et pilotprojekt i overdosisforebyggelse med Naloxon oprettet af Københavns Kommune og Sundhedsstyrelsen. Formålet med projektet var at afprøve undervisning i førstehjælp og indgift af Naloxon til stofafhængige i Københavns Kommune. Da der i forvejen var tale om et produkt, hvis effekt er fuldstændigt kendt, havde pilotprojektet ikke til formål at teste effekten af Naloxon. Da brugen af Naloxon, både som intramuskulær injektion og næsespray også er undersøgt i adskillige projekter i udlandet, var det heller ikke projektets sigte at undersøge administrationsformen.

Pilotprojektet havde til formål at forebygge dødsfald forårsaget af overdosis med opiater med Naloxon til stofafhængige der færdes i stofmiljøet, og indgik som en del af det forebyggende og skadesreducerende arbejde i Sundhedsrummet, som i forvejen i havde fokus på at skabe tilbud til stofbrugere i den åbne stofscene på Vesterbro i København. Projektet blev initieret på opfordring fra BrugerForeningen af aktive stofbrugere, som deltog aktivt i hele processen fra udvikling af metode til opfølgning på projektet.

2.1

KURSER I OVERDOSIS

Projektet afholdt 6 kurser, hvor hvert kursus varede 1,5 time og havde maksimum 5 deltagere. I projektperioden blev 28 deltagere uddannet, og 17 behandlede overdoser blev registreret, heraf 11 i BrugerForeningen. Oprettelsen af et forebyggelseskursus og øget mulighed for aktiv behandling af overdoser viste ingen negative effekter af den anvendte medicinering, og ingen rapporterede uhensigtsmæssig brug af Naloxon. Projektets levetid var forholdsvis kort og med et begrænset antal uddannede, men der var alligevel en meget stor lokal effekt i BrugerForeningen, hvor de uddannede medhjælpere vedblev med at blive forsynet med Naloxon i årene efter. Der blev behandlet i alt 37 personer fra 2010 – 2012.

Projektet viste således, at det med forholdsvis enkle midler var muligt at opbygge et korps af stofbrugere, som kunne behandle overdosis, dér hvor overdosis indtræffer, og at der var en stor ansvarlighed blandt de uddannede, som ikke gav anledning til forbehold i forhold til at uddanne stofbrugere som 'lægens medhjælp'. Ud af de 28 deltagere besvarede 40 % spørgsmål om projektet, og de fleste opfattede deltagelse i projektet som en positiv oplevelse, der øgede deres selvværd og støttede en positiv relation til andre stofbrugere og omverdenen generelt. Projektet havde således en effekt, der udover at forebygge overdoser, også omfattede oplevelsen af at fungere bedre i sociale sammenhænge, ikke blot med andre stofbrugere, men også med social- og sundhedsprofessionelle.

Set i lyset af, at antallet af overdosisdødsfald på landsplan, på trods af store investeringer til forebyggende tiltag, har ligget stabilt på et dødstal på omkring 200 personer om året igennem de seneste 10 år, udgør en videre udvikling og afprøvning af forebyggelsesinitiativer stadig et afgørende fokusområde. Baseret på erfaringerne fra pilotprojektet blev der derfor afsat satspuljemidler til at arbejde videre med modellen, herunder udbrede forebyggelsesprogrammet geografisk til kommuner med en stofbrugerpopulation af en vis størrelse. Derudover blev det anbefalet, at det følgende projekt så vidt muligt inkorporerede følgende:

- Forenkling af forebyggelsesudstyr, herunder anvendelse af system beregnet til nasalspray.
- Inddragelse af pårørende og professionelle med kontakt med stofbrugere gennem deres arbejde.
- Inddragelse af andre risikogrupper, eksempelvis smertepatienter og deres pårørende.
- Udvikling af kontinuerlige uddannelses tiltag, som er fast forankrede i den lokale struktur og kultur.

2.2 BARRIERER FOR UNDERVISNING OG UDBREDELSE

Pilotprojektet var opsøgende og gennemførte undervisning i flere forskellige institutioner. Flere deltagere gav dog udtryk for, at det fremover ville være hensigtsmæssigt, at kurserne blev afholdt dér, hvor stofbrugere opholdt sig, og at de var kontinuerlige, så de kunne vende tilbage og opfriske deres viden. I forhold til kursets form og fokus på det sociale element i undervisningen, udtrykte deltagerne generel tilfredshed, men der var dog overvejelser om, hvorvidt andre subgrupper skulle tilbydes et kortere kursusforløb, som eventuelt kunne gentages efter nogle dage eller uger. Derudover tilkendegav mange, at tasken var blevet en del af deres daglige udstyr, mens flere ønskede, at den i højere grad blev integreret med, hvad de ellers bar med sig, fordi det ville gøre det nemmere at huske at have tasken på sig hver dag.

Ved opstarten af pilotprojektet var det glasampullen med Naloxon, som var tilgængelig, og der blev derfor udleveret 3 stk. af de tilgængelige glasampuller, hvor Naloxon trækkes op i en 2ml sprøjte, og der påsættes en MAD 300 næseforstøver (Thiesen, 2013).

Selvom næseforstøveren gør sikkerheden større for den som behandles, især på grund af mindre smitterisiko, er brugen af glasampuller problematisk, og det videre arbejde med at finde en bedre model er derfor fortsat i projekt RED LIV.

RED LIV

Formålet med RED LIV var at bidrage til fortsat reduktion i opioidudløste dødelige overdoser og senfølger af ikke-dødelige opioidudløste overdoser gennem undervisning i forebyggelse med Naloxon. Målgruppen for undervisning var stofbrugere, pårørende og et større netværk af behandlere og andre professionelle, som møder stofbrugere i deres arbejde. Sigtet med den brede inddragelse var at undersøge potentialet for en bredere forankret forebyggelsesstrategi, blandt andet ved at øge adgang til miljøer, der ofte er lukkede for overdosisforebyggelse, og hvor redningsfolk ofte først tilkaldes, når en overdosis har stået på for længe. Et andet formål med RED LIV var at udvikle materiale til opstart af stabile, vedvarende og lokalt forankrede undervisningstilbud i overdosisforebyggelse, som på længere sigt kunne varetage den videre undervisning af stofbrugere, pårørende og relevante professionelle i lokalområdet. Endelig ønskede vi at belyse overdosistilfælde, under hvilke forhold de forekommer og hvordan de håndteres.

Da der i forvejen er tale om et produkt, hvis effekt er fuldstændigt kendt, havde RED LIV ligesom pilotprojektet ikke til formål at teste effekten af Naloxon eller administrationsformen. Næsesprayen blev valgt, fordi det vurderes at være den sikreste måde at administrere medicinen på, og fordi den udgør en arbejdsform, som de fleste, også dem som ikke er vant til at omgås nåle, bedst kan håndtere.

Selve puljeopslaget til RED LIV, Udmøntning af pulje til forebyggelse af overdosisdødsfald med Naloxon, blev udmeldt af Sundhedsstyrelsen den 1/11 2012 (se Bilag 1), hvor man indkaldte ansøgninger til en samlet bevilling på 6 millioner kr. fra december 2012 til udgangen af 2015. Organiseringen af puljen var delt i projektkommuner og koordinerende kommune. Projektkommunernes opgaver var at være udførende i forhold til uddannelse af stofbrugere og andre relevante

personer i projektet, samt deltage i projektets overordnede struktur. Koordinerende kommunes ansvar var, ud over at være udførende projektkommune, at opbygge en generel struktur for hele projektet i samarbejde med de øvrige kommuner, og sikre en dataopsamling og evaluering af alle deltagende kommuner. Projektperioden blev sat fra december 2012 frem til udgangen af 2014. Puljeopslaget blev udmeldt i november 2012 med ansøgningsfrist samme måned. Kommunerne Århus, Odense, København og Glostrup kommune / KABS var ansøgere til puljen. Rollen som koordinerende kommune blev ansøgt af og tildelt Københavns Kommune.

Projektpuljens opgave var klart defineret i udmøntningen, og de enkelte kommuner var fra begyndelsen forpligtet til at deltage i en fælles overordnet struktur i samarbejde med koordinator. På grund af færre ansøgere til puljen end forventet, og dermed yderligere puljemidler til fordeling, blev projektperioden i 2013 udvidet til medio 2015, hvilket alle deltagere accepterede.

Projektforløbet blev udviklet i forbindelse med og efter et projektlederkursus hos Implement Consulting Group, og havde som overordnet formål at nedbringe overdosisdødsfald.

Succeskriteriet med nedbringelse af overdosisdødsfald blev diskuteret fra begyndelsen, da der ikke i realiteten kan opstilles den slags mål for en forebyggende indsats, idet de faktorer, som indvirker på om dødstallet går op eller ned, ikke er mulige at styre via en enkelt indsats. En yderligere komplikation i forhold til dødstal er antallet af ikke-dødelige overdoser, hvor der i teorien skal behandles et ikke ubetydeligt antal overdoser, før den dødelige overdosis er behandlet. Ikke-dødelige overdoser er næsten umulige at monitorere systematisk, fordi de fleste ikke kommer i behandling inden for hospitalsvæsenet.



3.1 METODE

3.1.1 Design

Projektet blev afviklet i perioden 2013 til ultimo 2015 med ansættelse af projektkoordinator pr 1/3 2013.

Projektet var opdelt i en koordinerende del varetaget af Københavns Kommune og en udførende del med fokus på uddannelse af hjælpere fordelt på 4 kommuner: København, Århus og Odense samt KABS/Glostrup kommune.

Overlæge Henrik Thiesen (HT) har været projektleder og sygeplejerske Marian Jørgensen (MJ) har været projektkoordinator. Begge var til stede ved samtlige trænerkurser, og MJ har superviseret alle trænere ved deres første undervisningsseance i både KABS, Århus, København og Odense.

Koordinatorfunktionen var placeret i København og udgjorde den koordinerende funktion for samtlige kommuner. Funktionen varetog udvikling af undervisningsmateriale og en standardiseret kursusform, baseret på den viden, der er udviklet i det tidligere overdosisprojekt og i andre udenlandske projekter. Koordinator delen af projektet stod for uddannelse af alle trænere. De uddannede trænere fra de deltagende kommuner havde derefter til opgave at varetage undervisning og den øvrige støtte og opfølgning af deltagerne lokalt, mens koordinator stod for den understøttende supervision til trænere og sikring af, at den overordnede tilgang var ensartet.

Brugerregistreringen blev samlet lokalt af de enkelte trænere i de deltagende kommuner, og sendt i anonymiseret form til projektkoordinator.

3.1.2 Procedure

Projektkoordinator forestod, i samarbejde med projektleder, introduktionsmøder med kommunerne om det samlede projekt, samt uddannelse af kursusledere og opbygning af et kursuskoncept til udbredelse og forankring i kommunerne med henblik på lokal implementering i behandlingssystemerne og i de forskellige lokalområder og subkulturer i kommunen, herunder også til pårørende/netværk til stofbrugere. Derudover forestod projektkoordinator opbygning af et fast kontaktnet med øvrige projektkommuners overdosisforebyggelseskoordinatorer, og støttede opbygning af lokale foranstaltninger, herunder kursusform og logistisk støtte.

I forbindelse med projektet blev der etableret styregruppe og følgegrupper for lokale- og landsdækkende funktioner, en styregruppe for det koordinerende projekt, en følgegruppe for det landsdækkende projekt og en følgegruppe for det Københavnske projekt. Den samlede evaluering blev udarbejdet i samarbejde med Birgitte Thylstrup og Morten Hesse, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Deltagerne i RED LIV kurserne udfyldte skema med baggrundsoplysninger på første kursus, samt fik udleveret skemaer til beskrivelse af foretagne behandlinger af overdosis, med beskrivelse af situation og håndtering. I perioden maj 2013 til august 2015 fulgte vi op og interviewede deltagere med et mere uddybende skema, der byggede på de samme spørgsmål, som i det første spørgeskema.

3.1.3 Uddannelse af trænere og hjælpere

Uddannelsen fulgte en to-faset strategi, hvor trænere uddannes til at uddanne hjælpere lokalt. Den

samme strategi er fulgt i det norske Naloxon-projekt (<http://stoppoverdoser.no/>). I RED LIV anvendte vi på grund af lovens rammer for benyttelse af medhjælp, lægesupervision i begge led, hvor der i Norge kun er lægelig supervision af den standardiserede træneruddannelse, således at den enkelte træner "videredelegerer" Prenoxad til hjælperen, uden tilsyn af læge – en tilgang, der kan sammenlignes med oplæring i hjertestarter, hvor trænere uddanner lægpersoner uden lægelig supervision. Uddannelsen af trænere og hjælpere skete i to faser:

1. Trænerkurset var forholdsvist intensivt over 4 timer. Udover selv at gennemføre kurset, blev trænere undervist i at uddanne andre i genoplivning og brug af Naloxon. Da trænere for en stor dels vedkommende også var lægpersoner, blev der delegeret Naloxon i form af Prenoxad til hver enkelt træner. Her udover blev der udleveret et undervisningskit uden medicin. Kurset blev afsluttet med en test, hvor deltagerne blev spurgt til det netop gennemgåede kursus, både som kontrol for koordinator, og for at sikre, at alle havde forstået hvad det betød at behandle med Naloxon, og hvordan man gennemførte kurset for hjælpere. Deltagerne fik som afslutning på uddannelsen udleveret en USB-nøgle med baggrundsmateriale til inspiration og brug ved hjælperkurser, flip-over med illustrationer af centrale punkter i undervisningen, samt t-shirts og caps med RED LIV-logo.

Hver enkelt træner stod derefter for at gennemføre hjælperkurser lokalt. Det første kursus blev superviseret af koordinator, og der var til alle trænere et stående tilbud om yderligere supervision og eventuelt også gentagelse af kursus. Samtidig blev den enkelte træner koblet op med lokale lægekræfter, som superviserede hjælperkurserne og delegerede Prenoxad til hver enkelt hjælper.

2. Hjælperkurset foregik lokalt i den enkelte kommune, og blev superviseret af koordinator under første hjælperkursus med tilbud om yderligere

gere supervision fremover. Hjælperkurserne var korte. Det anbefales ikke at vare mere end en time per kursus, og det anbefales at antallet af deltagere er begrænset, optimalt 5-6 personer. I undervisningen lærte deltagerne:

- At kende symptomerne på overdosis
- At vide hvornår man skal tilkalde hjælp 1-1-2
- At kunne iværksætte genoplivning/give førstehjælp/lægge i aflåst sideleje
- At kunne give Naloxon
- At vide hvad det omfatter at agere som lægens medhjælp
- At anvende det udleverede overlevelseskits

Hjælperne blev udstyret med tasker med udstyr, og blev, ud over selve livreddningsproceduren, oplært i at orientere den person, som havde modtaget behandling. Personen fik herunder et kort med oplysninger om, hvem der kunne kontaktes ved spørgsmål eller problemer. Endelig blev hjælperen indført i udfyldning af oplysningsblanket vedrørende den behandlede overdosis, hvordan der skulle afrapporteres til trænere, og hvordan der blev delegeret ny Naloxon i stedet for den brugte. Efter gennemført behandling for overdosis skulle hjælperen vende tilbage til sin træner og afrapportere tilfældet og få delegeret en ny portion Naloxon, hvis proceduren var gennemført tilfredsstillende.

3.1.4 Lægens opgave

Lægens opgave er at delegerer retten til at benytte Naloxon/Prenoxad til den, som har gennemført kurset. I forbindelse med kurset er det lægens opgave at vurdere om den enkelte deltager har forstået de punkter, som er nævnt ovenfor. Hvis det vurderes, at det er tilfældet, udnævnes hver enkelt



Prenoxad med MAD300

kursusdeltager til "lægens medhjælp" og oplyses om, hvad det betyder i netop denne forbindelse. Hver enkelt hjælper er altså knyttet op på den kommunale træner og den læge som superviserer kurset (i forbindelse med projektet i Københavns Kommune er supervisionen af overdosiskurser i Rådgivningscenter København for eksempel delegeret til de læger, som arbejder lokalt i de enkelte institutioner i Rådgivningscenter København). Hjælper skal opgive CPR-nummer til lægen for at kunne blive udnævnt til lægens medhjælp, hvilket holdes strikt lokalt mellem læge og hjælper. Deltagerdata anonymiseres inden de videresendes til koordinator.

Samlet set er det lægens opgave at sikre:

- At den enkelte hjælper har gennemført kurset i henhold til protokollen
- At den enkelte hjælper har forstået opgaven som lægens medhjælp
- At sikre, at den udleverede Naloxon er brugt forsvarligt og i henhold til delegationen

3.1.5 Medicin

Ved projektstart var der som anført kun Naloxon i glasampul til rådighed i Danmark. Baseret på erfaringerne fra pilotprojektet, var der et stort ønske om at finde Naloxon i en anden dispenseringsform. I de amerikanske projekter, som har været baseret på næsespray, er der benyttet en forfyldt ampul fra Amphastar Pharmaceuticals. Denne ampul er ikke udviklet til næsespray, selvom den er benyttet i snart 20 år sammen med MAD 300 i adskillige projekter. Samtidig er den udviklet til det amerikanske marked, men er ikke godkendt af European Medicines Agency til brug i EU (<http://goo.gl/DGCIi>). Der var ikke noget incitament for Amphastar til at søge godkendelse, og dermed ikke noget incitament til, heller ikke under særlige forhold, at sælge ampullen til vores projekt. I Storbritannien er der udviklet en forfyldt sprøjte, som i forvejen var godkendt i EU, og derfor umiddelbart til at tage i brug i Danmark, men også denne sprøjte er i Storbritannien godkendt til intramuskulært brug.

På baggrund af kommunikation med Lægemiddelstyrelsen og diskussion af forskellige modeller, blev det besluttet at afprøve det britisk produce-

rede Prenoxad, som findes i forfyldte sprøjter i en styrke på 1mg/ml i modsætning til glasampullens 0,4mg/ml, og som er udviklet specifikt til brug for stofbrugere. Efter en længere periode med forhandling mellem den danske importør og producenten, accepterede man i juli 2013 at sælge en mindre mængde Prenoxad til projektet, hvorefter der indledtes en ansøgning om tilladelse til brug af Prenoxad 'off-label'. 'Off label'-brug af medicin betyder, at et lægemiddel bruges til et formål, som præparatet ikke er godkendt til, eller at præparat administreres anderledes end godkendelsen af præparatet tilskrives. Da Prenoxad er godkendt til intramuskulært brug, kan det ikke umiddelbart anvendes til nasal brug. Samtidig er der en lang praktisk erfaring med Naloxon anvendt som næsespray, og den Naloxon, som anvendes i Prenoxad, er kemisk den samme som den, der anvendes i de amerikanske projekter.

Godkendelsesproceduren for anvendelse af Naloxon som næsespray 'off-label' blev indledt i juli 2013. Via den danske importør Azanta blev der kommunikeret med producenten af det Britiske kit, Martindale, som efter et møde 26. juni 2013 accepterede at eksportere en mindre batch til RED LIV projektet. Den efterfølgende godkendelse til brug som næsespray, skete i efteråret 2013. Primo december 2013 var Prenoxad klar til brug i projektet, og det første hjælperkursus med brug af Prenoxad blev afholdt 10. december 2013 af koordinator og projektlæge, mens det første landsdækkende trænerkursus med denne dispenseringsform skete den 25. februar 2014. Prenoxad findes ikke i almindelig handel, og der blev søgt og givet specialtilladelse til de 4 deltagerkommuner til import af Prenoxad til RED LIV. Prenoxad findes derfor ikke i andre institutioner som beskæftiger sig med overdosisbehandling, for eksempel stofindtagelsesrumme. Det vigtigste argumentet for at benytte netop dette produkt, som ikke var kendt i forvejen på det danske marked var, at det skulle benyttes af læg-personer, og at det her er vigtigt med en så en-

kel administrationsform som muligt med minimal risiko ved udførelsen af behandlingen. Selvom den forfyldte sprøjte er godkendt til intramuskulært brug, var det vores ønske at bruge den sammen med en MAD 300 nasalforstøver, for at undgå brug af kanyler, og for at nedsætte risikoen for skader på hjælper eller den, der behandles. Et yderligere argument var, at sprøjten har luer-Lock, som bruges i sprøjte- og kanylesystemer overalt i sundhedsvæsenet, og som passer til MAD 300.

Der var stort fokus på, at 'off-label' administrationsformen var effektiv, og at den Naloxon, der blev benyttet i Prenoxad var den samme eller sammenlignelig med den, der blev benyttet i amerikanske projekter. For eksempel var det ikke utænkeligt, at forskelle i eksempelvis pH kunne have indflydelse på den nasale absorptionskinetik. De indhentede produktbeskrivelser overholdt dog alle de samme forskrifter, og dermed også den samme surhedsgrad i koncentrationen.

Ved indførelse af Prenoxad uddannes stofbrugere i at give nasalspray som 2 pust 2 gange inden for et angivet tidsrum, og i at give en 5. dosis intramuskulær injektion ved manglende eller utilfredsstillende effekt. Man har derfor bibeholdt intramuskulærkanylen i det nye projekt-kit sammen med Prenoxad og MAD 300. Farmakologisk og farmakokinetisk undersøgelse af brug af netop MAD 300 og Prenoxad sprøjten var ikke publiceret nogen steder, men dette var heller ikke tilfældet for det amerikanske system. Tilladelse blev givet efter grundig dokumentation for brugen af nasal Naloxon, og på baggrund af de identiske formuleringer af Naloxon i de beskrevne produkter. Herudover var begge systemer produceret med standard luer-lock system, hvorfor det måtte antages at fungere uproblematisk og på samme måde i begge systemer.

Endnu en barriere før ibrugtagning var prisen på de enkelte dele, især på Prenoxad, men der blev udvist stor velvilje fra både apotek og importør, så prisen

eksklusiv moms kunne holdes på ca. 250 kr. Sammenlignet med en pris på ca. 84 kr. for enkeltdosis i ampuller var prisen på 250 kr. for 5 doser mulig at bære for projektet og gjorde Prenoxad yderligere attraktiv til vores brug.

Skiftet til Prenoxad betød en stor lettelse i uddannelsen af både hjælpere og trænere. Selve håndteringen af udstyret er sikker hele vejen igennem, og de senere erfaringer med brug af Prenoxad har i høj grad været positive. Selve processen opfattes hurtigt, og den usikkerhed, som lægfolk kan opleve involverer ikke en sikkerhedsrisiko, på grund af de bløde og stumpede genstande som skal kobles sammen. Det er ligeledes heller ikke et usikkerhedsmoment i forhold til spild, som når Naloxon trækkes op fra de almindeligt tilgængelige ampuller. Når al Naloxon er tilgængeligt via næsespray er risikoen højst, at der bliver givet lidt mere end den dosis på 0,4 mg pr næsebor pr gang, som er tiltænkt, hvilket kan medføre, at noget af Naloxonen løber bagud i svælget, og dermed ikke får den effekt, som den er tiltænkt. Andre undersøgelser, som er beskrevet i rapporten, har givet 1ml i hver næsebor svarende til 2½ dosis, og alligevel er effekten tilfredsstillende og på linje med intramuskulær Naloxon. Fordelen ved Prenoxad er her, at koncentrationen er 1mg/ml, og at der er en afmærkning af den mængde, som skal gives i næsen svarende til 0,4mg pr dosis. Der gives kun 0,4 ml i hvert næsebor, og dermed er sandsynligheden for, at nok forbliver i næsehulen meget større, selvom volumen stadig er 2-4 gange højere end det som forventeligt kan rummes i næseslimhinden (0,1 - 0,2 ml). Da der altid skal kaldes 1-1-2 ved overdosis, skal overdosisbehandling med Prenoxad som nasalspray ses som et løft i forhold til hvad forbipasserende ellers kan gøre i forhold til en overdosis, og især betyder det at behandlingen kan indledes tidligere og muligvis i en mindre kritisk fase.

Under færdiggørelsen af denne rapport er det oplyst at Martindale har opsagt eksporten af Preno-

xad til de Skandinaviske lande. Det efterlader projektet med behov for en ny leverandør. En generel søgning viser, at adskillige devices til at indgive Naloxon som næsespray er på vej, og et enkelt device er som er fuldstændigt målrettet på Naloxon som næsespray er godkendt af FDA i november 2015. Forhåbentlig vil nyudviklingen løse problemer med den lave Naloxon-koncentration, og sandsynligvis også de resterende problemer med størrelse af udstyret, samling af kit mv.

3.1.6 Overdosiskit

Indkøb af tasker blev gjort mest prisbilligt hos firmaet Opti-safe. Taskerne er produceret i Indien og bestod af (se også figur 5):

- 1 æske med Prenoxad
- 1MAD førstøverhoved
- 1 ventilationsmaske
- Bomuldsservietter/sprit serviet
- Handsker
- Kort med navn og læge underskrift vedr. uddelegering
- Kort til udlevering til den behandlede om at dette er et projekt.
- Kuglepen og registreringsark

3.2 ETIK

Projektet var udbudt af Sundhedsstyrelsen og havde til formål at undersøge, om det var muligt at udbrede overdosiskurser baseret på den fremgangsform, som blev anvendt i pilotprojektet. Der var derfor tale om et implementeringsstudie med fokus på, hvordan den allerede afprøvede model kunne indføres i andre kommuner og organisatoriske strukturer.

Deltagelse i projektet som træner eller hjælper var frivillig, og der var ingen forpligtelse til at hjælpe,



Figur 5. Hjælpetaske

selvom man var i besiddelse af Naloxon. Der var således ikke skærpet hjælpepligt, som hos autoriseret sundhedspersonale, og der var ikke noget ansvar for, om den medicin man var i besiddelse af havde effekt eller ej. Der var heller ikke krav om yderligere fremmøde eller afgivelse af oplysninger, ud over de oplysninger, der skulle afgives i forbindelse med lægens delegering af medicin, samt afrapportering efter behandlet overdosis. Der er intet ansvar hos hjælperen i forhold til udkomme af den givne behandling, men den delegerende læge skal efterfølgende vurdere om kittet er brugt forsvarligt og derefter delegere en ny portion. Projektet som helhed indfører ikke nogle nye behandlingsformer bortset fra, at Naloxon indgives via næsespray. Endvidere modtager den enkelte person som har overdoseret behandling som vanligt, men har nu også mulighed for at få behandlingen suppleret med antidot. Personen som gives Naloxon skal spørges om vedkommende vil modtage medicin, men da personen definatorisk er bevidstløs og ukontaktbar, og da yderligere afventen vil medføre dødsfald, kan Naloxon gives hvis de punkter, som er nævnt under uddannelsesprogrammet følges.

Det er fra Sundhedsstyrelsen vurderet, at da brug af Naloxon på trods af langvarig positiv erfaring stadig er "off-label", skal den sidste dosis gives intramuskulært, hvis der ikke har været effekt af de første 4 doser. Endvidere skal den person, som er behandlet positivt for overdosis, informeres om at vedkommende har fået den kendte medicin på en anderledes måde end det vanligvis gives. Personen bør optimalt informeres mundtligt, og under alle omstændigheder gives et informationskort om Prenoxad og et telefonnummer til projektkoordinator.

RESULTATER

RED LIV involverede en større gruppe deltagere på i alt 487 fra 4 kommuner i Danmark. I denne rapport fokuseres der på de personer, der har deltaget i RED LIV kurserne i perioden fra maj 2013 til august 2015, og som op til nu har besvaret på opfølgningsinterviewet. Da der ikke er nogen sikkerhed for, at de uddannede møder mennesker, som har overdosis, eller hvis de er til stede så også ville redde liv, kan det ikke umiddelbart kvantificeres, hvilken effekt projektet har haft på det samlede antal af overdosisdødsfald i Danmark på kort sigt.

4.1 BESKRIVELSE AF DELTAGERNE

I alt 487 deltagere udfyldte spørgeskemaer ved deres deltagelse i kurserne i perioden fra maj 2013 til august 2015 (se tabel 2).

Tabel 2 DELTAGERE OG STEDER	
Glostrup Kommune, KABS	64
Københavns Kommune	299
Odense kommune	72
Aarhus Kommune	52
I alt	487

Som det ses er den største gruppe København, som dog omfatter flere forskellige grupper, som har været undervist flere forskellige steder. Af de 487 havde 441 opgivet køn, og 237 var mænd, 204 var kvinder. 439 havde opgivet alder, og gennemsnitsalderen var 42 år (standard afvigelse = 11,5), den yngste var 20 og den ældste var 87.

Deltagerne blev kategoriseret i ovenstående grupper, ud fra de oplysninger, de havde givet ved deltagelse i kurset. Det skal her bemærkes, at personer, der oplyste, at de var pårørende til misbrugere, blev kategoriserede som brugere, hvis de oplyste selv at være opiatbrugere aktuelt. Således opgave

Tabel 3 KATEGORISERING AF DELTAGERNE	
Behandler/omsorgsmedarbejder/ socialarbejder	214
Politifolk	30
Brugere	158
Pårørende	11
Ikke tilstrækkelige oplysninger/ andre	74
I alt	487

33 % af brugerne, at de samtidig var pårørende til en eller flere opiatbrugere.

Blandt opioidbrugere var der stor spredning med hensyn til, hvor længe de havde været opioidbrugere, idet nogle havde været opioidbrugere i op til 40 år.

Som det ses af tabel 3, var knap halvdelen i kategorien af personer med omsorgs- og behandlingsopgaver af forskellig art. Den næststørste gruppe var brugere, og et mindre antal politifolk og pårørende indgik ligeledes på kurserne. Af disse var 30 politibetjente er fra specialenheden i København, som arbejder med narkorelaterede opgaver, mens der blandt sygeplejerskerne deltog nogen fra Vestre fængsel, som sammen med lægerne i Vestre fængsel kunne undervise indsatte, der snart løslades, således at de indsatte både lærte om egen risiko for overdosis, samt, hvordan de skulle behandle andre, som oplevede overdosis, med det udleverede kit. Tabel 3 skjuler dog, at der var stor variation mellem de forskellige steder i landet, med hensyn til, hvor meget personale, der indgik i kurserne. I København og Odense var der således et forholdsvis stort antal medarbejdere, som indgik i kurserne. Omvendt var der i Århus og i omegnskommunerne omkring København kun meget få medarbejdere med. Det skal i denne sammenhæng nævnes, at

selv om, som vi skal se, kun få medarbejdere kommer til at administrere Naloxon, så er medarbejderne en vigtig gruppe for at vedligeholde kulturen omkring tilgængelighed af modgift og forebyggelse af overdoser, og det er derfor vigtigt, at der lægges en strategi for, hvordan medarbejderne i højere grad kan inddrages i forebyggelsesarbejdet de steder, hvor det er vanskeligt at få dem til at indgå i kurser som dette.

4.2
DELTAGERNES ERFARINGER
MED OVERDOSER FØR KURSET

Ud af hele gruppen, havde 64 % nogensinde oplevet, at andre havde fået en overdosis. Dette gjaldt 86% af brugerne, 77% af politifolkene, 45% af personalet, og 73% af de pårørende. Herudover havde 21% oplevet selv at få en overdosis. Dette gjaldt 54 % af brugerne, 10% af de pårørende, og 1% af behandlerne.

Samlet set er det således lykkedes at få en gruppe i tale, som i et forholdsvis stort omfang har omgang med personer, som får overdoser af narkotika, og dermed er målgruppe for Naloxonbehandling. Det er lykkedes at få et stort antal brugere og et stort antal omsorgspersoner igennem kurserne og at udstyre dem med Naloxon. Den store udfordring har været pårørende, som kun udgør en lille del af kursisterne. Det er muligt, at en større udbredelse af Naloxon til pårørende kan lade sig gøre, hvis der anvendes andre veje til rekruttering af pårørende, end dem som vi har brugt i denne sammenhæng.

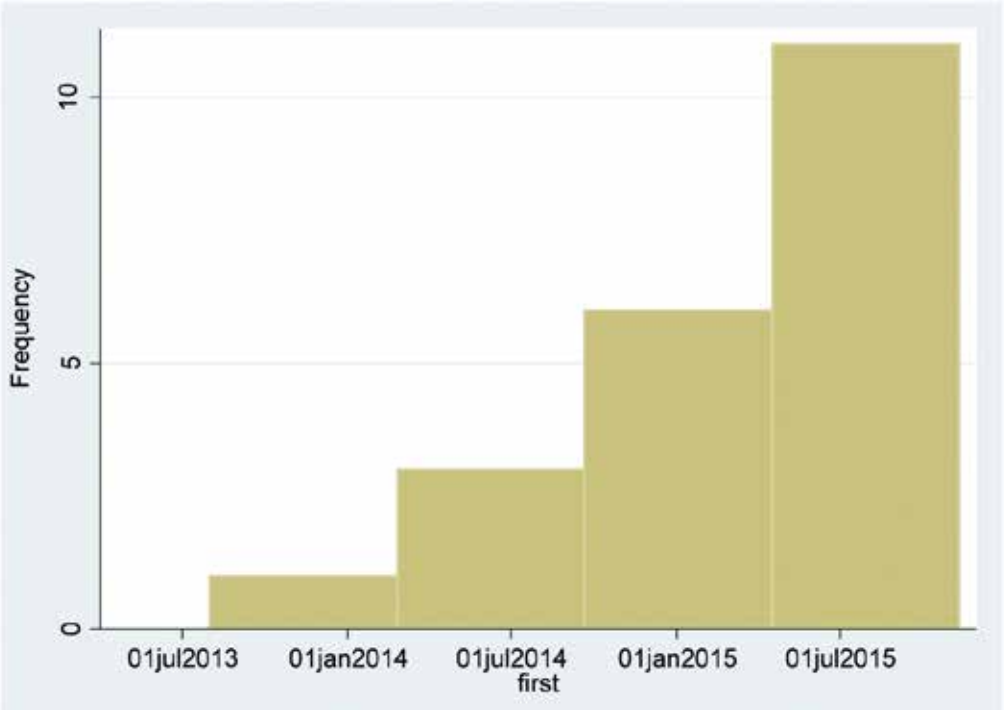
4.3
OPFØLGNINGEN

Fra maj 2015-september 2015 er det forsøgt at kontakte alle deltagere med henblik på opfølgningsinterview. Vi har registreret, at der på nuværende tidspunkt er 156 af deltagerne, der er geninterviewet, svarende til 35 %. Opfølgningsprocenten er opgjort efter gruppe i tabel 4.

Tabel 4 OPFØLGNINGSSUCCESS OPGJORT UD FRA KATEGORISERING AF DELTAGERNE	
	Interviewet
Ikke tilstrækkelige oplysninger/andre	15 %
Behandler/omsorgsmedarbejder/socialarbejder	41 %
Politifolk	37 %
Brugere	30 %
Pårørende	9 %
Total	32 %

Som det ses af tabel 3, var opfølgningsraten relativt ensartet for de større grupper. Kun en enkelt pårørende er geninterviewet. Forskellen på grupperne er kun marginalt signifikant (χ^2 test, $p=0,04$).

Tabel 5 OPFØLGNINGSSUCCESS OPGJORT UD FRA STED	
	Opfølgningsprocent
Brugerforeningen	28 %
Gentofte	23 %
Hvidovre	13 %
RCK	28 %
Sundholm	59 %
København, andre end RCK og Sundholm	
Odense Kommune	42 %
St. Dannesbo	38 %
Århus	29 %
Total	35 %



Figur 6. Hvornår er overdoserne behandlede?
Grafen viser udviklingen i antallet af behandlede overdoser. Den første behandling sker 1-8-2013 og den seneste registrering 1-9-2015. Stigningen skyldes til dels, at de fleste har været på kurset i 2014, efter at næsesprayen blev tilgængelig. Samlet set illustrerer grafen, at behandlingen gradvis implementeres, og at stigningen er fortsat helt frem til nu.

I tabel 5 er opfølgningsraten opgjort efter hvilket sted, deltageren oprindeligt var, da første kursus blev gennemført.

Variationen mellem stederne er statistisk signifikant med χ^2 -test ($p=0.01$). De bedste opfølgningsprocenter fandtes ved Odense kommune, Store Dannesbo og Sundholm, mens opfølgningsraten for de øvrige steder generelt var omkring en tredjedel.

4.4
BRUG AF NALOXON

En samlet opgørelse viser, at i alt 30 af 487 deltagere mindst én gang har anvendt Naloxon (6 %). Det er dog muligt, det reelle tal er højere, da der kan være personer, som har anvendt Naloxon, uden at det er blevet indrapporteret. Da nogle af deltagerne endvidere har administreret Naloxon mere end én gang, er det samlede antal behandlede overdoser 45.

Langt den højeste andel findes blandt de, der selv er opioidbrugere. Således var det 12 % af opioidbrugere, der havde administreret Naloxon mindst én gang. Blandt de 11 pårørende og 30 politifolk sås ingen behandlinger, og blandt behandlings- og omsorgspersonalet havde blot 8 behandlet (4 %).

Blandt opioidbrugerne sås, at de, der tidligere havde oplevet en overdosis selv, oftere administrerede Naloxon, end de, der ikke havde (19 % versus 6 %, $p=0,02$). Herudover var de, der havde behandlet ældre end andre opioidbrugere (48 versus 44 år, $p=0,02$). Der var ingen kønsforskel med hensyn til administration af Naloxon.

4.5
DE BEHANDLEDE OVERDOSER

I forbindelse med opfølgningsinterviewene blev deltagerne bedt om at beskrive de overdoser, de havde behandlet i løbet af projektet (se figur 6).

4.5.1 Hvordan foregik behandlingerne?

I alt 45 overdoser blev behandlet af personer, der havde deltaget på kurset. Som led i opfølgningsinterviewene blev deltagerne bedt om at beskrive disse overdoser. Vi var særligt interesserede i indikationer på, hvor alvorlige overdoserne var, og hvor de foregik henne. Af de 45 overdoser blev de 31 beskrevet i opfølgningsinterviewene. Disse omfattede 22 mænd og 9 kvinder. Deltagerne gav nogle detaljer med hensyn til den første behandling, og dette omfattede 25 personer.

I 22 tilfælde var den, der udførte behandlingen al-

lerede til stede, da overdosen skete, i otte tilfælde blev behandleren hentet af en anden, og i et enkelt tilfælde blev personen ringet op. Otte af de 31 overdoser skete i brugerens eget hjem, og af disse otte blev syv behandlet af en stofbruger. De fleste, 17, var personer, som deltageren kendte i forvejen. Dette gjaldt for alle deltagere, som ikke selv var opioidbrugere, og for de fleste opioidbrugere, som havde behandlet en person, idet 11 af 19 opioidbrugere, som havde behandlet, rapporterede at kende personen i forvejen. Det er således gennemgående, at den forebyggende indsats ved overdoser er sket ved, at hjælper eller træner blev tilkaldt eller ved et tilfælde har befundet sig på samme sted som personen, der havde overdoseret heroinindtag, ofte på offentligt toilet. En træner beskriver:

På mit arbejde lægger jeg varer på plads. En mor og søn kigger på varer. Jeg ligger mærke til at sønnen sveder og tager sig til hovedet flere gange, kort efter falder han om på gulvet. Han starter kramper men disse stopper kort efter. Jeg løber til hjælp og ser, at han ikke er kontaktbar. Jeg beder moren ringe 112. En kollega kender til førstehjælp, han påbegynder det. Jeg vender ham om på ryggen og giver først 2 doser i næsen og derefter 2 i lårmuskel, da der ingen reaktion var på de 2 første. Efter 3 minutter ankommer ambulancen. Jeg underretter om behandling og de overtager.

Andre beskriver at være blevet tilkaldt til en nabo-fest, hvor borgeren havde taget heroin ved en fejl i tro på, at det var kokain, eller at være blevet tilkaldt af en ven til den borger, der havde overdoseret. Nogle angiver derudover at være blevet opsøgt på arbejdet af borgere, der var bekymrede for, om de havde overdoseret:

Ukendt bruger kommer i cafeen, er utryg og bange for at dø, han mener han har taget for meget metadon, ønsker derfor 112, hvilket jeg kontakter. Da de ankommer spørger paramediciner om jeg har Naloxon, hvilket jeg har. Jeg spørger bruger om han ønsker modgift- han svarer ja - derfor åbner jeg æsken med modgift, hvorefter bruger ikke ønsker behandling alligevel.

De borgere, der var til stede, når overdosen skete, var enten selv stofbrugere eller pårørende, og en beskriver for eksempel at give Naloxon efter aftale med vennen, mens en anden "sad sammen med vedkommende da han tog stoffet. Gik selv i panik, men gav ham Naloxon i næsen".

4.5.2 Alvorligheden af overdoserne
Når en overdosis medfører, at personen ikke er kontaktbar, og kun kan trække vejret med besvær, er der høj risiko for, at der allerede er sket skader på centralnervesystemet, som kan medføre en række kognitive vanskeligheder, eksempelvis dårligere informationsbehandling i hjernen, opmærksomhedsproblemer, dårlig hukommelse for verbal information både på kort og langt sigt, og dårligere problemløsning. Vi bad derfor deltagerne om at

bedømme, hvor kontaktbar stofbrugeren var, og hvordan vejtrækningen var.

Overdoserne var gennemgående alvorlige, idet 20 af de 31 slet ikke var kontaktbare, mens ni var svært kontaktbare, og blot to var fuldt kontaktbare. Fem trak slet ikke vejret, mens 21 trak vejret med besvær, og blot fem trak vejret normalt. Der var ikke umiddelbart forskel på alvorligheden af de overdoser, som blev behandlet af brugere, og de som blev behandlet af andre. I 24 tilfælde vågnede personen uden komplikationer, og i fem tilfælde var der komplikationer. Én døde, én røg ind og ud af bevidsthed, og de øvrige havde umiddelbart mindre alvorlige komplikationer som opkastninger eller kramper. I 21 tilfælde blev behandlingen overtaget af andre, 10 af dem af ambulance, og i 9 tilfælde svarede respondenterne ikke på, om den blev overtaget. I blot 7 tilfælde skete der ikke videre behandling.

Samlet set tegner der sig et billede af ganske alvorlige overdoser, potentielt livstruende, og potentielt overdoser, der kunne medføre langvarige skader.

4.5.3 Tilkaldelse af hjælp efter behandlingen
Det er gennemgående, at den forebyggende indsats bliver overtaget af paramediciner eller andet personale, ofte gennem tilkald. En beskriver for eksempel: "Kommer ind på pladsen. Patienten ligger. Åbner taske/kit og ringer 112. En person er til stede, har Rubens Ballon klar. Har kontakt til patienten, trækker Naloxon op, men når ikke at bruge det, før det ambulancen er til stede." Det er dog ikke alle de behandlede, der vælger at tage imod den hjælp, der tilbydes af paramedicinerne eller tage med ambulancen:

Kommer gående i Kødbyen. Ser en del mennesker stå omkring en person, der ligger livløs på

jorden. Bliver kaldt til stedet sammen med en sygeplejerske fra Sundhedsrummet. Der blev givet Prenoxad 1 dosis i musklen, og kvinden vågnede op og blev vred. Ambulancen kom, men kvinden ville ikke med, gik med personalet fra Sundhedsrummet.

4.5.4 Hvordan blev overdoserne behandlede?
I 18 ud af 31 overdoser anvendtes kun næsespray, og i fem af de resterende tilfælde anvendtes kun Naloxon til injektion i muskel. I to tilfælde anvendtes både næsespray og injektion, og i de resterende tilfælde anvendtes ikke Naloxon. I de resterende 11 tilfælde blev der enten givet kunstigt åndedræt, der blev taget kontakt til ambulance, eller der blev ikke givet nogen behandling.

I 24 af de 31 tilfælde, vurderede deltagerne, at de i høj grad havde fået nyttig information på kurset i forhold til at håndtere overdosen, i seks tilfælde, at de i nogen grad havde fået nyttig information, og i 1 tilfælde, at de slet ikke havde fået nyttig information.

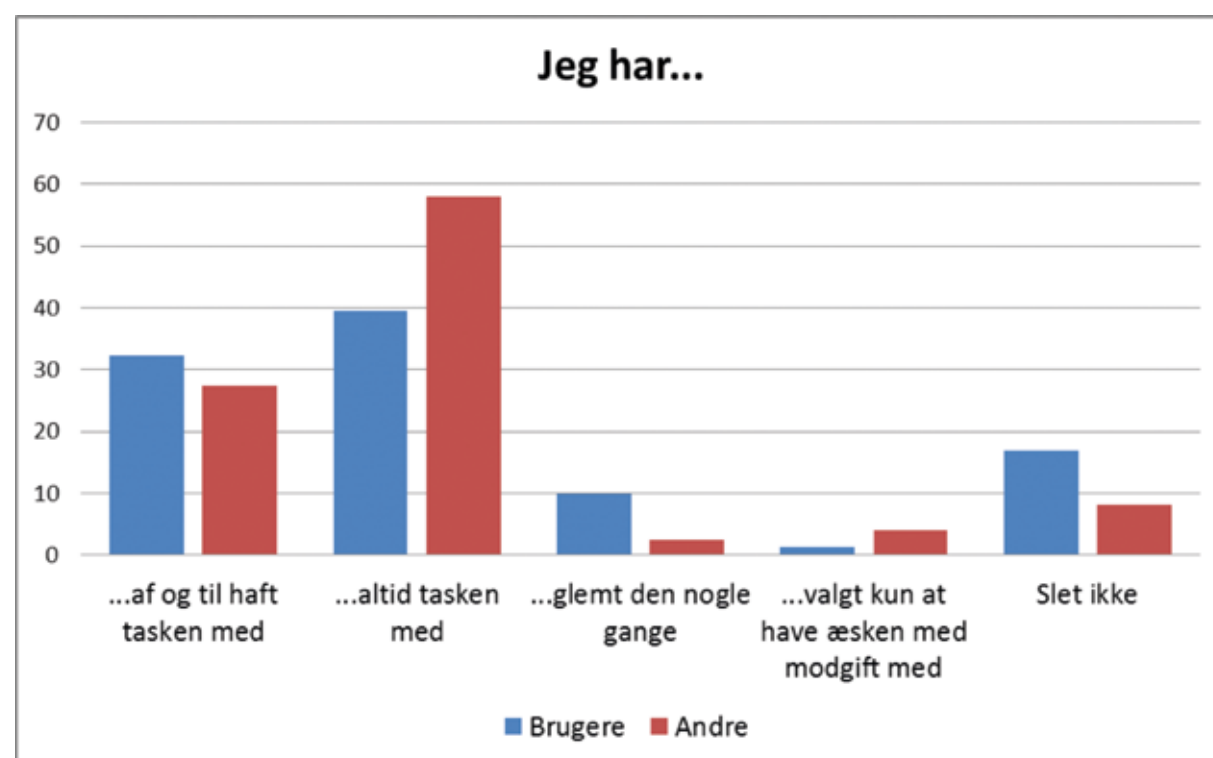
4.5.1 Stofbrugernes rolle som behandlere af overdoser

Samlet set tegner der sig et billede af, at stofbrugere:

- Er dem, der behandler overdoser i brugerens eget hjem
- Er dem, der behandler overdoser hos personer, de ikke kender i forvejen
- Behandler overdoser, der er lige så alvorlige som de, der behandles af personale.
- Allerede er til stede, når overdosen sker.

4.5.2 Brug og oplevelse af hjælpetaske

I begge grupper var det ganske få, der angav, at



Figur 7. Hvordan har tasken fungeret for dig?

tasken slet ikke fungerede. Et flertal af ikke-brugere (58 %) angav, at de altid havde tasken med, mens 39 % af brugere angav det samme. Brugerne angav lidt oftere, at de havde glemt tasken, at den ikke fungerede, eller at de altid havde den med, og forskellen var signifikant ($p=0,01$) (se figur 7).

”Tasken er altid med på arbejde, den gør mig tryk”

Af de 107 kommentarer til tasken havde 38 af de professionelle enten tasken med på arbejde eller havde den fast på arbejdet. En beskriver: ”Jeg har tasken på mit kontor og tager den med, når jeg er opsøgende på væresteder mm.”, og en anden, at ”Jeg har tasken liggende på arbejdet, hvis der skulle ske noget der – primært dér hvor jeg møder målgruppen”. Nogle få beskriver kun at have tasken med sig, når de er ’ude af huset’, og når der vurderes at være øget risiko for at møde overdoser.

”Tager den med hvis folk er aktivt misbrugende.

Ønsker ikke at slæbe for meget hvorfor den kun

er med af og til”

Brugere (7) beskriver, at de har tasken hjemme, hvor ”risikoen for OD er størst”, en at vedkommende ”går med hele tasken fra den 1-14 i måneden”, mens en ”... kommer i tanke om, at tasken ligger derhjemme, når man er i situationer, hvor man måske skal bruge den (ser nogen tage stoffer/eller tager dem selv)”. Det skal dog bemærkes, at for brugerne er der tale om, at de stort set altid skal have tasken med sig, for at de kan leve op til formålet med projektet, mens de, der er med i undersøgelsen som professionelle kun skal have tasken med i arbejdssammenhænge.

”Det er meget trykt at have den med mig. Og

jeg er glad for jeg ved hvordan jeg kan hjælpe en

anden narkoman, hvis liv er i fare”

Endvidere så vi blandt brugerne en tendens til, at personer, der har haft flere overdoser, oftere rapporterede, at de havde glemt tasken, eller at de kun af og til havde den med. Omvendt sås det, at personer, der kun havde haft få overdoser enten angav, at tasken ikke fungerede, eller at de havde valgt kun at medbringe Prenoxad. Sammenhængen er illustreret i figur 8 neden for. At brugere, der



Figur 8. Sammenhæng mellem egne overdoser og oplevelsen af tasken (kun brugere, $N = 68$)

har haft flere overdoser har sværere ved at huske tasken eller ved at medbringe den konsistent er helt i overensstemmelse med, at de kan tænkes at have et mere kaotisk stofbrug og livsstil, eller at de oftere har diffuse eller specifikke hjerneskader, som følge af overdoser.

”Dejlig nem. Fylder ikke så meget”

Omvendt kan det, at personer, der har oplevet få overdoser ikke vælger at tage hele tasken med, eller ikke føler at den fungerer, reflektere det faktum, at de ikke føler at emnet er så påtrængende.

Spørgsmålet er selvfølgelig, om der ville være blevet behandlet flere overdoser, hvis brugerne havde været bedre til at huske tasken. For at få en indikation på dette, opgjorde vi, hvordan sammenhængen var mellem antal behandlede overdoser og reaktionen på tasken. Sammenhængen er ikke statistisk signifikant, men der ses en tendens til, at de, der oplyser, at de altid husker tasken, er de, der har behandlet flest overdoser, i gennemsnit cirka 0,8 per bruger (se figur 9).

Samlet set peger fundene på, at strategien overfor at hjælpe brugere til at huske tasken skal være til-

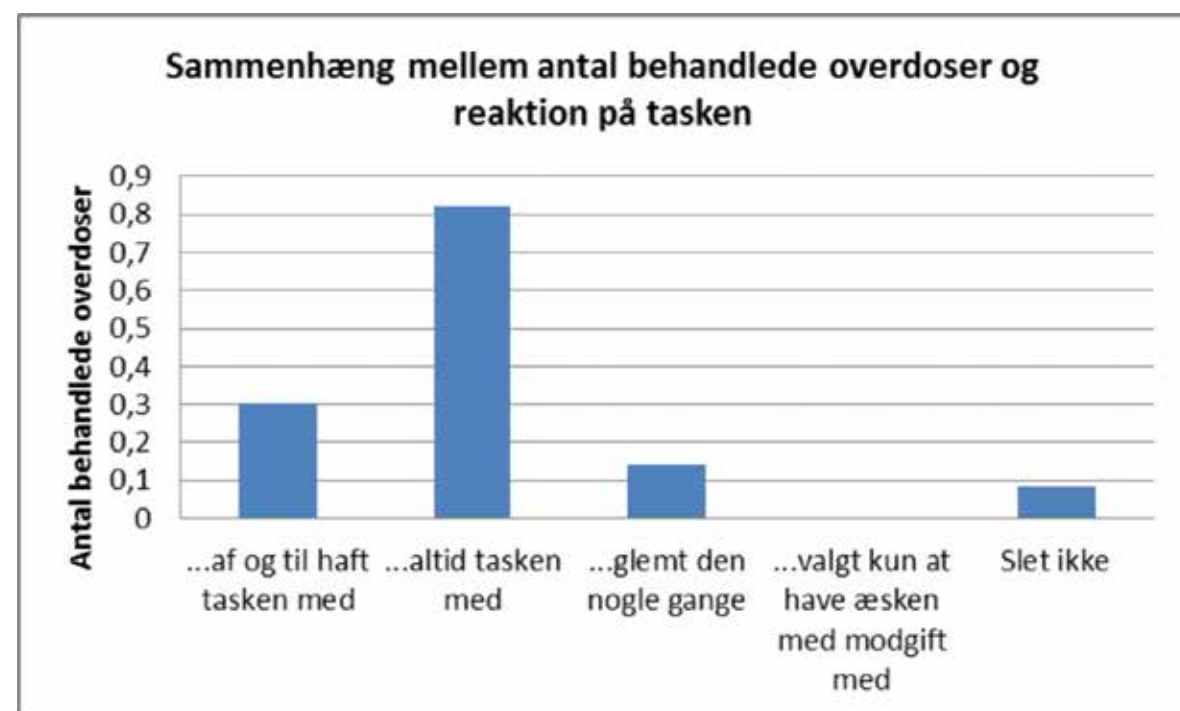
passet, så brugere med flere overdoser bag sig skal have strategier til bedre at huske, mens brugere, med færre overdoser bag sig skal have hjælp til at se formålet med at være rustet til at behandle overdoser, og at dette potentielt vil kunne have en effekt på antallet af overdoser, der bliver behandlet.

Når dette ses i sammenhæng med, at det er brugerne, der oftest har behandlet overdoser, er det et klart fokus for projektet, at kurserne fokuserer på, hvordan brugerne kan motiveres for altid at have tasken tilgængelig, og om tasken yderligere kan forbedres med hensyn til at sikre, at det bliver let for brugerne at huske den og at have den tilgængelig

”Har delt tasken op og lagt indholdet i min 1.

hjælpetaske”

Mens 10 af deltagerne kommenterede på, at tasken fungerede fint og var nem at have med, kommenterede 18 på mangler og mulighed for forbedring. Der blev her angivet, at den var for stor og besværlig at have med – som en bruger skrev: ”Har den ikke altid med, da jeg ikke har noget at ha’ den i”. Nogle beskrev, at de delte taskens indhold op for



Figur 9. Sammenhæng mellem antal behandlede overdoser og reaktion på tasken.

at gøre det mere overskueligt, for eksempel valgte en at have "... Prenoxad og næsedut med i anden taske", mens en anden delte taskens indhold op.

"For stor og uhandy"

I forhold til at motivere brugerne til at have tasken med, synes der således at være grund til at overveje, om tasken kan gøres mere fleksibel. Deltagerne kom her selv med forslag om, at tasken også kan fungere som mavebælte eller rygsæk, eller at der kan monteres en bæltestrop eller snor i til rundt om halsen, og at der ligger en pjece med arbejdsgang i tasken "så man altid husker procedurer".

4.6 VURDERINGEN AF KURSERNE

Vurderingen af kurserne og materialet var overvældende positiv, idet 92 % fandt undervisningen interessant og inspirerende, 7 % fandt, at der var for lidt tid, og mindre end 1 % fandt den kedelig. I alt 89 % fandt materialet godt, mens 11 % angav at "Noget at det var OK". Mindre end 1 % fandt undervisningsmaterialet uanvendeligt. På grund af det meget lille antal, som ikke angav høj tilfredshed med materialet gav det ikke mening statistisk at sammenligne de tilfredse med de utilfredse.

4.7 AFHOLDELSE AF KURSER VED TRÆNERNE

Af trænerne rapporterede 26, at de efter at være uddannede havde afholdt et eller flere kurser. I alt var der trænet 192 brugere på trænerens kurser, 30 politifolk og 86 personaler og frivillige.

Trænerne havde mulighed for at angive en række grunde til ikke at have afholdt kurser, herunder at de ikke havde tid, manglende lederopbakning, manglende opbakning fra kolleger, manglende brugerinteresse, at de troede, det ikke var deres opgave eller dårligt samarbejde med lægen.

"Det er klart, at det gør noget, at man har været fælles om et projekt"

Blandt de 16, som ikke havde afholdt kurser, angav 10 mangel på tid, 6 manglende brugerinteresse og højest én angav nogle af de øvrige grunde.

4.8 BETYDNING AF HJÆLPERKURSER

"Det, de gør, er inspirerende. At tage os med er godt"

Ud over de forebyggende indsatser, beskrev flere blandt personalet (14 ud af 28 besvarelser), at hjælperkurserne havde haft en positiv betydning for deres relation med brugerne. Projektet syntes således at have udgjort en mulighed for at lære flere stofbrugere at kende, fordi de oftere blev opsøgt med spørgsmål, hvor de blev bedt om at informere og rådgive om overdoser. Et andet vigtigt positivt aspekt var, at projektet støttede en oplevelse af at samles om noget fælles på en måde, der støttede en mere positiv og ligeværdig relation, hvor der var "andet end medicin i relationen" og, hvor personalet i højere grad oplevede, at de havde "... noget andet at tale sammen om". Der var således en gennemgående oplevelse af at tale mere med hinanden og være mere opmærksomme på at passe på hinanden. [Brugerne] finder stor ære i at være hjælper".

"Bruger og jeg er fælles om noget. Vi kan

lidt det samme"

Mens flertallet af stofbrugere beskrev, at relationen til underviser og læge var uændret efter deltagelse i projektet (96), beskrev 10, at relationen var forbedret, og nogle, at de opsøgte personalet mere. Eksempelvis skrev en "Taler mere med træner efter kurset" og en anden, at "Jeg går mere til underviser end til min egen kontaktperson".

4.9 OPLEVEDE ÆNDRINGER I OVERDOSER FØR OG EFTER RED LIV

I forhold til, om deltagerne oplever et fald eller en stigning i overdoser før og efter projektet, oplevede 40 % oplever færre, 30 % det samme antal, og 16 % flere overdoser. Forklaringer på oplevelsen i reduktion i antal overdoser var først og fremmest det øgede fokus og den bedre information om forebyggelse og behandling af overdoser, og at man i højere grad uddanner og hjælper hinanden

blandt stofbrugere og personale. En fremhæver derudover også betydningen af oplysning fra stofsælgers side, mens en anden fremhæver betydningen af, at der er mindre metadon i omløb (hvilket ofte indgår i det blandingsmisbrug, der fører til overdosis), og at der er mere opfølgning og opsyn med indtag. Derudover understreges betydningen af, at der er kommet flere tilbud og tiltag til stofbrugere, så som stofindtagelsesrum, heroinklinik og fixelance, og at stofbrugere og personale er uddannet i behandling med Naloxon. Endelig fremhæves betydningen af de periodevise ændringer i stofindtag fra heroin til kokain, og de stoffer, der generelt er på markedet.

De deltagere, der oplever en øgning i antal overdoser angav som grunde, at der kommer nye og yngre stofbrugere, som har mindre viden om stoffer og oftere eksperimenterer med stoffer, herunder Ritalin, mens nogle begrundet det med, at der er kommet flere udlændinge, herunder svenskere, på den danske stofscene. En stor del af grunden blev også beskrevet som en følge af nye og stærkere stoffer og øget blandingsmisbrug, mens en mente, det skyldtes manglende viden og tilbud til de mest belastede. Forklaringer på oplevelsen af den manglende forandring i overdoser var primært fra personale, der ikke mere arbejdede inden for området, eller fra stofbrugere, der ikke mere kom i miljøet.

4.10 BETYDNING FOR EGET STOFBRUG

"Tænker mere over eget indtag. Har tænkt på at lægge Prenoxad frem"

I forhold til betydning for eget stofbrug, svarede nitten stofbrugere, at projektet ikke har haft nogen indvirkning på deres stofbrug, enten fordi de ikke har noget sidemisbrug (9), eller har et mindre side-

misbrug (2), samt at de ikke fixer (4), men ”tager de piller, jeg får”, eller ” jeg har altid sagt hertil og ikke længere. Jeg injicerer ikke” Andre nævner, at de ”... får fast metadon... ” og ”tager kun subutex”, mens nogle skriver, at deres stofbrug ”... er som det altid har været”, at de ”altid har passet på mig selv”, ”er stabil”, eller ”opfordrer andre til at passe på” og primært tog ”kurset for at kunne hjælpe kammeraterne”.

”Tænker over egen risiko for at få en OD”

Treogtyve beskriver, at de har oplevet ændring i eget stofbrug efter deltagelse i kurset. Tolv skriver, at de tænker mere over eget indtag, og er opmærksomme på den øgede risiko ved blandingsmisbrug og injektion: ”... Tænker over indtaget/forbruget” og ”tænker over at passe på”. Nogle beskriver ændring i stofpraksis, hvor en ”Er stoppet med at indtage kokain” og en ”Tænker over hvad jeg indtager, fixer ikke mere”.

”... mere opmærksom på indtag af stoffer, blan-

der ikke stofferne”

I alt 16 angiver at have haft minimum en overdosis, mens 10 angiver ikke at have oplevet en overdosis. Den største grund til ikke at have haft en overdosis er, at den øgede opmærksomhed på særlige risikofaktorer ved indtag, så som dosis og blanding og brug af værktøjer. En beskriver for eksempel, at han ”passer på med doseringen, bruger nyt værktøj, blander ikke stoffer, indtager oftest alene”, mens en anden for eksempel skriver ”Jeg har nok været heldig, men ved tvivl om stoffet halverer jeg dosis af stoffet til start. Det løber jo ingen vegne”. Nogle angiver også, at de udover at være forsigtige også har været heldige.

4.11 MOTIVATION FOR FORTSÆTTELSE I PROJEKTET

”Hvis jeg kan hjælpe mine nærmeste vil

jeg gerne det”

Alle deltagere på nær en havde angivet grunde til, hvorfor de gerne ville fortsætte i projektet. Mest gennemgående var, at projektet var godt og relevant i forhold til at kunne hjælpe, både stofbrugere imellem, og i forhold til personale, der havde kontakt med stofbrugere, der overdoserede.

”Hvis en kan hjælpe mig, vil jeg gerne kunne gøre

det samme”

At gøre en forskel

Betydningen af at være i stand til at redde liv var gennemgående i de fleste beskrivelser (75). Som en skrev: ”Man ved aldrig hvornår man møder en, som har fået en OD”. Andre pointerede det at kunne hjælpe andre. En beskrev for eksempel: ” Jeg bliver ked af det når folk smutter for mig. Vil gerne kunne hjælpe. Bor i et belastet kvarter”, en anden at ”... befinder mig i miljøet og vil gerne kunne hjælpe”.

Stofbrugere pointerede også ofte hjælp til selvhjælp, hvor de både kunne redde andre og selv blive reddet i tilfælde af overdosis, for eksempel at: ”Redde liv. Håber at andre kan redde mig, hvis det sker for mig”, mens en skrev, at ”[Vi] har pligt til at hjælpe hinanden”. Derudover betød oplevelsen af tryk i forhold til at kunne håndtere overdoser også meget, hvor nogle skrev: ”Jo flere, jo større tryk” og ”Det er en tryk for mig, i den forbindelse, at jeg ofte opholder mig i nærheden af steder, hvor der er et behov for hjælp hurtigt”.

”For at kunne hjælpe. Det giver selvtillid.Håndterer det bedre”

”Vigtigt at kunne, vigtigt at folk ikke dør, når der er muligheder. Det er let at lære”

Projektets relevans

Mange (61) beskrev deres grund til at fortsætte i projektet med selve projektet relevans. En beskrev: ”Jeg synes, at det er ret spændende projekt, og kan generelt godt lide førstehjælp. Har tidligere været livredder i 5 år, så mere viden og info omkring stofområdet og førstehjælp er helt fint”, og en anden, at ” fordi det er et fantastisk projekt og fordi der er mulighed for at redde dem der bare har fået noget forkert eller haft en dårlig dag”. Andre nævnte det positive aspekt i at få mere viden om overdoser og hvordan de kan afhjælpes og behandles: ”Det redder liv og kan hjælpe mig til en større viden angående overdosis”, og en anden at ”Fordi budskabet er godt. Vil gerne have udryddet at folk sælger deres medicin og OD’erne forsvinder”.

” ... det har været meget berigende at undervise

brugerne. De har også været utrolig glade for at

få undervisning”

Flere kommenterede betydningen af selv at kunne undervise: ”Hvis jeg bare kunne undervise én, vil det gøre en forskel. Hver enkelt ville kunne gøre en forskel”, og en at ”Spændende og interessant undervisning. Udfordrende at undervise”. Andre skrev, at de ” Vil have det til at fungere, skal op at køre, ønsker borgerkurser” og at ”Vil gerne kunne

sprede det gode budskab. Hjælpe andre til at hjælpe videre. Vil gerne holde kurser”. En deltager understregede dog i denne forbindelse, at der kunne være en udfordring i forhold til at udbrede projektet på grund af den ofte travle og kaotiske hverdag, for eksempel skrev en: ”Det giver mening i forhold til brugergruppen, dog kan det være svært at finde tider hos læger og brugere”.

”Vi får nye kompetencer. Det er bare afgørende,

at tiden kan sættes af til det”

Brugbart i arbejdet med brugerne

Nitten havde konkret beskrevet projektets relevans for deres arbejde, blandt andet fordi de var ”i det område, hvor det sker”, og at projektet var relevant ”så længe der er stof/ indtag på stedet”, eller fordi de ”kommer i miljøet”. Nogle understregede den positive dialog med borgerne, som kurset gav. En beskrev: ”Fordi det giver top god mening at kunne hjælpe og at drøfte betydningen af en OD”, mens en anden beskrev: ”Godt at kunne sprede viden i denne gruppe. Godt relationsarbejde”. Andre pointerede, at den bedste indsats på arbejdspladsen krævede, at der var flere blandt personalet på den samme arbejdsplads, der havde gået på kurset og var aktive i projektet. En angav her ”Vil gerne for at kunne hjælpe, men gerne sammen med en kollega, så man holder hinanden til ilden”, og en anden ”Vil gerne kunne sende to medarbejdere afsted på trænerkursus for at holde gryden i kog”.

4.12
BARRIERER FOR IMPLEMENTERING
AF OVERDOSISFOREBYGGELSE
Ligesom ved andre internationale og pilotprojektet, mener vi, det er vigtigt at beskrive barrierer for udbredelse og implementering af RED LIV projektet: Viden om barrierer kan kvalificere senere

tiltag, da vi bliver bedre i stand til at imødekomme disse barrierer. I det følgende nævnes nogle af de udfordringer, vi har oplevet i RED LIV. Godkendelsesprocedure

Som nævnt i afsnittet ‘Medicin’ var der allerede i forbindelse med forarbejdet til pilotprojektet arbejdet på at anskaffe en anden dispenseringsform end de allerede kendte glasampuller (for mere detaljeret beskrivelse, se tidligere afsnit om medicin). Selvom importen af Prenoxad på længere sigt betød et løft og en stor lettelse i uddannelsen, har det over en forholdsvis kort projektperiode betydet, at vi kunne uddanne færre og derfor forkortet evalueringsperioden.

Læger

Alle uddannede, trænere og hjælpere skal i henhold til reglerne for delegation af receptpligtig medicin til ikke-autoriserede personer superviseres under oplæring af en læge, som skal sikre, at personen, der delegeres til har forstået brugen, og vist sig at være i stand til at gennemføre livreddende procedure. At der skal lægelig supervision på hver eneste som uddannes betyder, at lægen som fagperson bliver den begrænsende faktor i antallet af kurser som kan gennemføres. Der har i København i perioder været ventetider på op til 1-2 måneder på afholdelse af kurser. Når der skal lægelig supervision på hver eneste delegering, udfordrer planlægning af samme en begrænsning i face-to-face uddannelsessessioner. Der er med det nuværende regelsæt ikke nogen vej uden om den tætte supervision.

Trænere

Det var vores forventning fra begyndelsen, at de trænere vi uddannede ret hurtigt ville begynde at træne brugere i de institutioner de kom fra, og dermed få indarbejdet en rutine i hjælperuddannelse. Det viste sig, at der ikke var forventningsafstemt med de forskellige institutionsledere, som forventede at få ét personale uddannet og ikke mere end det. Der var derfor ikke nødvendigvis en åbning

hos den enkelte træneruddannede til at komme i gang kort tid efter kursus. Behovet for ledelsesafstemning blev også hurtigt tydeligt. Fra maj til oktober 2013 blev der således afholdt ét trænerkursus, hvor hovedparten af disse trænere (10 ud af 15) deltog aktivt for at afholde superviserede hjælperkurser og sende registrerede dataark til koordinator, mens de resterende var til stede for at høre om projektet. På trænerkurset i oktober 2013 var det således tydeligt, at lederne havde opfordret deres ansatte til at tage på kursus. Der deltog 10, og kun 1 er i dag fortsat aktiv træner. På de 10 trænerkurser vi har afholdt i den fulde periode, har vi samlet set uddannet 81 trænere, men på trods af mailkorrespondance og telefonopringninger med tilbud om supervision og genoptræning af færdigheder, er det svært at få trænere til at afholde kurser på egne institutioner. En alvorlig barriere for kontinuitet er at medarbejdere hyppigt skifter job og dermed mister institutionen sin tilknytning til projektet.

Hjælpere

Alle uddannede er registreret hos trænere, den lokale læge, og hos koordinator. Trods dette er det svært at gennemføre de opfølgende interview til denne rapport. Barrieren var tydelig også i pilotprojektet, og vi har derfor forsøgt at være stringent med kontaktoplysninger. På trods af det, og på trods af koordinators besøg i de forskellige kommuner af 1 – 3 dages varighed, tilbud om at komme igen, og et utal af telefonopringninger og mails, er det til nu “kun” lykkes at få kontakt til ca. 1/3 af hjælperne i opfølgningen.

Mødeaktivitet og kurser

Det har fra starten været en del af projektkonceptet, at såvel følgegruppemøder som trænerkurser skulle gå på skift i de 4 kommuner. Følgegruppen for det landsdækkende projekt har skiftedes til at møde i de forskellige kommuner, og det har været en god oplevelse at se, hvilke rammer de forskellige deltagere har.

Behovet for trænere i de 4 kommuner har været forskelligt. Især København har haft behov for flere end de øvrige kommuner. Kommunen er større og der er et større flow af personale både internt i kommunen og mellem omegnskommuner. Der har derfor været medarbejdere fra Københavns Kommune, som har rejst langt for at deltage, mens det omvendte sjældnere har været nødvendigt. Der er undervist mellem 1 og 15 personer pr. træner-session, og det understreges, at der er behov for kontinuitet i kommunerne, men at det daglige arbejde for medarbejderne kræver, at kurserne er lokale eller regionale.

DISKUSSION

RED LIV projektet involverede en større gruppe deltagere på over 487 fra 4 kommuner i Danmark, hvoraf 82 var trænere.

Undersøgelsen peger på fordele ved videre udbygning af forebyggelsesprogrammer, der retter sig mod overdoser, og som indtænker både stofbrugere, pårørende, og professionelle, der er i kontakt med stofbrugere i deres daglige arbejde. Selvom der i Danmark har været en generel bevægelse mod reduktion i antallet af overdoser de seneste år, som ofte forklares med nedgang i opioidstofbrugere, er én overdosis én for meget, og der er derfor behov for at nå bredere ud til forskellige målgrupper.

Den foreløbige opgørelse viser, at det samlede antal behandlede overdoser er 45, som var ganske alvorlige, potentielt livstruende, og som kunne medføre langvarige skader. I alt 6 % af deltagerne havde administreret Naloxon mindst én gang, og nogle havde administreret Naloxon mere end én gang. Det reelle tal er muligvis højere, da der kan være personer, som har anvendt Naloxon uden at det er blevet indrapporteret. Den første behandling skete 1-8-2013 og den seneste registrerede 1-9 2015, og der ses en markant stigning i behandlinger, der for en stor del skyldes, at de fleste deltagere gennemførte kurset i 2014 efter at næsesprayen, som havde langt flere fordele i forebyggende overdosisbehandling ved lægpersoner, blev tilgængelig.

Samlet set er det lykkedes projektet at få en gruppe i tale, som i et forholdsvis stort omfang selv har øget risiko for opioidoverdosis, og som har omgang med personer, der overdoserer narkotika, og som behandler overdoser efter deltagelse i projektet. At langt den højeste andel af dem, der har behandlet overdoser findes blandt stofbrugerne selv, især dem, der selv havde oplevet en overdosis, ligner fund fra andre undersøgelser, og understreger behovet for at udbrede forebyggelsestiltag til selve

målgruppen. At dette er muligt understøttes af, at kurset i forebyggelse med Naloxon blev vurderet meget positivt af stofbrugerne, som understregede betydningen af at blive hjulpet akut i eget miljø og selv at kunne tage hånd om overdoser (se også Wagnera et al., 2014), og af, at over halvdelen af dem, der udførte behandlingen beskrev, at de allerede til stede, da overdosen skete, og at vedkommende kendte personen i forvejen.

En vigtig del af denne målgruppe udgøres af de stofbrugere, der enten er geografisk eller socialt isolerede, og som har manglende kontakt med behandlingstiltag. En anden vigtig målgruppe er stofbrugere i substitutionsbehandling og stofbrugere, som får ordineret benzodiazepiner fra egen læge. Rapporten om forgiftningsdødsfald i Danmark (Tjagvad et al., 2014) fandt for eksempel, at stort set alle dødsfald havde toksikologifund med metadon og/eller heroin/morfin, og at to tredjedele af dødsfaldene med fund af metadon samtidigt havde fund af benzodiazepiner. Set i lyset af, at knap to tredjedele af personer med metadondødsfald var i substitutionsbehandling med metadon på dødstidspunktet, og at kombinationen af især en højdosis metadonbehandling sammen med en mindre restriktiv tilgang til benzodiazepiner fra ordinerende læge, synes at udgøre en særlig negativ faktor for øget risiko for forgiftningsdødsfald, er der behov for at nå personer, der er i mere eller mindre kontakt med behandlingssystemet allerede. Endelig er en anden vigtig målgruppe stofbrugere, som er særligt udsat for overdoser i forbindelse med pausedødsfald, fordi de har været indskrevet i døgnbehandling, afsonet i fængsler, været i kontakt med hospitaler, eller været i stofrelateret kontakt med politiet og retssystemet.

Rapporten peger på, at der bør være fokus på involvering af pårørende og professionelle. De pårørende udgjorde en lille del af kursisterne, og der var ikke nogen pårørende eller politifolk, som havde behandlet med Naloxon, og behandling med

Naloxon var også ganske lavt for behandlings- og omsorgspersonalet. For at sikre en bredere forankring bør der derfor overvejes alternative veje til rekruttering af pårørende og udbredelse af behandling med Naloxon blandt professionelle. Rapporten peger på, at særligt professionelle udgør en vigtig målgruppe for vedligeholdelse af kulturen omkring tilgængelighed af modgift og forebyggelse af overdoser, og for samarbejdet med stofbrugere. Det er derfor vigtigt, at der lægges en strategi for, hvordan professionelle medarbejdere i højere grad inddrages i forebyggelsesindsatsen, og hvordan de sikres støtte til en kontinuerlig forankring af indsatsen lokalt.

Rapporten viser, at tilgangen i RED LIV har fleksibiliteten til at nå de forskellige målgrupper. Derudover bør det understreges, at en bredere udbredelse og forankring af RED LIV også vil støtte et bredere beredskab ved behandling af overdoser. Det bør her tages i betragtning, at der er tegn på, at overdoserne måske vil vende tilbage, dog nu i form af overdoser af smertestillende medicin, og at den epidemi, som USA oplever i form af dødelige overdoser på grund af indtag af heroin og andre opioider (Rudd et al., 2014), også kan komme til Danmark, idet der allerede ses en tendens til flere alvorlige forgiftningstilfælde på skadestuerne som følge af indtag af smertemorfika (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Forskelle og bevægelser i misbrugsmønstre understreger behovet for, at forebyggelsesprogrammer i Danmark er i stand til at mødekomme både de demografiske forskelle hos de forskellige målgrupper, hvor sigtet både er forebyggelse af overdoser hos stofbrugere af heroin og andre opioider, og af overdoser hos en bredere målgruppe, der bruger opioidsmertestillende midler (se blandt andet Kenan, Mack, & Paulozzi, 2012; Miller et al., 2015). Bredten i den målgruppe som forebyggelsesindsatsen retter sig mod, betyder samtidig, at administration og distribuering af Naloxon bør involvere et bredt

samarbejde mellem relevante hjælpetiltag, og at der bør være klarhed over, hvem der har ansvar for akutbehandling og for den efterfølgende opfølgning (se eksempelvis Tjagvad et al., 2014).

Anvendelse af de tilgængelige glasampuller med Naloxon er ikke hensigtsmæssig i projekter, som involverer lægfolk, og hvor behandlingen sker i akutte og nogle gange kaotiske situationer. Risikoen for, at den, der behandler overdosen selv kommer til skade med de skrøbelige ampuller og med de kanyler, som skal bruges til at trække Naloxon op med, er et alvorligt problem. Skiftet til behandling med næsespray og Prenoxad betød en stor lettelse i uddannelsen; selve håndteringen af udstyret er sikker hele vejen igennem, og de senere erfaringer med brug af Prenoxad har i høj grad været positive. Derudover bør der tilskyndes til konkurrence for at nedsætte prisen på Prenoxad, og for at der opnås større fleksibilitet i uddelegering af Naloxon. Til sammenligning med de danske forhold er der i Massachusetts, USA, som har mere end 15 års erfaring med brug af Naloxon som næsespray, en stående ordination fra sundhedsmyndighederne. Denne ordination kan videredelegeres af sundhedspersonale, som møder relevante stofbrugere eller andre, som opholder sig i stofbrugen i miljøer. Den praktiske udformning er her, at der gives en kort introduktion og udleveres en recept på Naloxon til nasalbrug og selve oplæringen i brugen sker på apotek. Man har af økonomiske årsager fjernet oplæring i genoplivning, hvilket vi ikke vil anbefale og ikke kan se understøttet i den internationale forskning (Strang, 2015).

OPSKALERING

6.1 FORSLAG TIL STRUKTUR OG ØKONOMI FOR EN NATIONAL OVERDOSISFOREBYGGENDE INDSATS
Baseret på erfaringer fra RED LIV foreslås i det følgende en struktur for national implementering af overdosisforebyggende indsatser med livredning og Naloxon i Danmark.

Opbygningen bør foregå i 2 faser: En implementeringsfase på ca. 1 år og herefter drift, som involverer 2 niveauer:

6.2 CENTRAL LANDSDÆKKENDE RESSOURCEENHED
Den centrale enhed inviterer lokale netværk, hvis antal er ukendt men estimeret til omkring 10, til opstartsmøder, hvor ansvarshavende læger og sygeplejersker deltager og oplæres i overdosisforebyggelse og behandling. Hver kommune tildeles et "kommune kit" med alt nødvendigt materiale til opstart af overdosiskurser i deres lokalområde. Der vil herefter være en meget stor diversitet i de enkelte kommuner i forhold til, hvor meget den skal uddanne hjælpere, men der er fra start sikret en ensartet udbredelse af konceptet. De enkelte kommuner kan have behov for forskellig intensitet. Der kan være tale om kommuner med et enkelt eller få væresteder for socialt udsatte som har behov for 1-2 kurser om året, op til kommuner med et stort behov, som vil have kurser flere gange om måneden. Det er i denne sammenhæng vigtigt ikke at glemme "udkantskommuner", da det især er her vi ser en meget høj forekomst af overdosisdødsfald (og dermed også overdoser i det hele taget) i forhold til befolkningsstørrelse. Der bør gøres en særlig indsats for at sikre kontinuiteten i de områder.

6.3 LOKALE KOMMUNALE FOREBYGGELSESENHEDER
Lokalt uddelegeres det overordnede ansvar til en

sygeplejerske og læge, som er ansvarlige for koordinering af lokale overdosiskurser, samt håndtering af medicin og delegation af denne medicin til uddannede hjælpere. Det er ikke nødvendigvis misbrugscentre der skal håndtere denne opgave, men det forekommer naturligt at have basen dér. Findes der ikke et misbrugscenter i kommunen, bør den lokale kommunallæge i samarbejde med en sygeplejerske varetage opgaven. Efter implementering er det den centrale enheds opgave at supporte den enkelte kommune med hensyn til overdosistrænere, samt sørge for at den træning der sker hele tiden udvikler sig i samklang med den udvikling der sker i metoder og materialer, herunder nye dispenseringsformer af Naloxon. Den kommunale enhed skal ligeledes overvåge udviklingen i indsatsen og hjælpe de enheder som går i stå på grund af lille aktivitet.

Ved at have fokus på regionale og kommunale forskelle og implementere overdosiskurser ind i den lokale kontekst, vurderes det, at der kan opbygges et bæredygtigt system, hvorimod et centraliseret system hurtigt vil tabe momentum. Det er endvidere vores erfaring at de lokale enheder på misbrugsområdet har behov for at få et udvidet kontaktnet, og vi har en formodning om at der lokalt er behov for faglig opdatering, som kan varetages af en central enhed.

6.4 OPGAVER I CENTRAL ENHED/KOORDINERING
Vi har i nedenstående beregnet de umiddelbare udgifter for et landsdækkende tiltag som suppleres og uddannes centralt fra, men med en lokalt forankret indsats som direkte udøvende i forhold til stofbrugere og andre hjælpere. Da tidsrammen for aflevering af dette oplæg er meget kort, er det ikke muligt at medtage alle forhold. Der er derfor ikke medregnet uforudsete udgifter, overhead/ledelse og eventuelle udgifter til evaluering, og der er heller ikke medtaget en eventuel timekompensation for de decentrale enheder. Husleje er aktuelt ansat til 950 kr/m²/år i København.

6.5
UNDERVISNING/KOORDINERING
Koordinator besøger sammen med lægen de 98 kommuner, der forsøges samlet i 10 områder, dvs. 10 besøg rundt i landet. Her skal inviteres kommunallæge og sygeplejerske fra den enkelte kommune, som skal uddanne det første hold trænere lokalt. Herefter finder den enkelte kommune ud af hvor mange trænere, der er behov for, og inviterer koordinator til at afholde yderligere trænerkurser. Her behøver ”kun” kommunelægen at bistå.

6.6
UNDERVISNING/MEDHJÆLPER/ DATAOPSAMLER/SPARRINGSPARTNER
I implementeringsfasen anbefales det, at de kommunale trænere undervises af den koordinerende enhed det i regionale netværk af kommuner med fælles interesse af misbrugsmæssig eller sundhedsfaglig art. Disse trænere står for uddannelse af stofbrugere og andre med kontakt til stofbrugere i hjemkommunerne. Der kan tænkes kommunale samarbejder i forhold til træning af stofbrugere. Hver kommune afrapporterer mindst 1 gang årligt til den centrale enhed om antallet af uddannede og andre relevante oplysninger, som kan belyse udbredelse og kontinuitet i uddannelse af stofbrugere. Den centrale enhed er sparringspartner i forhold til metode og eventuelt også fælles indkøb af Naloxon. Der arrangeres med jævne mellemrum nye kurser for kommunale trænere og andre interessenter i de regionale netværk. Det kan ikke forventes at den uddannede stamme af trænere er holdbar mere end 1-2 år. Da medarbejdere skifter job, kan det med tiden blive almindeligt, at en ny medarbejder er uddannet som træner et andet sted, og der skal derfor foreligge en form for certificering af gennemført træneruddannelsen, som kan benyttes i nyt job og ny kommune.

6.7
UNDERVISNING AF LOKALE TRÆNERE
Der er i første omgang behov for gennemsnitligt

2-3 trænere pr kommune svarende til 2-300 personer på landsplan. Det har i nærværende projekt været svært at formå alle trænere til at oprette hjælperuddannelse i hjeminstitutionen. Det vurderes dog, at bevidstheden om brugerdrevet Naloxonbehandling er stigende, og vi har fået en del henvendelser fra medarbejdere og brugere i kommuner som ikke var med i projektet. Efter uddannelse af første bølge vurderes at være behov for mindst 1 ny træner pr. år pr. kommune. I de større kommuner bør der dog fra start være flere på grund af personaleomsætning og dermed tab af trænerkapacitet.

6.8 TRANSPORT
Da der er tale om et land med mange kommuner og alle skal tilgodeses, anser vi, at leasing af bil er det billigste og mest praktiske i forhold til transport af undervisningsmateriale. Ca. 3000 kr./ måned, hertil kommer benzin (ca. 2000 kr. pr. måned) og forsikring. Prisen er en gennemsnitspris, der findes både billigere og dyrere mærker. Dertil startleasingydelse kr. 35.000.

6.9
MATERIALEUDGIFTER
Hver kommune udstyres med en ”startpakke” indeholdende: Dukker, masker, poser og Naloxonkit samt diverse informationsmateriale og plakater. Startpakken udgør et minimum for at kunne påbegynde overdosiskurser. Den efterfølgende intensitet lokalt afgør hvor meget og hvor hyppigt der skal suppleres.

6.10
MEDICINUDLEVERING
Da der er tale om en vedvarende ombytning af Naloxon som ikke benyttes og udskiftning af kits som er benyttet, er det mest hensigtsmæssigt, at indkøb sker lokalt ligesom i nærværende projekt. Der kan måske forhandles en bedre pris, hvis der sker en standardisering af uddannelses materialet inklusive Naloxon.

6.11
KONTORFACILITETER
Computer og telefon, møbler mv., samt indkøb af kontorudstyr, pc, telefoner mm. Husleje, overhead til institution og ledelse. Telefonabonnement og mobilt bredbånd.

OVERSIGT OVER OPGAVER, ANSVARLIGE FAGPERSONER OG RESSOURCER		
Opgaver	Fagperson	Antal/Udgift
Undervisning/koordinering	Sygeplejerske	37 timer/uge
Undervisning/medhjælper/ dataopsamler/sparringspartner	HK eller AC	37 timer/uge
Undervisning (antal årligt – skøn) af lokale trænere	Læge	10 timer/uge
Transport (et skøn på antal årlige gennemsnitsrejser)		Startleasing af bil
Materialeudgifter		Dukker, masker og poser
Medicin udlevering til brugere/personale pr. år. I projektet er der i kommunerne ca. udleveret 40 kit bortset fra koordinatorkommune/ København.		Antal afhænger af kommunernes behov
Kontorfaciliteter		Undervisningsmateriale og kommunikation

OVERSIGT OVER OPGAVER I DECENTRAL ENHED		
Opgaver	Fagperson	Antal
Undervisning (skal svare til skønnet vedr. medicin)	Sygeplejerske	Antal varierende, men der skal afsættes ca. 3 timer pr. afholdt kursus medregnet transport til og fra kursus. Selve kurset bør ikke tage mere end 1 time.
Undervisning (skal svare til skønnet vedr. medicin)	Læge	Antal varierende, men der skal afsættes ca. 3 timer pr. afholdt kursus medregnet transport til og fra kursus. Selve kursus bør ikke tage mere end 1 time.
Opfølgning i forhold til brugere/personale	Sygeplejerske. Opfølgning varetages af koordinator/HK/AC i central enhed. Opfølgning af hjælpere varetages lokalt	Varierende, men der antages at være 1000 overdoser på landsplan, som potentielt opdages og håndteres (der regnes med ca. 50 overdoser for hvert overdosisdødsfald)
Kontorfaciliteter		Ingen yderligere, da medarbejdere allerede har en funktion i kommunen. Materiale til undervisning leveres af central enhed.
Transport til trænerundervisning		Lokalt

REFERENCER

Andersen, S.N., & Skullerud, K. (1999). Hypoxic/ischaemic brain damage, especially pallidal lesions, in heroin addicts. *Forensic Science International* 102(1), 51-59.

Baca, C.T., & Grant, K.J. . (2005). Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*, 100(12), 1823 – 1831.

Barton, E. D., Colwell, C. B., Wolfe, T., Fosnocht, D., Gravitz, C., Bryan, T., . . . Bailey, J. (2005). Efficacy of intranasal naloxone as a needleless alternative for treatment of opioid overdose in the prehospital setting. *The Journal of Emergency Medicine*, 29(3), 265-271.

Bennett T., Holloway K. (2011) Evaluation of the Take Home Naloxone Demonstration Project. Welsh Assembly Government Social Research, 2011. (<http://gov.wales/statistics-and-research/evaluation-take-home-naloxone-demonstration-project/?lang=en>)

Bradley, R., O'Donnell, D., & Kahre, K. . (2015). Police officer attitudes towards intranasal naloxone training. *Drug and Alcohol Dependence*, 146, 107–110

Coe, M.A., & Walsh, S.L. (2015). Distribution of naloxone for overdose prevention to chronic pain patients. *Preventive Medicine*, 50, 41-43. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.05.016

Coffin, P. O., & Sullivan, S. D. (2013). Cost-Effectiveness of Distributing Naloxone to Heroin Users for Lay Overdose Reversal. *Annals of Internal Medicine*, 158(1), 1-U42. doi:10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00003

Dettmer, K., Saunders, B. E., & Strang, J. (2011). Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *British Medical Journal*, 322(7291), 895-896.

Doe-Simkins, M., Walley, A. Y., Epstein, A., & Moyer, P. (2009). Saved by the Nose: Bystander-Administered Intranasal Naloxone Hydrochloride for Opioid Overdose. *American Journal of Public Health*, 99(5), 788-791.

Dowling, J., Isbister, G. K., Kirkpatrick, C. M., Naidoo, D., & Graudins, A. (2008). Population Pharmacokinetics of Intravenous, Intramuscular, and Intranasal Naloxone in Human Volunteers. *Therapeutic Drug Monitoring*, 30(4), 490-496.

EMCDDA. (2014). European Drug Report 2014: Trends and developments. Lisbon: EMCDDA. (<http://www.emcdda.europa.eu/edr2014>)

Farrell, M., & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103(2), 251-255. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x

Fatovich, D.M., Bartu, A., & Daly, F.F.S. (2008). A prospective study of non-fatal heroin overdose. *Journal of Substance Use*, 13(5).

Fatovich, D.M., Bartu, A., Davis, G., Atrie, J., & Daly, F. F. (2010). Morbidity associated with heroin overdose presentations to an emergency department: a 10-year record linkage study. *Emergency Medicine Australasia*, 22(3), 240-245. doi:10.1111/j.1742-6723.2010.01290.x

Fitzgibbon, D., Morgan, D. , Dockter, D., Barry, C. , & Kharasch, E. D. (2003). Initial pharmacokinetic, safety and efficacy evaluation of nasal morphine gluconate for breakthrough pain in cancer patients. *Pain* 106(3), 309-315.

Foldes, F. F., Lunn, J. N. , Moore, J. , & Brown, I. M. (1963). N-Allylnoroxymorphone: A New Potent Narcotic Antagonist. *American Journal of Medical Science*, 245, 23-30.

Galea, S., Worthington, N., Piper, T.M., Nandi, VV., Curtis, M., & Rosenthal, D.M. (2006). Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive Behaviors*, 31(5), 907–912.

Gjersing, L., Biong, S, Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J., & Clausen, T. (2011). Dødelige overdoser i Oslo 2006 - 2008. En helhetlig gjennomgang (pp. 1-128): SERAF. Senter for rus- og avhengighetsforskning.

Gray, H (1918). Anatomy of the Human Body. In P. Bartleby.com: Gray's Anatomy (Ed.).

Green, T. C., Zaller, N., Palacios, W. R., Bowman, S. E., Ray, M., Heimer, R., & Case, P. (2013). Law enforcement attitudes toward overdose prevention and response. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 677-684. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.08.018

Hansen, A. L. (2014). Norway tries naloxone in spray form to prevent deaths from drug overdose. *British Medical Journal*, 348, g1686.

<http://phc.regionsjaelland.dk/dokument.asp?DokID=315897>

<http://stoppoverdoser.no/>

(<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/02/psa-naloxone-supp-info.pdf>)

<https://www.youtube.com/watch?v=V6NVeA7aSCo>

Hussain, A., Kimura, R., & Huang, C. H. (1984). Nasal absorption of naloxone and buprenorphine in rats. *International Journal of Pharmaceutics*, 21(2), 233-237.

Jones, J. D., Roux, P., Stancliff, S., Matthews, W., & Comer, S. (2014). Brief overdose education can significantly increase accurate recognition of opioid overdose among heroin users *The International Journal of Drug Policy*, 25(1), 166–170.

Kenan, K., Mack, K.A., & Paulozzi, L. (2012). Trends in prescriptions for oxycodone and other commonly used opioids in the United States, 2000–2010. *Open Medicine*, 6(2), 41-47.

Kerr, D., Kelly, A. , Dietze, P. , Jolley, D. , & Barger, B. (2009). Randomized controlled trial comparing the effectiveness and safety of intranasal and intramuscular naloxone for the treatment of suspected heroin overdose. *Addiction*, 104, 2067–2074.

Kerr, T. (2007). Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance-using injection drug users *Drug and Alcohol Dependence*, 87(1), 39-45.

Kosterlitz, H. W., & Watt, A. J. (1968). Kinetic parameters of narcotic agonists and antagonists, with particular reference to N-allylnoroxmorphone (Naloxone) *British Journal of Pharmacology and Chemotherapy*. Jun;33(2):266-76.
Lake, S., & Kennedy, M. C. (2015). Health Outcomes Asso-

ciated with Illicit Prescription Opioid Injection: A Systematic Review. *Journal of Addictive Diseases, Online Dec* doi:10.1080/10550887.2015.1127712

Landsforeningen af VæreSteder og SVID (2013) Årsrapport for udsatteområdet,
(<http://issuu.com/lvspub/docs/lvsaarsrap2013>)

Lenton, S.R., & Hargreaves, K.M. (2000). Should we conduct a trial of distributing Naloxon to heroin users for peer administration to prevent fatal overdose? *Medical Journal of Australia*, 173(5), 260-263.

Lobmaier, P. P., Dalsbø, T. K., & Clausen, T. (2011). Naloxon nespray kan redusere risikoen for dødelige herooverdoser. *Norsk Epidemiologi*, 21(1), 107-111.

Loimer, N., Grünberger, J., Linzmayer, L., & Schmid, R. (1990). Conjunctival naloxone is no decision aid in opioid addiction. *Lancet*, 335(8697), 1107-1108.

Loimer, N., Hofmann, P., & Chaudhry, H. R. (1994). Nasal Administration of Naloxone Is as Effective as the Intravenous Route in Opiate Addicts. *The International Journal of the Addictions*, 29(6), 819-827.

Matheson, C., Pflanz-Sinclair, C., Aucott, L., Wilson, P., Watson, R., Malloy, S., . . . McAuley, A. . (2014). Reducing drug related deaths: a pre-implementation assessment of knowledge, barriers and enablers for naloxone distribution through general practice. *BMC Family Practice*, 15.

Time Magazine 1956. Medicine: Drug Detector.
(<http://goo.gl/dbjQ8H>)

Middleton, L. S., Nuzzo, P. A., Lofwall, M. R., Moody, D. E., & Walsh, S. L. (2011). The pharmacodynamic and pharmacokinetic profile of intranasal crushed buprenorphine and buprenorphine / naloxone tablets in opioid abusers. *Addiction*, 106:1460-73.

Miller, M., Barber, C.W., Leatherman, S., Fonda, J., Hermos, J.A., Cho, K., & Gagnon, D.R. . (2015). Prescription Opioid Duration of Action and the Risk of Unintentional Overdose Among Patients Receiving Opioid Therapy. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 608-615. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8071

Mueller, S.R., Walley, A.Y., Calcaterra, S.L., Glanz, J.M., & Binswanger, I.A. (2015). A Review of Opioid Overdose Prevention and Naloxone Prescribing: Implications for Translating Community Programming into Clinical Practice. *Substance Abuse*, 36(2), 240–253. doi:10.1080/08897077.2015.1010032

Neale, J., & Strang, J. (2015). Naloxone-does over-antagonism matter? Evidence of iatrogenic harm after emergency treatment of heroin/opioid overdose. *Addiction*. doi:10.1111/add.13027

Osterwalder, J. J. (1996). Naloxone for intoxications with intravenous heroin and heroin mixtures: Harmless or hazardous? A Prospective Clinical study. *Clinical Toxicology*, 34(4), 409-416.

Piper, T.M. , Stancliff, S., Rudenstine, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A., & Galea, S. (2008). Evaluation of a Naloxon Distribution and Administration Program in New York City. *Substance Use & Misuse*(53), 858–870. doi:10.1080/10826080701801261

Pohl, J. (1914). Ueber das n-allyl norcodein, einen antagonist des morphins. *Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie*, 17(3), 370-383.

Rando, J., Broering, D., Olson, J. E., Marco, C., & Evans, S. B. (2015). Intranasal naloxone administration by police first responders is associated with decreased opioid overdose deaths *The American Journal of Emergency Medicine*. doi: 10.1016/j.ajem.2015.05.022

Robertson R., Priyadarshi S. (2013) National Forum on Drug-Related Deaths in Scotland - Annual Report 2011/12. (<http://www.gov.scot/Publications/2013/03/1645/downloads>)

Robertson, T. M, Hendey, G. W. , Stroh, G. , & Shalit, M. (2009). Intranasal naloxone is a viable alternative to intravenous naloxone for prehospital narcotic overdose. *Prehospital Emergency Care*, 13, 512-51

Rowe, C., Santos, G. M., Vittinghoff, E., Wheeler, E., Davidson, P., & Coffin, P. O. (2015). Predictors of participant engagement and naloxone utilization in a community-based naloxone distribution program. *Addiction*, 110(8), 1301-1310. doi: 10.1111/add.12961

Rudd, R.A., Paulozzi, L.J., Bauer, M.J., Burleson, R.W., Carlson, R.E., Dao, D., . . . Zehner, A.M. (2014). Increases in heroin overdose deaths—28 States, 2010 to 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 63, 849-854.

Salomon, A. (1954). N-allylnormorphine (nalline) action on narcotized and non-narcotized subjects. *American Journal of Medicine*, 17(2), 214-222.

SAMHSA (2014). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Opioid Overdose Prevention Toolkit. HHS Publication No. (SMA) 14-4742. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J., Kral, A. H., Ciccarone, D., . . . Edlin, B. R. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *Journal of Urban Health*, 82(2), 303-311. doi: 10.1093/jurban/jti053

Sporer, K.A. (1999). Acute heroin overdose. *Annals of Internal Medicine*, 130(7), 584–590.

Sporer, K.A. (2003). Strategies for preventing heroin overdose *British Medical Journal*, 326, 442 –444.

Sporer, K.A., & Kral, A.H. (2007). Prescription Naloxone: A Novel Approach to Heroin Overdose Prevention, *Annals of Emergency Medicine*. 49(2), 172-177. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.05.025

Strang, J. (2015). Death matters: understanding heroin/opiate overdose risk and testing potential to prevent deaths. *Addiction*, 110(2), 27-35. doi: 10.1111/add.12904

Strang, J., Bird, S. M., & Parmar, M. K. (2013). Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial. *Journal of Urban Health*, 90(5), 983-996.

Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Best, D., Titherington, E., Santana, L. , . . . Semmler, C. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, 103(10), 1648-1657. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02314.x.

Sundhedsstyrelsen (2011). Hjertestartere (AED) placeret uden for sygehus. (<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/742E817348BF418D93D1929238B038B9.ashx>)

Sundhedsstyrelsen. (2014). Narkotikasituationen i Danmark 2014. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA

Sundhedsstyrelsen. (2015). *Narkotikasituationen i Danmark 2015. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA*: Sundhedsstyrelsen.

Thiesen, H. . (2013). Evaluering af forsøg med distribuering af Naloxon til stofafhængige til forebyggelse af opioidoverdosisdødsfald. Københavns Kommune.

Tjagvad, C., Petersen, H., Thylstrup, B., Biong, S., & Clausen, T. (2014). *Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011*. SERAF: TryKKeriet, Københavns Kommune.

Tobin, K.E., Gaasch, W.R., Clarke, C., MacKenzie, E., & Latkin, C.A. (2005). Attitudes of emergencymedical service providers towards naloxone distribution programs. *Journal of Urban Health*, 82(2), 296-302. doi: 10.1093/jurban/jtio52

Væggemose U., Folke F., Ehlers L., Jensen, L.G., Kjølby, M. (2008) Hjertestart i Danmark - status og udviklingsmuligheder i et MTV-perspektiv. Århus: MTV og Sundhedstjenesteforskning.
(www.cfk.rm.dk/Api/CfkPage/Download/?fileId=183)

Wagner, K. D., Liu, L., Davidson, P. J., Cuevas-Mota, J., Armenta, R. F., & Garfein, R. S. (2015). Association between non-fatal opioid overdose and encounters with healthcare and criminal justice systems: Identifying opportunities for intervention. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 215-220. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.026

Wagner, K. D., Valente, T. W., Casanova, M., Partovi, S. M., Mendenhall, B. M., Hundley, J. H., . . . Unger, J. B. (2010). Evaluation of an overdose prevention and response training programme for injection drug users in the Skid Row area of Los Angeles, CA. *The International Journal on Drug Policy*, 21(3), 186-193. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.01.003

Wagner, K.D., Davidson, P.J., Iverson, E., Washburn, R., Burked, E., Krall, A.H., . . . Lankenau, S.E. (2014). "I felt like a superhero": The experience of responding to drug overdose among individuals trained in overdose prevention. *The International Journal on Drug Policy*, 25, 157–165.

Walley, A. Y. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *British Medical Journal*, 346, f174.

Wermeling, D. P. (2013). A Response to the Opioid Overdose Epidemic: Naloxone Nasal Spray. *Drug Delivery and Translational Research*, 3(1), 63-74.

Wheeler, E., Jones, S., Gilbert, M. K., & Davidson, P. J., Centers for Disease Control and Prevention (2015). Opioid Overdose Prevention Programs Providing Naloxone to Laypersons - United States, 2014 *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 64(23), 631-635.

www.emcdda.europa.eu/events/2014/meetings/naloxone

PRAKTISKE FORHOLD OMKRING RED LIV

INDLEDNING

Denne del af rapporten beskriver de praktiske forhold omkring afviklingen af projekt RED LIV. Dokumentet gennemgår projektets forløb og de praktiske forhold omkring beslutninger truffet i løbet af projektet. Formålet med del 2 er at stille de konkrete erfaringer fra projektet til rådighed for en opskalering af indsatsen på nationalt plan, og som er inkorporeret i anbefalingerne i rapportens del 1.

Del 2 indeholder beskrivelser af de praktiske forhold, som skal håndteres i udbredelse af behandling af overdoser ved lægmænd under danske forhold, og hvordan de er håndteret i projektperioden. Her findes detaljer omkring udstyret, og hvorfor udstyret er valgt, samt om projektets praktiske organisering.

ORGANISERING OG IMPLEMENTERING

Koordinerende funktion blev tildelt Københavns Kommunes socialforvaltning og forankret i SundhedsTeam, Center for Udsatte Voksne og Familier. På grund af den meget korte ansøgningsfrist til puljen, lykkedes det ikke at ansætte projektkoordinator før 1. marts 2013. Koordinatorer fra de øvrige kommuner var i mellemtiden udvalgt.

Projektleder var Overlæge Henrik Thiesen, og projektkoordinator var sygeplejerske Marian Jørgensen.

Projektkoordinator's første opgave var at samle op på det pilotprojekt som løb i 2010-11 i Københavns Kommune. Deltagerne fra dette projekt var Sundhedsrummet og Brugerforeningen af aktive Stofbrugere. Deltagerne i pilotprojektet havde fortsat arbejdet med brug af Naloxon som næsespray under supervision af overlæge i Center for Udsatte Voksne og Familier, og i alt behandlet over 30 overdoser i perioden fra 2010 til 2012. De behandlede tilfælde er ikke registreret med CPR eller registreret i Red Liv, men overdosisbehandlerne er uddannet i pilotprojektet og har som sådan delegeret medicin som lægens medhjælp.

I perioden marts til maj 2013 blev der i København opsøgt flere institutioner med henblik på orientering og vurdering af interesse i projektet, samt mulighed for samarbejde i projektperioden.

Hele projektetplanen med milepæle fra 2013 til 2015 kan ses som bilag 2. Første trænerkursus med deltagelse af 20 personer blev gennemført den 22. maj 2013 i Odense

Projektledelsen har været forankret i Københavns Kommunes Socialforvaltning, Center for Udsatte Voksne og Familier. En styregruppe med deltagelse af centerledelsen, Lis Bjarnesen, Bo Møller Nielsen og socialoverlæge Helle Petersen samt projektleder og –koordinator. En følgegruppe med deltagelse af styregruppen samt deltagelse af centerleder

for Center for Misbrug og Pleje samt institutionsleder fra RådgivningsCenter København.

Styregruppens opgave har været at tilse at projektplanen er fulgt, følge projektets økonomi og kontakt med Sundhedsstyrelsen og den øvrige forvaltning samt tilføre projektet nye ideer. Følgegruppens opgave har været at skabe kontakt til de institutioner i Københavns Kommune som primært skulle være base for projektet, via en kontakt til misbrugsbehandling og hjemløseinstitutioner. Den ”landsdækkende” følgegruppes funktion har været at medvirke til udvikling af uddannelseskonceptet, kontakt til den enkelte kommune og implementering af træner- og hjælperuddannelser i kommunerne.

Mødeaktivitet: Det var ikke fra begyndelsen afklaret hvem som skulle deltage i følgegrupperne mens styregruppen var givet. Der har på grund af jobskifte været udskiftning især i lands-følgegruppen og bortset fra styregruppen, har der siden start været forskellige aktører, hvilket har givet nogle udfordringer i forhold til kontinuitet. Koordinator har forestået indkaldelse til samtlige møder, samt sikret logistikken i forhold til mødernes afholdelse. Det har fra begyndelsen været set som en forpligtelse at møderne blev afholdt hos alle deltagere på skift, både for at fordele rejseaktiviteten men også for at have et fælles værtskab som samling for projekterne.

13. marts 2013 blev første landsdækkende følgegruppemøde afholdt i København med deltagelse fra de involverede kommuner samt Sundhedsstyrelsen. På dette møde blev den definerede opgave beskrevet og koordinationsenhedens anbefalinger vedrørende træning af overdosistrænere og –medhjælpere forelagt. Primært enedes man om at fortsætte med den form som var udviklet i pilotprojektet, men også at fortsætte det allerede indledte arbejde med at anskaffe en anden dispenseringsform for Naloxon.

En vigtig beslutning fra dette møde var, at den struktur som var udviklet i Boston med en primær uddannelse af trænere som derefter uddanner hjælpere i egne institutioner i de enkelte kommuner også var den struktur som vi ville udvikle til danske forhold. For at sikre en gennemgående ensartet kvalitet i hjælperkurserne blev det besluttet, at første kursus skulle ske under supervision fra koordinator. Overordnet kan siges at projektmodellen byggede både på erfaringer fra pilotprojektet og på erfaringer fra de talrige, især amerikanske projekter som var beskrevet fra 1996 og frem, og der var derfor et betydeligt materiale som understøttede at formen var effektiv.

Der blev på mødet i fællesskab besluttet at koordinatorfunktionen skulle undersøge samlede priser for indkøb af førstehjælpsdukker, næseforstøver (MAD300), plakater og hjælpertasker.

Definition og beskrivelse af hjælper og trænerfunktionerne, samt test ved afslutning af trænersessionerne blev ligeledes lagt til koordinatorfunktionen til endelig vedtagelse i landsfølggruppen

Den fælles mødeaktivitet og møderne for Koordinatorfunktionen fordeler sig således:

MØDER I 2013:

2 styregruppemøder for Københavns Kommune & projektkoordinationen
1 følgegruppemøde for Københavns Kommune & projektkoordinationen
2 landsdækkende følgegruppemøder i henholdsvis København og Odense

MØDER I 2014:

3 styregruppemøder for Københavns Kommune & projektkoordinationen
3 følgegruppemøder for Københavns Kommune & projektkoordinationen
3 landsdækkende følgegruppemøder i henholdsvis Århus, KABS og København

MØDER I 2015:

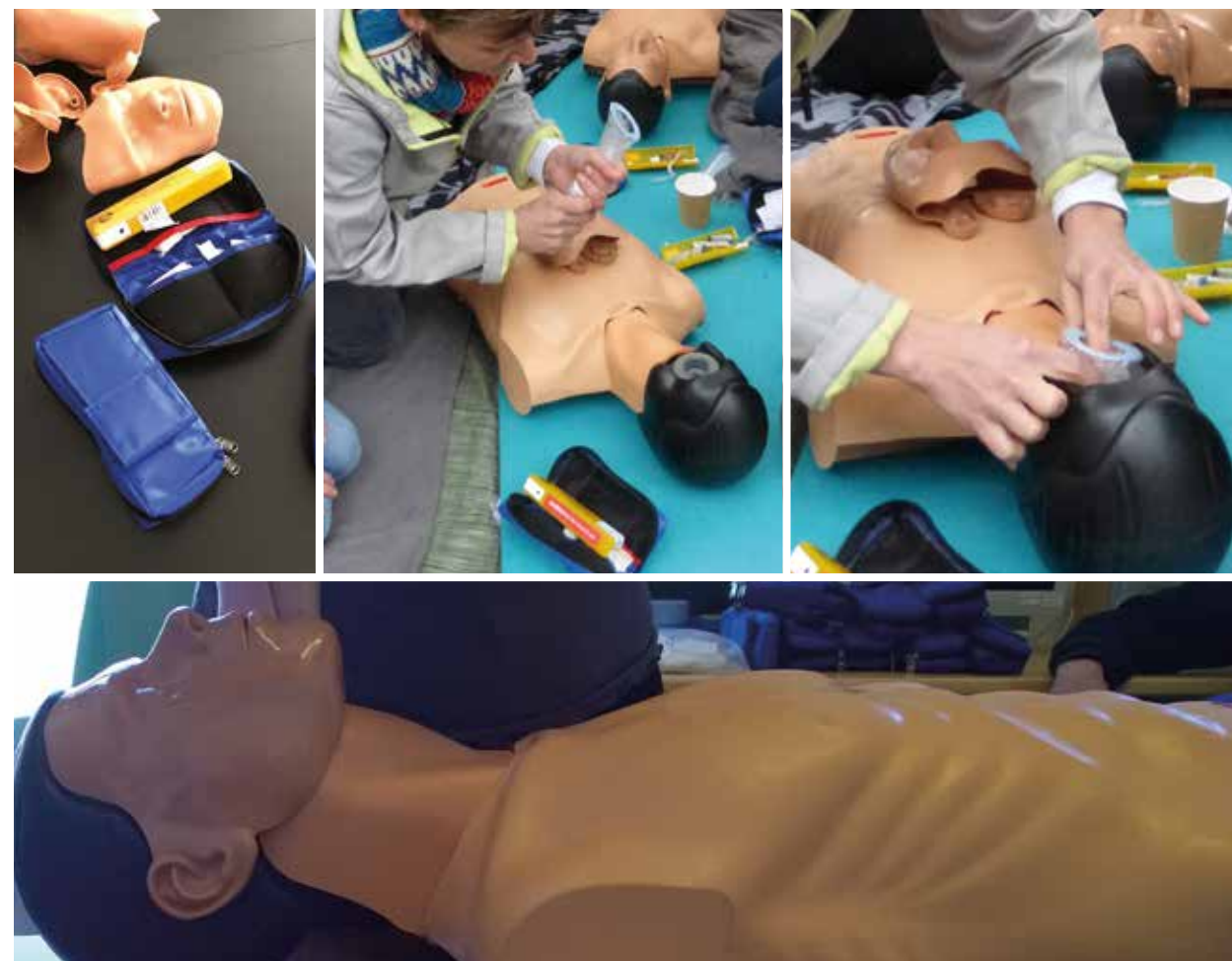
4 styregruppemøder for Københavns Kommune & projektkoordinationen
1 følgegruppemøde for Københavns Kommune & projektkoordinationen
3 landsdækkende følgegruppemøder, 2 i Odense og 1 i Århus

Koordinatorfunktionen blev etableret med eget organisations- og EAN-nummer i Københavns Kommunes socialforvaltning. Planlægning og praktisk arrangement af såvel styre- som følgegruppemøder samt træner- og hjælperkurser har været koordinatorfunktionens opgave, og udgiften til forplejning og lokaler i Københavns Kommune mens de lokale deltagere har stået for forplejning ved trænerkurser i deres kommune.

Bortset fra et enkelt trænerkursus i Københavns Kommune kursuscenter i Vordingborggade i København, er alle kurser afholdt i gratis lokaler og med enkel forplejning.

Der har i forbindelse med koordinators deltagelse i træner- og hjælperkurser, samt ved dataindsamling i forbindelse med med evalueringen af projektet, været en del rejseaktivitet til de øvrige kommuner. Koordinatorfunktionen har indhentet tilbud og forestået indkøb af forskelligt udstyr til alle projektkommuner efter beslutning af landsfølggruppe for at sikre en ensartet produktudvikling og ensartet afvikling af kurser, og også for at sikre at træneren har det samme udstyr ved hjælperuddannelsen i den enkelte kommune, som vedkommende selv er oplært i på trænerkurset.

LEVERANCER



2.1

DUKKE TIL TRÆNING AF GENOPLIVNING/ KUNSTIGT ÅNDEDRÆT

Dukke: Der blev indhentet tilbud fra 2 firmaer omkring dukkevalg og selvom dukken "Little Anne" var kendt fra pilotprojektet og meget robust blev "Ambu SaM" den foretrukne af hygiejniske årsager og fordi der var et meget højere forventeligt antal deltagere i kurset. Den del af dukken som den enkelte er i kontakt med er udskiftelig og kan genbruges. Posen der pustes i er engangsmateriale og dukkens ansigt består af maske, der kan udskiftes mellem hver enkelt bruger. Maskerne kan efterfølgende vaskes i industrivaskemaskine. Vaskeriet på

Sundholm har varetaget vaskeopgaven gennem hele projektet. Den store udfordring omkring dukken, har været at kunne benytte den ventilationsmaske, som medgives til ventilation af personen som har overdoseret. Når masken skal afprøves kommer den let til at sidde skævt eller bliver umulig at bruge i træningssammenhæng, da dukken ingen underkæbe har til at holde masken. Vi har derfor valgt at fortælle om brugen af ventilationsmasken og ladet de få som har brug for eller lyst til at prøve, få muligheden. Dukker, masker og poser er indkøbt samlet til alle kommuner for at sikre det bedste tilbud.



2.2

TASKER

Brugerforeningen af aktive stofbrugere gav positive tilbagemeldinger på den taske der var benyttet i pilotprojektet. Dog mente man ikke at karabinhagen som var monteret var nødvendig da tasken alligevel lå i rygsækken eller i en anden medbragt taske. Aktivitetscenteret på Sundholm havde varetaget syningen af de første tasker og de blev tilbudt at fortsætte i dette projekt, men så sig ikke i stand til at masseproducere tasker i så stort omfang som det var planlagt. Firmaet Opti-safe som leverede Ambu-man dukkerne fik målene tilsendt og kunne levere taskerne til en konkurrencedygtig pris via en Indisk samarbejdspartner. Tilbud blev indhentet fra yderligere 2 firmaer, men de kunne kun levere et fast sortiment som ikke dækkede behovene. Indtil de specialsyede tasker nåede frem, benyttede vi tasker fra det ene firma, men tilbagemeldingen på den "pengekant" vi valgte var, at den var uoverskuelig og rodet. At den kunne bæres i en snor om halsen så flere dog som en fordel.

Tilbagemeldingerne på tasken er gennemgående, at der er et behov for at kunne have den i et bælte eller at den burde udstyres med en karabinhage, så man kan have den for eksempel i en buksestrope. Flere har meldt at tasken er for stor til at have med

i en dametaske. Konklusionen på tilbagemeldingerne er generelt at der fremadrettet bør være et udvalg af tasker.

Taskerne leveres med ventilationsmaske, en pose med handsker og en pose med 10 stk. spritservietter, og pakkes om før samtlige hjælper- og trænerkurser af projektkoordinatorer i København og Odense samt, af de trænere der afholder kurserne i Århus og KABS således at taskerne indeholder det samme.

- 1 æske med Prenoxad
- 1 MAD300 forstøverhoved
- 1 ventilationsmaske
- Bomuldsservietter/sprit serviet
- Handsker
- ID-Kort med navn og delegerende læges underskrift
- Kort til udlevering til den behandlede om at dette er et projekt.
- Kuglepen og registrerings ark

MAD300 Nasal Atomizer: I pilotprojektet blev MAD nasal indkøbt gennem det lokale apotek med en kraftig fordyrelse som resultat. I RED LIV er produktet købt direkte fra importøren GM Medical¹ hvor navnet nu er LMA MAD Nasal Atomizer. På

¹ <http://gm-medical.com/anaesthesi/lma-mad-nasal-atomizer/>



websitet er link til video som beskriver brugen af LMA MAD²

Ventilationsmasker: I pilotprojektet uddeltes masker i små nøgleringspunge, og selvom der var nogle ønsker om at få masker i nøglering, også i Red Liv blev dette fravalgt grundet prisen. Der er i taskernes standardudrustning fra Indien allerede ilagt masker, som fungerer på samme måde men ser anderledes ud end dem vi køber i Danmark, så begge skal præsenteres på såvel hjælper- som træner kurser. Masken, som er med af sikkerheds- og hygiejnemæssige årsager, beskytter mod kontaminering og smitte. Ventilen er envejs og forhindrer at den, der behandles, kan hoste tilbage på den, der giver ventilation.

Handsker, gaze stykke og spritserviet: Praktiske remedier som bidrager til sikkerhed- og hygiejne. Handskerne blokerer for smitte, serviet og gaze-stykke er med for at man kan aftørre og fjerne eventuelt opkast eller slim fra den der skal hjælpes.

2.3

MEDICIN

Initialt, da det ikke var muligt at anskaffe andet, benyttedes Naloxonampuller fra B.Braun. Det

² <https://www.youtube.com/watch?v=7sJMaSOoH88>

var en klar anbefaling fra pilotprojektet, at disse ampuller skulle udskiftes, men det var før sommeren 2013 ikke muligt at anskaffe andet udstyr til dispensering, og for ikke at forsinke processen yderligere, blev ampullerne benyttet med henblik på, at de kunne udskiftes, hvis eller når det blev muligt at benytte noget bedre. Hver taske blev forsynet med 3 ampuller. Fra pilotprojektet havde vi erfaret, at ampullerne kunne være svære at knække uden at skære sig, vi indkøbte derfor også overtrækshætter til at beskytte ved knækning af ampullen for at minimere snitrisiko. For at alle kunne prøve at knække en ampul, var det nødvendigt at anskaffe ampuller til øvebrug. Det lykkedes efter flere kontakter, gennem firmaet Braun, at anskaffe glasampuller med vand til øvebrug. Efter juni 2013 indvilgede det britiske firma Martindale i at eksportere sit produkt Prenoxad som projektmedicin til RED LIV. Brugen af glasampuller som knækkes er grundlæggende u hensigtsmæssig i et lægmandsdrøvet overdosisbehandlingsprojekt. Ampullerne er skrøbelige og har skarpe kanter, og en overdosisbehandling vil typisk ske under forhold som er rodede og uforudsigelige, eventuelt på gaden i regn og kulde. Så snart projektpuljen var fordelt ultimo 2012, indgik vi derfor en forhandling med Lægemiddelstyrelsen

om, hvordan vi kunne anskaffe et mere hensigtsmæssigt produkt. Der tegnede sig umiddelbart 2 produkter som relevante afløsere for glasampuller

I USA har man fra slutningen af 1990'erne benyttet et Luer-Jet system som indeholder en ampul som udløses via en holder til brugerdrevne projekter med Naloxon. Produktet findes til mange forskellige medicintyper. Det blev vurderet af Lægemedelstyrelsen, at det ikke ville være muligt at få det produkt til Danmark, da det primært skulle godkendes af European Medicines Agency³, og at produktionsgodkendelserne i USA og EU er forskellige. Produktet har været markedsført af forskellige firmaer, men aktuelt i 2015 er det Amphastar Pharmaceuticals⁴, som markedsfører en række medikamina med Luer-Jet. Afvisningen af dette produkt gjorde, at den eneste mulighed var at opstarte projektet igen med glasampul.

Under besøg i Skotland foråret 2013 blev vi opmærksomme på overdosisprojekt, som var afviklet tidligere med en præfabrikeret sprøjte i en lukket boks. Man var på det tidspunkt klar til at benytte et kit udviklet af firmaet Martindale. Kittet var beregnet til overdosisbehandling med kanyle, men da sprøjten var forsynet med Luerlock, var det muligt at benytte MAD300 forstøveren. Der blev via Lægemedelstyrelsen taget kontakt til importør, som indledte forhandlinger med Aurum / Martindale. Firmaet var ikke umiddelbart interesseret i at levere sit produkt til et projekt med Prenoxad som næsespray. Der blev dog ultimo juni 2013 afholdt et møde med repræsentanter fra Martindale, som efterfølgende accepterede at eksportere specifikt til dette projekt. Herefter blev ansøgning til Lægemedelstyrelsen gennemført (bilag 3) og efter yderligere dokumentation for sikkerheden og evidens for effekt ved brug af næsespray, blev tilladelse givet for et år den 8. oktober 2013 (bilag 4). Efterfølgende er tilladelsen forlænget for resten af projektperioden.

³ <http://www.ema.europa.eu/ema/>

⁴ <http://www.amphastar.com/assets/naloxone.pdf>

⁵ http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Vejledninger/99/nye_behand_sundv/Vejledning990702.htm

Produktet har været importeret til ordination via projektets læger i de 4 kommuner. Der har altså ikke været tale om en generel import, og produktet har været strikt forbeholdt RED LIV. Det betyder, at der kun har været 4 leveringsapoteker og forholdsvis få bestillinger, hvilket har kunnet holde håndteringsprisen lav. Den initiale pris var ca 250kr + moms for 5 doser, hvilket var konkurrencedygtigt i forhold til B.Brauns ampuller med en pris på ca 84 kr pr dosis. Muligheden for at benytte et præfabrikeret kit ændrede hele risikoprofilen for projektet og gjorde brugeruddannelsesproceduren enklere. Da der ikke skulle påsættes nåle, kunne vi koncentrere os om at uddanne i brug af næsespray.

Yderligere krav fra Sundhedsstyrelsen omfattede at vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet 1999⁵ følges, således:

1. at der blev foretaget en vurdering af resultater og komplikationer
2. at dataindsamlingen skete systematisk og ud fra principperne for god kvalitetskontrol, som anført i vejledningen.
3. at misbruger, der har taget overdosis informeres om indsatsen, da der er en skærpet informationspligt.

En person, der har taget en overdosis kan være svær at informere og at indhente et samtykke fra. Der blev derfor udformet et kort, der kan gives til personen og til evt. ambulancepersonale mhp. senere udlevering til personen eller på anden vis afleveres til denne person. Kortet oplyser om, at der er givet naloxon, hvorfor det er givet, hvem der har givet det samt hvem personen kan kontakte for at stille spørgsmål eller henvende sig til ved evt. bivirkninger eller komplikationer.

Det udleverede kort er udformet så det passer med de øvrige informationsmaterialer og kort i overdosis-kittet (se herunder).

Du har deltaget i et projekt med Naloxon

Du har den/.....20..... fået Naloxon idet du blev fundet med en overdosis.

Naloxon blev givet i musklen ☐ eller som næsespray ☐

Personen der gav det hedder

.....

Naloxon binder sig stærkere til receptorerne i hjernen end opioider (f.eks. Heroin, Metadon, Morfin) og sikrede at du kunne trække vejret igen.

REDLIV

Naloxon er et receptpligtigt lægemiddel der normalt gives i muskel eller vene. Men i dette projekt bruges næsespray, der vurderes at være lige så effektivt som hvis det blev givet i musklen.

Du er velkommen til at kontakte

Navn:.....tlf.:.....

eller koordinator Marian Jørgensen, tlf. 21 70 17 55

hvis du har spørgsmål vedr. Naloxon/virkning/bivirkning.

Ud over information af den person, som ville blive behandlet for overdosis, blev der opsat krav om brug af den kanyle, som kittet er pakket med, til den 5. dosis, hvis der ikke er effekt af de første 4 doser. Kravet om brug af kanyle til den 5. dosis er afledt af, at der er tale om off-label brug af Naloxon, dvs. brug som ligger uden for den alminde-

ligt godkendte, når det gøres med næsespray. Man vurderede, at den der behandles, ikke må forholde sig til muligheden for at få medicinen på den af lægemiddelstyrelsen godkendte måde. Der er ved rapportens afslutning ingen, som har kontaktet koordinator for yderligere oplysninger efter at være blevet behandlet med Naloxon.

HÅNDTERING OG DELEGATION

Prenoxad har en lang holdbarhed, men skal naturligvis opbevares sikkert som al anden medicin inden videredelegation til hjælperen. Det er en forholdsvis lang holdbarhed for Prenoxad på 3 år, hvis den opbevares under 25 grader og ikke udsættes for direkte sollys.

Måden Prenoxad er opbevaret på og bragt ud til den enkelte deltager i projektet er i høj grad bestemt af regelsættet omkring lægens medhjælp^{6,7}. Prenoxad bestilles på recept via apotek af de 4 læger i de 4 kommuner med tilladelse til at indkøbe det. Ved trænerkurser er koordinatorprojektets-læge med i undervisningen, og efter endt program delegeres Naloxon direkte til den enkelte træner. Alle trænere uanset kommunetilhørsforhold er derfor koordinerende læges medhjælp.

Ved lokale hjælperkurser deltager lokal læge sammen med træneren og kurset superviseres i henhold til regelværket om hjælperen har forstået brugen af Prenoxad, genoplivning og begrebet lægens medhjælp. Herefter delegerer lægen til hjælperen. Ved ethvert brug af Naloxon / Prenoxad skal delegationen fornyes. Lægen skal altså tilse at Naloxon er brugt efter hensigten og delegerer derefter en ny dosis til hjælperen. Al medicin er ordineret og bestilt til projektbrug i de forskellige kommuner, og i alle kommuner deltager projektlægen som supervisor ved hjælperkurser og delegerer til hjælperne.

I Københavns Kommune er der yderligere, på grund af den kommunens omfang et samarbejde med Rådgivningscenter København, hvor de lokale læger i rådgivningscentrene er blevet indført i projektstrukturen for at kunne supervisere og delegere Prenoxad i lokale hjælperkurser. I den ramme blev Prenoxad stadig indkøbt af projektlægen, men medicinen blev leveret til Rådgivningscentret og delegeret af lægen i henhold til instruks. Den lokale træner i Københavns Kommune får leveret udstyr til afholdelse af kursus

efter aftale med koordinator (instruks se Bilag 5) og den aftalte medicin leveres i samme omgang til rådgivningscentrets læge (instruks se bilag 6). Både træners og lægens forhold er beskrevet i interne instrukser for Københavns Kommune men regelsættet er det samme over hele landet.

Leverancen af Naloxon er foregået uproblematisk ud over at første leverance er med kortere holdbarhed end de 3 år som ellers er angivet. Dette blev opdaget for sent efter leveringen. En mindre prisstigning er tillagt hen over sommeren 2015. Det oplyses i efteråret 2015 at firmaet Martindale ophører med at forhandle Prenoxad som led i en almindelig tilbagetrækning fra de Nordiske markeder. Det giver os en logistisk opgave i forhold til at skulle træne de allerede uddannede i at benytte et nyt produkt. Det tidligere beskrevne produkt fra Amphastar er stadig tilgængeligt og kan måske importeres, men samtidig er der i USA regulære næsespray under udvikling som vi kan håbe, kommer på det europæiske marked. For eksempel er et produktet⁸ under FDA-godkendelse i USA i efteråret 2015 ligesom et tilsvarende produkt er i pipelinen.⁹ Under alle omstændigheder tegner der sig to veje i brugerdevne overdosisprojekter, enten med næsespray eller med intramuskulær adgang. Da der dog har manglet ordentligt udstyr til nasal administration, vil der sandsynligvis hurtigt kunne opnås en evidensbase for intranasal administration, som vil fjerne behovet for denne intramuskulær administration.



Naloxon-næsespray¹⁰ udviklet til formålet

6 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129042>

7 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064>

8 <http://www.adaptpharma.com/media/>

9 <http://www.businesswire.com/news/home/20130920005500/en/Naloxone-Nasal-Spray-Development-Fast-Track-Emergency>

10 (<https://vimeo.com/102058010>)

INFORMATION MATERIALE



Projektlæge Lars Frey og træner Hanne Christoffersen, Odense og læge Rikke Kjærgaard Christoffersen, Aarhus i RED LIV's stand ved KL's misbrugskonference 2014.



RED LIV arrangement på Rådhuspladsen i København august 2015. Tidligere afdelingslæge Jørgen Svejsø superviserer uddannelsen.

Fra Boston, hvor man har arbejdet med overdosisforebyggelse med Naloxon gennem næsten 20 år, har vi opnået tilladelse til at benytte deres trænermanual med dertil hørende træner-test. Træner-test er blevet oversat og tilpasset forholdene i det danske projekt.

Manualen indeholder afsnit omkring opioider, symptomer på overdosis, Naloxon, hjælptasken og ansvarsfordeling. Manualen er på 18 sider og kan fremsendes, hvis det måtte ønskes; forside og indholdsfortegnelse kan ses som bilag 7.

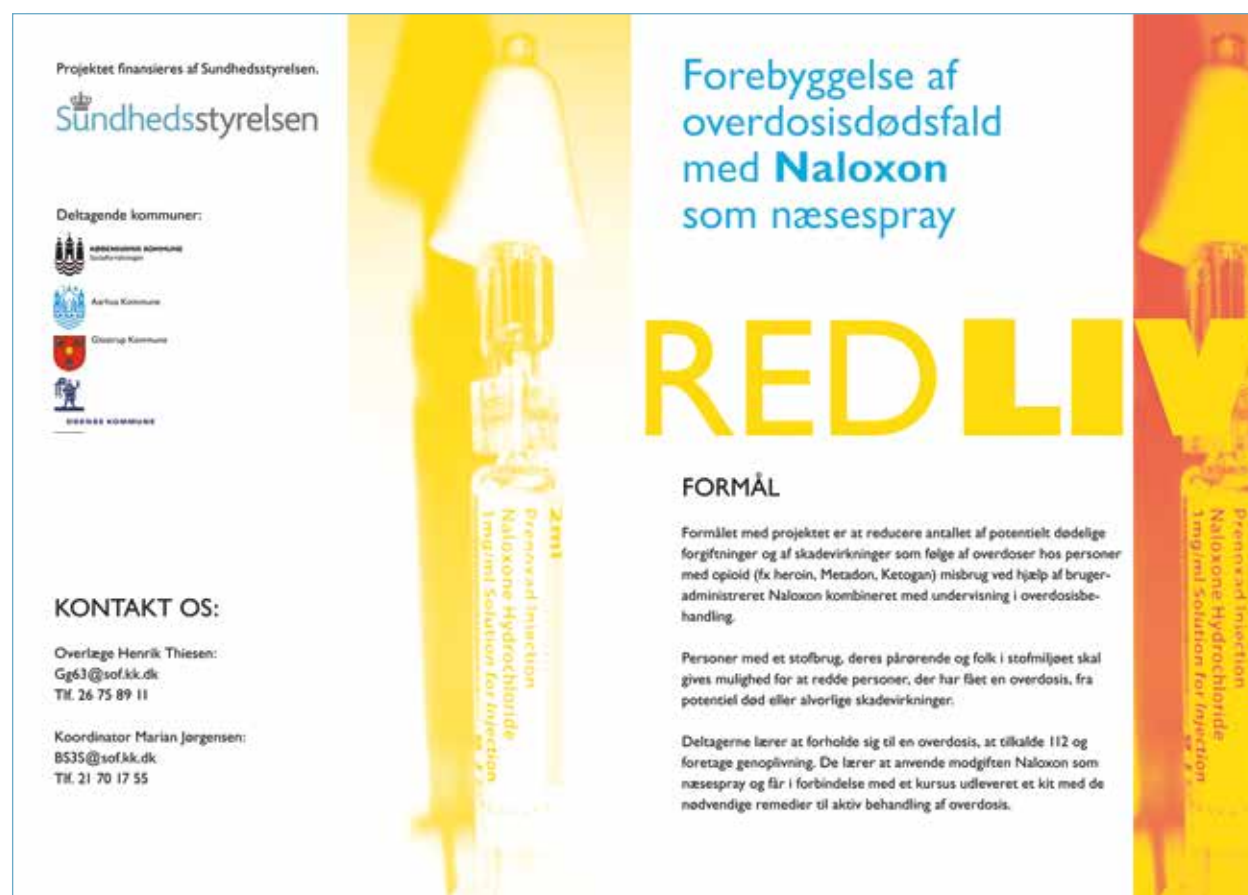
Begrebet delegation er kendt af alle læger, men der er typisk tale om delegation til andet autoriseret personale såsom sygeplejersker. Delegation til lægpersoner er ikke noget den enkelte læge er fortrolig med, og der er derfor hyppigt spørgsmål i forhold til ansvarsafgrænsning og ansvarspådragelse, hvis den enkelte hjælper ikke benytter sit udstyr, som han eller hun er oplært til, eller hvis der ikke er effekt af Naloxon. Gennem hele projektføreløbet har det derfor været vigtigt at gøre opmærksom på at den enkelte, hverken læge eller træner/hjælper kunne gøres legalt ansvarlig, dersom Na-

loxon ikke virkede eller at den der blev hjulpet døde eller fik skader som følge af stofindtaget. For at gøre trænerne i stand til at håndtere hjælpernes spørgsmål i forbindelse med uddannelsen, blev alle forsynet med memorysticks med artikelmateriale, film, instruksmateriale mv. som blandt andet kunne bruges i træningen. På memorysticken blev også lagt projektmateriale, instrukser og powerpoints

Der blev udarbejdet en informationspjece i 2.kvartal 2013, men efter at Prenoxad blev tilgængeligt i december 2013, blev informationspjece revideret i januar 2014, således at billederne matchede virkeligheden.

I oktober 2014 blev der spurgt om det var muligt at få et billede af selve tasken med i pjece, idet der var flere steder man ikke kendte tasken. Dette gjorde, at vi udarbejdede endnu en pjece, hvor tasken var affotograferet på både yder – og inderside, således at hele pjece lignede tasken med indhold.

Plakater til ophæng lokalt med tilbud om kurser blev udarbejdet i A3-størrelse (Bilag 8), i gule og



Taskefolder



PROJEKTET

Kommunerne København, Århus og Odense samt KAS/Glostrup kommune er godkendt til projektet, der løber fra januar 2013 – juni 2015.

De deltagende kommuner skal varetage undervisningen og den øvrige støtte og opfølgning af deltagerne. De kommunale trænere vil modtage uddannelse og supervision som en del af projektet.

Trænerne gennemgår et undervisningsforløb på 4 timer inkl. en afsluttende test og skal efterfølgende undervise personer med stofmisbrug, pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet.

I undervisningen skal deltagerne lære:

- at kende symptomerne på overdosis
- at vide hvornår man skal tilkalde hjælp 1-1-2
- at kunne iværksætte genoplivning/give førstehjælp/ lægge i aflastende stilling
- at kunne give Naloxon
- at vide hvad det omfatter at agere som lægens medhjælper

PROJEKT FORLØB

Projektleder: Henrik Thiesen	Koordinator: Marian Jørgensen/København
Udarbejde trænermanual	Indsamle tilbud på materiale
Udarbejde dataark	Supervisere undervejs
Projektleder: Henrik Thiesen	Koordinator: Marian Jørgensen/København
Projektsansvarlig: Læger og koordinatører for Aarhus, Odense og KAS	
Afholde trænerkurser/landsdækkende	Indsamle data/landsdækkende
Trænere uddanner i kommunerne	
Indsamling af data med henblik på evaluering og afrapportering medio 2015	

RED LIV-folder, Prenoxad-udgave

orange farver, og blev udleveret på alle trænerkurser inklusive det første kursus den 22.5.2013. Efter et evalueringsmøde med de Københavnske trænere i december 2014 blev størrelsen ændret til A1 plakater i 4 forskellige farver (gule, grønne, blå og cerise) (Bilag 8) med samme tekst, fordi tilbagemeldingerne var, at det, der hænger på tavlerne rundt omkring i vente- og opholdsrum, efterhånden falder ind i alt det andet, som også hænges op. Andre forslag var at skifte plakaterne ud med nogen med samme tekst men andre farver, hvilket ville skærpe opmærksomheden og gavne tilmeldingerne til kurser.

På samme evalueringsmøde blev efterspurgt t-shirts, kasketter og nøglesnore, til udlevering til hjælperne efter endt kursus. Indkøb via koordinatorfunktionen blev vedtaget på styregruppemøde i januar 2015 og tilbud indhentet fra Københavns kommunes trykkeri. T-shirts, kasketter og nøglesnore blev bragt ud til de involverede institutioner i København samt de øvrige kommuner fra februar 2015. Det har siden da været standard at alle uddannede udstyres med kasket, T-shirt og nøglesnor i forbindelse med afslutningen af det enkelte kursus.

Trykkeriet har ligeledes produceret alt andet informationsmateriale samt designet 2 stk. rollups med streamere til offentlige begivenheder, konferencestande, events og præsentationer af projektet Bilag 8.

I forbindelse med en planlagt turne med autocamper i august 2015, med præsentationer af RED LIV i alle kommunerne, blev der bestilt magnetskilte som kan benyttes ved udendørs arrangementer. Alle mennesker lærer forskelligt og lærer fra sig på forskellig vis, de uddannede trænere har forskellig uddannelsesmæssig baggrund og nogle er mere vant at undervise end andre. Inspireret af et hjælperkursus i Århus juni 2013, hvor en model af et hoved lavet af en melon med legoklodser, som billede på hjernens opioidreceptorer, og på baggrund af efterfølgende ønsker fra trænere om undervisningsmateriale, der kunne illustrere nogle af de komplicerede forhold under en opioidoverdosis, blev det besluttet at udvikle enkle plancher, som kunne illustrere de faste dele af kurset.

Materialet er tegnet og udviklet af grafisk designer Heidi Borg i samarbejde med koordinatorfunktionen i maj 2014. Resultatet blev en flipover bordmodel i A3-størrelse med billeder og tekst, som i 4 dele beskriver forskellige aspekter af overdosis og hvordan man behandler den, samt Naloxons funktion uden at blive meget biologisk detaljeret specifik. Flipoveren kan vendes rundt og det tykke pap som holder flipoveren oppe under kurset forvandles til en solid beskyttelse. Flipoveren er blevet vel modtaget af trænere og hjælpere se bilag 9.



Flipover i brug ved hjælper-kursus i den Fleksible beskæftigelse, Sundholm.

REGISTRERING OG DELTAGERINFORMATION

1 Tal/rusk/smertepåvirkning

2 Alarmer 1 1 2

3 Åndedræt, obs. frie luftveje. SE/FØL/LYT

4 Start indblæsninger

5 Giv Naloxon

Er der vejtrækning, lægges personen i aflåst sideleje.

NAVN: _____

cpr.: _____

Hjælper/overdosisforebyggelse/**RED LIV**

Har gennemført undervisning i forhold til respirationsstop, indgift og virkning af Naloxon

Dato: _____

Københavns Kommune, læge: _____

- Deltager-kort til hjælpere mm. er pakket i tasken ved kursusstart. Der er 4 papirer.

 - ID-kort har to sider. Forsiden indeholder de 5 punkter, som er guidelines over, hvordan man skal agere ved et overdosistilfælde. Bagsiden er deltagerbevis og underskrift fra delegerende læge. Kortet blev revideret i 1.kvartal 2014 efter ønske fra de Københavnske læger, da nogle af dem ikke ønskede at stå med fuldt navn.

Hjælperen registreres med CPR hos træner og hvis hjælper ikke ønsker at have sit CPR-nummer
- på kortet kan man nøjes med navn og eventuelt fødselsdag. Lægen skal stadig sikre sig at der er overensstemmelse mellem delegation og personen med CPR.

 - Seddel nr 2 er et afkrydsningsark/data ark som matcher de data, som den enkelte træner skal registrere. Dette er tænkt som støtte for den enkelte hjælper, som har behandlet en overdosis. Efterfølgende skal arket afleveres til den træner som har uddannet én, før der kan delegeres en ny portion Prenoxad.

Navn/hjælper: _____ Dato/tid _____

Kendte du personen: ja _____ nej _____ Mand: _____ Kvinde: _____

Privat/offentligt rum: P _____ O _____

Var du tilfældigt tilstede: ja _____ nej _____

Var personen kontaktbar: ja _____ nej _____

Vejtrækning: ja _____ nej _____

Kunstigt åndedræt: ja _____ nej _____ Kaldt 112: ja _____ nej _____

Anvendt Naloxon: ja _____ nej _____

Antal doser i næsen: _____ Antal doser i muskel: _____

Vågnede personen uden komplikationer: ja _____ nej _____

Hvis nej, hvilke komplikationer: _____

Behandling overtaget af ambulance: ja _____ nej _____

Behandling overtaget af andre: ja _____ nej _____

Hvor lang tid var du sammen med personen efterfølgende: _____

Var der behov for yderligere behandling: ja _____ nej _____

Dato for tilbage melding til træner: _____

3. Kort med koordinators kontaktoplysninger eller med lokale trænere oplysninger.
4. Det fjerde kort er det der skal afleveres til den der har fået medicin som beskrevet ovenfor. Der er kontaktoplysninger til koordinator for at den enkelte hjælper ikke nødvendigvis selv skal afgive oplysninger men også for at den der er blevet hjulpet kan kontakte når krisen er ovre.

Koordinator har med jævne mellemrum 2-4 gange årligt, udsendt nyhedsbreve med status for projektet, mødeindkaldelser mv. Udover at vi har leveret information, har man kunnet holde øje med eventuelle personale skift. Hvis der ikke kom svar retur kunne man hurtigt finde ud af hvem der var rejst fra kommunerne og finde afløseren i projektet.

DATAINDSAMLING TIL KVALITETSSIKRING

Den dataprofil som er valgt bygger i høj grad på de undersøgelser som er publiceret fra Massachusetts og materiale fra Boston. Ved et møde med ledere af det Norske Naloxonprojekt blev blandt andet oplysninger om tidligere overdoser hos den enkelte medtaget, men da det norske projekt er et år bagud for det danske, kan der ikke ses samlet på den problemstilling for nuværende.

Som en del af træningen og delegationen skal alle deltagere, både hjælpere og trænere, udfylde et skema med navn, adresse, CPR, telefonnummer, boligsituation, opioidforbrug, og hvis de har det, så hvor længe det har varet, om de nogensinde selv har haft en overdosis og hvis ja så hvor mange, om de har oplevet andre have en overdosis, om de er pårørende til stofbruger, om de er medarbejder (som ikke nødvendigvis behandler opioidbrugere), samt dato for gennemført kursus.

Skemaet matcher den elektroniske dataindsamling som sker efter hvert kursus hos alle trænere. Registreringen sker lokalt, da det i realiteten er en for-

trolig oplysning mellem den enkelte delegerende læge og hjælperen. Samtlige trænere gennemgår på trænerkursus opsamling af data og får både på mail og på udleveret memorystick udleveret Excel-arket med deltageroplysninger som man kan registrere i ro og mag ud fra de leverede deltagereskemaer. Den enkelte kursUSDeltager skal som anført registreres hos den lokale træner og bliver oplært i hvordan man registrerer, så alle kan fremgå med alias. Hver person får et anonymt alias og hvis personen behandler flere overdoser, registreres på samme alias. Alle personhenførbare data fjernes inden skema returneres til koordinator.

Der har været løbende evaluering af dataopsamling. Projektkoordinator har været i løbende kontakt med de klinikker, væresteder, organisationer og foreninger, hvor undervisningen er fundet sted, med henblik på at sikre, at nye kurser, og nye behandlinger blev dokumenteret og dermed kunne indgå i kvalitetssikringen og evalueringen.

Det indskræpes på trænerkursus, og der er yderli-

Navn: _____

Adr.: _____ Telefonnr.: _____

Cpr.nr: _____

Bor alene? ja ___ nej___ Sammen med andre? ja ___ nej___

Bruger selv opioider ja ___ nej___ Hvis ja, hvor længe? _____

Nogensinde selv haft en overdosis: ja _____ nej _____ Hvis ja, hvor mange? _____

Oplevet andre har haft en overdosis: ja _____ nej _____

Er pårørende til bruger ja _____ nej _____ Er medarbejder ja _____ nej _____

Gennemgået kursus, dato: _____

KURSER

gere i flere omgange blevet gjort opmærksom på, at der ikke må sendes CPR-numre pr. mail af hensyn til tavshedspligt og datasikkerhed.

Hver gang der har været afholdt hjælperkursus og hver gang kittet har været benyttet, var træneren instrueret i at fremsende det opdaterede excelark til koordinator, men det har knebet. Ved flere overdosisbehandlinger udført af den samme person og hvor man har benyttet kittet flere gange, er træner instrueret i at kopiere den første registrering til en ny linje, således at den samme hjælper altid har det samme nummer. Det er lykket i de fleste tilfælde, og der hvor det ikke er lykket fuldstændigt, har koordinator taget kontakt til træner eller i et par tilfælde i Københavns Kommune, helt overtaget skemaerne.

Overdosiskurserne er et helt centralt aspekt i RED LIV-projektet og vi har i dette projekt forsøgt at være opmærksomme på at få kurserne så bredt ud som muligt både til fagfolk, som er i berøring med stofmiljøet, stofbrugere og pårørende, men også til områder som man ikke umiddelbart forbinder med stofbrugere. I begyndelsen var fokus på at få implementeret kurser hos samarbejdspartnere i stofmisbrugsbehandlingen, hjemløseinstitutioner, brugerorganisationer med mere, men op gennem 2015 har der været øget opmærksomhed på at nogle af de områder, som ikke er kendte med opioidmisbrug i den almindelige offentlighed har alvorlige problemer.

Landsforeningen af VæreSteder og SVID har i 2013 i Årsrapport for udsatteområdet¹¹ beskrevet hvordan den største belastning af opioidoverdoser i forhold til befolkningsstørrelse er i provinskommuner og at den største belastning med dødelige overdosistilfælde internt i Københavns Kommune er uden for Vesterbro.

Hvor der i årene 2007-9 og 2010 – 12 var 12 overdosisdødsfald på Vesterbro var tallene i resten af byen betydeligt højere.

Fokus har derfor, i hvert fald i Københavns Kommune, været på at inddrage organisationer og væresteder i bydele ud over de samarbejdspartnere, der allerede er. Det er lykket at få kontakt til bydelene, men der er et stort arbejde forude i at få en opmærksomhed og struktur for overdosiskurser. En barriere kan være, at man heller ikke i disse bydele opfatter, at man har et problem, fordi en stor del af overdosistilfældene sker i eget hjem.

7.1 UDVÆLGELSE AF DELTAGERE TIL KURSERNE:

I begyndelsen var vi meget opmærksomme på at det skulle være kurser for mennesker med opioidforbrug, og deres pårørende. Allerede efter det første landsdækkende følgegruppemøde fik vi forespørgsler på uddannelse af hele personalegrupper på de forskellige institutioner, som vi havde berøring med, og det blev klart at for at få en stabil adgang til stofbrugere, var det nødvendigt at medinddrage medarbejdere fra institutionerne, både som overdosisforebyggere og som ambassadører for projektet.

Som beskrevet i rapportens Del 1, viser resultater fra andre overdosisprojekter, at det primært er

Postnr. Findested	2007	2009	2010	2011	2012	I alt
2100 København Ø	5	5	3	3	3	19
2200 København N	7	12	4	5	7	35
2300 København S	7	8	9	6	9	39
2400 København NV	3	6	4	7	9	29
2450 København SV	6	4	6	4	4	24

Årsrapport for udsatteområdet, Landsforeningen af VæreSteder og SVID, 2013 side 10

11 <http://issuu.com/lvspub/docs/lvsaarsrap2013>

stofbrugerne selv som behandler overdoser hos andre, men der vi ser i RED LIV at medarbejderne er en nødvendig gruppe at involvere for at få et stabilt projekt. Det er ikke nok med enkeltstående trænere. Vi har derfor efter at vores målsætninger for projektet om gennemførelse af kurser og distribution af Naloxon er opnået, forsøgt at komme endnu bredere ud og har uddannet alle, som måtte finde interesse. Det kan ses tydeligt på interessen omkring RED LIV's facebookside, at generelle tiltag, hvor vi forsøger at få alle i tale giver meget positivt respons, som nødvendigvis må smitte af på måden stofbrugere opfattes på, og i interesse fra almindelige borgere i at kunne træde til ved overdosisstilfælde.

De trænere, som har deltaget er udvalgt af den enkelte institution eller interessegruppe, og formanden for Brugerforeningen er selvskrevet som træner i anden omgang af overdosisprojektet. Rådgivningscenter København har valgt at sende sundhedsfaglige personer på trænerkursus, men derudover er det en meget blandet gruppe:

7.2 KURSUSAFHOLDELSE

8.2.1 Trænerkurser

Trænerkurser er for personer, som skal uddannes i at kunne gennemføre kurser for andre. Trænerne skal være i stand til selv at behandle en overdosis, men skal derudover kunne organisere og gennemføre kurset og indsamle de nødvendige tilsagn og informationer.

Der er i alt afholdt 10 trænerkurser i projektperioden.

I 2013 er afholdt 2, da en stor del af året gik med logistik omkring kurserne og især med at vente på tilladelsen til at benytte Prenoxad i andet halvår af 2013. Det var ikke hensigtsmæssigt at uddanne mange i brugen af glasampuller, og de sidste 7 måneder af 2013 var det ret sikkert at Prenoxad

ville blive tilgængeligt. Prenoxad blev tilgængeligt ultimo november og første trænerkursus med det produkt blev afholdt kort efter.

2014 blev afholdt 7 kurser. Logistikken var på plads, og de enkelte kommuner var klar til at igangsætte hjælperkurser.

2015 er kun et enkelt trænerkursus afholdt. Deltagerantallet var faldende gennem 2014 og kommunerne kunne se at økonomien og tiden til hjælperkurser ville være begrænset, hvorfor behovet for trænere umiddelbart var dækket. Projektet var fra begyndelsen forlænget med 6 måneder på grund af deltagelse af færre kommuner end forventet, og blev igen forlænget til udgangen af 2015 på grund af overskydende økonomi i nogle af kommunerne. Der har ikke været noget stort behov for uddannelse af yderligere trænere til denne periode. Trænerkurserne er alle ledet af koordinator og læge fra koordinatorfunktionen, men det har ligesom med følgegruppemøderne været en klar målsætning i projektet, at kursernes placering gik på skift mellem kommunerne. Rotationsprincippet er ikke overholdt strikt, men trænerkurser er afholdt i KABS 1 gang, Aarhus 1 gang, Odense 2 gange og København 6 gange. Københavns Kommunes behov for trænere har været større end for de øvrige kommuner, både grundet hyppigere arbejdsskift blandt de medarbejdere som har deltaget, og på grund af flere selvstændige institutioner. Vi har derfor efter aftale med de øvrige kommuner afholdt flere trænerkurser i København. På samtlige kurser har der været repræsentanter fra København (se figur 6, Del 1).

Trænerkursets form er løbende blevet justeret på baggrund af koordinatorfunktions erfaringer og respons fra deltagere. Den nuværende form har været anvendt siden begyndelsen af 2014.

Kursusvarighed er 4 timer inklusiv frokost, og programmet er forholdsvis fastlagt, da der oftest er tale



Tiende trænerkursus, Sundholm januar 2015. På grund af sparsomme tilmeldinger var også Svenske observatører inviteret. Den svenske regering har senere bevilget penge til et overdosisprojekt i Skåne

om en blandet gruppe af forskellige professioner. Indhold:

- Deltagerpræsentation
- Gennemgang af undervisningsmateriale, plakater, USB pind og bordmodel
- Film om overdosis "Going over¹²", britisk video fra Exchangesupplies¹³ som beskriver forskellige overdosiscases.
- Information om/teori om overdoser, rapporter, tal, stoffers virkning, Naloxons virkning, dataark ved HT
- Gennemgang af tasken inkl. diverse sedler
- Afprøvning af kit på Ambu-dukke
- Film, "Recovery" ligeledes fra Exchangesupplies om aflåst/stabilt sideleje
- Afprøve aflåst/stabilt sideleje
- Uddelegeringsregler og betydningen af at blive lægens medhjælp
- Information om dataopsamling, afrapportering og genopfyldning af tasker
- Kursustest (bilag 10)
- Udfylde skema med egne data til koordinator¹⁴
- Registrering som lægens medhjælp

Til hver træner udleveres i forbindelse med kursus ud over den personlige taske med indhold, også

- Et prøvekit med Prenoxadsprøjte (uden medicin)
- En ekstra MAD
- Flipover med billedplancher til hjælperundervisning
- Plakater til reklame for hjælperkurser
- Memorystick med undervisningsmaterialer og video til fri afbenyttelse ved hjælperkurser
- T-shirt, kasket og nøglesnor.

Ud over underskrift på deltagerbevis som lægens medhjælp får samtlige trænere efterfølgende tilsendt et kursusbevis.

Træner instrueres i at kontakte koordinator med henblik på supervision af trænerens første hjælperkursus. Koordinator deltager i alle trænernes første kursus for at sikre, at træner er fortrolig med at afholde kurser og har forstået de grundlæggende elementer i overdosisbehandling med Naloxon. Der har været yderligere tilbud om supervision af trænere i Københavns Kommune og koordinator søger i København for, at redskaber til afholdelse af

¹² <https://www.youtube.com/watch?v=mmHB1CZf-MU&spfreload=10>

¹³ <http://www.exchangesupplies.org/>

¹⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=IOgMcMD4qho&spfreload=10>



Findes der billedtekst til dette?

kursus er til rådighed; dukke, masker, poser, tasker, t-shirts, nøglesnore og kasketter. På kurser, som ikke er afholdt af Rådgivningscenter København er projektlæge også deltagende i hjælperkurser. Koordinator sørger for aftaler og synkronisering af kalendere i forbindelse med disse kurser.

7.2.2 Hjælperkurser

Hjælperkurser retter sig mod personer, som trænes i at gennemføre behandlingen af overdoser. Der er afholdt i alt 95 hjælperkurser i registreringsperioden, inklusiv de superviserede kurser. KABS 16 kurser, Odense 13 kurser, Århus 13 kurser, København 53 kurser

Der regnes med ca. 10 minutter pr. deltager, hvilket ikke betyder at hver deltager kun er til stede i 10 minutter, men at afviklingen af at prøve at give Prenoxad og aflåst sideleje tager en fast tid pr. deltager. De øvrige dele af kurset kan være meget forskellige afhængig af deltagerne og deres behov og lyst til at dele tidligere erfaringer.

Vi anbefaler generelt at der er 5-6 deltagere pr. undervisningsseance og at der afsættes mellem 1 – 1½ timer pr. kursus. Hvis kurserne bliver længere, er der risiko for at deltagerne ikke kan holde koncentrationen.

Hjælperkurserne indeholder følgende faste elementer:

- Deltagerpræsentation og udveksling af erfaringer med overdoser.
- Hvad er symptomerne på OD?
- Hvad er Naloxon og hvordan virker det. Der undervises i forskellige opioiders halveringstid herunder fokus på den lange halveringstid for Metadon
- Gennemgang af taske hvor alle prøver at samle og afprøve sprøjte med forstøver
- Afprøve Prenoxad på dukke ud fra instruks-kort, husk at sikre frie luftveje, husk egen sikkerhed
- Afprøve aflåst/stabilt sideleje
- Hvad betyder det at være lægens medhjælp + underskrift på kort
- Data på deltager
- Information om afrapportering og opfyldning af taske hvis man har behandlet en overdosis, herunder hvordan man får fat i træneren.

På alle kurser skal deltagerne afprøve udstyret og gennemføre det fulde "skuespil" med dukken som centrum: Lytte, mærke, råbe, ruske, smertepåvirke, få kontaktet 1-1-2, starte indblæsninger, samle kittet med Prenoxad, give 'Naloxon', fortsætte



RED LIV overdosiskursus i HUS FORBI 20. november 2015 (5)

indblæsninger om nødvendigt, vise hvordan de 4 første doser Naloxon fordeles, samle sprøjte og nål og endelig vise hvordan 5. dosis gives i musklen. Herefter gennemgår alle, hvornår man skal lægge i aflåst/stabilt sideleje og herefter prøver man selv aflåst/stabilt sideleje og efterfølgende afprøver man det på en anden kursUSDeltager.

De mange gentagelser er nødvendige. Selve træningssessionen er en smule presset og alle kigger på, så for en del er det en barriere at skulle spille med på forløbet. Mange bliver nervøse og usikre, når det bliver deres tur og glemmer dele af den instruks, som står på det lille kort. De mange gentagelser gør også, at den enkelte efterhånden får en bedre fornemmelse for forløbet af en overdosisbehandling. Normalt foregår øvelserne på gulvet, og de der af forskellige årsager har problemer med at gennemføre øvelsen, får dukken op på bordet. Mange er nervøse for om de kommer til at gøre noget forkert, så det vigtige budskab på alle hjælperkurser er, at når man står i en akut situation, hjælper man det bedste man har lært, der er kun en ting, der kan gøre situationen værre, og det er ingenting at gøre. Hjælpere og trænere, som har overskud og godt humør stresses en smule i processen, så de øvrige deltagere også kan lære

af det. Vi forsøger at forstyrre, ligesom på gaden, komme med gode råd og prøve at 'overtage', hvordan forløbet skal være.

På alle kurser er det vigtigt at inddrage deltagerne maksimalt i forhold til deres evner og lyst, således at vi kender ressourcerne på holdet, og så det kan danne udgangspunktet for, hvordan undervisningen i hvert enkelt hjælperkursus udformes under hensyntagen til, at rammerne skal opfyldes. Punkterne, der skal gennemgås, er de samme, men måden kan variere fra hold til hold. De, der har taget eller tager stoffer, har en stor men ofte også meget personlig viden om dette, og de har måske samtidig en fejlagtig opfattelse af, hvordan behandling af overdoser skal ske, men denne viden skal italesættes. Det er vigtigt at korrigere myter og fejlopfattelser, især fordi vi samtidig tilbyder en ny aktiv metode, og derfor har mulighed for at give et effektivt bud med fejlopfattelser. Der er for eksempel historier om at 'bevægelse er godt', hvorfor mennesker er blevet løftet op i armhulene og båret rundt med fødderne slæbende efter sig, 'at saltvand kan gives iv som modgift', 'at slå er hjælpsomt', 'at is i armhulene er godt', 'kolde bade' o. lign. I sessionen benægter vi ikke, at der kan være elementer, som er korrekte, men prøver



Overdosiskursus, Vestre Fængsel 30. januar 2015 (3)

at give alternativer og fortælle, hvordan vi mener, det kan gøres uden at påføre den der skal hjælpes skade eller unødige gener.

Der har været stor forskel på, hvor mange kurser den enkelte træner har afholdt efter endt uddannelse. Antallet er fra 0 til 13. I Rådgivningscenter København, Vest har en enkelt aktiv træner afholdt 7 kurser og samme træner har bistået ved seancer i 2 andre institutioner samt deltaget i et trænerkursus, hvor han gav egne erfaringer videre til nye trænere. Derudover var træneren aktiv i forbindelse med de events som er afholdt på Rådhuspladsen, på Brugernes Bazar og på Rådhuspladsen i Aarhus.

KABS / Glostrup har haft en stor udskiftning af personale, hvilket uheldigvis har berørt koordinatrollen dér. To af trænerne i KABS Gentofte var deltagere i første trænerkursus og de har afholdt i alt 11 kurser. De har samtidig eksperimenteret med formen og har blandt andet afholdt hjælperkurser i private hjem med meget positiv respons fra deltagere. I KABS Hvidovre er trænerne rejst, men man har alligevel formået at afholde 5 kurser.

I Aarhus har der været lægeskift en enkelt gang, men her har koordinator været med fra start, lige-

som en af trænerne deltog i første kursus og har været træner i samtlige af de 13 hjælperkurser, der er afholdt i den kommune.

I Odense, hvor der er 5 institutioner som deltager, har flere af trænerne været med fra begyndelsen. Koordinatorrollen skiftede mellem 2 af trænerne midt i forløbet. I Odense har den læge, der er dedikeret til opgaven haft en stor udfordring med at nå alle kurser, da han samtidig har skullet varetage andre opgaver og passe misbrugsbehandling i Svendborg 2 dage om ugen.

På trods af disse udfordringer i forløbet, har man opnået de mål der oprindeligt er sat for indsatsen, og med den forlængede projekttid er disse mål også overopfyldt.

8.2.3 Udbredelse af kurser til andre interessenter
Lederen af Københavns politis specialenhed, der har med narkotikarelaterede forbrydelser at gøre, blev opmærksom på projektet i anden forbindelse og koordinatorfunktionen præsenterede projektet i juni 2014. Ledelsen var meget imødekommende over for deltagelse i projektet. For ikke at den enkelte betjent skal gå rundt med yderligere udstyr ønskede man at have Prenoxadkittet i enhedens

biler. Da der stadig, også i denne sammenhæng er tale om delegation til enkeltpersoner, var det derfor nødvendigt at uddanne alle før kittet kunne placeres i politibilene til almindelig afbenyttelse, og over de næste 5 måneder blev den samlede styrke på 30 betjente uddannet som hjælpere. Ingen har dog benyttet kittet og det har været problematisk at følge op på den del af projektet. Der er især i USA mange betjente som er uddannet til at benytte Naloxon og hvis man vælger frem over at uddanne betjente, bør brugen af Naloxon lægges ind som en del af den almindelige livreddningsuddannelse i korpset.

En særlig risikogruppe for de såkaldte pausedødsfald er personer som har været i fængsel og løslades efter afsonet straf. Det var derfor, så snart det viste sig muligt, et emne for projektet at forsøge med uddannelse i fængselsvæsenet. Maj 2014 kontaktede vi sygeafdelingen i Vestre Fængsel, og efter et møde i juni sendte de i september 2014 6 sygeplejersker på trænerkursus. Umiddelbart forekom det meget enkelt, rent logistisk at afholde overdosiskursus i et fængsel, men det har vist sig, at der er en lang række barrierer som ikke var tydelige fra begyndelsen. Der er blevet afholdt et enkelt kursus i Vestre fængsel med uddannelse af 2 hjælpere.

Den store udfordring i fængslet har været sikkerhedssystemerne og problemer med sikkerhedsgodkendelse af de, der tilbydes kurserne, idet ikke alle kan/må sidde i samme rum uden opsyn. En anden barriere, specielt i Vestre fængsel, er en hurtig udskiftning af indsatte. De indsatte får afsagt domme og bliver efterfølgende forflyttet til andre fængsler eller løslades.

Ultimo 2015 er aftalen med sygeafdelingen at de uddanner 1 person ad gangen, idet de på den måde kan uddanne hjælpere så snart de ønsker det og uden sikkerhedsgodkendelse. Dette forsøg løber i resten af 2015.

Nogle steder i USA benytter akutpersonale næ-

sespray ved behandling med Naloxon i et behandlingsparadigme, hvor intravenøs adgang benyttes, hvis der ikke er effekt af næsespray. Det har derfor været en interesse at indlede et samarbejde med redningstjenesterne med henblik på at benytte næsespray, men på grund af den begrænsede tid i projektet og de relativt stramme rammer for, hvem som kan indkøbe Prenoxad, er der ikke indledt noget samarbejde ud over de særlige reddere, som er nævnt herunder.

November 2014 holdt vi informationsmøde med Københavns Brandvæsen for at fortælle om projektet, så de var forberedt på at kunne møde Prenoxad på skadestedet og så de var informeret om at hjælperkurserne var i gang. Vi var samtidig interesserede i at undersøge om et eventuel samarbejde var muligt, men på grund af kommende omorganiseringer og mulig udlicitering af 'væsenet', så man sig ikke i stand til at indlede samarbejde på det tidspunkt. Der har ikke været yderligere kontakt, da projektperioden og afrapportering på det tidspunkt gik mod sin afslutning.

Vi har siden fået information om at Frederiksberg Brandvæsen benytter Naloxon nasalt, men ikke hvilket produkt man benytter og under hvilke forhold, ligesom vi ikke har set instruksen for brugen. Frederiksberg og Københavns Kommunes brandvæsner fusioneres per 1. januar 2016, hvilket måske giver en ny mulighed, hvis dele af korpset allerede er i gang med Naloxon som næsespray.

Falcks redningskorps har en gammel aftale med Københavns og Frederiksbergs misbrugscentre om at håndtere mennesker som er i substitutionsbehandling, men som har fået karantæne fra de faste institutioner. Tidligere foregik substitutionsudleveringen fra Falckstation ved Bispeengbuen, men den er lukket og funktionen med udlevering er rykket over i en mobil enhed som både kører ud med substitutionsmedicin, men også kan opsøges af stofbrugerne under Bispeengebuen. "FalckBussen",



Hjælperkursus i Falckbussen – 6 personer på ganske få kvadratmeter.

som den kaldes af alle som arbejder i misbrugsbehandling, bemannes af 3 uddannede Falckredde-re. Reglerne for udlevering af substitutionsmedicin er blevet strammet og inkluderer nu overvåget indtagelse af den fulde dagsdosis med jævne mellemrum. Fra medarbejderne i bussen blev der udtrykt bekymring for øget antal overdoser, efter indføringen af overvåget indtag. Redderne blev uddannet hjælpere efter aftale med ledelsen i december 2014, og umiddelbart har bekymringen for flere overdoser vist sig ikke at holde stik – Prenoxadkittet har endnu ikke været i brug.

En del af de beskrevne projekter fra udlandet har gode erfaringer med kurser på faste tidspunkter og på faste steder, hvor der er ikke behov for forhåndstilmelding. For eksempel har sprøjteudleveringen i Skid Row i Los Angeles et ugentligt kursus på et fast tidspunkt. Forhistorien med faste programmer i stofbrugsmiljøet i København har ikke været nogen stor succes, men for at udforske muligheden af at benytte denne metode, fastlagde vi i samarbejde med Aktivitetscentrets cafe på Sundholm i København en fast struktur. Vi afsatte anden onsdag i marts, april og maj 2014 umiddelbart efter cafeens lukketid. Der blev grundigt forberedt med information af medarbejderne. Der

blev opsat plakater, sendt mails til lederne af de forskellige institutioner på Sundholm og vi forsøgte at samle folk på terrænet. På trods af den ihærdige indsats lykkedes det ikke at lokke en eneste til at deltage i hjælperkursus, så ingen blev uddannet. Mange var derimod forundrede over, at vi opholdt os i cafeen efter lukketid og de personer vi forsøgte at kapre til kurser ville hellere tale om andre problemer så snart de opdagede, at det var en læge og sygeplejerske som forsøgte at lokke til deltagelse. Et resultat af de ledige timer var en kontakt med de hjemløses organisation SAND, som har kontor ved siden af cafeen. Her var der velvillighed i forhold til at afholde hjælperkurser, men SANDs struktur er ikke understøttende for den type kurser. Man ville meget gerne deltage, og sendte en repræsentant på trænerkursus i juni 2014, men har ikke afholdt nogen hjælperkurser.

Juni 2014 blev vi kontaktet af et socialpsykiatrisk bosted på Amager, der ønskede at deltage efter at have oplevet overdosis på bostedet. Efter et møde hos dem, sendte de en repræsentant med på trænerkursus september 2014 i Århus. Der er siden da blevet afholdt et enkelt hjælperkursus, hvor en bruger og en pårørende blev uddannet.



Event på gaden i Aarhus

Koordinatorfunktionen har afsøgt områderne i København hvor der ifølge LVS' undersøgelse er en høj forekomst af overdosisdødsfald, og har lavet mange aftaler og afholdt hjælperkurser i organisationer, som ikke umiddelbart har kontakt med mange stofbrugere.

April og juni 2015 har koordinatorfunktionen afholdt hjælperkursus i Sydhavnskompagniet i København, i juni 2015 personale i Sundhedshuset på Christiania, august 2015 er afholdt hjælperkurser hos Projekt Udenfor på Nørrebro i København og i Kirkens Korshærs værested 'Fedtekælderer' på Amager, november 2015 uddannes sælgere af Hus Forbi og der er adskillige andre aftaler som kan blive en realitet over tid.

I Odense har man uddannet en gruppe af vagter der runderer i midtbyen.

I Århus har man blandt andet uddannet de tandplejere, der varetager tandplejen hos brugerne af misbrugscentret i Århus.

FORMIDLING OG EKSTERNT SAMARBEJDE

8.1 ERFARINGSUDVEKSLING MED NORDISKE LANDE.

Med et års forsinkelse i forhold til det danske projekt, har Norge påbegyndt et lignende projekt i Oslo og Bergen. Udformningen og delegationsmåden er anderledes end i Danmark, hvilket gør at der kan uddannes mange flere end i Danmark. Vi har besøgt projektet i sommeren 2015 og skabt gode kontakter til fremtidig vidensdeling.

Fra Sverige fik vi en henvendelse om interesse for Naloxon i begyndelsen af 2015 og efter et møde i Malmö med medarbejdere og ledere fra misbrugsbehandlingen i Skåne, hvor vi præsenterede grundlaget for RED LIV inviterede vi 4 mødedeltagere med på et efterfølgende trænerkursus i januar 2015. Der blev dog ikke delegeret Prenoxad med hjem, men alle blev forsynet med Prenoxadprøvekit og det øvrige materiale. Der er i efteråret udmeldt et statsligt overdosisprojektet med Naloxon i region Skåne. Vi har holdt kontakten til centrale personer og håber at en fortsættelse af projektet kan koordinere med et fremtidigt projekt i Malmö.

8.2 FORMIDLINGSPLAN

Efter drøftelse i styregruppen i januar 2014 blev det besluttet at udarbejde en formidlingsplan. Denne blev udarbejdet af kreativ strateg og tekstforfatter Helle Jensen, fra firmaet Redtop. Redtop producerede formidlingsplanen i august 2014. Dele af planen var allerede i gang i 2014 og der er fulgt op på de fleste punkter. Det største problem i forhold til en systematisk formidlingsstrategi er, at kun koordinator er ansat fuld tid i projektet og at planer for kursusafvikling konstant må ændres og dermed forsinkes andet, og i forhold til kerneydelsen, mindre vigtigt arbejde. Der har dog været en tiltagende interesse fra mediernes side i det forløbne år.

8.3 OFFICIELLE PRÆSENTATIONER.

Projektleder og koordinator havde som en del af Sundhedsteam Københavns kommune, en stand på Lægedage 13. - 15. november 2013 i Bella Centret.

Projektleder deltog på konferencen 2nd Nordic meeting on Opioid Maintenance Treatment, Karlskrona 22. maj 2014 med oplægget *Safe Opioid replacement therapy and Strategies to reduce Opioid mortality in Denmark*, hvor RED LIV omtales.

Koordinator deltog 1-5. september, 2014 i projektet "Training of Peer Distribution of Naloxone and Video Advocacy" i Vilnius, Litauen, inviteret af peer netværket "Eurasian Harm Reduction Network" på opfordring af Brugerforeningen af aktive stofbrugere, som var forhindret i at deltage. Der var deltagere fra Storbritannien, Frankrig, Italien, Estland, Litauen og Danmark. Projektets formål var at producere promoveringsvideoer for brugen af Naloxon under overskriften "I am the Evidence". Den danske video blev efterfølgende produceret af koordinator over få dage og sendt til EHRN som tilpassede og oversatte videoen. En repræsentant for ERHN besøgte efterfølgende Danmark og RED LIV som en del af projektet. Resultatet blev videoen I'm the Evidence: Naloxone Works!¹⁵

RED LIV har deltaget med stand på Kommunernes Landsforenings Misbrugskonference i oktober 2014, hvor der var stor interesse for standen.

Der var i marts 2015 deltagelse med en lignende stand på KABS-viden konferencen i Vejle, igen stor interesse for standen.

November 2014 havde projektleder og koordinator oplæg på det årlige Landskursus for Addiktiv sygepleje¹⁶ med oplægget *Helt ud i hjørnerne – uddannelse af stofbrugere i behandling af overdosis*.

¹⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=iD-M33AoN54&spfreload=10>

¹⁶ <http://www.dsr.dk/fs/fs4/landskursus/Sider/Landskursus-2014.aspx>



RED LIV event på Rådhuspladsen København

Koordinator har deltaget i konferencen International Naloxone Conference - ThINC Bergen 2015¹⁷ Med oplægget *Development of life-saving procedures and nasal naloxone dispensing in 4 Danish communities*¹⁸

Projektleder har oplægget *Dödsfall, överdoser och naloxonspray i Danmark*, ved konferencen Narkotika och dödsfall¹⁹ på Uppsala universitet den 25. november 2015

Medio 2015 oprettede vi Facebookside²⁰ for RED LIV hvor de enkelte kommuner kan poste billeder og tekst fra deres aktiviteter.

I uge 35, august 2015, var planlagt landsturne med besøg i alle kommunerne og events i det fri. Det lykkedes ikke at afholde event i Aarhus og KABS ved den lejlighed, men med tilladelse fra Københavns kommune og Københavns politi, blev der den 25. august afholdt et event på Rådhuspladsen, hvor vi uddannede interesserede forbigående på pladsen. Der var dog en stor overvægt af turi-

ster på pladsen, men det lykkedes at uddanne 5 personer, heraf en journalist fra TV 2 Lorry.

Den 26.8.2015 havde vi en stand på Brugernes Bazar. Her uddannede vi igen interesserede på Bazaren, samlet set blev der uddannet 21 personer. Personer fra bl.a Odense, Aalborg, København Roskilde og Herning.

Den 27.8.2015 var der planer om at fortsætte med den lejede autocamper til event i Aarhus, men på grund af festuge i byen var det ikke muligt. Det offentlige event er afholdt den 13. november 2015 i regn og blæst, med deltagere fra Aarhus, Odense og København.

8.4 MEDIEOMTALE

Første kontakt er med Svensk TV i juni 2014 hvor journalist og fotograf deltager ved trænerkursus og interviewer deltagere

Der var i længere tid video fra det efterfølgende



Hjælpertræning på Brugernes Bazar 2015.



Rådmand for sociale forhold og beskæftigelse i Aarhus Kommune, Thomas Medom uddannes som hjælper ved event i Aarhus

¹⁷ <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/arrangementer/konferanser/konferanser-2015/konferanse-om-overdoseforebygging.html>

¹⁸ <http://goo.gl/b8jyE7>

¹⁹ <http://www.ufold.uu.se/Evenemang/Seminarier/narkotika-och-dodsfall/>

²⁰ <https://www.facebook.com/naloxon>



Socialborgmester i Københavns Kommune Jesper Christensen uddannes som Red Liv Hjælper, februar 2015.

nyhedsindslag det er nu fjernet og erstattet af 2 artikler^{21,22} Trods den misvisende titel "Nässpray mot heroinöverdoser på gång i Norge" handler artiklen om RED LIV

I september 2014 er næste kontakt²³ og siden har der været interview med bladet Alkohol & Narkotika²⁴ Nr 2 - 2015 i temanummeret "Narkotikarelaterad dödlighet" hvor RED LIV er sat i relation til et kommende overdosisprojekt i Sverige

TV-Lorry er til stede ved eventet i København 25. august 2015 og filmer fra hjælpertræningen samt interviewer deltagerne²⁵. Omtalen betød en kraftig stigning i henvendelser som vi har måttet lægge til side men ved en fortsættelse af projektet vil disse kontakter kunne uddannes til hjælpere i 2016.

RED LIV i Aarhus er i fokus i artiklen "Alle kan red-

de liv. Sundhedsdag for socialt udsatte i Aarhus" i bladet Hus Forbi juli 2015²⁶

Projektleder er citeret vedrørende overdosisdødsfald i artiklen "Da Lars Jensen døde i Fixeland" Information 13.12.2015²⁷

RED LIV's samarbejde med Brugerforeningen af aktive stofbrugere er beskrevet i artiklen Lægens medhjælp redder liv Af Pernille Søndergaard, stofbladet nr.4 december 2015 som et eksempel på samskabelse mellem en privat og en offentlig organisation. Bladet offentliggøres til medarbejderne i Københavns Kommune Socialforvaltning.

Red Liv – kursus i Ambulatoriet i Classensgade er beskrevet i reportage 'I er hermed udnævnt til lægens medhjælper' STOF nr 25. 2015²⁸

²¹ Niklas räddades från överdos av Naloxon <http://www.svt.se/nyheter/utrikes/niklas-raddades-fran-overdos-av-naloxon>

²² Nässpray mot heroinöverdoser på gång i Norge <http://www.svt.se/nyheter/utrikes/nasspray-mot-heroinoverdoser-pa-gang-i-norge>

²³ <http://www.expressen.se/kvallsposten/overdoser-kan-havas-med-hjalp-av-nassprej/>

²⁴ <http://www.can.se/globalassets/aon/2015/2/sprej-mot-overdos-provas-i-sverige.pdf>

²⁵ <https://www.facebook.com/tv2lorry.dk/videos/vb.186768951366722/975344922509117/?type=2&theater>

²⁶ <http://www.husforbi.dk/wp-content/uploads/2015/11/HFjuli15.pdf>

²⁷ <http://www.information.dk/555086>

²⁸ <http://www.stofbladet.dk/>

BILAG

Puljeopslag

Udmøntning af pulje til forebyggelse af overdosisdødsfald med Naloxon

Sundhedsstyrelsen indkalder hermed ansøgninger til kommunale projekter, hvor opioid-overdosisdødsfald og skadevirkninger efter opioidforgiftninger forebygges ved udlevering af Naloxon i kombination med undervisning i genoplivning.

Puljens samlede bevilling er på 6 mio. kr. Projektperioden er fra december 2012 og frem til udgangen af 2014.

Baggrund

Andelen af dødsfald blandt stofmisbrugere i Danmark har siden midten af 90'erne ligget højt og nogenlunde stabilt på mellem 250 og 275 dødsfald om året¹. 80 % af dødsfaldene sker blandt misbrugere af opioider (heroin-, morfin- og metadonlignende stoffer).

Fra udlandet og Københavns Kommune er der erfaringer med brugeradministreret anvendelse af lægemidlet Naloxon til forebyggelse af opioid-overdosisdødsfald og skadevirkninger efter opioidforgiftninger. Ved at udanne personer med stofmisbrug i at give Naloxon til andre stofmisbrugere i tilfælde af overdosis har dødsfald og skadevirkninger i et vist omfang kunne forebygges. Gennem inddragelse af mennesker som til dagligt befinder sig tæt på personer, som har et stofmisbrug, kan man få adgang til miljøer som ellers er lukkede for professionelle, eller hvor redningsfolk først tilkaldes sent i forløbet.

Naloxon er et lægemiddel og fås kun på recept. For at kunne anvende Naloxon skal det derfor ordineres af en læge, og den der anvender Naloxon, skal have delegeret opgaven af lægen. Det betyder, at lægen kan gøre projektdeltageren til sin medhjælp², når lægen har instrueret projektdeltageren i at udføre opgaven og denne er kvalificeret til at behandle med Naloxon. Ved benyttelse af medhjælp har lægen ansvar for at følge Sundhedsstyrelsens vej-

¹ Narkotikasituationen i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2011

² Jf. bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

01-11-2012
j.nr. 5-6411-7/1/
VTH

Tilsyn og Patientsikkerhed

Axel Heides Gade 1
2300 København S
Tlf. 7222 7400
Fax 7222 7402

E-post sst@sst.dk
Web sst.dk

Dir. tlf. 7222 8523
E-post eft@sst.dk

Side 2
01-11-2012
Sundhedsstyrelsen

ledning³. Projektdeltageren er ansvarlig for at følge lægens anvisninger i brugen af Naloxon.

På baggrund af de positive erfaringer fra Københavns Kommune ønskes ordningen udbredt til andre store kommuner i landet, hvor der er et væsentligt stofmisbrug på gadeplan, og hvor denne forebyggelsesmetode derfor kan være velegnet.

Formål

Formålet med projektet er at reducere antallet af potentielt dødelige forgiftninger og af skadevirkninger som følge af overdoser hos personer med opioidmisbrug ved hjælp af brugeradministreret Naloxon kombineret med undervisning.

Målgrupper

Primær målgruppe:

- Personer med et opioidmisbrug

Sekundære målgrupper:

- Personer med nær tilknytning til stofmisbrugsmiljøet, fx pårørende i bred forstand (partnere, forældre, søskende og andre nære relationer) og medarbejdere og behandlere på området (fx ansatte på væresteder mv.)

Projektindhold og metode

Gennem en lokal kommunalt forankret indsats, skal personer med et stofmisbrug, deres pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet gives mulighed for at redde personer, der har fået en overdosis, fra potentiel død eller alvorlige skadevirkninger. Deltagerne får udleveret et kit med en naloxon næsespray, som de lærer at anvende. De lærer desuden at tilkalde 112 og genoplivning. De deltagende kommuner skal varetage undervisningen og den øvrige støtte og opfølgning af deltagerne. De kommunale kursusledere vil modtage uddannelse og supervision som en del af projektet.

Udlevering af kit (udstyr)

Der udleveres et specielt kit til alle deltagere, der bl.a. indeholder Naloxon i form af næsespray, handsker og ventilationsmaske.

Naloxon

Naloxon indgives normal ved injektion i en blodåre eller i en muskel. Da ikke sundhedsprofessionelle personer skal deltage i projektet, s med kanyler og sprøjte for nogle personer kunne være en barriere for deltagelse. Derfor skal det i projektet være muligt at give Naloxon som næsespray, som har vist sig også at have en effektiv virkning mod forgiftning.

Som anført ovenfor, er Naloxon et lægemiddel, der skal ordineres af en læge, og projektdeltageren skal uddannes til at fungere som lægens medhjælp for at kunne anvende Naloxon.

³ Jf. vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Undervisning

I undervisningen skal deltagerne lære:

- at kende symptomerne på overdosis
- at vide hvornår man skal tilkalde akutlæge 1-1-2
- at kunne iværksætte genoplivning/give førstehjælp
- at kunne give Naloxon
- at vide hvad det omfatter at agere som lægens medhjælp

I projektperioden vil der være løbende vidensopsamling og supervision.

Projektorganisation

Projektet er organiseret således, at én af deltagerkommunerne varetager udannelse, supervision og andre koordinerende funktioner udover de almindelige projektaktiviteter. Der søges specifikt om at varetage koordineringsfunktionen (jf. ansøgningsskemaet).

Projektkommunernes rolle og ansvar

Hver kommune er ansvarlig for at:

- Udpege en overdosis-forebyggelseskoordinator, der skal være daglig ansvarlig for projektet og indgå i samarbejdet med den koordinerende kommune
- Undervise deltagerne i henhold til den overordnede struktur for projektet og samarbejde med den koordinerende kommune (se nedenfor)
- Udarbejde og implementere en struktur for udlevering af Naloxon, der tager højde for den lægelige delegation af Naloxon til behandling (se ovenfor)
- Sikre at brugere på området inddrages i udformningen af tilbuddene, så projektet bliver kendt og accepteret
- Indsamle data til brug for den samlede evaluering

Den koordinerende kommunes ansvar

Den koordinerende kommune vil ud over opgaverne som projektkommune have ansvaret for at:

- Nedsætte en referencegruppe med deltagelse af projektkommunerne
- Udarbejder et kursuskoncept til udbredelse og forankring i projektkommunerne og at uddanne kommunale kursusledere
- Opbygge et fast kontaktnet med øvrige kommuners overdosis-forebyggelseskoordinatorer og støtter projektkommunerne i at opbygge de nødvendige lokale foranstaltninger, herunder kursusform og logistisk støtte
- Indsamle og formidle internationale erfaringer på området med relevans for projektet
- Udarbejde rammerne for indhold og metode for dataindsamlingen i projektkommunerne og eventuelt støtte projektkommunerne i en systematisk dataindsamling
- Forestå den samlede evaluering af projektet på baggrund af data indsamlet fra de deltagende projektkommuner

Evaluerings og afrapportering

Projekterne under puljen evalueres samlet på baggrund af data indsamlet i alle de deltagende projektkommuner. Den koordinerende kommune er ansvarlig for, i samarbejde med de øvrige projektkommuner, at formulerer evalueringskriterier og specificere, hvilke data der skal indsamles. Alle projektkommuner er forpligtede til at levere data og indgå i den fælles evaluering.

Hvem kan ansøge

Større kommuner hvor der er et væsentligt stofmisbrug på gadeplan, kan søge projektmidler. Der kan ansøges om at deltage som både koordinerende kommune og projektkommune. Det fremgår af ansøgningsskemaet, hvilke forhold der nærmere ønskes beskrevet i forbindelse med ansøgningen.

Den bevilgede pulje

Den samlede pulje udgør 6 mio. kr., hvoraf de 1,3 mio. kr. er reserveret til undervisning, supervision og evaluering hos den koordinerende kommune. Den resterende del af puljen er afsat til anvendelse i de lokale projekter.

Udvælgelseskriterier

Sundhedsstyrelsen forbeholder sig ret til at foretage en udvælgelse blandt de indkomne ansøgninger. Såfremt Sundhedsstyrelsen skønner, at det vil være nødvendigt at justere i ansøgningernes indhold eller budget, vil dette ske i dialog med ansøger.

Tidsramme

Projektperioden er fra december 2012 og frem til udgangen af 2014. Projektet forudsættes at indledes i den koordinerende kommune i december 2012 og i 1. kvartal 2013 i projektkommunerne. Projektet slutter med udgangen af 2014, hvorefter den koordinerende kommune udarbejder en evaluering i 1. kvartal 2015.

Ansøgningsfrist

Ansøgningen skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest den 27. november 2012 kl. 12:00. Ved ansøgningen skal Sundhedsstyrelsens ansøgningsskema anvendes.

Ansøgningsskemaet sendes til mailadressen: eft@sst.dk, mrk.: "Forebyggelse af dødsfald". Sundhedsstyrelsen forventer primo december 2012 at kunne give kommunerne svar, om ansøgningen er imødekommet.

Yderligere oplysninger

Eventuelle faglige spørgsmål kan rettes til projektleder Vibeke Thygesen på e-mail: vth@sst.dk eller telefon 72 22 85 23. Eventuelle økonomisk administrative spørgsmål kan rettes til Kasper Dahl på e-mail: kda@sum.dk eller på telefon 72 26 94 54.

BILAG 2. MILEPÆLSPLANLÆGNING, MARTS 2013- JUNI 2015

Bestemmingspunkter	Landsdækkende projektmøde 13.3.2013	Projektmøde	Projektsgruppe møde	KK styregruppe	Projektsgruppe møde	Landsdækkende projektmøde	
Måned/indsats-områder	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	Leverancer
Udstyr	Indhentet tilbud fra 2 leverandører. Accept af valgte tilbud fra landsdækkende projektgruppe	Materiale bestilt			Taske fra Indien leveret. Udsat	Rykket for tasker.	Dukker, ampuller, tasker, sprøjter, masker, Naloxon
Kommunikation	Materiale kort/plakater/invitationer/udkast lavet Accept af materiale fra landsdækkende projektgruppe	Trykkeriet kontaktet med henblik på levering af materiale 2 uger forinden afholdt trænerkursus			Krav fra SST om læge ansvar. Krav fra SST om folder/brev til den der er behandlet.		Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi
Logistik	Accept fra landsdækkende projektgruppe om rammer for afholdelse af kurser	Lokale og mad bestilt	Accept fra Odense at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse			Accept fra KABS at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse.	Forplejning, lokaler
Afvikling af kurser	Erfaringer fra tidligere projekter i Boston indhentet	Træner manual udarbejdet	Accept af manual fra landsdækkende projektgruppe Træner manual afprøvet ved 1. træner kursus 22.5.2013. Redigeret, afsendt til accept fra landsdækkende projektgruppe.	Supervision til trainere ved brugerkurser. Odense den 12. og 26. KK den 20.	Supervision til trainere ved bruger kursus uge 27.	Trænerkursus 21.8/KABS? AFLYST	Udlev. af Red Liv tasker, trænerkursus 3 pr. år. Brugerkurser. Trænermanual
Indsamling af data				Excel ark udbygget og videre sendt til koordinatorene		Indhentet data	Evaluering-rapport

Bestemmingspunkter	Styregruppmøde den 25.9.2013,landsdækkende projektsgruppe møde den 5.9.2013, projektsgruppe møde 12.9.2013	Følgesgruppe møde Trænerkursus 29.10.2013 KK	Projektsgruppe møde	Landsdækkende projektsgruppe møde den 21.1 Styregruppe møde den 26.1 Følgesgruppe møde KK den 28.1	Trænerkursus den 25.02.14		
Måned/indsatsområder	September	oktober	november	december	Januar 2014	Februar	Leverancer
Udstyr	Tasker leveret fra Indien. Tasker leveret til KABS, Århus og Odense. Afventer Prenosad.			Den 10.12 bruges Prenosad til undervisning på Thoravvej. Den 19.12 bruges Prenosad i RC Vest.			Dukker, ampuller, tasker, sprøjter, masker, Naloxon
Kommunikation	Kort til den enkelte behandlere udarbejdet. Folder og projektskrivelse udarbejdet. Succes kriterier ændret i forhold til antal af uddannede trainere. Info møder vedr. KK den 10. og 11. afholdt. Afventer USB pind til trainere og læger.	Invitationer til trænerkursus udsendt 2 uger før afholdelse.	Nye plakater/tilbud indhentet på trykkeriet. Foldere til landsdækkende projekt bestilt i trykkeriet. USB pinde modtaget	Dagorden punkter sendes 2 uger forinden mødet. Foldere færdiggøres. Materialevalg til USB pinde besluttet og materiale lægges på pindene.	Invitation til trænerkursus sendes senest den 11.2.2014		Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi. Projektskrivelse Foldere. Information om projektet.
Logistik	Accept fra landsdækkende projektgruppe om rammer for afholdelse af kurser. Trænerkursus flyttet til KK oktober	Accept fra KK/Vordingborg om forplejning og lokale til rådighed 2 uger før afholdelse.			Accept fra Århus at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse af landsdækkende projektsgruppe møde. Lokale bestilt til mødet den 28.01.14	USB pinde fremsendes til samtlige trainere og læger.	Undervisningsmateriale til trainere og læger
Afvikling af kurser	Supervision til trainere ved brugerkurser.	- Supervision til trainere ved brugerkurser. - Trænerkursus KK - Seneste informationer fra Boston indhentet.	Supervision til trainere ved brugerkurser.		Accept fra KABS om trænerkursus 2 uger forinden kursus afholdelse		Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi. Projektskrivelse Foldere. Information om projektet.
Indsamling af data	Rykket for data hos koordinatorene	Indhentet data	Indhentet data		Trænerkursus i KABS. Supervision til trainere ved brugerkurser.		Udlev. af Red Liv tasker, trænerkursus 3 pr. år. Brugerkurser. Trænermanual
					Indhentet data		Evaluering-rapport

Beslutnings punkter					Trænerkursus 2.6.2014				
Måned/Indsatsområder	Marts 2014	april	Trænerkursus 2.4.2014	Landssammenkønde følgegruppemøde KABS den 12.5.2014 Følgegruppemøde København 19.5.2014 Styregruppemøde København 19.5.2014 Trænerkursus 7.5.2014	juni	juli	august	Leverancer	
Udstyr			Reklamation over tasker og bestilling af 50 nye. Masker og "lunger" bestilt og leveret.	Afventer tasker				Dukker, ampuller, tasker, sprøjter, masker, Naloxon	
Kommunikation				Plakater til undervisningsbrug foresøges udformet af Heidi Borg. Formidlingsplan forventes planlagt/udformet inden juli.			Mødes med Helle Jensen ang. formidlingsplan	Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi	
Logistik	Accept af at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse af trænerkursus den 2.4.2014 i København.	Accept af at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse af træner kursus den 7.5.2014 i København.	Accept af at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse af træner kursus den 2.6.2014 i København.					Forplejning, lokaler	
Afvikling af kurser	Supervision til trænere ved brugerkurser. Kursus uden tilmelding i nat café kl. 14 -15 den 12.3.2014	Supervision til trænere ved brugerkurser. Trænerkursus København den 2.4.2014 Kursus uden tilmelding i nat café den 9.4.2014	Trænerkursus København den 7.5.2014 Træner kursus København 2.6.2014	Supervision til trænere ved brugerkurser.		Supervision til trænere ved brugerkurser.		Udlev. af Red Liv tasker, trænerkursus 3 pr. år. Brugerkurser. Trænermanual	
Indsamling af data		Indhentet data					Indhentet data	Evaluerings-rapport	

Beslutnings punkter									
Måned/Indsatsområder	September 2014		Træner kursus, København den 10.9.2014	Syregruppe- og følgegruppemøde/KK 16.10.2014 AFLYST	Trænerkursus, Odense den 19.11.2014	Trænerkursus, KK, den 29.1.2015	Februar	Leverancer	
Udstyr				Følgegruppemøde 31.10.2014 i København. Trænerkursus, Århus den 27.10.2014		T-shirts, kasketter, naglesnore leveret Århus, Odense, KABS.		Dukker, ampuller, tasker, sprøjter, masker, Naloxon	
Kommunikation	Formidlingsplan er klar til styregruppemøde i oktober. Mødes med Helle. Plancher/undervisningsmappe klar til styregruppemøde i oktober. Mødes med Heidi.					Mødes med Birgitte Thystrup og Morten Hesse (evaluering)		Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi	
Logistik				Accept fra Århus at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse.	Accept fra Odense at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse.	Forplejning og lokaler til rådighed.		Forplejning, lokaler	
Afvikling af kurser	Supervision til trænere ved brugerkurser.	Trænerkursus	Supervision til trænere ved brugerkurser.	Supervision til trænere ved brugerkurser.	Supervision til trænere ved brugerkurser.	Hjælper kursus i forbindelse med borgmesterbesøg		Udlev. af Red Liv tasker, trænerkursus 3 pr. år. Brugerkurser. Trænermanual	
Indsamling af data		Indhentet data				Indhentet data. Ansæt evaluator		Evaluerings-rapport	

Bestillings punkter	Landsdækkende følgegruppemøde 6.3.2015 Marts 2015	Styregruppmøde 16.4.2015 April	Følgegruppemøde/Århus 19.5.2015 Maj	Styregruppmøde 15.6.2015 Juni	Juli	August	Leverancer
Måned/indsatsområder							
Lidstyr			Tasker bestilt.	Masker, "lunger", Prenoad bestilt. Lejlet bil, skilte til bil og Brugernes Bazar bestilt Lokale til rådighed.			Dukker, ampuller, tasker, sprøjter, masker, Nuloxon
Kommunikation		Lokale til rådighed	Mødes med Birgitte Thystrup og Morten Hesse (evaluering)	Bevilling fra polit og Københavns kommune om event på Rådhuspladsen /august. Plads på Brugernes Bazar er godkendt			Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi
Logistik	Accept fra Odense at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse Supervision til trainere ved brugerkurser.		Accept fra Århus at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse Supervision til trainere ved brugerkurser.				Forplejning, lokaler
Afvikling af kurser		Supervision til trainere ved brugerkurser.		hjelpekurser		hjelpekurser	Udlev. af Red Liv tasker, trænerkursus 3 pr. år. Brugerkurser, Trænermanual Evaluerings-rapport
Indsamling af data		Interviews i Århus, Odense, KABS og KK	Interviews i Århus, Odense, KABS og KK	Interviews i Århus, Odense, KABS og KK		Interviews i Århus, Odense, KABS og KK	Evaluerings-rapport

Bestillings punkter	Styregruppmøde 28.9.2015 AELYST September	Landsdækkende følgegruppemøde 7.10.2015 Rapport møde 21.10.2015 Oktober	November	December			Leverancer
Måned/indsatsområder							
Lidstyr							Dukker, ampuller, tasker, sprøjter, masker, Nuloxon
Kommunikation	Mødes med Birgitte Thystrup og Morten Hesse (evaluering)						Plakater, kort, invitationer, Artikel i Hus Forbi
Logistik		Accept fra Odense at forplejning og lokale er til rådighed 2 uger før afholdelse.					Forplejning, lokaler
Afvikling af kurser	Hjelpekurser	Hjelpekurser					Udlev. af Red Liv tasker, trænerkursus 3 pr. år. Brugerkurser, Trænermanual Evaluerings-rapport
Indsamling af data	Taste interview skemaer. Evalueringsrapport.	Evalueringsrapport.					Evaluerings-rapport

BILAG 3. ANSØGNING OM UDLEVERINGSTILLADELSE

Ansøgning om human generel udleveringstilladelse

Har du brug for vejledning til at udfylde skemaet, kan du klikke på ?-tegnet i værktøjslinjen ovenfor. Brug print-ikonet på værktøjslinjen ved print af skemaet.



GH

1. Ansøger: *

Navn: *	Henrik Thiesen		
Evt. sygehusnavn og afdeling/ambulatorium	SundhedsTeam, CUVF, Socialforvaltningen, Københavns Kommune		
Arbejdsadresse: *	Sundholmsvej 18		
Post nr.: *	2300	By: *	København S
Telefon: *	26758911		
Fax: *	33176727		

2. Ydernr. eller sygehus- og afdelingsklassifikationskode (SKSkode i alt 7 karakterer, www.medinfo.dk):*

3. Præparatnavn: *

4. Aktivt indholdsstof 1: *

5. Aktivt indholdsstof 2:

6. Lægemiddelform: *

7. Styrke: *

8. Fremstiller/indehaver af markedsføringstilladelse: *

9. Ansvarlig importør:

10. Ved ansøgning om forlængelse af udleveringstilladelsen, skriv tidligere journalnr.:

11. Præparatet skal anvendes til følgende indikation: *

counter

Præparatet skal fortsat anvende i projektet "Forebyggelse af opioidoverdosisdødsfald med Naloxon (http://www.sst.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Laegelig%20behandling%20stofmisbrug/Doedsfald_og_skadevirkninger_ved overdosis.aspx). Indsatsen er fortsat den samme og projektet er forlænget frem til 1. juli 2015. nuværende tilladelse udløber den 8/10 2014 hvorfor forlængelsen bedes udstedt inden denne dato for ikke at blokere projektgennemførelsen.

12. Begrundelse for valg af præparat: *

counter

Da der er tale om læg-personer som oplæres er det vigtigt at der er en så enkel administrationsform som muligt og at der er minimal risiko ved udførelsen. Den præ-fyldte sprøjte er godkendt til intramuskulært brug i UK men vi ønsker at benytte den i sammenhæng med en MAD 300 nasalforstøver til in. brug. Der er indtil videre oplært

13. Lægens/tandlægens **fulde navn** og underskrift: *

Dato: *

Udfyld ansøgningsskemaet og send det med digital signatur. Hvis du ikke har en digital signatur, kan du udskrive ansøgningsskemaet, underskrive og faxe det til Lægemiddelstyrelsen på fax 4488 9117 eller e-post: Udleveringstilladelser@dkma.dk.

Hvis du ønsker at printe formularen, skal du gøre det inden du indsender den.

BILAG 4. GENEREL UDLEVERINGSTILLADELSE

44889117

Sundhedsstyrelsen

15:10:32 08-10-2013 1 / 1

Læge Henrik Thiesen
SundhedsTeam, CUVF, Socialforvaltningen,
Københavns Kommune
Sundholmsvej 18
2300 København S

Generel udleveringstilladelse

Vedrørende ansøgning af
om udlevering af
via
gennem
til indikationen

9. juli 2013, samt supplerende oplysninger af 23. juli og 7. september 2013
Prenoxad "Aurum", injektions-/infusionsvæske, opløsning, fyldt injektionssprøjte 1 mg/ml fra EØS-land
Azanta Danmark A/S
apotek
til brug i projektet "Forebyggelse af opioidoverdosisdødsfald med naloxon".

8. oktober 2013
Udleveringstilladelser
Tlf: 72 22 74 00
Man-Fre 09.30 – 15.00
Fax: 44 88 91 17
Udleveringstilladelser@dkma.dk
Sagsnummer:
2013071299
Reference
JSM
Drugid: 27415318113

Sundhedsstyrelsen tillader jf. lægemiddelloven¹ § 29, at ovennævnte udlevering må finde sted på et apotek efter recept udstedt af en læge tilknyttet SundhedsTeam, CUVF, Socialforvaltningen, Københavns Kommune.

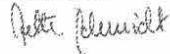
Tilladelsen er gyldig til den 8. oktober 2014. Tilladelsen bortfalder, hvis præparatet eller et tilsvarende præparat markedsføres.

Kopi af tilladelsen skal forevises på apoteket inden udlevering kan finde sted.

Tilladelsen er betinget af:

- at præparatet kun anvendes ved ovenstående indikation
- at markedsførte alternativer ikke kan anvendes
- at Azanta Danmark A/S har en gyldig tilladelse jf. lægemiddelloven § 39
- at Sundhedsstyrelsens "Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet 1999" følges, således
 1. at der foretages en vurdering af resultater og komplikationer
 2. at dataindsamlingen sker systematisk og ud fra principperne for god kvalitetskontrol, som anført i vejledningen
 3. at misbruger, der har taget overdosis informeres om indsatsen, da der er en skærpet informationspligt.
- at alle formodede bivirkninger, der observeres hurtigst muligt indberettes til Sundhedsstyrelsen, jf. bekendtgørelse om indberetning af bivirkninger². Dette kan gøres på www.meldenbivirkning.dk.

Det påhviler **præparatets fremstiller, dennes repræsentant eller importøren af præparatet** at fremsende en opgørelse over det totale antal pakninger, der er udleveret i det foregående kalenderår. Antal pakninger skal fordeles i pakningsstørrelser med angivelse af pris. Opgørelsen skal fremsendes til Sundhedsstyrelsen, att. Udleveringstilladelser senest den 31. januar hvert år. En eventuel forlængelse af tilladelsen vil blandt andet være betinget af at Sundhedsstyrelsen har modtaget ovennævnte opgørelse.

Venlig hilsen

Jette Schmidt, farmaceut

Kopi: Azanta Danmark A/S

¹ LBK 506 af 20. april 2013 om lægemidler.
² Bekendtgørelse nr. 826 af 1. august 2012 om indberetning af bivirkninger ved lægemidler m.m.

Side 1 af 1


Danish Health and Medicines Authority

Læge Henrik Thiesen
SundhedsTeam, CUVF,
Socialforvaltningen,
Københavns Kommune
Sundholmsvej 18
2300 København S

Generel udleveringstilladelse

Vedrørende ansøgning af
om udlevering af
via
gennem
til indikationen

16. september 2014
Prenoxad "Aurum", injektions-/infusionsvæske, opløsning, fyldt injektionssprøjte 1 mg/ml fra EØS-land
Azanta Danmark A/S
apotek
til brug i projektet "Forebyggelse af opioidoverdosisdødsfald med naloxon".

1. oktober 2014
Udleveringstilladelser
Tlf: 72 22 74 00
Man-Fre 09.30 – 15.00
Fax: 44 88 91 17
Udleveringstilladelser@dkma.dk
Sagsnummer:
2014093655
Reference
JSM
Drugid: 27415318113

Sundhedsstyrelsen tillader jf. lægemiddelloven¹ § 29, at ovennævnte udlevering må finde sted på et apotek efter recept udstedt af en læge tilknyttet praksis med ydernr. 005894.

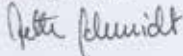
Tilladelsen er gyldig til den 1. oktober 2015. Tilladelsen bortfalder, hvis præparatet eller et tilsvarende præparat markedsføres.

Kopi af tilladelsen skal forevises på apoteket inden udlevering kan finde sted.

Tilladelsen er betinget af:

- at præparatet kun anvendes ved ovenstående indikation
- at markedsførte alternativer ikke kan anvendes
- at Azanta Danmark A/S har en gyldig tilladelse jf. lægemiddelloven § 39
- at Sundhedsstyrelsens "Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet 1999" følges, således
 1. at der foretages en vurdering af resultater og komplikationer
 2. at dataindsamlingen sker systematisk og ud fra principperne for god kvalitetskontrol, som anført i vejledningen
 3. at misbruger, der har taget overdosis informeres om indsatsen, da der er en skærpet informationspligt.
- at alle formodede bivirkninger, der observeres hurtigst muligt indberettes til Sundhedsstyrelsen, jf. bekendtgørelse om indberetning af bivirkninger². Dette kan gøres på www.meldenbivirkning.dk.

Det påhviler **præparatets fremstiller, dennes repræsentant eller importøren af præparatet** at fremsende en opgørelse over det totale antal pakninger, der er udleveret i det foregående kalenderår. Antal pakninger skal fordeles i pakningsstørrelser med angivelse af pris. Opgørelsen skal fremsendes til Sundhedsstyrelsen, att. Udleveringstilladelser senest den 31. januar hvert år. En eventuel forlængelse af tilladelsen vil blandt andet være betinget af at Sundhedsstyrelsen har modtaget ovennævnte opgørelse.

Venlig hilsen

Jette Schmidt, farmaceut

Kopi: Azanta Danmark A/S

¹ LBK 506 af 20. april 2013 om lægemidler.
² Bekendtgørelse nr. 381 af 9. april 2014 om indberetning af bivirkninger ved lægemidler m.m.

Side 1 af 1

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Danmark
T +45 72 22 74 00
E [sst@sst.dk](mailto:ssst@sst.dk)
www.sst.dk

108

109



Medicinopbevaring og håndtering i forbindelse med overdosisprojektet RED LIV.

Gældende fra d.:	Lokal ansvarlig	Gældende for: Uddannet træner ansat i CUVF
Dokumenttype:	Version: 1.0	Godkendt af: Overlæge Henrik Thiesen
Relevans	Overdosisprojektet er et forsøg med distribuering af Naloxon til stofafhængige til forebyggelse af opioid-overdosisdødsfald, finansieret ved satspuljeforlig i 2012 og løber fra 1.1.2013 til 1.7.2015. Projektet omfatter 4 kommuner: København, Odense, Århus og Glostrup (KABS). Organiseringen af projektet er delt i en fælleskommunal del og en lokal/kommunal del. <u>Den fælleskommunale del:</u> • Udgår fra Center for Udsatte Voksne og Familier og varetages af <i>projektleder</i>, og <i>projektkoordinator</i>. • Projektleder og – koordinator uddanner såkaldte <i>trænere</i>, som er lokalt forankret i de enkelte kommuner. • Den fælleskommunale del foregår samlet for alle kommunerne, på skift i de involverede kommuner. <u>Den lokale/kommunale del i København:</u> • Den lokale del udgør selve overdosiskurset, hvor <i>trænerne</i> uddanner <i>hjælpere</i> (stofbrugere/pårørende til stofbrugere/andre med tilknytning til stofbrugere) i behandling af overdosis. • Kurser for hjælpere planlægges og afholdes lokalt, typisk i de enkelte institutioner. • <i>Træneren</i>, som er uddannet af projektleder og projektkoordinator på et af de landsdækkende trænerkurser, varetager den lokale del og dermed uddannelsen af <i>hjælpere</i>. • <i>Tidspunktet</i> for hjælperkursus skal koordineres med projektkoordinator, den lokale ledelse og centrets læge. • Ved samtlige kurser skal der deltage en læge.	
Beskrivelse	Prenoxad er handelsnavnet for det naloxonprodukt vi anvender i projektet. Det indeholder 2 ml naloxonhydrochlorid 1 mg / ml. Naloxon er en kraftig opioid antagonist, som hurtigt kan vende en overdosis og dermed den respirationshæmning som fremkaldes af heroin og andre morfinstoffer	



	(opioider). Prenoxad leveres som en 2 ml. forfyldt sprøjte med i alt 5 doser Naloxon i koncentrationen 1 mg/ml. • Naloxon blokerer opioidreceptorerne. Det vil midlertidigt fjerne opioider fra receptorerne og forhindre opioider i at binde sig til receptorerne i en begrænset periode på ca en time. Derfor kan Naloxon bruges som et lægemiddel som kan vende opioidrelaterede overdoser. • Trænere og hjælpere er uddannet til at give Prenoxad 0,4 ml (svarende til 1 dose) x2, en dose i hvert næsebor. Herefter afventes og ved manglende respons efter 2-3 minutter gentages dette. Den 5. og sidste dose gives i musklen.
Instruks	• Prenoxad/Naloxon er receptpligtigt medicin og skal delegeres fra lægen til den enkelte. • De trænere og hjælpere der er uddannet og har fået udleveret et Prenoxad/Naloxonkit skal opbevare dette på et forsvarligt sted og adskilt fra andre brugeres medicin. <u>Lægens rolle er:</u> • At sikre sig, at træner og hjælper har forstået hvordan vedkommende skal identificere overdosis og reagere ved overdosis, kalde 112, give kunstigt åndedræt, administrere Naloxon. • At supervisere træner/hjælper i den praktiske del af kurset. • At delegere Naloxon til træner/hjælper. • Da der er tale om projektmedicin med begrænset udlevering til dette projekt, leveres medicinen af projektlægen/lægen i Center for udsatte voksne og familier. • I praksis skal centrets læge være til stede under den praktiske del af kurset og ved kursets afslutning udlevere <i>dosiskit</i> samt <i>deltagerkort</i>, signeret med lægens underskrift eller initialer. • Efter brug af Naloxon er det centrets læge, der foretager fornyet delegation af ny Naloxon. Dette forudsætter at det tidligere udleverede Naloxon kit er anvendt forsvarligt og at træner/hjælper stadig forstår, hvordan kittet skal benyttes. Vurderingen af dette kan af lægen uddelegeres til den træner som har uddannet den enkelte. • Centrets læge skal løbende vurdere, om kursusedtageren kan varetage opgaven og evt. tilbagekalde delegationen, hvis vedkommende viser sig ikke at være egnet til opgaven. Denne opgave løses primært i forbindelse med delegation af en ny portion Naloxon, men i øvrigt hvis det opdages at personen ikke er i stand til at administrere opgaven.



- En træner/hjælper kan ikke få udleveret Naloxonkit eller blive registreret hvis personen er for påvirket til at have hørt kursets gennemgang eller hvis den praktiske del af hjælperkursus ikke er gennemført.
- Lægen kan *IKKE* gøres personlig ansvarlig for, hvordan træneren/hjælperen konkret agerer i den situation, hvor vedkommende administrerer naloxon, hvis denne handler i strid med delegationen.

Trænerens rolle er:

- At sikre planlægning og afholdelse af kursus. Træner planlægger kursus i samarbejde med projektkoordinator og centrets læge, der delegerer medicin.
- At oprette hjælperne i dataark.
- At sende fyldte dataark til projektkoordinator når denne anmoder om dette.
- Trænerne i Center for udsatte voksne og familier kontakter projektkoordinator, når en session med hjælperkursus er planlagt og får leveret udstyr til afholdelse af kurset.
- Alle trænere superviseres ved første hjælperkursus af projektkoordinator, og eventuelt efterfølgende hvis dette måtte ønskes.
- Efter træningssession i Center for udsatte voksne og familier leveres materiale tilbage til projektkoordinator og der afrapporteres om eventuelle problemer med udstyr eller afholdelse af hjælperkursus.
- Alle der har gennemført træner- og hjælperkursus skal endvidere oplyses om at der skal udleveres kort til den person, der er blevet behandlet for overdosis, med oplysninger om at vedkommende har deltaget i projekt og kan kontakte projektkoordinator for yderligere, hvis dette måtte ønskes.



Kontaktliste:

Projektadresse

SundhedsTeam & RED LIV
Sundholmsvej 18
2300 København S

Koordinator

Sygeplejerske Marian Jørgensen
Telefon: 2170 1755
Mail: BS3S@sof.kk.dk

Projektleder

Overlæge Henrik Thiesen
Telefon: 2675 8911
Mail : GG63@sof.kk.dk

Elektroniske bilag/ links:

http://www.hjemlosesundhed.dk/?RED_LIV

Henvielse til andre relevante retningslinjer:

Revideres
Juni 2015

Revideres lokalt

Udarbejdet af:
Marian Jørgensen



Indledning

Denne medicininstruks er særligt målrettet til læger ved Rådgivningscenter København og Center for Misbrugsbehandling og Pleje som superviserer brugeruddannelse under overdosisprojektet RED LIV.

Forsøg med distribuerende af Naloxon til stofafhængige til forebyggelse af opioid-overdosisdødsfald er finansieret ved satspuljeforlig i 2012 og løber fra 1/1 2013 til 1/7 2015. Projektet omfatter 4 kommuner: København, Odense, Århus og Glostrup (KABS).

Organiseringen af projektet er delt i en fælleskommunal del og en lokal/kommunal del.

Den fælleskommunale del:

Udgår fra Center for Udsatte Voksne og Familier og varetages af *projektleder*, og *projektkoordinator*.

De uddanner såkaldte *trænere*, som er lokalt forankret. Trænerne vil/skal være en autoriseret sundhedsfaglig person, typisk sygeplejerske.

Den fælleskommunale del foregår samlet for alle kommunerne, på skift i de involverede kommuner. Lægerne i RCK og CFMP deltager ikke i denne del.

Den lokale/kommunale del:

Planlægges og afholdes lokalt, typisk i de enkelte behandlingsenheder.

Den lokale del udgør selve overdosiskurset, hvor *træneren* uddanner *stofbrugere* (stofbrugere/pårørende/andre med tilknytning til stofbrug) i behandling af overdosis. I RCK uddannes kun stofbrugere og ikke pårørende.

Træneren, som er uddannet af projektleder og projektkoordinator (se den fælleskommunale del) varetager den lokale del og dermed uddannelsen af *kursusdeltagerne som er stofbrugere*.

Tidspunktet for brugerkursus skal koordineres med lokale ledelse og den lokale læge.

Lægerne i RCK og CFMP deltager i den lokale del.

Lægerne i RCK og CFMP's rolle er:

- At sikre sig, at kursusdeltager har forstået hvordan vedkommende skal identificere overdosis og reagere ved overdosis, kalde 112, give kunstigt åndedræt, administrere Naloxon.
- At supervisere kursusdeltagerne i den praktiske del af kurset.
- At delegere Naloxon til kursusdeltagerne.
- I praksis skal lægen være til stede under den praktiske del af kurset og ved kursets afslutning udlevere *dosiskit* samt *deltagerkort*, signeret med lægens underskrift eller initialer.
- Efter brug af Naloxon er det den lokale læge, der foretager fornyet delegation af ny Naloxon. Dette forudsætter at det tidligere udleverede Naloxonkit er anvendt forsvarligt og at kursusdeltageren stadig forstår, hvordan kittet skal benyttes. Vurderingen af dette kan af lægen uddelegeres til sygeplejerske.
- Den lokale lægeskal løbende vurdere, om kursusdeltageren kan varetage opgaven og evt. tilbagekalde delegationen, hvis vedkommende viser sig ikke at være egnet til opgaven. Denne opgave løses primært i forbindelse med delegation af en ny portion Naloxon, men i øvrigt hvis det opdages at personen ikke er i stand til at administrere opgaven.

Lægen kan *IKKE* gøres personlig ansvarlig for, hvordan stofbrugeren konkret agerer i den situation, hvor vedkommende administrerer naloxon, hvis han handler i strid med delegationen.

Ud over informationen i denne instruks, er lægerne i RCK og CFMP informeret om overdosiskurset ved særligt arrangement i lægegruppen, ligesom lægerne altid kan henvende sig med spørgsmål til projektledelsen.



RED LIV

Brugerkurser

Træners opgaver: træneren er den primære person i planlægning og afholdelse af kursus. Træner planlægger kursus i samarbejde med projektkoordinator og den læge der delegerer medicin til

Det er træners opgave at journalføre den enkelte stofbruger og oprette denne i dataark. Efterfølgende skal der, når Naloxon er benyttet, føres journal over behandlingstilfældet og med jævne mellemrum rapporteres til projektkoordinator i Københavns Kommune. Dataark opbevares på sikret kommunal computer og inden afsendelse til projektkoordinator anonymiseres data ved at fjerne navn og CPR i arket således at den enkelte stofbruger kun er registreret med et gennemgående nummer og demografiske data.

Træner kontakter projektkoordinator når en session med brugerkursus er planlagt og får leveret udstyr til afholdelse af kurset. Nyt afsnit

Herefter gennemføres kurset i henhold til projektprotokollen. Nyt afsnit

Træner superviseres ved første brugerkursus, af projektkoordinator og eventuelt efterfølgende hvis dette måtte ønskes. Alle deltagere registreres på det udleverede dataark, med navn og CPR-nummer samt øvrige oplysninger. Nyt afsnit

Efter træningssession leveres materiale tilbage til projektkoordinator og der afrapporteres om eventuelle problemer med udstyr eller afholdelse af brugerkursus.

Stofbrugere som gennemfører brugerkursus i Rådgivningscenter København og Center for Misbrugsbehandling og Pleje vil alle være indskrevne på institutioner under RCK og CFMP og man kan derfor på enkel måde sikre sig deltagerens data men som grundregel udstyres alle med deltagerkort, både for at kunne identificere sig ved eventuel overdosisbehandling og fordi det erfaringsmæssigt har en høj værdi for den enkelte at få et afsluttende bevis på at man har gennemført kurset.

En bruger kan ikke få udleveret overdosiskit eller blive registreret hvis personen er for påvirket til at have hørt trænerens gennemgang eller hvis den praktiske del af brugerkursus ikke er gennemført.

Naloxon leveres i form af Prenoxad som er en 2ml forfyldt sprøjte med i alt 5 doser Naloxon i koncentrationen 1mg/ml i modsætning til de allerede registrerede Naloxonampuller som er på 0,4mg/ml. Da der er tale om projektmedicin med begrænset udlevering til dette projekt, leveres medicinen af projektlægen til den institution som står for brugerkursus mens delegationen af medicinen sker fra institutionens læge til slutbruger.

Stofbrugeren som har gennemført brugerkursus skal endvidere oplyses om at der skal udleveres kort til den person der er blevet behandlet for overdosis med oplysninger om at vedkommende har deltaget i projekt og kan kontakte projektkoordinator for yderligere, hvis dette måtte ønskes.

Efter gennemført brugerkursus indføres i brugerjournalen at træningskursus er gennemført:

Bruger har dd. gennemført overdosiskursus med identifikation og behandling af opioidoverdosis. Der er udleveret 1 stk Prenoxadkit. Træner xx

Efter vel gennemført overdosisbehandling indføres:



Bruger har dd indberettet behandling af opioidoverdosis. Naloxon er benyttet efter gældende retningslinjer og der udleveres 1 stk Prenoxadkit. Træner xx

Medicindelegation og opfølgning

Når den enkelte stofbruger har benyttet sit overdosiskit til behandling sker fornyelse af kittet ved kontakt til den træner som har uddannet vedkommende, eller dennes stedfortræder. Der registreres ifølge det udleverede dataark. Lægen orienteres hvis der er sket ændringer i forhold der kan have indflydelse på delegationen og skal i de tilfælde vurdere om delegationen kan fortsætte. Ændringer kan være uhensigtsmæssig brug af Naloxon, mistet Naloxonkit, aktuel karantæne fra Rådgivningscenter etc.

Registrering af overdosisbehandling

Sker i medfølgende dataark således at alle data er personhenførbare og dermed sikres at oplysninger om stofbrugeren og håndtering af overdosisbehandlingen kan identificeres. Hver enkelt stofbruger gives et nummer og ved indrapportering benyttes dette nummer således at én bruger har samme nummer gennem hele processen og uanset hvor mange overdosiskits der udleveres.

Selve håndteringen af dataark er trænerens ansvar og indrapportering sker cirka hver anden måned eller på koordinators opfordring.

Kontaktliste

Projektadresse

SundhedsTeam & RED LIV
Sundholmsvej 18
2300 København S

Koordinator

Sygeplejerske Marian Jørgensen
Telefon: 2170 1755
Mail: BS3S@sof.kk.dk

Projektleder

Overlæge Henrik Thiesen
Telefon: 2675 8911
Mail: GG63@sof.kk.dk



Eventuelle lokale forhold

Betegnelser

Træner: person uddannet i at lede og gennemføre brugerkurser. Træneren er uddannet ved fælleskommunale kurser hvor strukturen i brugerkursus gennemgås og hvor træneren selv trænes i at behandle overdosis med Naloxon som næsespray. Trænerens kontaktperson i projektet er projektleder.

Projektkoordinator: Står for praktiske afvikling af det overordnede projekt samt for den direkte hjælp og supervision af de lokale trænere. Alle trænere er uddannet af projektleder

Projektleder: superviserer det lokale og fælleskommunale overdosisprojekt. Projektleder har ansvaret for at projektets formål opfyldes og at der uddannes trænere og stofbrugere i henhold til de projektbeskrivelsen

Lokale læge: den lokale læge er den læge der deltager i brugerkursus sammen med træneren. Lægens opgave er at supervisere brugerkurset og sikre at deltagerne er i stand til at benytte Naloxon i henhold til projektbeskrivelsen. Prenoxad udleveres til den institution hvor den lokale læge er ansat og den lokale læge delegerer Prenoxad til kursUSDeltageren

KursUSDeltagere: KursUSDeltageren er i RCK en person der er i behandling på institutionen og som har meldt sig frivilligt som deltager og overdosisbehandler.

Prenoxad: Prenoxad er Naloxon i en højere koncentration end den aktuelt kan købes på det danske marked. Prenoxad er udviklet specielt til brug for stofbrugere og andre med kontakt til stofbrugere til brug ved overdosis. I Danmark er der speciel udleveringstilladelse til projektlægerne i de 4 kommuner herunder projektleder. Se eventuel www.prenoxadinjection.com

Dosiskit:

Hvert kit indeholder
1 æske med Prenoxad og 2 kanyler
1MAD forstøverhoved
1 ventilationsmaske
Bomuldsservietter/sprit serviet
Handsker
Deltagerkort
Kort til udlevering til den behandlede om at dette er et projekt.
Kuglepen og registrerings ark

Deltagerkort: deltagerkortet udleveres til den enkelte stofbruger efter gennemført brugerkursus. Kortet underskrives af den lokale læge som bevis på at brugerkursus er gennemført tilfredsstillende

NAVN: _____
CPR: _____

Hjælper/overdosisforebyggelse/RED LIV

Har gennemført undervisning i forhold til
respirationsstop, indgift og virkning af Naloxon

Dato: _____
Københavns Kommune, læge: _____

Opioidoverdosisforebyggelse og - behandling.

Trænervejledning.

RED LIV 2013



Indholdsfortegnelse:

Introduktion	3
Hvad er og hvorfor ses overdosis af opioid	4
Hvem er i risiko for en opioidoverdosis?	5
Hvordan kan en opioidoverdosis undgås?	6
Hvad er symptomerne på en overdosis?	8
Hvad er Naloxon og Prenoxad?	10
Sådan reagerer du som hjælper på en opioidoverdosis	11
Kit/hjælpertaske	14
Ansvarsfordeling	15
Opioidoverdosis test til Træner	16

RED LIV

Er du bekymret for, at nogen du kender
tager en OD, så få viden om NALOXON.

- N** notér dig om personen trækker vejret, tal/rusk/smertepåvirk
- A** alarmer **1 1 2** ved bevidstløshed
- L** liv, OBS frie luftveje
- O**xygen, start indblæsninger mund til mund metode
- X** hvis vejtrækning lægges personen i aflåst sideleje
- O** observer vejtrækningen, hvis ingen, fortsæt indblæsninger og giv
- N** Naloxon i begge næsebor

Interesseret?

KONTAKT: _____

TELEFON: _____



RED LIV

HAR DU **5** MINUTTER
-TIL AT REDDE ET LIV?

LÆS VIDERE

Gratis undervisning om
NALOXON til behandling af
OVERDOSER.

Alle kan lære det!

KONTAKT: _____

TELEFON: _____



RED LIV

Kender du nogen, eller arbejder du med
mennesker, der indtager medicin/stof i form af
Heroin, Metadon, Morfin, Contalgin, Ketogan
eller andre opioider og frygter du at de en dag
tager for meget, så få GRATIS viden om
NALOXON.

Interesseret?

KONTAKT: _____

TELEFON: _____



RED LIV

Meld dig til
NALOXON
hjælperteamet.

Naloxon er modgift mod OD.
Lær hvordan det gives og hvordan det
virker, så du kan redde liv.

Du får en hjælpertaske og et ID kort
der viser at du er uddannet hjælper.

Synes du dette er interessant ring til:

Og hør mere.....



RED LIV

Meld dig til
NALOXON
hjælperteamet.

Naloxon er modgift mod OD.
Lær hvordan det gives og hvordan det
virker, så du kan redde liv.

Du får en hjælpertaske og et ID kort
der viser at du er uddannet hjælper.

Synes du dette er interessant
ring til:

Og hør mere.....

RED LIV

Meld dig til
NALOXON
hjælperteamet.

Naloxon er modgift mod OD.
Lær hvordan det gives og hvordan det
virker, så du kan redde liv.

Du får en hjælpertaske og et ID kort
der viser at du er uddannet hjælper.

Synes du dette er interessant
ring til:

Og hør mere.....

RED LIV

Meld dig til
NALOXON
hjælperteamet.

Naloxon er modgift mod OD.
Lær hvordan det gives og hvordan det
virker, så du kan redde liv.

Du får en hjælpertaske og et ID kort
der viser at du er uddannet hjælper.

Synes du dette er interessant
ring til:

Og hør mere.....

RED LIV

Meld dig til
NALOXON
hjælperteamet.

Naloxon er modgift mod OD.

Lær hvordan det gives og hvordan det virker, så du kan redde liv.

Du får en hjælpertaske og et ID kort
der viser at du er uddannet hjælper.

Synes du dette er interessant
ring til:

Og hør mere.....

RED LIV

FORMÅLET MED VORES PROJEKT:

Er at reducere antallet
af potentielt dødelige
forgiftninger og at
reducere skadevirkninger
som følge af overdoser.

PROJEKTET FINANSIERES AF KØBENHAVNS FRELSER

Sundhedsstyrelsen

Director Health and Medicines Authority

DELTAGENDE KOMMUNER

KØBENHAVNS KOMMUNE

ÅRHUS KOMMUNE

GLOSTRUP KOMMUNE

GLØRUP KOMMUNE

KONTAKT OS:

Overlæge Henrik Thiesen:
Gg63@sof.kk.dk
Tlf. 26 75 89 11

Koordinator Marian Jørgensen:
BS35@sof.kk.dk
Tlf. 21 70 17 55

RED LIV

FORMÅLET MED VORES PROJEKT:

Er at reducere antallet
af potentielt dødelige
forgiftninger og at
reducere skadevirkninger
som følge af overdoser.

I undervisningen skal deltagerne lære:

- at kende symptomerne på overdosis
- at vide hvornår man skal tilkalde hjælp 1-1-2
- at kunne iværksætte genoplivning/give førstehjælp/lægge i aflast sideleje
- at kunne give Naloxon/Prenoxad
- at vide hvad det omfatter at agere som lægens medhjælper

KONTAKT OS:

Overlæge Henrik Thiesen:
Gg63@sof.kk.dk
Tlf. 26 75 89 11

Koordinator Marian Jørgensen:
BS35@sof.kk.dk
Tlf. 21 70 17 55

Roll-ups til præsentationer

**JEG KAN
REDDE LIV
med NALOXON**

**JEG kan
REDDE
LIV med
NALOXON**

JEG KAN REDDE LIV med NALOXON

Tryk til T-shirts, kasketter mm.

BILAG 9. RED LIV TIL BEHANDLING AF OVERDOSIS

Red Liv



Symptomer

- Åndedrættet er meget langsomt, uregelmæssigt med lange pauser eller er stoppet
- Kvælningss lyde eller en gurglende / snorkende vejtrækning

- Personen er bevidstløs
- Kroppen er meget slap



- Opkastning

- Blålige læber og fingerspidser
- Ansigtet meget blegt



Vurder løbende situationen – er der vejtrækning, lægges personen i aflåst sideleje. Se afsnittet „Aflåst sideleje“ i næste kapitel.

Symptomer

Hjælp tilskadekommande

OD grænse

OVERDOSIS

1: Tal/rusk/smertepåvirkning



2: Alarmer 112



3: Åndedræt, obs. frie luftveje, SE/FØL/LYT



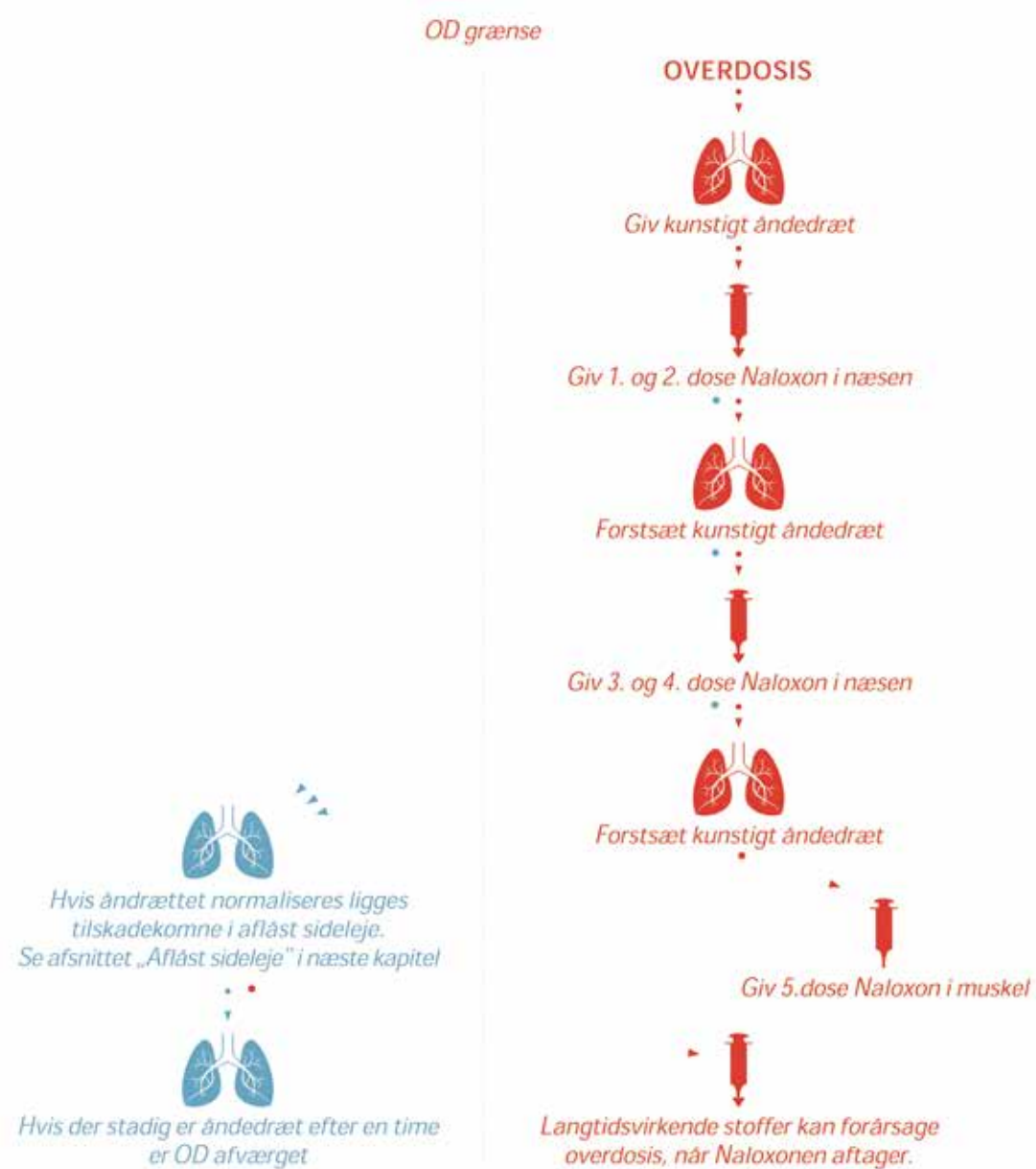
4: Start indblæsninger



5: Giv Naloxon

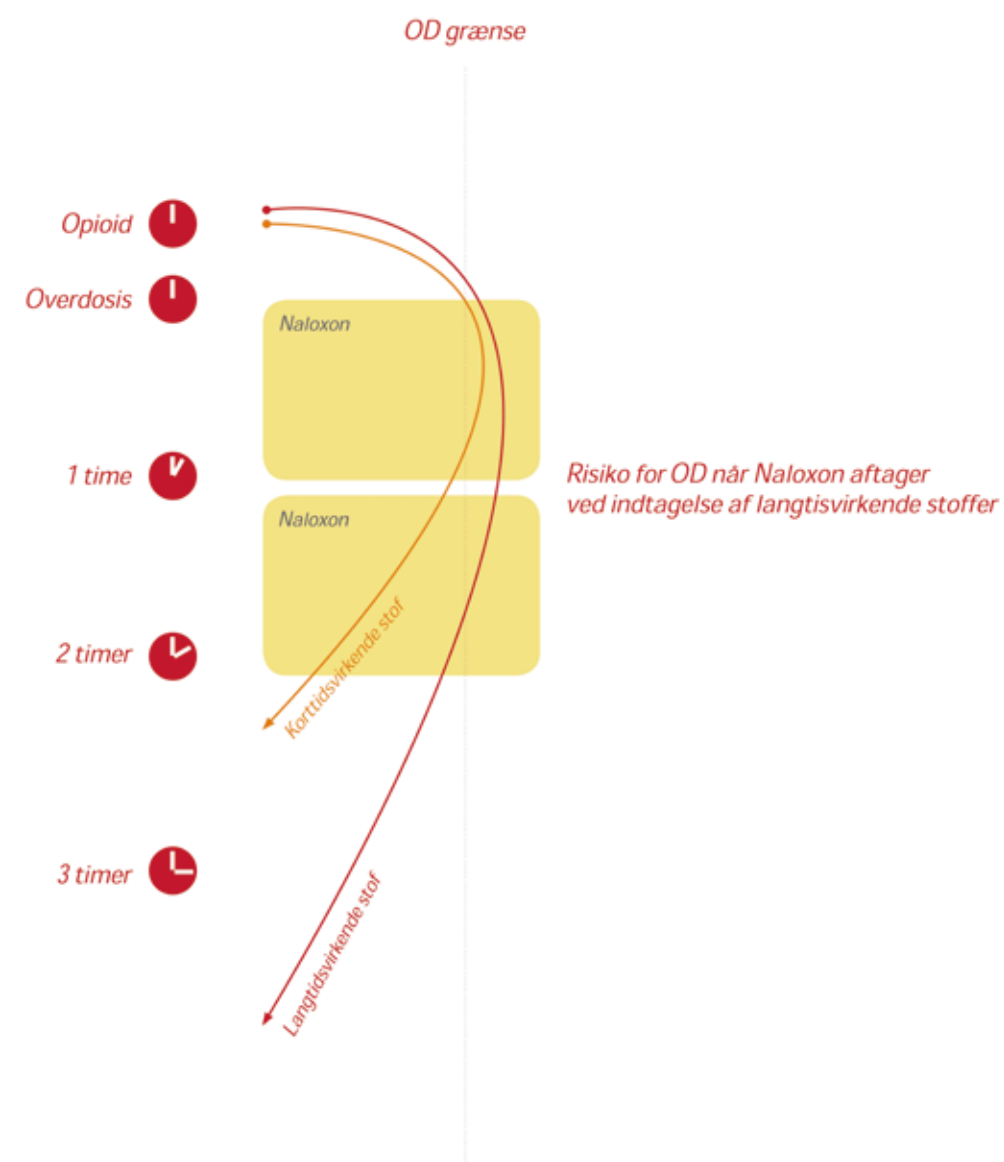
Hjælp tilskadekommande

Giv Naloxon



Giv Naloxon

Kort- og langtidsvirkende stoffer



Kort- og langtidsvirkende stoffer

Sådan gør du



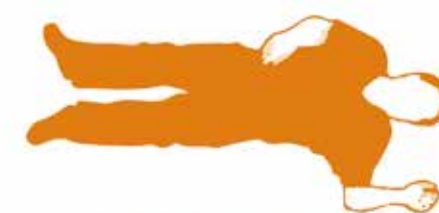
Aflåst sideleje



Giv Naloxon i lårmuskel



Aflåst sideleje



1. Placer armen 90° vinkel



2. Placer modsatte arm ved hagen



3. Bøj knæet



4. Aflåst sideleje

Aflåst sideleje

Naloxon i lårmuskel

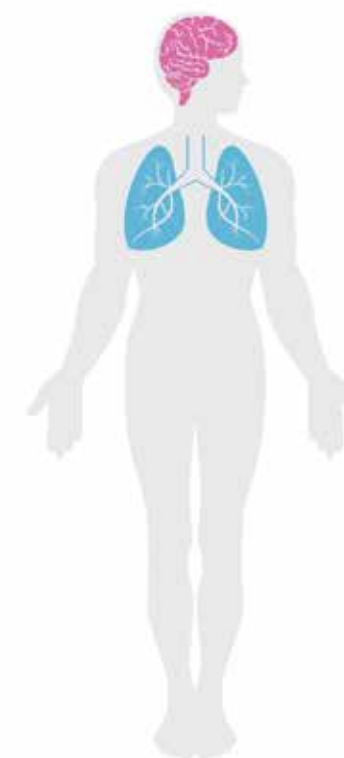
Naloxon sprøjtes i lårmusklen og nålen stikkes gennem tøjet. Boksen med evt. rester medgives ambulancen. Hvis Naloxon ikke virker, er der tale om anden årsag til bevidstløsheden.



Området går fra en håndsbredde nede på låret, en håndsbredde over knæet, „pressefolden“ i midten og „sidesyning“ på bukser.

Giv Naloxon i lårmuskel

Opioid overdosis



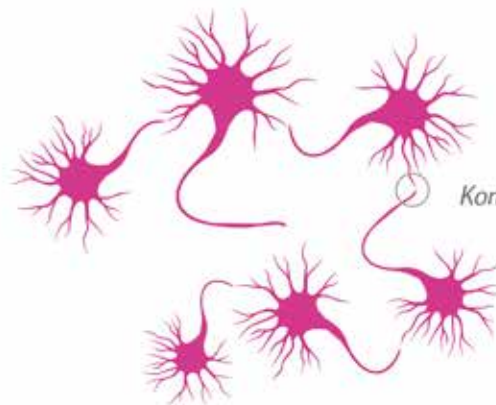
Hjernen

Hjernens funktion er at styre kroppen. Den kontrollerer og regulerer kroppens funktioner og bearbejder og lagrer indtryk og erfaringer.



Hjernerceller

Hjernen består af milliarder af celler der kommunikerer ved hjælp af forskellige transmitterstoffer. Opioider er syntetisk fremstillet eller udvundet af opiumsvamp og kan forstyrre denne kommunikation ved at sætter sig på nogle specifikke receptorer.

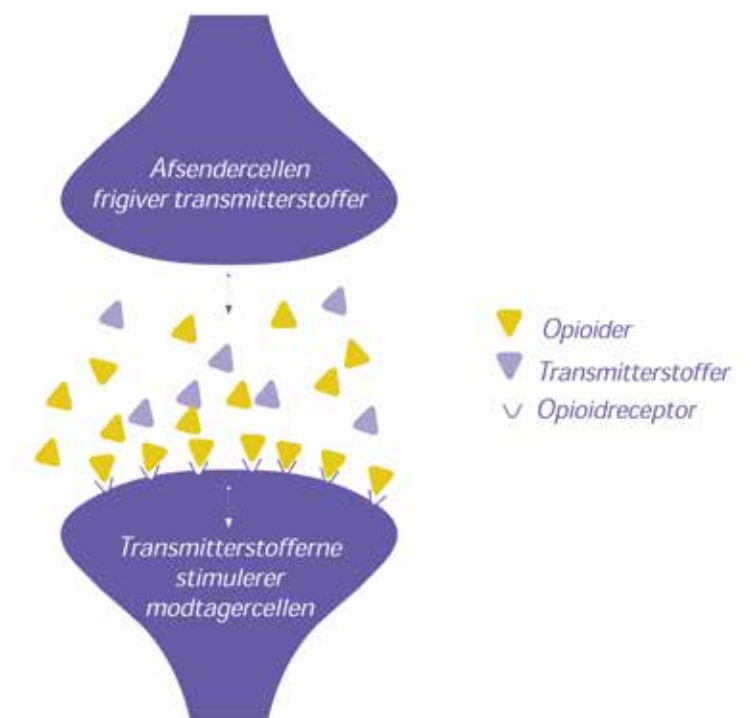


Kommunikation mellem cellerne

Hjerne og hjernerceller

Kommunikation mellem cellerne

Overdosis sker når opioider blokerer de receptorer der har effekt på vejrtrækningen.

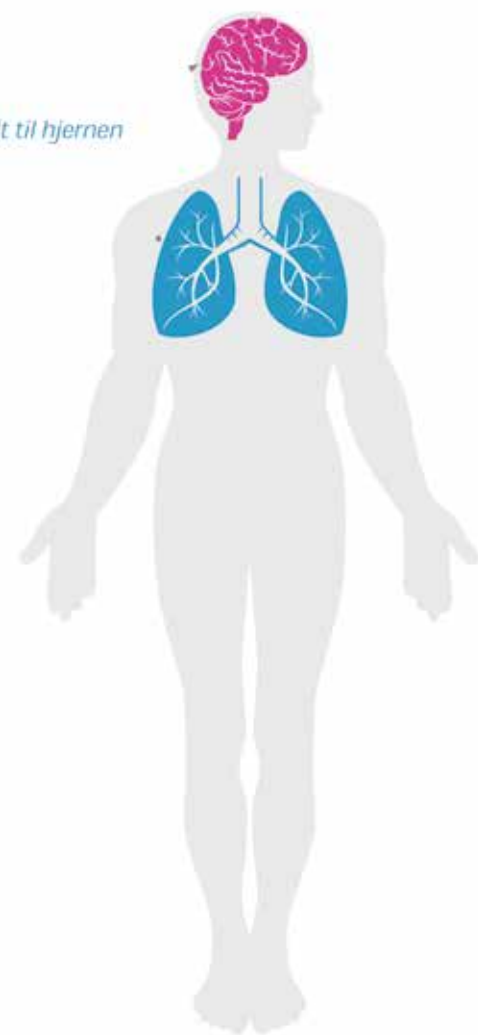


Kommunikation mellem cellerne

Lunger

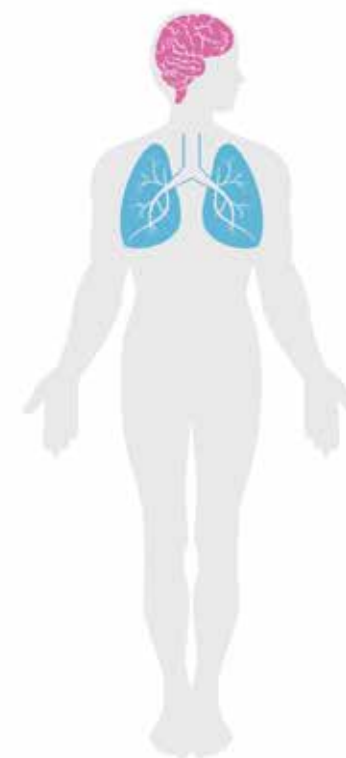
Hvis man ikke kan trække vejret kommer der ikke ilt til hjernen. Dette fører til bevidstløshed og efter kort tid til hjertestop og død.

Manglende ilt til hjernen



Lunger

Naloxon



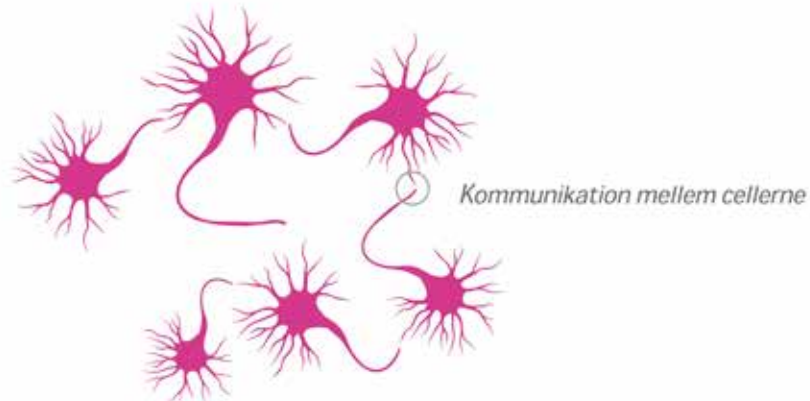
Hjernen

Naloxon sætter sig som alle andre opioider på opioid-receptorerne men har ingen rus effekt. samtidig binder det meget fast så de andre ikke kan komme til og udøve DERES effekt som bl.a. er at dæmpe vejtrækning.



Hjerneceller

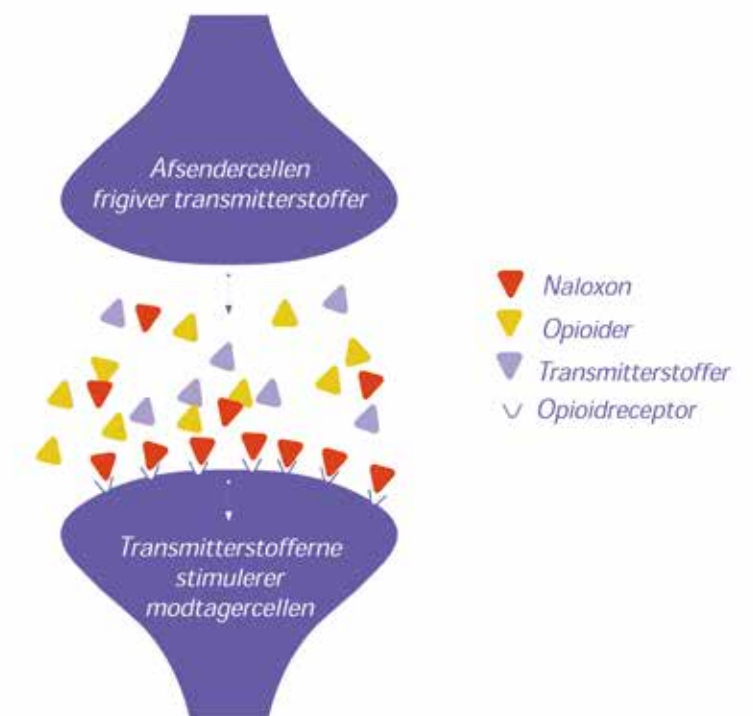
Naloxon blokerer opioidernes sløvende effekt.



Hjerne og hjerneceller

Kommunikation mellem cellerne

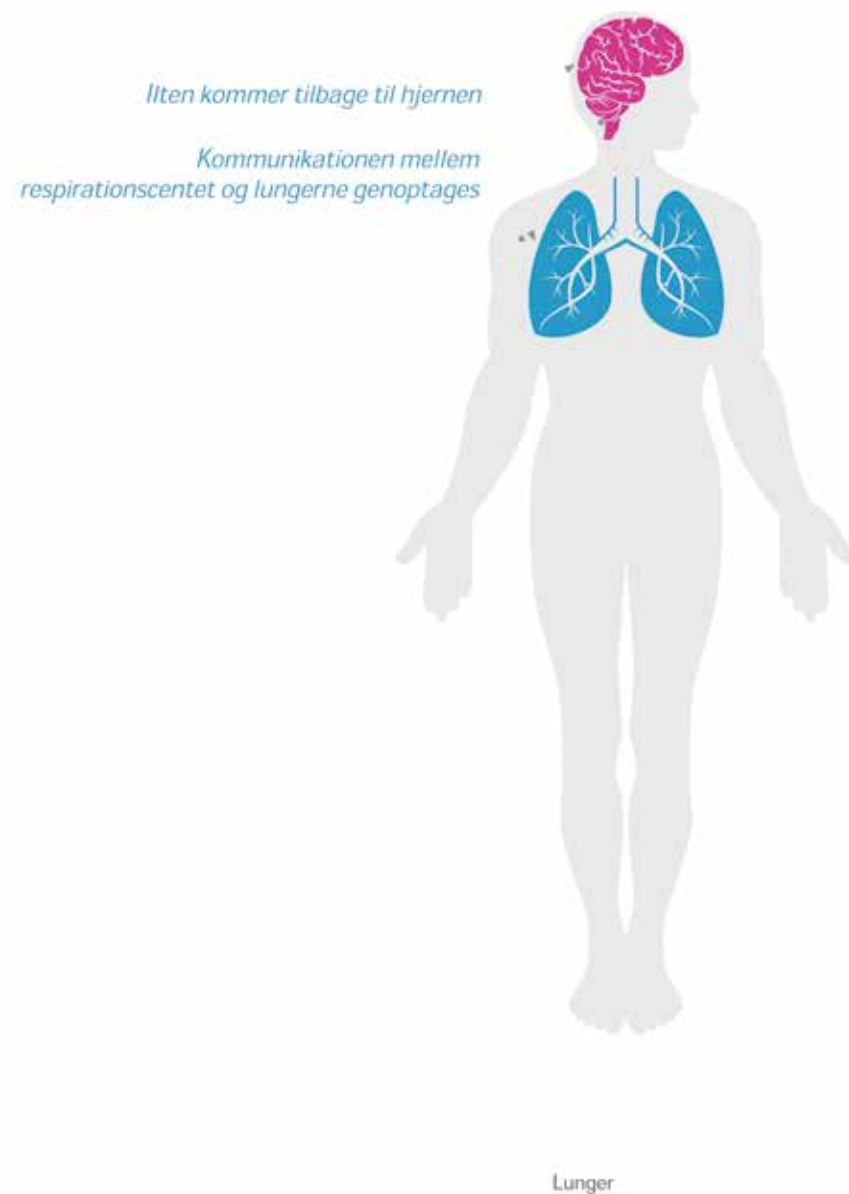
Naloxon binder sig kraftigt til nervesystemets opioid-receptorer og skubber opioider væk fra receptorstederne og sætter sig selv på pladsen.



Kommunikation mellem cellerne

Lunger

Naloxon har ikke nogen ruseffekt. Den sløvende effekt af opioidet forsvinder så længe Naloxon sidder på opioidreceptoren, så vejtrækningen normaliseres og der kommer ilt til hjernen.



BILAG 10. TEST TIL TRÆNERE

TESTSIDERNE AFLEVERES UDFYLDT TIL KOORDINATOR PÅ KURSUSDAGEN

Navn: _____ Dato for kursus: _____

1. Hvilket af følgende er opioider: (Vælg mere end et)

- ☐ Fentanyl
- ☐ Metadon
- ☐ Rivotril
- ☐ Heroin
- ☐ Oxycodon
- ☐ Crack
- ☐ Morfin
- ☐ Ritalin

2. Definition af OD

- ☐ Der er for meget stof til at kroppen kan håndtere det
- ☐ Kroppen reagerer dårligt på stoffet

3. Hvilke af følgende faktorer øger OD risiko? (Vælg mere end en)

- ☐ Toleranceændringer
- ☐ Blanding af mere end ét stof
- ☐ Når man har været indlagt og udskrives fra sygehuset
- ☐ Når man har været i døgnbehandling og udskrives derfra.

4. Hvorfor kan opioider give overdosis?

5. Hvorfor kan kendskabet til "leverandøren" beskytte mod en OD?

6. Hvilke af følgende er symptomer på en OD? (Vælg flere end et)

- ☐ Ukontaktbar
- ☐ overdreven latter
- ☐ tungt nikkene med hovedet
- ☐ Blå læber eller fingerspidser
- ☐ Diarré

7. Når du har vurderet, at en person har taget en OD, hvad er den bedste måde at forsøge at stimulere person på i forsøget på at vække dem? (Vælg en)

- ☐ Slå dem i deres ansigt
- ☐ Gnid knoer over brystbenet
- ☐ Læg dem i et koldt brusebad
- ☐ Klem deres testikler (hvis personen er mand)

8. Den bedste ting at sige, når du ringer 112 i forbindelse med en OD er:
- ☐ Nogen har overdoseret (sige hvilken medicin), at de bliver blå, og at ambulance skal skynde sig
 - ☐ Nogen har respirations stop, du er ikke sikker på hvorfor samt oplyse destination
9. Hvis nogen efterlades alene, hvor de har taget en OD, lægges vedkommende i aflåst sideleje fordi: (Vælg en)
- ☐ Det vil beskytte deres hoved
 - ☐ Det vil holde dem fra at blive kvalt af opspyt/opkast
 - ☐ At positionen hjælper kroppen med hurtigere at optage stofferne, hvilket gør overdosis perioden kortere
 - ☐ De vil ikke få muskelkramper

10. Hvad er trinene for kunstigt åndedræt?

11. Naloxon/Prenoxad kan kun anvendes ved opioid overdoser

- ☐ Sandt
- ☐ Falsk

12. Hvis du ved, at den person, der har taget en OD har taget benzodiazepiner sammen med heroin, bør du IKKE give den person Naloxon/Prenoxad

- ☐ Sandt
- ☐ Falsk

13. Hvis personen ikke reagerer på Naloxon/Prenoxad efter 3-5 minutter, bør du give dem endnu en dosis.

- ☐ Sandt
- ☐ Falsk

14. Hvis personen der har taget en OD og der ingen Naloxon/Prenoxad er, hvad er den bedste alternative løsning? (Vælg én)

- ☐ At give personen en saltvands indsprøjtning
lægge personen i et koldt brusebad eller lægge is i deres armhuler
- ☐ Begge er gode muligheder
- ☐ Ingen af forslagene ovenfor er gode muligheder

15 Hvorfor? Forklar dit svar:

Kommentarer til kursus dagen/ønsker om ændringer:

SUNDHEDSTEAM & RED LIV

Sundholmsvej 18
2300 København

KOORDINATOR:

Projektleder
Overlæge Henrik Thiesen
Telefon: 2675 8911
Mail: gg63@sof.kk.dk

Sygeplejerske Marian Jørgensen
Telefon: 2170 1755
Mail: BS3S@sof.kk.dk