
Etter overdosen

LEDER

ODD MARTIN VALLERSNES

o.m.vallersnes@medisin.uio.no

Odd Martin Vallersnes er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og legeskiftleder ved Legevakten i Oslo. Han deltok i arbeidsgruppen som utformet nasjonalt pasientforløp for oppfølging etter rusmiddeloverdose. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Opioidoverdose er «avhengighetsmedisinens ustabile angina». Derfor bør pasientene observeres.

Opioidoverdose gir bevissthetstap og i verste fall livstruende respirasjonsdepresjon. Heldigvis finnes en effektiv motgift – nalokson – som ofte gis av utrykkende ambulanse. Men hvor går veien videre når pasienten har overlevd opioidoverdosen? I Oslo blir drøyt halvparten igjen på stedet, én av ti blir tatt med til sykehus, og resten blir kjørt til legevakt (1). At så mange blir igjen på stedet, er bekymringsfullt siden nalokson har relativt kort virketid (2). Om det er heroin som er tatt, overlever pasienten (3), men mange får en ny respirasjonsdepresjon etter en times tid. Om ingen da kan gi litt mer nalokson, vil pasienten ha en periode med hypoksi som sannsynligvis skader både hjernen og andre organer. Derfor bør pasientene observeres minst to timer etter at nalokson er gitt (2, 4).

Dette var bakgrunnen for samarbeidet ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus innledet i 2018. Ambulansepersonellet kunne nå bringe pasienter direkte til rusakuttmottaket etter at overdosen var ferdig behandlet, istedenfor å måtte ta veien via legevakt. Imidlertid ble overraskende få pasienter tatt med, og Rognli og medarbeidere presenterer nå i Tidsskriftet en studie som utforsker hvorfor tilbudet ikke ble benyttet (5).

«Det er farligere å bli igjen på stedet nå enn det var for noen år siden»

En grunn var at ambulansepersonellet opplevde kommunikasjonen med rusakuttmottaket som vanskelig og så tidkrevende at de heller valgte andre løsninger. Dette er en erfaring som også er gjenkjennelig fra legevakten i Oslo. Opioidoverdose har på grunn av sin høye risiko for ny og dødelig overdose (6, 7) blitt kalt «avhengighetsmedisinens ustabile angina». Derfor er opioidoverdose en situasjon der øyeblikkelig-hjelp-vurdering i rusakuttmottak skal tilbys pasienten når den akutte faren er over, i henhold til nasjonalt pasientforløp (tidligere kjent som pakkeforløp) for oppfølging etter rusmiddeloverdose fra 2022 (4). Slik har det også tidligere vært definert i samarbeidet mellom rusakuttmottaket og legevakten i Oslo. Ambulanse og legevakt er knappe ressurser og har potensielt alvorlig syke ventende. Det er dermed rasjonelt at anamnese og undersøkelse stopper når ambulansepersonellet eller legevaktlegen har tatt rede på nok til å beslutte hva som bør gjøres. Å måtte svare på en rekke spørsmål som ikke har relevans for tiltaket, oppleves som tidsspille. Det betviles ikke at den etterspurte informasjonen er nyttig for rusakuttmottakets kommende vurdering, men den kan innhentes når pasienten er der. Den prehospitale oppgaven er å få pasienten dit.

En annen grunn til at tilbudet ikke ble benyttet, var uklarhet i hva det vil si å være tilstrekkelig somatisk avklart. Burde pasienten heller vært innlagt i en somatisk sykehusavdeling? Fra legevaktens synspunkt er det opplagt at både legevakt og ambulansepersonell kan vurdere dette – begge instanser gjør slike vurderinger hele tiden. Det er like opplagt at begge instanser stundom vil legge inn pasienter som viser seg å trenge innleggelse et annet sted. Rusakuttmottaket burde i så fall være i stand til å sende dem videre.

En tredje grunn var at tilbudet ikke traff det pasientene var opptatt av etter å ha overlevd en overdose. Brukerinformantene framhever behovet for omsorg: mat, en seng, en dusj. Deretter kan man tenke på neste trinn. Dette burde være styrende for utformingen av tilbudet uavhengig av om pasienten bringes til rusakuttmottak eller legevakt. Inspirasjon kan hentes fra Bergens rusakuttmottak, Akuttposten, dit ambulansetjenesten bringer pasienter direkte ved opioidoverdose (8). Pasienten behandles medisinsk og observeres på enerom inntil faren er over, får deretter sove, og våkner så opp til et måltid på rusakuttmottaket, fortsatt i samme seng.

En stadig større andel av opioidoverdosene i Norge skyldes opioider med lengre virketid enn heroin og derfor større fare for dødelig tilbakefall av respirasjonsdepresjon (9, 10). Det er dermed farligere å bli igjen på stedet nå enn det var for noen år siden. I tillegg til å utforme et tilbud som oppleves meningsfylt for pasientene, er det enda en ting å lære av Bergen: Ved å gi mindre doser nalokson blir flere pasienter med til rusakuttmottaket (8). Vi trenger ikke vekke pasienten, vi trenger å få pasienten til å puste.

REFERENCES

1. Madah-Amiri D, Skulberg AK, Braarud AC et al. Ambulance-attended opioid overdoses: An examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. *Subst Abus* 2019; 40: 383–8. [PubMed][CrossRef]
2. Clarke SF, Dargan PI, Jones AL. Naloxone in opioid poisoning: walking the tightrope. *Emerg Med J* 2005; 22: 612–6. [PubMed][CrossRef]
3. Willman MW, Liss DB, Schwarz ES et al. Do heroin overdose patients require observation after receiving naloxone? *Clin Toxicol (Phila)* 2017; 55: 81–7. [PubMed][CrossRef]
4. Helsedirektoratet. Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/akuttbehandling-og-oppfolging-etter-rusmiddeloverdose> Lest 16.2.2023.
5. Rognli EB, Dalsrud MK, Wüsthoff LEC et al. Ubenyttet behandlingstilbud ved rusakuttmottak – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0471. [CrossRef]
6. Lund C, Bjornaas MA, Sandvik L et al. Five-year mortality after acute poisoning treated in ambulances, an emergency outpatient clinic and hospitals in Oslo. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2013; 21: 65. [PubMed][CrossRef]
7. Armoon B, Mohammadi R, Moghaddam LF et al. Type of drug use and risky determinants associated with fatal overdose among people who use drugs: a meta-analysis. *J Subst Use* 2021; 0: 1–11. [CrossRef]
8. Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall. Bergen: Bergen kommune, 2016.
9. Iqbal ZZ, Nguyen TMT, Brekke M et al. Unspecified opioids among opioid overdoses in Oslo, Norway. *BMC Res Notes* 2022; 15: 134. [PubMed][CrossRef]
10. Edvardsen HME, Clausen T. Opioid related deaths in Norway in 2000-2019. *Drug Alcohol Depend* 2022; 232: 109281. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 27. mars 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0163
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.