

OVERDØDELIGHED: MED OVERDØDELIGHED MENES DER HER HVOR MANGE GANGE HEROINMISBRUGERE HAR HØJERE RISIKO FOR AT DØ END EN TILSVARENDE DEL AF NORMALBEFOLKNINGEN, ELLER HVOR MANGE GANGE HEROINMISBRUGERE DER IKKE ER I BEHANDLING, HAR HØJERE RISIKO FOR AT DØ END EN SAMMENLIGNELIG GRUPPE AF HEROINMISBRUGERE I METADONBEHANDLING

Overdødelighed blandt heroinmisbrugere og behandlingsgaranti

I denne gennemgang af forskning om sammenhængen mellem behandling og dødelighed dokumenterer Mads Uffe Pedersen bl.a., at heroinmisbrugere i behandling har mindre risiko for at dø end hvis de er udenfor. Hvilken betydning kan behandlingsgarantien få for overdødeligheden? MUP giver her et bud.

AF MADS UFFE PEDERSEN

Det er almindeligt accepteret i national som international forskning, at dødeligheden blandt de mest belastede stofmisbrugere er mindre for dem, der er indskrevet i behandlingssystemet, end for dem der er i aktivt misbrug uden tilknytning til et misbrugsbehandlingssystem. Australske undersøgelser^(3,4) fandt således, at stofmisbrugerne udenfor behandlingssystemet havde 3-4 gange større risiko for død end stofmisbrugere indskrevet i behandlingssystemet. Lignende resultater er fundet i bl.a. tyske undersøgelser⁽¹²⁾, amerikanske undersøgelser⁽⁸⁾, i en netop publiceret dansk undersøgelse⁽¹¹⁾ og i en svensk undersøgelse⁽⁶⁾. I den danske undersøgelse fandt man en overdødelighed for heroinmisbrugere generelt (samlet for dem i og udenfor behandling) for mænd på 15 og for kvinder på 69 og generelt for hele gruppen/kohorten på 22. De mindste

samlede tal for overdødelighed blandt heroinmisbrugere generelt, som jeg har kendskab til, er på 13^(10,5).

Mens dødeligheden for heroinmisbrugere i metadonbehandling altså er 3-4 gange mindre end for heroinmisbrugere, der ikke er i behandling, er dødeligheden for metadonbrugere i de første uger i metadonbehandling omkring dobbelt så høj, som for metadonbrugere generelt^(12, 14, 15, 2). Efter metadonbehandlingen reduceres overdødeligheden yderligere for de der går videre i enten et stoffrit eller medicinsk understøttet rehabiliteringsforløb, mens den vender tilbage til den meget høje grad af overdødelighed for ubehandlede heroinmisbrugere, for de der dropper ud af behandlingen eller afsluttes mod egen vilje^(6, 16).

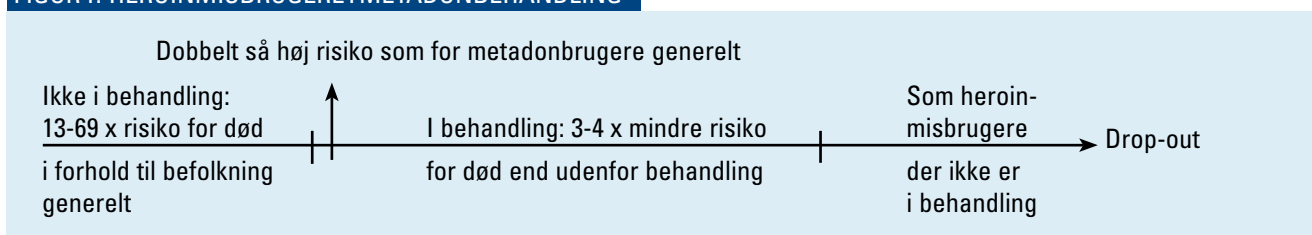
På figur 1 er vist en måske lidt hypotetisk, men alligevel så evident forløbsmodel, at man kan tillade sig at påstå at heroinmisbrugere i metadonbehandling har 3-4 gange så lav en

overdødelighed som heroinmisbrugere udenfor behandling. Metadonbrugere har de første uger af metadonbehandling større risiko for død end senere i metadonbehandlingen. Hvis metadonbrugeren dropper ud af behandlingen (eller ufrivillig afsluttes af behandlingssystemet) vender de tilbage til den høje risiko for død som fandtes før metadonbehandlingens påbegyndelse.

Såvel lav som høj dosis metadon har vist sig at reducere overdødeligheden for heroinmisbrugere i metadonbehandling. Ameijden et al.⁽¹⁾ fandt således at høj dosis metadon reducerede overdødeligheden med 10 gange i forhold til ingen behandling, mens lav dosis metadon reducerede overdødeligheden med 3 gange⁽³⁾.

Metadonbehandling synes i særlig grad at reducere de stofrelaterede dødsfald^(16,10), mens den overdødelighed, der kan knyttes til sygdomme og ulykker, der enten ikke eller mere indirekte er et produkt af stofmisbru-

FIGUR 1. HEROINMISBRUGERE I METADONBEHANDLING





Mads Uffe Pedersen er cand.psych.,
Leder af Center for Rusmiddelforsk-
ning ved Aarhus Universitet.

get, ikke synes at blive reduceret⁽⁴⁾. Det er også de stofrelaterede dødsfald som udgør den ekstra risiko for død i metadonbehandlings indkøringsfase⁽¹⁴⁾. Efter indkøringsfasen reduceres de stofrelaterede dødsfald betragteligt.

Injektionsmisbrug er uden tvivl en vægtig årsag til de stofrelaterede dødsfald^(7,9). Således kan den relativt ringe overdødelighed hos hollandske heroinmisbrugere antagelig i ikke ringe grad tilskrives til den foretrukne hollandske indtagelse af heroin foregår ved rygning⁽²⁾.

Behandlingsgarantien

I Danmark skønnes det at 60-70% af de mest belastede misbrugere er indskrevet i behandlingssystemet. Dette er et højt tal som antagelig kun Holland (måske) overgår. At så relativt mange er indskrevet i behandling betyder, at behandlingsgarantien umiddelbart ikke har den samme indflydelse på overdødeligheden, som hvis andelen af indskrevne kun havde været 30-40%. Ikke desto mindre kan man forvente en ikke ringe positiv indflydelse på overdødeligheden lokalt - altså i amter med lange ventelister, hvis de ellers overholder garantiens intentioner.

Det er forståeligt, at behandlingssystemet er bekymret for den ressource-mæssige belastning, som behandlingsgarantien aktuelt, og måske i tiltagende grad i fremtiden, vil medføre. Nogle behandlere har også yret bekymring om, at det frie behandlingsvalg, som er en del af behandlingsgarantien, kommer til at amputere deres handlingsstrategier i forhold til visitation og formulering af handleplaner. Alt dette er forståelige system-interne bekymringer for om det vil være muligt at opretholde en acceptabel behandlingskvalitet. Det er derimod interessant at denne bekymring ikke inddrager en af de væsentligste markører for høj indsatskvalitet - nemlig lav dødelighed for de sværest belastede heroinmisbrugere.

Garantiens umiddelbare formål er, som jeg ser den, at reducere umiddelbart livstruende og stærkt velfærdstruende tilstande (død, smitsomme

sygdomme, skader på familie og børn m.m.), hvilket her skal ses som uomgængelige *basis-markører* for indsatskvaliteten overfor heroinmisbrugere generelt.

Lidt mere teoretisk kan man sige, at en definition af behandlingskvalitet må inddrage parametre ikke alene fra behandlingssystemet i sig selv, men også fra dets omverden. Ofte definerer vi god behandling som den behandling der virker bedre end en anden form for behandling, eller ud fra den kvalitet vi har i dag i forhold til den kvalitet vi vil få senere (eller vi havde tidligere). Her defineres behandlingskvalitet indenfor rammerne af behandlingssystemet i sig selv (system-interne vurderinger). Hvis vi sideløbende med den system-interne kvalitetsudvikling også ønsker at forholde os til verdenen udenfor behandlingssystemet må vi også inddrage den form for behandlingskvalitet der viser, at nogle former for behandling er bedre end ingen behandling - altså inddrage systemets omverden. Det er her basismarkørerne hører hjemme, og det er også her behandlingsgarantien kommer ind i billedet. Og så bliver det naturligvis nødvendigt at der etableres et økonomisk grundlag for overhovedet at kunne overholde garantien - ellers er det jo en pseudogaranti.

Det skal sluttelig tilføjes, at reduktionen af overdødeligheden som én af begrundelserne for indførelsen af en behandlingsgaranti ikke nødvendigvis er holdbar i fremtiden. Hvis stofscenen ændrer karakter (hvilket den i disse år synes at gøre), f.eks. ved nye grupper af misbrugere, ved ændring af indtagelsesmåde eller ved at andre stoffer fortrænger heroinen som det foretrukne stof, vil overdødeligheden for stofmisbrugere udenfor behandlingssystemet i forhold til indskrevne stofmisbrugere måske forsvinde. Det betyder nu på ingen måde at stofmisbrug ikke fortsat vil være en stærkt velfærdstruende tilstand, som fordrer hurtig og professionel indsats, og det vil i høj grad fortsat være nødvendigt at inddrage basismarkører for kvalitet - altså markører som inddrager systemets omverden ved at sammenligne behandling i forhold til

ingen behandling. ■

Litteratur

1. Ameijden, EJC et al. (1999). Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low-threshold maintenance programs. In: *Addiction Behavior*, 34(4), 559-563.
2. Buster, MCA et al. (2002). An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. In: *Addiction*, 993-1001.
3. Caplehorn, JR et al. (1994). Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. In: *Addiction*, 89(2), 203-209.
4. Caplehorn, JR et al. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. In: *Substance Use and Misuse*, 31(2), 177-196.
5. Dark, S & Ross, J (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. In: *Addiction*, 97, 1383-1394.
6. Gronbladh, L et al. (1990). Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 82 (3), 223-227.
7. Jones, R et al. (2002). Recent contact with health and social services by drug misusers in Glasgow who died of a fatal overdose in 1999. In: *Addiction*, 97, 1517-1522.
8. Kreek, MJ & Frank, JV (2002). History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 93-105.
9. Langendam, MW et al. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. In: *American Journal of Public Health*, 91(5), 774-80.
10. Quaglio, G et al. (2001). Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death. In: *Addiction*, 96, 1127-1137.
11. Sælan, H. (2003). Stofrelaterede dødsfald i København. 1997 til 1999. Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner.
12. Vormfelds, SV & Poser, W (2001). Death attributed to methadone. In: *Pharmacopsychiatry*, 34(6), 217-22.
13. Zador, DA (2000). A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. In: *Drug Safety*, 23(3), 179-190.
14. Zador, DA & Sunjic, SD (2000). Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995. *Addiction*, 95(1), 77-84.
15. Zador, DA & Sunjic, SD (2002). Methadone-related deaths and mortality rate during induction into methadone maintenance, New South Wales 1996. In: *Drug and Alcohol Review*, 21(2), 131-136.
16. Zanis, DA & Woody, GE (1998). One-year mortality rates following methadone treatment discharge. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 257-260.