

Bilag III

Projekt til belysning af et forsøg med distribuering af naloxone til stofafhængige som led i en strategi til forebyggelse af opioverdosisdødsfald.

Socialudvalget i Københavns Kommune har, med økonomisk støtte fra Indenrigsministeriet (Vesterbropuljen), og i et samarbejde med forskellige græsrodsorganisationer på Vesterbro (Dugnad), besluttet at der skal etableres et ”Sundhedsrum” på Vesterbro. Sundhedsrummet skal indeholde et værested, et socialfagligt og et sundhedsfagligt tilbud, hvor kerneydelsen bliver en fremskudt sundhedsfaglig indsats for de hårdest belastede stofafhængige på Vesterbro.

Brugerforeningen for aktive stofmisbrugere har rettet henvendelse til Københavns Kommune, og foreslået at man, som i en række andre storbyer i Europa og USA, distribuerer naloxone til stofmisbrugere, således at stofmisbrugere får mulighed for at behandle andre stofmisbrugere ved overdosistilfælde. Socialudvalget har på denne baggrund besluttet, at der med udgangspunkt i Sundhedsrummet skal iværksættes et forsøg med undervisning og distribuering af naloxone mhp. forebyggelse af overdosisdødsfald. Forsøget skal evalueres som en del af den samlede evaluering af Sundhedsrummet.

Projektets formål

Der er tale om et pilotprojekt, hvor det skal undersøges om udlevering af naloxone til en gruppe stofmisbrugere kombineret med en forudgående og løbende undervisning, kan gennemføres praktisk, er forsvarligt og giver mening. En egentlig kontrolleret undersøgelse, hvor man sammenligner effekten af undervisning i genoplivningsteknikker + naloxone med effekten af kun undervisning, vil være meget

kompliceret og kostbar at gennemføre, og bør ikke iværksættes før der indhentet erfaringer med brugen af naloxone blandt en mindre gruppe stofafhængige.

Opioidoverdosisdødsfald og naloxone. Uden- og indenlandske erfaringer.

Pludselig død efter indtagelse af opioider er sjældent (15 - 20 %), langt de fleste dødsfald sker 1 – 3 timer efter opioidindtagelse intravenøst (1, 2, 3), hvilket giver gode muligheder for relevante interventioner. Indgift af naloxone (i.v., s.c., i.m.) vil normalt inden for ca. 2 minutter ophæve forgiftningstilstanden. Naloxone er vidtgående ugiftigt, og komplikationer er sjældne. Asystoli, arytmier, kramper og agitation er beskrevet (1), men behøver ikke at være effekter af naloxone som sådan, men kan være en følge af forgiftningstilstanden og/eller de provokerede abstinenssymptomer (agitation).

Stofafhængige indtager ofte stoffer sammen med andre, og overdoserer sig derfor også sammen med andre. En stor del af forgiftningerne forekommer i det offentlige rum, hvor der er andre stofmisbrugere til stede, og også når stoffer indtages under private former gøres det i selskab med andre. Langt de fleste overdoser (afhængig af hvordan man definerer en overdosis til forskel fra en tilsigtet effekt) er non-fatale. Ca. 1/3 af stofmisbrugerne har haft en eller flere overdoser, og 50 – 100 % har overværet at andre stofmisbrugere har overdoseret (1, 2, 3, 4).

Dette forhold gør det nærliggende, at distribuere naloxone til stofmisbrugere mhp at de behandler andre stofmisbrugere, der udsætter sig for en overdosis. Siden 1990 har der været sporadiske forsøg med naloxone i både USA og Europa (San Francisco, New York, Chicago, Jersey, Berlin, m. fl. (1, 2, 4, 5)). I Italien er naloxone et håndkøbspræparat, og det udleveres desuden til stofafhængige i sprøjte-/kanyle udleveringsprogrammer(1). Stofmisbrugerne er for langt de flestes vedkommende interesserede i at deltage i denne form for intervention (6), og erfaringerne med udlevering af naloxone beskrives gennemgående positivt: "Evidence from Chicago

suggests a decrease in overdose deaths concurrent with the implementation of a citywide distribution program ... may have the potential to prevent a substantial number of overdose deaths in the NYC” (4), og ”Early reports are encouraging. No adverse effects have been reported, and 10 % of distributed naloxone has saved lives.” (5). I en oversigtsartikel fra 2005 anføres det, at ”the evidence supporting naloxone distribution is primarily anecdotal, although promising.” (2).

Der er ikke holdepunkter for, at muligheden for at behandle med naloxone har indflydelse på om ambulance tilkaldes (4).

Antallet af opioidoverdosisdødsfald i Danmark respektive København (forstået som Københavns Retsmedicinske Instituts optageområde) fremgår af nedenstående tabel.

Opioidforgiftningsdødsfald (heroin, metadon) i Danmark 1991 – 2005 (7)

	1991	1997	2002	2003	2004	2005
Hele landet	145	199	148	157	176	166
”København”		114	83	69	93	

Der er således tale om et ikke negligabelt antal dødsfald.

Ishøy & al. (8) har i 2003 beskrevet H:S lægeambulances præhospitale behandling af opioidoverdosering 1995 til 1998 i København. Der var i perioden tilkaldt til 2.246 personer, flest i 1995 (653 personer) og færrest i 1998 (475). Kun i 1,2 % af tilfældene var der tale om selvmordforsøg, resten blev rubriceret som ulykker. Responstiden fra alarmering til ankomst på skadestedet var 5 minutter. Langt hovedparten af overdosistilfældene forekom i Istedgadekvarteret, og kun 23 % af tilkaldene var til egen bolig. Kun 14 % af de præhospitale behandlede blev efterfølgende hospitaliseret. Forfatterne konkluderer, at den præhospitale indsats er et vigtigt element i den akutte behandling af opioidoverdosering. Pga. den korte responstid anføres det endvidere, at ”tag hjem-sprøjter” med naloxone næppe er indiceret”. I betragtning af det meget store antal behandlede personer kan der ikke herske tvivl om at Lægeambulancen redder

mange liv. Derimod er den korte responstid næppe et argument mod distribuering af naloxone til stofmisbrugere, fordi en for sent indsættende behandling primært skyldes at der bliver alarmeret for sent. Således var der i materialet 113 dødfundne og 90 havde hjertestop ved ambulancens ankomst. I alt døde 201 personer i materialet. Det er ligeledes påfaldende, at så få af tilkaldende var til private hjem. I mange tilfælde sker alarmeringen derfor for sent, enten fordi den forgiftede er alene, eller fordi personerne omkring den forgiftede ikke tør tilkalde ambulance af frygt for politiets indblanding, eller pga. uvidenhed.

Under alle omstændigheder er der, trods lægeambulancens indsats, trods et veludbygget behandlingssystem, og trods en stor gadeplansindsats, så mange opioidoverdosisdødsfald i København, at der er behov for forsøg på en yderligere indsats.

Undersøgellesdesign

Der er som anført tale om et mindre pilotprojekt, hvor et begrænset antal stofmisbrugere rekrutteres, undervises og forsynes med naloxone. Projektet skal vurderes i forhold til om det er muligt

- At rekruttere mindst 25 stofafhængige med tæt kontakt til stofmiljøet på gaden til projektet
- At gennemføre et undervisningsforløb for de deltagende stofafhængige
- At fastholde interessen for projektet i mindst et år
- At få stofmisbrugerne til at melde tilbage når de har gennemført et behandlingsforløb med naloxone
- At der i løbet af et år gennemføres mindst 25 relevante genoplivningsforsøg/behandlinger med naloxone

Materiale og metoder

Mindst 25 stofafhængige rekrutteres til projektet i et samarbejde primært med Brugerforeningen og det til Sundhedsrummet tilknyttede værested. De ansatte i Sundhedsrummet (primært sygeplejerske) gennemgår et undervisningsforløb i genoplivning og brug af naloxone, som kvalificerer dem til undervisning af de stofafhængige. Undervisningen af de stofafhængige skal fokusere på:

- Diagnosticering/vurdering af en forgiftning. Indikation for naloxonebehandling
- Vigtigheden af, uanset om der behandles med naloxone, at tilkalde lægeambulancen (112), og at blive på skadestedet indtil lægeambulancen er ankommet, og der er afgivet de fornødne oplysninger til personalet på denne.
- Aflåst sideleje, frie luftveje, assisteret ventilation
- Indgift af naloxone
- Afrapportering af behandlingsforløbet til personalet i Sundhedsrummet

De rekrutterede stofafhængige mødes med personalet i Sundhedsrummet en gang månedligt til et møde som afsluttes med et bedre måltid eller andet socialt arrangement. Formålet er dels at drøfte de rekrutteredes oplevelser og erfaringer, vanskelige diskussioner, samarbejdet i forholdet til lægeambulancen, mv., dels at skabe en korpsånd og tilknytning til Sundhedsrummet.

Deltagerne i projektet interviewes inden projektets start om deres aktuelle brug af stoffer, aktuelle behandling, om personlige og oplevede erfaringer med overdosisilfælde, og hvad de tidligere har gjort når andre overdoserede. Alle behandlingsepisoder skal afrapporteres til personalet i Sundhedsrummet, og personalet udfylder et skema for hver behandlingsepisode. De personer der er blevet behandlet for en forgiftning forsøges efterfølgende opsporet mhp. validering af de afgivende oplysninger, og tilbud om behandling, hvor dette er indiceret.

Administration af nalaxone

Naloxone udleveres til deltagerne i projektet dispenseret i sprøjter (injektionspenne) med den mængde naloxone det skønnes mest hensigtsmæssigt at udlevere til deltagerne. Lægeambulancen i København giver 0,8 mg. i.v. + 0,4 mg i.m. I et amerikansk forsøg blev der givet 0,4 mg i.m., evt. gentaget (4), mens andre anbefaler 0,8 mg, evt. gentaget (3). Dette forhold må nærmere afklares. Ligeledes er der behov en afklaring i forhold til Sundheds- og Lægemiddelstyrelsen af de lovgivningsmæssige forhold omkring projektet.

Projektet skal godkendes af den regionale videnskabetiske Komite.

Evaluering

Der ansættes en projektleder til løbende at indsamle data som ovenfor beskrevet. Projektet vil blive evalueret i forhold til de under "Undersøgelhedsdesign" beskrevne kriterier. Desuden skal der laves en mere kvalitativ evaluering af hvad de rekrutterede brugere fik ud af projektet, og en vurdering af barrierer og muligheder for at forsætte, og evt. udvide projektet.

Følgegruppe

Hvis projektet bliver en realitet, skal der nedsættes en følgegruppe med repræsentanter fra Lægeambulancen i København, Brugerforeningen i København, den sundhedsfaglige leder af Sundhedsrummet, overlægen og socialoverlægen i Socialforvaltningen, Københavns Kommune.

Publicering

Erfaringerne med projektet tænkes publiceret i en rapport udgivet af Københavns Kommune, samt i mindst en peer-reviewed artikel.

Budget

Er vanskeligt at fastlægge med nogen større nøjagtighed p.t., så det følgende er det for nærværende bedst kvalificerede bud, som kan ændres på en række punkter. Udgifterne udgøres af løn til projektleder, udgifter til naloxone og mødeudgifter.

Projektet skal have en varighed på ca. et år, og forventes påbegyndt i 2007.

Løn til projektleder på ½-tid	250.000 kr.
Udgifter til naloxone	100.000 kr.
Mødeudgifter, bespisning af deltagerne	50.000 kr.
Pc'er	15.000 kr.
Undervisning af personalet i Sundhedssummet	20.000 kr.
Kontorartikler, informationsmateriale, diverse	25.000 kr.
Udarbejdelse og trykning af rapport	15.000 kr.
I alt	475.000 kr.

Litteratur

1. Sporer KA. Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ* 2003; 326: 442 – 4.
2. Baca CT, Grant KJ. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction* 2005; 100: 1823 – 31.
3. Lenton SR, Hargreaves KM. Should we conduct a trial of distributing naloxone to heroin users for peer administration to prevent fatal overdose. *MJA*; 173: 260 – 3.
4. Galea S, Worthington N, Piper TM, Nandi VV, Curtis M, Rosenthal DM. Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive Behav* 2006; 31: 907 – 12.
5. Dettmer K, Saunders B, Strang J. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ* 2001; 322: 895 – 6.

6. Lagu T, Anderson BJ, Stein M. Overdose among friends: Drug users are willing to administer naloxone to others. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30: 129 – 33.
7. Sundhedsstyrelsen. National report (2005) to the EMCDDA. 2006 og notat fra Center for Forebyggelse. 2005
8. Ishøy T, Høgskilde SÅ, Haastrup L. Præhospital behandling af opioidoverdosering i København 1995 – 1998. *Ugeskr Læg* 2003; 165: 3624 – 7.