

EVALUERING AF ORDNING MED  
LÆGEORDINERET HEROIN  
TIL STOFMISBRUGERE  
2010 – 2012

2013

## **Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010 – 2012**

© Sundhedsstyrelsen, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen

Axel Heides Gade 1

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: lægeordineret, heroin, narkotika, stofmisbrugere, misbrug, SF-36, injicerbar

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 12.08.2013

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-509-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, august 2013.

# Indhold

<b>1</b>	<b>Resumé</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Introduktion</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Baggrund</b>	<b>9</b>
3.1	Lovgrundlag	9
3.2	Rammer, krav og kriterier	9
3.3	Etablering af heroinklinikkerne	11
3.4	Uddannelse af personale	11
<b>4</b>	<b>Metode og datakvalitet</b>	<b>13</b>
4.1	Datagrundlag	13
4.2	Datakvalitet	13
4.3	Årsager til problemerne med datakvaliteten	14
4.4	SF-36 spørgeskemaet	15
4.5	Andre datakilder	16
4.5.1	Artikel om ordningen set fra patienternes synsvinkel	16
4.5.2	Mailkorrespondance med behandlingsstederne	16
<b>5</b>	<b>Resultater – data fra IHM-databasen</b>	<b>17</b>
5.1	Indskrivninger, antal behandlede og udskrivninger	17
5.1.1	Antal indskrivninger fordelt på de fem klinikker	17
5.1.2	Antal patienter i behandling fordelt på køn og alder	18
5.1.3	Udskrivninger	18
5.2	Profil ved indskrivning og ved 1. og 2. opfølgning	19
5.2.1	Tidligere behandling med methadon	19
5.2.2	Samlivssituation	20
5.2.3	Boligforhold	20
5.2.4	Indtægtsforhold	22
5.3	Misbrugsanamnese ved indskrivning og ved 1. og 2. opfølgning	24
5.3.1	Illegale rusmidler	24
5.3.2	Alkohol	25
5.3.3	Risikoadfærd	26
5.3.4	Penge brugt på rusmidler	27
5.3.5	Kriminel adfærd	28
5.4	Fysiske og psykiatriske sygdomme	28
5.4.1	Direkte injektionsrelaterede somatiske sygdomme	29
5.4.2	Ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme	31
5.4.3	Antal psykiatriske sygdomme per patient	33
5.4.4	De hyppigste psykiatriske sygdomme	34
5.4.5	Selvvrideret helbred	36
<b>6</b>	<b>Bivirkninger</b>	<b>38</b>

<b>7</b>	<b>Patientperspektiv</b>	<b>39</b>
7.1	Behandling	39
7.2	Kontrol	40
7.3	Overvågning	40
7.4	Fremmøde og hverdag	40
7.5	Injektion	41
7.6	Rusvirkning	41
7.7	Sidemisbrug	41
7.8	Kriminel adfærd	41
7.9	Sociale tiltag	42
<b>8</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>43</b>
<b>9</b>	<b>Alternativer til injektion</b>	<b>44</b>
9.1	Godkendte og markedsførte heroinprodukter i EU	44
9.2	Tabletter	44
9.3	Rygeheroin	45
9.4	Andre administrationsformer	46
9.5	Tag-med-hjem heroin	46
<b>10</b>	<b>IHM-databasen</b>	<b>48</b>

# 1 Resumé

Fra 1. marts 2009 har behandling med lægeordineret heroin til injektion været tilladt i Danmark. De første klinikker åbnede i april 2010. Der er oprettet fem klinikker i hele landet i henholdsvis København, Hvidovre, Odense, Århus og Esbjerg.

Patienterne injicerer heroinen under overvågning af sundhedsfagligt personale på klinikkerne, og gør dette op til to gange dagligt, hver dag, året rundt. Der er tale om en højt specialiseret sundhedsfaglig behandling, og det sundhedsfaglige personale skal leve op til særlige uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige krav opstillet af Sundhedsstyrelsen.

Patienterne hører til gruppen af ”hard to treat”-patienter, det vil sige patienter, som er interesserede i at få hjælp for deres misbrugsproblematik, men som er svære at hjælpe tilstrækkeligt i den konventionelle behandling med peroral methadon. Der er tale om en gruppe, som har flere tidligere længerevarende behandlingsforløb med peroral methadon bag sig inden de starter behandlingen med lægeordineret heroin. Formålet med behandlingen er i første omgang at forebygge en forværring af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt.

Denne evaluering er primært baseret på den lægelige indberetning af data til Statens Serum Instituts database for injicerbar heroin og methadon (IHM-databasen). Undersøgelsens resultater må tages med forbehold, da der er relativt få deltagere og data er ikke altid indsamlet på de planlagte tidspunkter. Selvom datakvaliteten ikke er optimal, især med henblik på ændringer over tid, kan der dog alligevel siges en del om ordningens effekt.

Indtil udgangen af december 2012 har der været indskrevet 252 patienter i klinikkerne, heraf 128 i Københavnsområdet. Der var 70 af de indskrevne, der blev udskrevet igen. De største enkelte årsager til ophør var ønsket om at gå tilbage til konventionel substitutionsbehandling eller anden stofmisbrugsbehandling (17 patienter) og ønsket om stoffrihed og derfor overgang til stoffri døgnbehandling (9 patienter). Der er forskel på de patienter, der har været i behandling i kortere tid og de patienter, der har været i behandlingen i længere tid. De patienter, vi kan følge over længere tid, havde færre afbrudte behandlingsforløb og længere behandlingstid med methadon bag sig, de havde mindre misbrug af illegale stoffer og brugte mindre tid på kriminel adfærd ved indskrivningen. Der var fire med lønindkomst ved indskrivningen. Den ene har været indskrevet i så kort tid, at der ikke er opfølgingsdata. Af de tre, vi kan følge i længere tid, formåede en ikke at holde fast i lønindkomsten under behandlingen. Endelig var der en lavere andel med behandlingskrævende psykiatrisk sygdom ved indskrivningen blandt dem, vi kan følge i længere tid, hvilket dog ændrede sig, da nogle af disse fik diagnosticeret ADHD, som led i den udredning, der finder sted i forbindelse med behandlingen.

Generelt er der tale om en socialt belastet gruppe. Det var kun knapt to ud af tre, der havde egen bolig og næsten en ud af tolv, der boede på gaden ved starten af behandlingen. Hovedparten var enlige og indtægtsgrundlaget var hovedsagligt kontanthjælp og førtidspension. For de, der bliver i behandlingen, ses forbedrede boligforhold, idet flere har egen bolig og færre bor på gaden ved anden opfølgning. En større andel er kommet på førtidspension, mens en mindre andel er på kontanthjælp. Ingen angiver at ernære sig udelukkende ved illegale aktiviteter ved anden opfølgning.

Før indskrivning i heroinbehandling brugte hver patient i gennemsnit 7.500 – 8.500 kr. om måneden på illegale rusmidler og fem til syv dage om måneden på illegale aktiviteter for at skaffe pengene. Efter nogen tids behandling faldt beløbet markant, idet patienterne kun brugte i gennemsnit 2.000 kr. ved anden opfølgning og kun to dage på illegale aktiviteter.

Der ses også en tydelig reduktion i risikoadfærd og sidemisbrug under behandlingen. Antallet af dage med misbrug af især illegal methadon og heroin faldt markant. Brugen af ikke lægeordnede benzodiazepiner faldt ligeledes lidt. Antallet af dage med brugen af hash var uændret, idet det anvendes i gennemsnit 14 ud af 30 dage. Som følge af, at der var langt mindre misbrug af illegal methadon og heroin har stort set ingen delt værktøj (sprøjter, kanyler mv.) ved anden opfølgning. Det afspejler sig også i et markant fald i antallet af lokale infektioner og karskader.

Der er desuden tale om en helbredsmæssigt belastet gruppe. Ved indskrivningen havde tre ud af fire en direkte injektionsrelateret sygdom, hyppigst kronisk hepatitis C, og halvdelen en ikke-injektionsrelateret sygdom, hyppigst ernærings sygdom (hovedsagelig vitamin D mangel) og kronisk lungesygdom (KOL og/eller astma). Flere fik konstateret somatiske sygdomme i behandlingsforløbet og hver patient fik i gennemsnit flere diagnoser.

Fire ud af ti havde udover misbrugstilstanden en eller flere psykiatriske diagnoser, hyppigst var angst- og depressionstilstande. Ved anden opfølgning ses en stigning i andelen af diagnosticerede med ADHD.

Opgørelsen af patienternes selvvaluerede helbred viser, som også de øvrige data, at der er tale om en fysisk og socialt belastet gruppe, der på alle parametre scorer betydeligt lavere end den generelle danske befolkning. Desværre viser resultaterne, at patienterne selv oplever at få det værre på stort set alle parametre i løbet af behandlingen. Den eneste marginale forbedring er et bedre psykisk velbefindende.

Der har været 19 tilfælde af svær overdosering, hvor det i de fleste tilfælde har været nødvendigt at give modgiften, naloxon, og flere hundrede tilfælde af mildere overdoseringstilfælde, hvor der er givet ilt. Overdoseringstilfældene sker hyppigst hos patienter, der har taget benzodiazepiner før behandlingen. Der er desuden set et par krampetilfælde hos patienter med sidemisbrug af centralstimulerende stoffer, hvoraf nogle måtte indlægges. Behandlingen giver sjældent anledning til allergiske reaktioner. Kun en måtte ophøre på grund af dette.

En kvalitativ undersøgelse af patienterne i behandling, viser, at de oplever, at behandlingen med heroin er bedre end behandlingen med methadon, og at heroinen spiller en vigtig rolle i behandlingen. Andre dele af behandlingen som eksempelvis overvågning, fremmøde, behandlingens struktur og den tid, som skal sættes af til behandlingen, opleves som de nødvendige omkostninger, som behandlingen har. Undersøgelsen peger på, at der gennem behandlingen opnås en gevinst i form af en normalisering af tilværelsen med mindre kriminalitet, mindre misbrug og mere struktur, hvad også de øvrige data tyder på. Flere oplyser, at de gennem behandlingen med heroin har oplevet at få en hverdag. Denne hverdag er betinget af den struktur, som behandlingen med heroin fører med sig.

Alt i alt må det konkluderes at ordningen har været en succes i forhold til at forbedre stofmisbrugerens sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden. Det psykiske velbefindende ser ud til at forbedres, mens flere får konstateret fysiske sygdomme som følge af, at de

kommer under mere ordnede forhold med daglig kontakt til sundhedspersonale og regelmæssige lægesamtaler, undersøgelse og behandling. Dette ser ud til at påvirke det selvvaluerede fysiske helbred i negativ retning. Energiniveauet er langt lavere end for befolkningen generelt og ændrer sig ikke under behandlingen. Der er et relativt stort andel, der udskrives igen, særligt på nogle af klinikkerne, og data indikerer at det i højere grad er de mere belastede misbrugere, der udskrives igen. Nogle af de udskrevne går tilbage til konventionel substitutionsbehandling, enten permanent eller en periode. Frafaldet er på linje med det, der er set under den tilsvarende schweiziske ordning og på linje med frafaldet i konventionel substitutionsbehandling.

Der er nogle misbrugere af heroin, der ikke kan rummes i den nuværende ordning. Såfremt disse misbrugere ønskes inkluderet i ordningen, kan Sundhedsstyrelsen anbefale, at ordningen udvides med indtagelse af heroin i tabletform. Der vil være grundlag for at anvende tabletter, hvis injektion ikke er mulig på grund af patientens beskadigede vener, hvis omstilling af patienten til methadonbehandling ikke er tilstrækkelig, eller hvis patienten ønsker at forblive i heroinbehandling, men ønsker at ophøre med injektion. Der vil desuden være grundlag for at anvende tabletformen til kroniske heroinmisbrugere, der ikke er injektionsbrugere fx misbrugere af rygeheroin.

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut vil anbefale, at indberetningerne til Statens Serum Instituts database for injicerbar heroin og methadon (IHM-databasen) fortsætter. Det er forventningen at datakvaliteten forbedres, når ordningen er bedre implementeret og opstartsproblemerne med indberetningssystemet er løst. Data giver et værdifuldt bidrag til kvalitetssikring af ordningen. Såfremt ordningen udvides med tabletter, vil der være behov for at tilpasse databasen til også at kunne omfatte denne behandlingsform.

## 2 Introduktion

Behandling med lægeordineret heroin som led i substitutionsbehandling af opioidafhængige stofmisbrugere har været tilladt i Danmark siden marts 2009.

De første klinikker åbnede i april 2010 og behandlingen tilbydes nu på fem særlige heroinklinikker i henholdsvis Københavns Kommune, Hvidovre, Odense, Århus og Esbjerg.

Denne rapport er en evaluering over heroinbehandlingen i Danmark fra iværksættelsen frem til den 31. december 2012, hvor alle klinikker har været i drift i mindst to år.

Sidst i rapporten er en redegørelse for hvilke muligheder, der findes for en udvidelse af heroinordningen med andre administrationsformer, og en vurdering af, hvorvidt der er sundhedsfagligt grundlag for at give patienterne mulighed for at tage behandlingen med hjem til selvadministration.



## 3 Baggrund

### 3.1 Lovgrundlag

Sundhedsloven udstikker de overordnede rammer for behandlingen, og det fremgår af loven, at det er kommunen, der skal tilbyde vederlagsfri behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug må som hovedregel kun foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner. Dette fremgår af Autorisationsloven.

Heroin kan anvendes i medicinsk øjemed som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug. Det fremgår af loven og bekendtgørelsen om euforiserende stoffer.

Lægeordineret heroinbehandling skal ske med farmaceutisk heroin (lægemiddel) og lægemidlet skal være godkendt til behandling af opioidafhængighed. De generelle regler for lægemidler fremgår af Lægemiddeloven. For at et lægemiddel kan anvendes i Danmark skal det være godkendt enten i Danmark eller i et andet EU land. En forudsætning for godkendelse til brug i klinisk praksis, er blandt andet at kliniske forsøg har vist at fordelene ved behandlingen overstiger bivirkningerne. For at det kan sælges i Danmark skal det derudover have en markedsføringstilladelse. Det er producenten, der skal ansøge om denne. Lægemidler, der ikke har en markedsføringstilladelse i Danmark, men i et andet EU land, kan i et begrænset tidsrum og i en begrænset mængde anvendes efter særlig tilladelse fra Sundhedsstyrelsen (udleveringstilladelse). Det er den behandlende læge, der skal ansøge om denne. Lægemidler, der tilberedes på et apotek til den enkelte patient efter recept fra en læge eller en dyrlæge, såkaldte magistrelle lægemidler, er dog undtaget fra kravet om markedsføringstilladelse. Magistrelle lægemidler kan ikke forhandles over landegrænser.

Lægeordineret behandling med afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling for stofmisbrug, skal ud over at opfylde helt specielle krav til denne behandlingsform også opfylde de almindelige krav til kvalitet, sikkerhed og effekt af behandlingen. Forskning tyder på, at stofafhængighed er en kronisk sygdom, der har fællestræk med andre kroniske sygdomme, såsom type-2 diabetes og forhøjet blodtryk, og de behandlinger, der tilbydes heroinmisbrugere, skal derfor være baseret på den bedst tilgængelige videnskabelige evidens. Lægen er, som ved al anden behandling, underlagt kravet om omhu og samvittighedsfuldhed.

Reglerne om ordination af og behandling med heroin fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar heroin ved opioidafhængighed.

### 3.2 Rammer, krav og kriterier

Behandlingen med lægeordineret heroin skal foregå i tilslutning til allerede eksisterende behandlingssteder.

Behandling med lægeordineret heroin forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer.

Iværksættelse af behandling med heroin kan kun foregå i tilknytning til behandlingsstilbud for behandling af opioidafhængighed, og kan kun foregå på behandlingssteder med særlig tilladelse fra Sundhedsstyrelsen, der har fastsat krav til sikkerhedsforanstaltninger for opbevaring, modtagelse og regnskab. Behandling med heroin kan ikke foregå på sygehus eller i kriminalforsorgens regi.

Behandling med heroin er en sundhedsfaglig specialopgave. Behandlingen er mere kompleks og risikofyldt end konventionel, peroral methadonbehandling, og der stilles derfor specifikke krav til faglige kompetencer og personalenormering.

Sundhedsstyrelsen skal godkende de behandlingsansvarlige læger med tilladelse til at ordinere heroinen, og den behandlingsansvarlige læge skal have indgående erfaring med stofmisbrugsbehandling. Lægen skal være speciallæge inden for relevant speciale (fx almen medicin, psykiatri, samfundsmedicin, intern medicin) og skal kunne dokumentere solid klinisk erfaring fra stofmisbrugsbehandling.

Lægeordineret heroin kan udelukkende indtages ved selvadministration og under supervision af sundhedspersonale på klinikkerne. Typisk vil patienterne møde frem til behandling to gange dagligt, henholdsvis om morgenen og igen om eftermiddagen. Herudover får de peroral methadon til natten, enten ved indtagelse i tilslutning til den sene heroininjektion eller ved 'tag-med-hjem-dosis' til indtagelse uden for klinikken. Lægemidlet heroin gives aldrig med hjem. Heroin-klinikkerne har derfor indtil videre været åbne for behandling 8-10 timer dagligt alle årets dage.

Behandling med heroin kræver som minimum tilstedeværelse af en læge eller mulighed for hurtig kontakt til en læge, samt tilstedeværelse af mindst to autoriserede sundhedsuddannede personer i injektionsklinikkenes åbningstid.

Indikationen for behandling med heroin er et fortsat intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider, på trods af længerevarende substitutionsbehandling med peroral methadon (mindst 12 måneder), hvor patienten har eller er truet af alvorlige helbreds-mæssige komplikationer. Den lægelige indikation for behandling med injicerbar heroin skal som minimum vurderes hvert halve år og vil altid foregå i kombination med peroral methadonbehandling.

Behandling med injicerbar heroin forudsætter herudover:

- Alder over 18 år
- Ingen aktiv eller ubehandlede sværere psykiatrisk lidelse, der gør, at patienten ikke kan medvirke til injektionsbehandlingen
- Ingen sværere somatisk lidelse, som kontraindicerer behandling
- Intet betydende alkoholmisbrug; dvs. at patienten skal være i stand til fremmøde to gange dagligt uden sværere alkoholpåvirkning eller alkohol-abstinenssymptomer
- Intet betydende benzodiazepinmisbrug. Patienter i stabil behandling med benzodiazepiner er ikke ekskluderet fra injektionsbehandling
- Ingen graviditet, amning eller aktuelle planer om graviditet
- Accept af krav om fremmøde og superviseret selvadministration af injektionsbehandlingen.

Sundhedsstyrelsen vurderede som udgangspunkt for heroinordningen, at ca. 10 % af det samlede antal personer i længerevarende substitutionsbehandling med methadon ville kunne opfylde kriterierne for behandling med lægeordineret heroin, svarende til erfaringerne fra udlandet.

På denne baggrund skønnede Sundhedsstyrelsen, at ca. 280 personer både ville opfylde kriterierne og ønske at indgå i heroinbehandling i Danmark. På dette tidspunkt har der været indskrevet 252 i behandling.

### 3.3 Etablering af heroinklinikkerne

Efter at det i marts 2009 blev muligt at tilbyde behandling med lægeordineret heroin, fulgte en etableringsfase af klinikkerne. Etableringen af klinikkerne har været en udfordrende og omfattende opgave, da klinikkerne blandt andet skulle sikre opfyldelse af de særlige sikkerhedsmæssige krav til medicinopbevaring- og håndtering, og hvor klinikkerne skulle godkendes af både Lægemiddelstyrelsen (nu Sundhedsstyrelsen) og Rigspolitiet, før behandling kunne finde sted. Yderligere skulle klinikkerne indrettes til det særlige formål, hvor faciliteter til medicinudlevering, injektionsrum og observationsmuligheder skulle etableres. Endeligt skulle der rekrutteres personale, herunder sundhedsfagligt personale, som opfyldte kravene i Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed.

Personalet er overvejende rekrutteret fra de eksisterende methadonbehandlingstilbud, og typisk arbejder personalet både i heroinklinikken såvel som i afdelinger med methadonbehandling. Dette har sikret, at der har kunnet rekrutteres læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og socialt personale med stor erfaring fra misbrugsbehandling.

Behandling med lægeordineret heroin er etableret på fem klinikker i tilslutning til den eksisterende substitutionsbehandling i kommunerne. Klinikkerne er åbnet på forskellige tidspunkter. Således startede behandling på Valmuen i Københavns Kommune og i KABS Hvidovre omkring primo april 2010. Rusmiddelcenter Odense åbnede for heroinbehandling nogle måneder senere, og endeligt åbnede heroinklinikkerne i henholdsvis Århus og Esbjerg omkring december 2010.

I København er valgt at etablere en selvstændig heroinklinik, hvor der udelukkende kommer patienter i heroinbehandling. I Odense, KABS Hvidovre, Århus og Esbjerg er heroinbehandling placeret i allerede eksisterende methadonbehandlingstilbud, hvor der således er blevet etableret særskilt injektionsrum og observationsfaciliteter.

### 3.4 Uddannelse af personale

I forbindelse med kvalificering af personale til heroinklinikkerne, har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KABS viden etableret et nationalt uddannelsesprogram. I uddannelsesprogrammet sikres, at det sundhedsfaglige personale er undervist i de lovgivningsmæssige rammer for behandlingen, at de får et grundigt kendskab til Sundhedsstyrelsens vejledninger om henholdsvis behandling og medicin håndtering, at de får et grundigt kendskab til de farmakologiske principper for behandling med injicerbar heroin i kombination med peroral methadon og bliver i stand til at

foretage en sikker og fleksibel medicinering. Uddannelsesprogrammet omfatter også undervisning i misbrugsrelaterede sygdomme og i håndtering af akutte rusmid-delforgiftninger. I undervisningsprogrammet er medinddraget undervisere fra heroinklinikkerne i henholdsvis England og Schweiz. Yderligere er etableret ERFA-grupper for sygeplejerske og læger, som løbende mødes og diskuterer relevante kliniske problemstillinger.

KABS Viden afholdt grundkursus i heroinbehandling for de sundhedspersoner, som er involveret i behandling med heroin i januar og november 2010. Der har ikke efterfølgende været afholdt grundkurser, men KABS Viden har planer om et nyt kursus i 2013. Ved nyt personale, har klinikkerne selv lokalt stået for undervisning/oplæring af personalet i blandt andet indberetning af data.

KABS Viden har i 2011 og 2012 afholdt nationale ERFA-gruppemøder for personalet i heroin-klinikkerne.

## 4 Metode og datakvalitet

### 4.1 Datagrundlag

Denne evalueringsrapport er primært baseret på den lægelige indberetning af data til Statens Serum Instituts database for injicerbar heroin og methadon (IHM-databasen) (tidligere Sundhedsstyrelsens database). Indberetningerne skal finde sted ved iværksættelse af behandling og herefter løbende hvert halve år. Databasen omfatter spørgsmål om stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selvvalueret helbredsopfattelse (SF-36 skema), samt spørgsmål om social belastning og kriminalitet. Alle skemaer udfyldes af sundhedspersoner sammen med patienten. I Odense udfylder sygeplejerskerne SF-36 skemaerne, og lægen udfylder helbredsoplysninger med diagnosekode. På de øvrige klinikker er det udelukkende læger, der udfylder skemaerne ved indskrivning og opfølgning. En detaljeret beskrivelse af og vejledning til hvordan indberetningsskemaet skal udfyldes fremgår af 'Fællesindhold for indberetning til Sundhedsstyrelsens (nu Statens Serum Instituts) database for injicerbar heroin og methadon' fra 2010 (2. udgave).

Data omfatter indberettede data fra registerstart den 1. april 2010 til den 31. december 2012.

### 4.2 Datakvalitet

Der har været en del problemer med at få udfyldt og indberettet data efter kravene i 'Fællesindholdet'. Årsagerne skal primært findes i problemer med IT og vanskeligheder med at få patienterne til at møde op til aftalt tid.

Det har været hensigten, at patienterne skulle udfylde et spørgeskema inden de startede behandling (grundskema) og herefter et opfølgningsskema med 6 måneders interval. Dette er imidlertid i betydeligt omfang ikke sket som forventet. Ud af 261 grundskemaer, er det kun 137, der er udfyldt før eller samme dag som behandlingen startede. De øvrige grundskemaer er først udfyldt efter behandlingsstarten.

Sundhedsstyrelsen blev ved midtvejsevalueringen i 2011 klar over, at der var problemer med at opfylde kravene i 'Fællesindholdet' og holdt et møde med klinikkerne i december 2011 med henblik på at forbedre datakvaliteten. Der er sket betydelige forbedringer herefter, men der er stadig problemer.

Data fra den 1. januar 2012 og frem viser, at der stadig er mange grundskemaer, der først udfyldes efter behandlingsstart (25 ud af 83). I gennemsnit går der 36 dage fra behandlingsstart, men der kan være gået helt op 346 dage. Før den 1. januar 2012 gik der dog betydeligt længere tid - i gennemsnit 141 dage.

Opfølgningerne er heller ikke sket helt som forventet, idet der mellem grundskema og første opfølgningsskema er et gennemsnitligt antal dage på 227. Men der kan være gået helt op til et år. Før den 1. januar 2012 gik der i gennemsnit 250 dage og enkelte blev først udfyldt efter næsten 2 år.

Imellem første og anden opfølgning er der i 2012 i gennemsnit gået 145 dage med en spredning på mellem 87 og 184 dage. Her er der således kortere tid end ønsket mellem de to opfølgninger. Før den 1. januar 2012 gik der i gennemsnit 233 dage.

Der er således sket en forbedring af data i 2012 i forhold til tidligere år, men kvaliteten er fortsat ikke optimal.

I alle årene er der desuden færre opfølgningsskemaer end forventet i forhold til antal indskrevne, den tid, de har været indskrevet og antal udskrivinger. Der er således kun 36 patienter, der har gennemført tredje opfølgning og fem, der har gennemført fjerde. Data for tredje og fjerde opfølgning vises ikke i denne rapport på grund af det lille antal. Der har også været et relativt stort antal udskrivinger, idet 27,8 % af de indskrevne (70 patienter) er gået ud af behandlingen igen (se resultat-afsnit).

På grund af de meget svingende tidsintervaller mellem grundskema, første og anden opfølgning er det vanskeligt at fortolke data i forhold udviklingen over tid, så de beskrevne resultater skal tages med et vist forbehold.

Vi har i denne rapport valgt at vise indskrivningsdata for alle de patienter, der har været indskrevet (252), sammenlignet med indskrivningsdata for de patienter, der har gennemført to opfølgninger (107). Disse data kan indikere, om der er forskel mellem de patienter, der udskrives igen og/eller de patienter, der ikke møder til de planlagte samtaler, i forhold til de patienter, der deltager i længerevarende behandling. Der skal dog tages et forbehold for, at der i gruppen af alle indskrevne, også er patienter, der er indskrevet inden for det sidste halve år, og som derfor ikke har fået lavet opfølgningsinterview. Disse udgør dog en mindre andel. Desuden viser vi data for indskrivning, første og anden opfølgning for de patienter, der har deltaget i mindst to opfølgninger. Disse data kan sige noget om udviklingen over tid, selvom data er behæftet med den ovenfor nævnte usikkerhed. De ændringer vi observerer, er formentlig mindre end de reelle, på grund af den høje andel, der først har udfyldt skemaet efter behandlingsstart. Fra litteraturen vides, at de største forandringer sker i begyndelsen af behandlingen. Det mest optimale ville være kun at medtage de personer, der opfylder kravene i 'Fællesindholdet' (indskrivningsskema udfyldt før behandlingsstart og opfølgninger hvert halve år), men det resulterer i at datagrundlaget bliver alt for lille til at være konklusivt.

Data kan ikke meningsfuldt analyseres med henblik på forskelle i køn, alder og behandlingssted over tid, som ellers kunne være interessante parametre at belyse, idet datagrundlaget er for lille.

Der har kun været indskrevet 25 i behandling med injicerbar methadon i perioden og på baggrund af det lille antal er data i evalueringen udelukkende baseret på indberetninger vedrørende patienter i behandling med injicerbar heroin.

### 4.3 Årsager til problemerne med datakvaliteten

Sundhedsstyrelsen har med hjælp fra KABS Viden rettet henvendelse til de fem behandlingssteder for at få en beskrivelse af årsagerne til problemerne med indberetningerne.

Alle klinikker undtagen Esbjerg har beskrevet, at de har - og har haft - mange IT-problemer. Der har været problemer med at signaturer til indberetningssystemet

(SEI) ikke har virket og problemer med adgangen til SEI eller server, enten ved lang log-in tid eller fejlkoder ved forsøg på at logge på. Desuden har skemaerne i nogle tilfælde ikke kunne sendes til SEI. En klinik angiver, at der var 1½ måned, hvor de ikke kunne sende. De anvendte computere har ikke altid SEI installeret, og det kan tage op til uger at få IT-afdelingen til at (gen)installere programmet. Opgaven har tilsyneladende ikke haft høj prioritet i IT-afdelingerne i kommunerne. Flere angiver desuden, at det har været svært at få relevant hjælp ved problemer og spørgsmål til systemet.

Udover IT-problemerne beskriver klinikkerne, at der rent administrativt har været forsinkelser på registrering af skemaerne (både grundskema og opfølgninger), hvilket blandt andet skyldes:

- Arbejdet med at få patienterne ind til udfyldelse af skemaerne er en udfordring og relativt tidskrævende. Når patienterne udebliver fra den planlagte tid, sker der en forsinkelse i forhold til indberetning. Andre patienter undlader helt at komme, hvorfor indberetningerne mangler.
- I perioder med IT-problemer har det været vanskeligt at få udfyldt indberetningerne til tiden, og det har været nødvendigt for en af klinikkerne at udfylde skemaerne på papir. Nogle af disse papirskemaer er gået tabt, og ikke mulige at gendanne.
- En klinik beskriver, at der har været en misforståelse af hvor hyppigt, der skal være opfølgning. Klinikken har i en periode lavet opfølgninger efter et år og ikke et halvt år som beskrevet i "Fællesindholdet".
- En del af de brugere, der er ophørt er ikke blevet afsluttet korrekt, hvilket også bidrager til en ujævn indberetning.
- En klinik har på grund af sygdom haft forsinkelser på indberetningerne.
- Det er tidskrævende at få overblik over, hvornår der skal foretages opfølgning, hvilket kan være årsag til at der ikke indberettes til tiden. Der mangler en funktionalitet, som kan udtrække dato for næste opfølgning.
- Endelig angiver nogle, at kan det være svært at finde tid og overskud til indberetningerne i en travl hverdag.

Samlet har ovenstående udfordringer være med til at indberetning af både grundskemaer og opfølgningsskemaer ikke har leveret data som forventet.

Sundhedsstyrelsen vil indskærpe over for de behandlingsansvarlige overlæger, at data vedrørende den lægelige behandling med heroin skal indberettes som beskrevet i den gældende vejledning og nærmere uddybet i 'Fællesindholdet'.

#### 4.4 SF-36 spørgeskemaet

Det er valgt at anvende SF-36 spørgeskemaet til måling af patienternes selvvalgte helbred. Selvvaldet helbred er det mest enkle mål for helbredstilstand. Selvvaldet helbred er i mange undersøgelser fundet at være en god prædikator for sygelighed og død. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, jo større er risikoen for død og udvikling af sygdom i en given opfølgningsperiode.

SF-36 spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvalgte helbred og dels at spørge ind til faktorer, der kan måle både fysisk, social og psykisk funktionsevne.

Spørgeskemaet består af 36 spørgsmål som er inddelt i otte skalaer, hvor halvdelen samles i et summarisk mål for fysisk helbred og den anden halvdel i et summarisk mål for psykisk helbred, hvorved man opnår en vurdering af personens samlede helbred.

Spørgeskemaerne bidrager på denne måde til at vurdere om patienter i heroinbehandling generelt får en bedre fysisk og psykisk funktionsevne, har bedre selv vurderet helbred i forbindelse med heroinbehandlingen og dermed om indsatsen som helhed har fungeret efter hensigten.

På grund af problemerne med datakvaliteten skal resultaterne af SF-36 spørgsmålene, ligesom for de øvrige resultater, tages med forbehold, både når det gælder udviklingen over tid, og når det gælder den enkelte score. Der skal et vist patientgrundlag til for at styrken af scoren er statistisk signifikant. For at kunne identificere en forskel på 0,1 over tid for 'fysisk betinget begrænsning' skal der være minimum 118 personer i gruppen og for 'psykisk betinget begrænsning' skal der være 111. De 107 patienter, der er i længerevarende behandling er således lige i underkanten.

## 4.5 Andre datakilder

### 4.5.1 Artikel om ordningen set fra patienternes synsvinkel

Sundhedsstyrelsen har fundet det interessant, at inddrage kvalitative data i evalueringen for at undersøge patienternes perspektiv på ordningen. Derfor er artiklen "Brugerperspektiver på heroinbehandling – de første resultater" af Katrine Schepele Johansen fra STOF, nr. 16, 2011 inddraget. Artiklen danner baggrund for afsnittet om patientperspektivet.

### 4.5.2 Mailkorrespondance med behandlingsstederne

Oplysninger om bivirkninger, herunder overdosistilfælde, indgår ikke i IHM-databasen. Data vedrørende dette er derfor baseret på mailkorrespondance med behandlingsstederne. Ligesom oplysninger om årsagerne til den utilstrækkelige datakvalitet.



## 5 Resultater – data fra IHM-databasen

### 5.1 Indskrivninger, antal behandlede og udskrivninger

#### 5.1.1 Antal indskrivninger fordelt på de fem klinikker

Der er indskrevet 252 patienter i heroinbehandling i perioden fra april 2010 til december 2012. De 9 har været indskrevet mere end en gang, og der har derfor i alt været 261 indskrivninger.

Der har været flest indskrivninger i Valmuen, København (88), efterfulgt af Rusmiddelcenter, Odense (68), KABS Hvidovre (40), Esbjerg (33) og Århus (32). Der har stort set været lige mange indskrivninger per år, henholdsvis i alt 85, 93 og 83 på landsplan (tabel 1). Valmuen har som den eneste klinik haft begrænset tilgang til behandlingen af organisatoriske/administrative grunde. Dette har haft en indflydelse på den naturlige tilgang til heroinbehandling i København, idet det ikke har været muligt at tilbyde alle egnede patienter en behandling. Det vides ikke, hvor mange der har ønsket, men ikke fået behandlingstilbuddet.

**Tabel 1.** Antal indskrivninger i heroinbehandling, fordelt på år, behandlingssted og køn

	<b>Valmuen, København</b>	<b>KABS, Hvidovre</b>	<b>Rusmid- delcenter Odense</b>	<b>Århus</b>	<b>Esbjerg</b>	<b>I alt</b>
<b>2010</b>						
Mænd	29	15	9	6	0	61
Kvinder	11	6	6	1	2	24
<b>I alt</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>85</b>
<b>2011</b>						
Mænd	28	6	14	8	5	66
Kvinder	5	2	9	6	10	27
<b>I alt</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>93</b>
<b>2012</b>						
Mænd	10	10	24	1	12	66
Kvinder	5	1	6	10	4	17
<b>I alt</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>83</b>
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>40</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>261</b> *

\*Der er indskrevet 252 patienter i heroinbehandling. De 9 har været indskrevet mere end en gang, og der har derfor i alt været 261 indskrivninger.

### 5.1.2 Antal patienter i behandling fordelt på køn og alder

Der har som nævnt i alt været indskrevet 252 patienter. En tredjedel er i aldersgruppen 35 - 54 år, og langt hovedparten (90 %) er mellem 25 – 54 år. Der er fire helt unge og 21 patienter over 54 år. Mændene dominerer, idet de udgør 73 % af de indskrevne (tabel 2).

**Tabel 2.** Antal indskrevne, fordelt på alder og køn

Aldersgruppe	Mænd	Pct.	Kvinder	Pct.	Total	Pct.
18-24	2	1,1	2	3,0	4	1,6
25-34	42	22,7	23	34,3	65	25,8
35-44	74	40,0	21	31,3	95	37,7
45-54	50	27,0	17	25,4	67	26,6
55-64	17	9,2	4	6,0	21	8,3
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

### 5.1.3 Udskrivninger

I alt er 70 patienter udskrevet af ordningen igen, heraf er to patienter indskrevet og udskrevet to gange. Ophøret har mange forskellige årsager:

- 14 ophørte på grund af skift til konventionel substitutionsbehandling
- 9 ophørte på grund af ønske om stoffrihed og overgik til døgnbehandling
- 3 overgik til anden døgnbehandling
- 10 kunne ikke rummes i behandlingstilbuddet på grund af voldelig adfærd
- 8 havde svært ved at følge behandlingen fx på grund af de hyppige fremmøder
- 6 ophørte på grund af afsoning
- 6 ophørte på grund af for stort sidemisbrug
- 5 havde en somatisk sygdom, der gjorde, at de ikke kunne fortsætte
- 3 døde i løbet af behandlingen af årsager, der ikke var knyttet til stofmisbruget
- 1 måtte ophøre på grund af indlæggelse
- 1 måtte ophøre på grund af overfølsomhed over for diacetylmorfin
- de sidste ophørte på grund af forskellige personlige årsager.

Der er stor forskel mellem de fem klinikker på, hvor mange af de indskrevne patienter, der ophører behandlingen igen – og hvor længe patienterne i gennemsnit har været indskrevet, før de stopper behandlingen. Frafaldprocenterne er:

- Esbjerg 57,1 %
- KABS Hvidovre 39,5 %
- Århus 32,3 %
- Rusmiddelcenter Odense 19,1 %
- Valmuen, København 18,4 %

Årsagerne til de relativt mange udskrivninger i Esbjerg skyldes blandt andet, at seks patienter gik tilbage til konventionel substitutionsbehandling, fire ønskede stoffrihed og overgik til døgnbehandling og to overgik til anden døgnbehandling. Af de seks, der overgik til døgnbehandling, er fire genindskrevet i heroinordningen igen. En måtte ophøre på grund af overfølsomhed over for diacetylmorfin. I gennemsnit var disse patienter indskrevet i 185 dage.

I Odense var patienterne i gennemsnit indskrevet 380 dage før de holdt op, i Valmuen 368 dage, i KABS Hvidovre 245 og i Århus 199 dage.

De danske resultater svarer i store træk til de erfaringer, der er gjort i den tilsvarende schweiziske heroinbehandlingsordning. Her er ca. 80 % af de indskrevne fortsat i heroinbehandling efter 1 år, ca. 55 % efter 2 år og knapt 20 % efter 15 år. På denne baggrund er resultaterne fra Valmuen og Odense over forventning, da ovenstående resultater er en samlet opgørelse for en treårs periode. Til sammenligning er fastholdelsen i konventionel substitutionsbehandling i Københavns Kommune ca. 85 % efter 1 år og 75 % efter 2 år.

## 5.2 Profil ved indskrivning og ved 1. og 2. opfølgning

De efterfølgende data viser en profil af patienterne ved henholdsvis indskrivning og ved 1. og 2. opfølgning.

Der har som nævnt været indskrevet 252 patienter, men det er kun 107 af disse, der har været så længe i behandling og/eller er mødt op til de planlagte interviews, at vi kan følge dem gennem længere tid.

Data for indskrivningen er vist for både alle de 252 indskrevne – og for de 107 patienter, der har gennemført to opfølgninger, mens der kun er vist data for 1. og 2. opfølgning for de 107 patienter.

### 5.2.1 Tidligere behandling med methadon

Antal tidligere længerevarende (> 6 måneder) behandlingsforløb i peroral methadonbehandling: 3,8 for alle de 252 indskrevne og 3,3 for de patienter, vi kan følge i længere tid (107 patienter).

Gennemsnitlig varighed i måneder af seneste, uafbrudte perorale methadonbehandling: 65,2 måneder for alle de 252 indskrevne og 82,6 måneder for de patienter, vi kan følge i længere tid (107 patienter).

Patienterne har således mere end tre afbrudte behandlingsforløb med methadon bag sig inden de starter i heroinbehandling, og det seneste forløb har været mere end

fem år. Tallene kunne endvidere tyde på, at de, der forbliver i længerevarende heroinbehandling, har færre afbrudte behandlingsforløb bag sig, og har været i behandling med methadon i længere tid (næsten 9 år), det vil sige en mere stabil gruppe patienter.

### 5.2.2 Samlivssituation

Hovedparten af de indskrevne er enlige (tabel 3) og dette forandrede sig ikke markant under behandlingen. Dog ses en tendens til, at der bliver flere enlige jo længere tid patienterne er i behandling (tabel 4).

**Tabel 3.** Samlivssituation de sidste 30 dage ved indskrivningen

Samliv	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	%	Antal	%
Enlig	190	75,4	75	70,1
Samlevende	58	23,0	30	28,0
Uoplyst	4	1,6	2	1,9
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

**Tabel 4.** Samlivssituation de sidste 30 dage ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Samliv	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Enlig	75	70,1	74	69,1	81	75,7
Samlevende	30	28,0	31	29,0	22	20,6
Uoplyst	2	1,9	2	1,9	4	3,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

### 5.2.3 Boligforhold

De indskrevne er en socialt udsat gruppe, idet kun 64,3 % havde en selvstændig bolig og knapt 8 % var hjemløse ved indskrivningen (tabel 5). De patienter, der bliver i længerevarende behandling, havde en lidt større andel med selvstændig bolig fra start (68,2 %), men også en lidt større andel af hjemløse (8,4 %). Ved anden opfølgning havde flere fået egen bolig (74,8 %), og færre boede på gaden (5,6 %) (tabel 6). Der er dog tale om meget små tal, idet ni patienter boede på gaden ved behandlingsstart og seks ved anden opfølgning. Ligeledes er det kun syv patienter, der har fået egen bolig.

**Table 5.** Boligform de sidste 30 dage ved indskrivningen

Samliv	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	%	Antal	%
Selvstændig bolig	162	64,3	73	68,2
Lejet værelse	16	6,3	10	9,3
Hos familie/ Venner	21	8,3	5	4,7
Støttebolig/ bofælles- skab/halvvejs hus	7	2,8	2	1,9
Familiepleje	0	0	0	0
Herberg/ Pensionat	14	5,6	3	2,8
Fængsel	1	0,4	0	0
Anden insti- tution	3	1,2	0	0
Gaden/ ingen bolig	20	7,9	9	8,4
Andet	8	3,2	5	4,7
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

**Table 6.** Boligform de sidste 30 dage ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Samliv	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Selvstændig bolig	73	68,2	82	76,6	80	74,8
Lejet værelse	10	9,3	13	12,1	13	12,1
Hos familie/ venner	5	4,7	2	1,9	1	0,9
Støttebolig/ bofælles- skab/halvvej shus	2	1,9	1	0,9	2	1,9
Familiepleje	0		0		1	0,9
Herberg/ Pensionat	3	2,8	2	1,9	1	0,9

Fængsel						
Anden institution					1	0,9
Gaden/ ingen bolig	9	8,4	6	5,6	6	5,6
Andet	5	4,7	1	0,9	2	1,9
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

#### 5.2.4 Indtægtsforhold

Langt størstedelen af de indskrevne er på overførselsindkomster. Således var 55,6 % på kontanthjælp ved indskrivningen og 34,1 % på førtidspension (tabel 7). For de patienter, der bliver i længerevarende behandling, var der en lidt større andel med lønindkomst og førtidspension, og en lidt mindre andel, der fik indkomst gennem illegale aktiviteter end for dem, vi ikke kan følge over tid. Ved anden opfølgning var andelen af patienter på førtidspension steget til 43,9 %. Andelen på kontanthjælp var faldet til 49,5 % (tabel 8). Ved indskrivningen havde kun fire en reel lønindkomst, tre af disse er blandt dem i længerevarende behandling. Den sidste med lønindkomst er startet inden for det sidste halve år. Den ene af de tre i længerevarende behandling mister sin lønindkomst i forløbet. Otte ernærer sig udelukkende ved hjælp af illegale aktiviteter ved indskrivningen. Tre af disse holder ved behandlingen, og ved opfølgningerne er der ingen af disse, der ernærer sig på denne måde.

**Tabel 7.** Hovedindtægtskilde de sidste 30 dage ved indskrivningen

Samliv	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	%	Antal	%
Lønindkomst	4	1,6	3	2,8
SU	0	0	0	
Arbejdsløshedsdagpenge	1	0,4	1	
Aktiveringsydelse/ løn med tilskud	0	0	0	
Sygedagpenge	6	2,4	1	
Kontanthjælp	140	55,6	58	
Revalideringsydelse	1	0,4	0	
Førtidspension/pension	86	34,1	40	

Fra familie, venner og lign.	0	0	0	
Illegale aktiviteter	8	3,2	3	
Prostitution	3	1,2	1	
Andet	2	0,8	0	
Vil ikke oplyse	1	0,4	0	0
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

**Table 8.** Hovedindtægtskilde de sidste 30 dage ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lønindkomst	3	2,8	2	1,9	2	1,9
SU	0	0	0	0	0	0
Arbejdsløshedsdagpenge	1	0,9	1	0,9	0	0
Aktiveringsydelse/ løn med tilskud	0	0	0	0	1	0,9
Sygedagpenge	1	0,9	1	0,9	2	1,9
Kontanthjælp	58	54,2	58	54,2	53	49,5
Revalideringsydelse	0	0	0	0	0	0
Førtidspension/pension	40	37,4	43	40,2	47	43,9
Fra familie, venner og lign.	0	0	0	0	0	0
Illegale aktiviteter	3	2,8	0	0	0	0
Prostitution	1	0,9	0	0	0	0
Andet	0	0	2	1,9	2	1,9
Vil ikke oplyse	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

## 5.3 Misbrugsanamnese ved indskrivning og ved 1. og 2. opfølgning

### 5.3.1 Illegale rusmidler

Ved indskrivning var der en hyppig forekomst af misbrug af andre stoffer end illegal heroin (tabel 9). Hyppigst sås misbrug af hash og benzodiazepiner, men også af ikke-ordineret methadon. Det ser ud til, at de der bliver i behandlingen i længere tid, har lidt færre dage med sidemisbrug fra start. Ved anden opfølgning ses en fallende tendens i misbrug af stoffer, særligt udtalt i forhold til illegal methadon og heroin (tabel 10).

**Tabel 9.** Gennemsnitlige antal dage indenfor de sidste 30 dage med brug af nedenstående stoffer ved indskrivningen

Stof (narkotika eller ikke-ordineret medicin)	Alle indskrevne (n=252)	Patienter i længerevarende behandling (n=107)
Substitutionsmedicin (ordineret)	28,7	28,1
Methadon (ikke ordineret)	5,8	4,7
Heroin (ikke ordineret)	11,9	9,2
Andre opioider (ikke ordineret)	1,1	0,8
Buprenorphin (ikke ordineret)	0,0	0,0
Benzodiazepiner (ikke ordineret)	8,0	7,5
Amfetamin (ikke ordineret)	0,9	0,6
Kokain	2,7	1,7
Ecstasy og andre designerdrugs	0,1	0,0
Hallucinogener	0,1	0,0
Hash	12,9	13,5
Opløsningsmidler/inhalater	0,2	0,0
Andet	0,3	0,0



**Tabel 10.** Gennemsnitlige antal dage indenfor de sidste 30 dage med brug af nedenstående stoffer ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Stof (narkotika eller ikke- ordineret medicin)	Indskrivning	1.	2.
Substitutionsmedicin (or- dineret)	28,1	28,5	29,0
Methadon (ikke ordine- ret)	4,7	0,8	1,0
Heroin (ikke ordineret)	9,2	1,1	2,1
Andre opioider (ikke or- dineret)	0,8	0,1	0,8
Buprenorphin (ikke ordi- neret)	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepiner (ikke ordineret)	7,5	4,8	5,2
Amfetamin (ikke ordine- ret)	0,6	0,7	0,5
Kokain	1,7	1,6	1,4
Ecstasy og andre desig- nerdrugs	0,0	0,2	0,0
Hallucinogener	0,0	0,0	0,0
Hash	13,5	15,3	14,1
Opløsningsmid- ler/inhalater	0,0	0,0	0,0
Andet	0,0	0,2	0,0

### 5.3.2 Alkohol

Både ved indskrivningen og opfølgningerne drak patienterne i gennemsnit alkohol ca. syv dage om måneden. Der er ikke de store forskelle på alle de indskrevne – og de der bliver i behandlingen i længere tid. Umiddelbart sker der heller ikke noget med forbruget, der ser ud til at holde sig relativt konstant over tid (tabel 11).

**Tabel 11.** Gennemsnitlige antal dage med alkoholindtagelse og antal genstande per dag de sidste 30 dage

Gennemsnitligt antal da- ge sidste 30 dage	Indskrivning	1.	2.
Dage med alkoholindta- gelse (alle indskrevne)	7,0		
Dage med alkoholindta- gelse (længerevarende indskrevne)	7,3	6,3	6,6
Antal genstande per dag (alle)	3,5		
Antal genstande per dag (længerevarende)	2,6	2,0	2,7

### 5.3.3 Risikoadfærd

Hovedparten (83,7 %) havde injiceret illegale stoffer inden for de sidste 30 dage ved indskrivningen. Lidt færre (73,8 %) blandt de, der bliver i længerevarende behandling (tabel 12). Dette ændrer sig markant, således at under halvdelen havde injiceret illegale stoffer ved anden opfølgning (tabel 13). Ved indskrivning havde ca. 9 % haft risikoadfærd (delt sprøjter og/eller kanyler). For dem i længerevarende behandling var andelen 6,3 %. Ved anden opfølgning ses en betydelig reduktion i andelen, som har haft risikoadfærd, idet kun 2 % angiver at have delt sprøjter (tabel 15).

**Tabel 12.** Antal, der udover behandlingen med injicerbar heroin, har injiceret illegale stoffer inden for de sidste 30 dage ved indskrivningen

Injektion udover heroin behandling	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	%	Antal	%
Har udover behandlingen med injicerbar heroin injiceret inden for de seneste 30 dage	211	83,7	79	73,8
Har <i>ikke</i> udover behandling med injicerbar heroin injiceret inden for de seneste 30 dage	38	15,1	25	23,4
Ønsker ikke at oplyse	3	1,2	3	2,8
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

**Tabel 13.** Antal, der udover behandlingen med injicerbar heroin, har injiceret illegale stoffer inden for de sidste 30 dage ved indskrivning, 1. og 2. opfølgning

Injektion udover heroin behandling	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Har udover behandlingen med injicerbar heroin injiceret inden for de seneste 30 dage	79	73,8	54	50,5	51	47,7
Har <i>ikke</i> udover behandling med injicerbar heroin injiceret inden for de seneste 30 dage	25	23,4	53	49,5	56	52,3
Ønsker ikke at oplyse	3	2,8	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

**Tabel 14.** Antal som de seneste 30 dage udover behandlingen med injicerbar heroin har injiceret og som har/ikke har delt værktøj (sprøjter, kanyler mv.) ved indskrivningen

Injektion udover heroin behandling	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	%	Antal	%
Antal som har delt værktøj (sprøjter, kanyler mv.)	19	9,0	5	6,3
Antal som ikke har delt værktøj	191	90,5	73	92,4
Uoplyst	1	0,5	1	1,3
Total	211	100	79	100
Har ikke injiceret	41		28	
<b>Total antal personer pr. opfølgning</b>	<b>252</b>		<b>107</b>	

**Tabel 15.** Antal som de seneste 30 dage udover behandlingen med injicerbar heroin har injiceret og som har/ikke har delt værktøj (sprøjter, kanyler mv.) ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Injektion udover heroin behandling	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal som har delt værktøj (sprøjter, kanyler mv.)	5	6,3	1	1,9	1	2
Antal som ikke har delt værktøj	73	92,4	53	98,1	50	98,0
Uoplyst	1	1,3	0	0	0	0
Total	79	100	54	100	51	100
Har ikke injiceret	28		53		56	
<b>Total antal personer pr. opfølgning</b>	<b>107</b>		<b>107</b>		<b>107</b>	

#### 5.3.4 Penge brugt på rusmidler

Det gennemsnitlige forbrug på illegale rusmidler ved indskrivningen var ca. 8.462 kr. om måneden per patient. Lidt mindre for de mere stabile patienter (7.501 kr.). Dette beløb er reduceret til 2.071 kr. om måneden ved anden opfølgning (tabel 16). Der blev også brugt færre penge på alkohol, hvilket ikke helt stemmer med oplys-

ningerne om et næsten uændret forbrug, men det kan skyldes det beskedne antal patienter, hvor en enkelt person kan ændre gennemsnittet markant.

**Tabel 16.** Penge i kr. brugt på rusmidler inden for de sidste 30 dage

Gennemsnitligt antal kroner brugt på	Indskrivning	1.	2.
Illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler (alle)	8.462		
Illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler (længerevarende behandling)	7.501	2.258	2.071
Alkohol (alle)	330		
Alkohol (længerevarende behandling)	293	135	183

### 5.3.5 Kriminel adfærd

Ved indskrivningen brugte patienten gennemsnitligt knapt syv dage om måneden til kriminel adfærd, lidt færre dage for de stabile patienter. Ved anden opfølgning var tallet faldet til to dage (tabel 17).

**Tabel 17.** Antal dage indenfor de sidste 30 dage med involvering i illegale aktiviteter

Gennemsnitligt antal dage med involvering i illegale aktiviteter for at skaffe penge til rusmidler	Indskrivning	1.	2.
Alle indskrevne	6,8		
Patienter i længerevarende behandling	4,8	2,5	2,0

## 5.4 Fysiske og psykiatriske sygdomme

Den generelle helbredstilstand og funktionsevne hos patienterne i heroinbehandling vurderes ved indskrivning i behandlingen og derefter løbende på to måder, dels ved en objektiv lægelig vurdering og dels ved en måling af selv vurderet helbred.

Ved indskrivning i behandling med lægeordineret heroin foretager lægen en udredning af de fysiske og psykiske sygdomstilstande, som kan ses i forbindelse med stofmisbrug, jf. vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

De somatiske sygdomme hos stofmisbrugere kan deles op i de sygdomme, der er direkte relateret til injektionsmisbruget (forurening/skader ved injektionen, følger

efter smitteoverførsel) og de sygdomme, der er forbundet med den særlige livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt stofmisbrug (fx KOL, ernæringsproblemer).

#### 5.4.1 Direkte injektionsrelaterede somatiske sygdomme

Ved indskrivningen havde 189 ud af de 252 patienter (75 %) en direkte injektionsrelateret somatisk sygdom. For de mere stabile patienter var tallet 84 ud af 107 (78,5 %) (tabel 18). Ved anden opfølgning var det faldet til 73,8 %. Ikke noget markant fald. Det skyldes, at størstedelen var kroniske virale infektioner. Andelen af karskader og lokale infektioner falder markant i tiden fra indskrivningen til opfølgningerne (tabel 19). Dette hænger formentlig sammen med det faldende antal, der har haft risikoadfærd og injiceret illegalt jf. tabel 12 – 15.

**Tabel 18.** Antal personer med direkte injektionsrelaterede somatiske sygdomme fordelt på kategorier ved indskrivning

Direkte injektionsrelaterede somatiske sygdomme:	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	% af indskrevne (n=252)	Antal	% af indskrevne (n=107)
Lokale infektioner	30	11,9	11	10,3
Systemiske bakterielle infektioner	25	9,9	14	13,1
Karskade	65	25,8	27	25,2
Nerveskade	5	2,0	3	2,8
Virale infektioner	160	63,5	75	70,1
Andet	15	6,0	7	6,5
Total antal personer med injektionsrelaterede sygdom*	189	75,0	84	78,5

\* En person kan godt have flere af ovenstående sygdomme

**Tabel 19.** Antal personer med direkte injektionsrelaterede somatiske sygdomme fordelt på kategorier ved indskrivning, 1. og 2. opfølgning

Direkte injektionsrelaterede somatiske sygdomme:	Indskrivning		1. opfølgning		2. opfølgning	
	Antal	% af indskrevne (n=107)	Antal	% af indskrevne (n=107)	Antal	% af indskrevne (n=107)
Lokale infektioner	11	10,3	7	6,5	6	5,6
Systemiske bakterielle infektioner	14	13,1	12	11,2	12	11,2

Karskade	27	25,2	20	18,7	12	11,2
Nerveskade	3	2,8	0	0,0	0	0,0
Virale infektioner	75	70,1	69	64,5	69	64,5
Andet	7	6,5	5	4,7	10	9,3
Total antal personer med injektionsrelaterede sygdom*	84	78,5	77	72,0	79	73,8

\* En person kan godt have flere af ovenstående sygdomme

De direkte injektionsrelaterede sygdomme består primært af gruppen virale infektioner (HIV, hepatitis B og C) erhvervet ved smitteoverførsel i forbindelse med injektion. Ved indskrivning i heroinbehandling skal der foreligge status for hepatitis A, B og C samt HIV og følgende diagnoser er indberettet:

**Tablet 20.** Virale infektioner (antal diagnoser) ved indskrivningen

Virale infektioner	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	% af personer med virale infektioner	Antal	% af personer med virale infektioner
Kronisk hepatitis C	139	86,9	64	85,3
Akut hepatitis C	4	2,5	1	1,3
Hepatitis, andet	19	11,9	7	9,3
HIV	7	4,4	4	5,3
Antal personer med virale infektioner*	160		75	

\*En person kan godt have flere af ovenstående diagnoser

**Tabel 21.** Virale infektioner (antal diagnoser) ved indskrivning, 1. og 2. opfølgning

Virale infektioner	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	% af personer med virale infektioner	Antal	% af personer med virale infektioner	Antal	% af personer med virale infektioner
Kronisk hepatitis C	64	85,3	62	89,9	64	92,8
Akut hepatitis C	1	1,3	2	2,9	2	2,9
Hepatitis, andet	7	9,3	5	7,2	5	7,2
HIV	4	5,3	4	5,8	4	5,8
Antal personer med virale infektioner*	75		69		69	

\*En person kan godt have flere af ovenstående diagnoser

Af de virale infektioner var den hyppigste diagnose kronisk hepatitis C. Der er en enkelt patient, der har fået konstateret akut hepatitis C i forløbet.

Der var syv af de indskrevne, der havde HIV. Der faldt tre fra mellem indskrivning og første opfølgning. Der er ikke konstateret nye HIV-tilfælde blandt de indskrevne (tabel 22).

**Tabel 22.** HIV

HIV-positiv	Indskrivning	1.	2.
Alle indskrevne	7		
Patienter i længerevarende behandling	4	4	4

#### 5.4.2 Ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme

Generelt har patienterne ved indskrivning i behandling en dårlig almen tilstand, som skyldes den særlige livsstil, der ofte er forbundet med et aktivt misbrug. Livsstilssygdomme som kronisk lungesygdom (herunder KOL og astma) og mangelsygdomme (hovedsageligt D-vitamin og jernmangel) dominerer. I alt har 124 patienter ud af de 252 (49,2 %) ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme ved indskrivningen. Nogenlunde tilsvarende andel (51,4 %) gælder for patienterne i længerevarende behandling (tabel 23).

**Tabel 23.** De hyppigst anvendte ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomsgrupper ved indskrivningen

Diagnose	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	% af alle diagnoser	Antal	% af alle diagnoser
Kroniske lunge-sygdomme	37	19,7	19	20,7
Mangel-sygdomme	30	16,0	7	7,6
Hjertesygdomme	12	6,4	5	5,4
Ryg-sygdomme	12	6,4	6	6,5
Slidgigt (fraset slidgigt i ryggen)	11	5,9	6	6,5
Andre diagnoser	86	45,7	49	53,3
Total antal diagnoser	188	100	92	100
Antal personer med ikke-injektionsrelateret somatisk sygdom*	124		55	

\*En person kan have flere diagnoser

**Tabel 24.** De hyppigst anvendte ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomsgrupper ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Diagnose	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	% af totalt antal diagnoser	Antal	% af totalt antal diagnoser	Antal	% af totalt antal diagnoser
Kroniske lunge-sygdomme	19	20,7	23	22,5	19	15,1
Mangel-sygdom	7	7,6	1	1,0	9	7,1
Hjertesygdomme	5	5,4	6	5,9	9	7,1
Ryg-sygdomme	6	6,5	8	7,8	16	12,7



Slidgigt (fraset slidgigt i ryggen)	6	6,5	6	5,9	7	5,6
Andre diagnoser	49	53,3	58	56,9	66	52,4
Total antal diagnoser	92	100	102	100	126	100
Antal personer med ikke-injektionsrelateret somatisk sygdom*	55		65		65	

\*En person kan have flere diagnoser

Kronisk lungesygdom (herunder astma og KOL) og mangelsygdom (hovedsagligt vitamin D) dominerede ved indskrivningen, idet en fjerdedel med en diagnose havde en eller begge diagnoser. Knap hver tiende med en diagnose havde ryggsygdom. Under behandlingsforløbet fik flere konstateret ikke-injektionsrelateret somatisk sygdom, idet antallet steg fra 55 ved indskrivningen til 65 ved første opfølgning. Ved første og anden opfølgning faldt andelen med kroniske lungesygdomme, og andelen med ryggsygdom og hjertesygdom steg. Der skete overraskende ikke noget i forhold til mangelsygdommene, som ellers burde være relativt lette at behandle, da patienterne møder op næsten dagligt. Gennemsnitligt fik patienterne flere diagnoser, idet de i gennemsnit havde 1,7 ved indskrivningen og 1,9 ved anden opfølgning.

### 5.4.3 Antal psykiatiske sygdomme per patient

I alt havde 102 patienter (40,5 %) en behandlingskrævende psykiatrisk sygdom (ud over misbrug af opioider) ved indskrivning i behandling. Tallet var dog betydeligt lavere for de patienter, der bliver i længerevarende heroinbehandling (32,7 %). I løbet af behandlingen fik flere af disse konstateret psykiatrisk sygdom, således at andelen ved anden opfølgning var lidt større end for alle ved start.

Knap to tredjedele havde en enkelt psykiatrisk diagnose (tabel 25), medens resten havde to eller flere psykiatiske diagnoser samtidigt.

**Tabel 25.** Antal psykiatiske diagnoser per patienter ved indskrivningen

Antal psykiatiske diagnoser	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	% af indskrevne (n=252)	Antal	% af indskrevne (n=107)
1	65	25,8	23	21,5
2	22	8,7	6	5,6
3	7	2,8	2	1,9

4	5	2,0	2	1,9
5	3	1,2	2	1,9
<b>Antal personer med psykiatrisk sygdom</b>	<b>102</b>	<b>40,5</b>	<b>35</b>	<b>32,7</b>

**Tabel 26.** Antal psykiatriske diagnoser per patienter ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Antal psykiatriske diagnoser	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	% af indskrevne	Antal	% af indskrevne	Antal	% af indskrevne
1	23	21,5	23	21,5	32	29,9
2	6	5,6	12	11,2	8	7,5
3	2	1,9	3	2,8	4	3,7
4	2	1,9	0	0,0	1	0,9
5	2	1,9	0	0,0	0	0,0
<b>Antal personer med psykiatrisk sygdom</b>	<b>35</b>	<b>32,7</b>	<b>38</b>	<b>35,5</b>	<b>45</b>	<b>42,1</b>

#### 5.4.4 De hyppigste psykiatriske sygdomme

De hyppigst anvendte psykiatriske diagnoser ved indskrivning i heroinbehandling er indenfor grupperne depressive tilstande og angstlidelser. Lidelser som skizofreni, psykoser, ADHD og alkoholafhængighed er også velrepræsenterede (tabel 27). For de patienter, der bliver i længerevarende heroinbehandling ses en lidt højere andel af depressive lidelser og alkoholafhængighed, og en lavere andel med angstlidelser og ADHD ved indskrivningen. Ved anden opfølgning har fem af patienterne fået diagnosticeret ADHD som led i udredningen i forbindelse med behandlingen ellers er ændringerne ikke markante. Der ser ud til at være problemer med datakvaliteten ved første opfølgning, idet antallet af alkoholafhængige er markant lavere end ved indskrivning og anden opfølgning.

**Table 27.** De hyppigste psykiatriske diagnosegrupper ved indskrivningen

Psykiatrisk diagnose-gruppe	Alle indskrevne (n=252)		Patienter i længerevarende behandling (n=107)	
	Antal	% af antal psykiatriske diagnoser (n=165)	Antal	% af antal psykiatriske diagnoser (n=59)
Depressions-tilstande	33	20,0	15	25,4
Angsttilstande	27	16,4	7	11,9
Skizofreni og psykoser	15	9,1	5	8,5
Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed (ADHD)	13	7,9	3	5,1
Alkohol-afhængighed	11	6,7	6	10,2

**Table 28.** De hyppigste psykiatriske diagnosegrupper ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

Psykiatrisk diagnose-gruppe	Indskrivning		1.		2.	
	Antal	% af alle psyk. diagnoser (n=59)	Antal	% af alle psyk. diagnoser (n=56)	Antal	% af alle psyk. diagnoser (n=64)
Depressions-tilstande	15	25,4	13	23,2	14	21,9
Angsttilstande	7	11,9	11	19,6	8	12,5
Skizofreni og psykoser	5	8,5	5	8,9	4	6,3
Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed (ADHD)	3	5,1	3	5,4	8	12,5
Alkohol-afhængighed	6	10,2	1	1,8	6	9,4

#### 5.4.5 Selvvurderet helbred

For hver helbredsfunction beregner IT-systemet automatisk en score, efter indtastning af samtlige spørgsmål. Score angives på en 0-1 skala, hvor 0 er dårligst og 1 er bedst.

Nedenstående tabel viser en profil af patienterne ved indskrivning i behandling (tabel 29) samt data fra første og andet opfølgning (tabel 30). Ændringer over tid skal tages med forbehold, da en del af indskrivningsskemaerne er udfyldt efter behandlingsstart og opfølgningerne ikke er udfyldt med de forventede seks måneders intervaller. Ændringer på 0,1 mellem første og anden opfølgning vil kun være signifikante for nogle værdier, som omtalt i afsnittet om metode og datagrundlag. Til sammenligning er indsat de kendte værdier fra den danske befolkning (baggrund).

**Tabel 29.** SF-36 score ved indskrivningen

SF-36 score	Alle indskrevne (n=252)	Patienter i længevarende behandling (n=107)	Baggrund
Fysisk funktion	0,84	0,83	0,88
Fysisk betingede begrænsninger	0,62	0,66	0,83
Fysisk smerte	0,65	0,65	0,79
Alment helbred	0,56	0,57	0,76
Energi	0,41	0,44	0,70
Social funktion	0,62	0,65	0,91
Psykisk betingede begrænsninger	0,56	0,60	0,86
Psykisk velbefindende	0,55	0,59	0,82

**Tabel 30.** SF-36 score ved indskrivningen, 1. og 2. opfølgning

SF-36 score	Indskrivning	1.	2.	Baggrund
Fysisk funktion	0,83	0,82	0,82	0,88
Fysisk betingede begrænsninger	0,66	0,56	0,59	0,83
Fysisk smerte	0,65	0,59	0,59	0,79
Alment helbred	0,57	0,53	0,49	0,76
Energi	0,44	0,41	0,42	0,70
Social funktion	0,65	0,67	0,65	0,91
Psykisk betingede begrænsninger	0,60	0,54	0,50	0,86
Psykisk velbefindende	0,59	0,60	0,60	0,82

Data viser, at patienter i heroinbehandling generelt har det dårligere både fysisk og psykisk end befolkningen generelt. Fysisk funktionsniveau ligger nærmest den generelle befolkning. De øvrige scorer for selv vurderet helbred er alle betydeligt lavere. Mest udtalt er det markant lavere energiniveau. Generelt set underbygger tallene det forventede, nemlig at der er tale om svært belastede patienter såvel fysisk som psykisk.

Som nævnt skal ændringerne over tid tages med forbehold og ændringerne er ikke store nok til at være signifikante for alle værdier, men score indikerer, at patienterne, over tid oplever flere fysiske begrænsninger, mere fysisk smerte, et dårligere alment helbred, mindre energi og flere psykiske betingede begrænsninger. Eneste marginale forbedring er for det psykiske velbefindende.

## 6 Bivirkninger

Behandling med injicerbar heroin kan medføre akutte, livstruende tilstande som overdosis, anafylaktisk chok, krampeanfald og massiv blødning ved gennembrud af en arterie. Der indsamles ikke systematiske data om disse bivirkninger ved behandlingen. Sundhedsstyrelsen har derfor per mail spurgt behandlingsstederne om deres erfaringer med specielt overdosistilfælde.

Der har på landsplan været 19 tilfælde af svær overdosering med svækket/udsættende vejrtrækning. Ingen har fået hjertestop. Der er behandlet med modgiften, naloxon, 24 gange og en enkelt patient måtte indlægges. Moderate overdosistilfælde er relativt hyppige og er noteret mere end 200 gange. Nogle behandlingssteder noterer ikke moderate overdosistilfælde, så tallet er utvivlsomt noget højere end de 200. Ved moderate overdosistilfælde er vejrtrækningen uregelmæssig, evt. overfladisk, og frekvensen er nedsat. Patienterne behandles med ilt. Overladt til sig selv kan patienten få iltmangel i kortere eller længere tid, med deraf følgende risiko for hjerneskade, og de kan risikere at kaste op, og aspirere til lungerne med deraf risiko for kvælning.

Der er ikke noget klart mønster i, hvornår alvorlige overdosistilfælde forekommer i behandlingsforløbet, men det sker ekstremt sjældent hos patienter, der er stabile i behandlingen og som ikke har et sidemisbrug.

Alle klinikker oplyser, at overdoseringer i langt overvejende grad sker hos patienter, der har et sidemisbrug af benzodiazepiner. Den dosis heroin patienterne tåler uden problemer om morgenen, kan udløse svær påvirkethed om eftermiddagen som følge af indtagelse af benzodiazepiner. En anden årsag til overdosistilfælde er, hvis patienter, der normalt injicerer i muskelen, ved et uheld kommer til at injicere i blodbanen, hvorved virkningen indtræder langt hurtigere end vanligt. Endelig kan patienter med lungesygdomme fx KOL opleve overdosistilfælde, hvis de har fået forværring i deres sygdom eller får en lungebetændelse oven i grundsygdommen.

Udover overdosistilfælde har der været en del tilfælde af kramper, hvor der i flere tilfælde har været givet Stesolid® og ilt, og hvor der er rekvireret ambulance. Det er især sket hos patienter, der har et sidemisbrug af centralstimulerende stoffer.

Der er rapporteret om seks tilfælde af allergisk reaktion, hvoraf det ene har resulteret i ophør af behandlingen. Der er kun rapporteret om et enkelt tilfælde af arteriel blødning.

Sundhedsstyrelsen skal pointere, at behandlingen med diacetylmorfin ifølge vejledningen kun bør tilbydes patienter, der ikke har et betydende benzodiazepinmisbrug, hvorimod patienter i stabil behandling med benzodiazepiner ikke er ekskluderet fra injektionsbehandling.

## 7 Patientperspektiv

Patienternes syn på ordningen med lægeordineret heroin er ikke belyst i de systematiske data, der indsamles af Statens Serum Institut, og der er kun lavet én kvalitativ undersøgelse i Danmark efter ordningen blev indført. Denne er foretaget af Katrine Schepelern Johansen (KSJ). Hun har undersøgt ordningen ud fra patienternes perspektiv og skrev artiklen ”Brugersperspektiver på heroinbehandling – de første resultater”, som blev offentliggjort i STOF nr. 16, 2011. Dette afsnit af evalueringen bygger på denne artikel.

Patientperspektivet blev i undersøgelsen belyst ved interview med patienterne og deltagerobservation med samtaler og udveksling af information om heroinbehandling det første halve år efter heroinbehandlingen trådte i kraft.

Efter færdiggørelsen af Sundhedsstyrelsens evaluering har KABS Viden i juli 2013 udgivet Katrine Schepelern Johansens rapport ”Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling” med de samlede resultater. Rapportens konklusioner er konsistente med de resultater, som omtales i hendes artikel fra 2011.

### 7.1 Behandling

En del af de indskrevne tillægger heroinen en afgørende betydning for de forbedringer de oplever, og strukturen som noget nødvendigt for at få heroinen. Behandlingen med heroin giver dem håb og forventninger, en oplevelse af at komme nærmere en form for normalitet.

Med behandlingen får de mulighed for at få ro og tid til at tænke og reflektere over deres liv og måske få overskud til at slippe fri af stofferne. Fornemmelsen af at være fanget i en cirkel, hvor abstinenser og kortvarig forløsning afløser hinanden forsvinder sammen med presset om at skulle skaffe penge til stoffer. De oplever at få tid til at komme sig, psykisk og fysisk. Dette udsagn står dog i modsætning til de oplysninger, der er indsamlet via IHM-databasen, hvor det selvvaluerede helbred ikke forbedres. Dette kan skyldes kvaliteten af IHM-data og det lave antal deltagere, som betyder, at den kvantitative undersøgelse ikke har en tilstrækkelig statistisk styrke.

Undersøgelsen viser, at mange har et ønske om helt at slippe for methadon, og flere har et ønske om længere åbningstider og dermed en muligheden for en tredje dosis heroin. Der er også et ønske om muligheden for at kunne tage heroinbehandlingen med hjem.

Der er generelt tilfredshed med den heroin, som bruges til behandlingen. Den er ren, hvilket gør det muligt at injicere direkte i en muskel, hvis der ikke er en brugbar vene. Nogle beskriver dog, at der kan mangle det ekstra i heroinbehandlingen som giver dem det ”rigtige” sus. Andre giver udtryk for, at de oplever, at heroinen ikke har nogen effekt, og stiller spørgsmål til, om heroinen er fortyndet for meget, eller om det faktisk er heroin, de har fået. Det skaber frustration mod systemet. KSJ giver i sin artikel to bud på, hvorfor effekten ikke er helt den samme. Gadeheroinen har i modsætning til det rene stof, der bruges til behandling noget ’ekstra’, som er med til at give effekt. Det andet bud er, at den effekt, som fås fra gadeheroin, er betinget af de fysiske rammer som stoffet tages i. Behandlingen med heroin er i nogle

relative kliniske rammer, som ikke faciliterer effekten af heroin på samme måde, som de sociale rammer, som stoffet tidligere er indtaget i.

## 7.2 Kontrol

Der er mere kontrol ved heroinbehandling end ved anden substitutionsbehandling. På klinikkerne i Odense, Esbjerg og Hvidovre skal patienterne være uden promille (målt ved brug af alkoholmeter) og deres bevidsthedsniveau bliver vurderet ved brug af et skema. I København og Århus bruges ligeledes et vurderingsskema. Patienten bliver vurderet forud for behandling, det vil sige om morgenen ved første injektion og om eftermiddagen ved anden injektion.

Generelt accepteres kontrollen, men det kan udløse frustration, når det ikke er muligt at få udleveret behandlingen på grund af påvirkethed, og det kan føles, som at blive overvåget i løbet af dagen, da der ikke kan drikkes alkohol mellem behandlingerne. Kontrollen giver dog også anledning til, at de får mere opmærksomhed, og de oplever at få mere hjælp sammenlignet med tidligere behandlingstilbud.

## 7.3 Overvågning

Ved behandlingen er der på alle klinikker personale tilstede, når heroinen injiceres. Personalet kan være behjælpeligt med forskellige praktiske forhold, såsom at løse en staseslange eller hjælpe med at finde egnede injektionssteder. De fører desuden tilsyn med, at der ikke blandes andre stoffer i heroinen eller at det tages med ud af injektionsrummet, ligesom de overvåger at patienten ikke bliver dårlig i forbindelse med injektionen.

Generelt accepteres personalets overvågning, og der er en gensidig forståelse for, hvilken grad af overvågning, der skal være i forbindelse med injektionen. Men for nogle opleves det stressende, at der er en tilstede ved en for dem meget intim handling.

## 7.4 Fremmøde og hverdag

Patienten møder op to gange om dagen alle ugens syv dage for at modtage deres behandling.

Det regelmæssige fremmøde, som kræves for at få behandling, har for nogle tilført en stabilitet og en form for hverdag og ro.

Nogle oplever, at det kan være svært at tilpasse et almindeligt liv med heroinbehandling, herunder arbejde og andre aktiviteter, fordi behandlingen, transporttid og behandlingsinstitutionen tager tid. Særligt de brugere, som er fysisk handicappede og ikke har adgang til offentlige transport, eller hvor transporten er lang, oplever det som tidskrævende at være i behandling.



## 7.5 Injektion

Patienten skal selv kunne forestå injektionen af heroinbehandlingen. Der kan injiceres i en vene eller i en muskel. Personalet kan hjælpe med teknikken (håndtering af sprøjte/kanyle og anvisning af egnede injektionssteder).

Nogle giver udtryk for en frustration over, at personalet ikke kan hjælpe dem med selve injektionen, specielt når det er svært og ikke lykkes at ramme en vene.

Blandt de, som injicerer i en muskel, er der en tilfredshed med fortsat at kunne få heroin, på trods af, at de ikke har en brugbar vene. Andre, der injicerer i musklen, oplever ikke den samme rus, som når de tager heroinen i venen.

## 7.6 Rusvirkning

Klinikkerne har indrettet særlige rum til observation af patienterne efter behandling.

Målet med behandling er for nogle at blive påvirket, de vil gerne have en rus. Personalets observation efter behandling er for nogle ubehagelig og kan opleves som en forstyrrelse af deres rus.

Andre giver udtryk for, at det er svært at være i rum med meget påvirkede personer. Dette gør sig specielt gældende for den gruppe, der ønsker at undgå abstinenser og ikke har et ønske om at blive påvirkede.

## 7.7 Sidemisbrug

Alle deltagere i KSJ's undersøgelse beskriver, at sidemisbruget er blevet mindre end ved start af behandlingen. Det fremgår også af indberetningsdata, men det ses også, at der fortsat er en del patienter, der har forbrug af illegale stoffer. For nogle, er det, fordi de fortsat er afhængige af andre stoffer, og for andre, er det, fordi de ønsker at påvirke heroinbehandlingens effekt. Nogle giver udtryk for at have et behov for noget at slappe af på, hvis methadonen til natten ikke er nok, mens andre fortsat har noget socialt forbundet med stofferne. Endelig er der nogle, der giver udtryk for, at de fortsat har et behov for selv at styre deres liv.

## 7.8 Kriminel adfærd

Patienternes heroinforbrug blev, før de kom i heroinbehandling, finansieret af for eksempel tyveri, stofsalg, prostitution eller salg af den methadon, de fik i behandlingsinstitutionerne. Ved at starte behandling med heroin oplyser mange, at de i langt mindre grad skal begå kriminalitet, hvilket også indberetningsdata understøtter.

Ikke alle oplever en øjeblikkelig økonomisk forbedring. Nogle har oparbejdet en stor gæld til det offentlige eller andre instanser, og der kan være gæld i forbindelse

med deres stofbrug. De, der fortsat har et sidemisbrug, har stadig et behov for at skaffe penge til dette.

## 7.9 Sociale tiltag

KSJ's undersøgelse viser, at mange er glade for den omsorg og kontakt, der er i tilknytning til behandlingen med heroin. Enkelte har givet udtryk for, at omsorg og opmærksomhed er en vigtig del af behandlingen og har været et vigtigt bidrag til, at de har fået det bedre. De første måneder i behandling med heroin bruges på at finde sig til rette i heroinbehandlingens faste struktur med blandt andet fast fremmøde hver dag to gange om dagen, injektion i uvante omgivelser og nye mennesker.

Efter den periode efterlyses andre aktiviteter. Nogle ønsker at komme i en eller anden form for aktivering. Det centrale i behandlingen er stadig heroinen, men den sociale behandling er også et vigtigt element på dette tidspunkt.

## 8 Sammenfatning

Samlet set peger resultaterne af denne evaluering på, at ordningen har været en succes i forhold til at forbedre stofmisbrugerens sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden. Det psykiske velbefindende ser ud til at forbedres, mens flere får konstateret fysiske sygdomme som følge af, at de kommer under mere ordnede forhold med daglig kontakt til sundhedspersonale og regelmæssige lægesamtaler, undersøgelse og behandling.

Dette ser ud til at påvirke det selvvaluerede fysiske helbred i negativ retning. Energieniveauet er langt lavere end for befolkningen generelt og ændrer sig ikke under behandlingen. Der er et relativt stort andel, der udskrives igen, særligt på nogle af klinikkerne, og data kunne indikere, at det er de mere belastede misbrugere, der udskrives igen. Nogle af de udskrevne går tilbage til konventionel substitutionsbehandling, enten permanent eller for en periode. Frafaldet er på linje med det, der er set under den tilsvarende schweiziske ordning og på linje med frafaldet i konventionel substitutionsbehandling.

Ud fra den viden, der er tilgængelig om patienternes syn på ordningen, ser det ud til, at patienterne overordnet set er tilfredse med tilbuddet. Patienterne oplever, at de gennem ordningen får en mulighed for at komme sig. Det påpeges, at sammenhængen til sociale tilbud er væsentlig.

## 9 Alternativer til injektion

Nogle af de indskrevne stofmisbrugere har haft vanskeligheder med at finde egne blodårer til injektion. Det har derfor været nødvendigt at anvende intramuskulær administration, hvilket er mindre hensigtsmæssigt, og kun kan foregå som en midlertidig løsning. Andre ønsker at fortsætte behandling med heroin, men ønsker ikke at fortsætte med at injicere. Samtidig er der en gruppe stofmisbrugere, brugere af rygeheroin, der ikke kan rummes i det nuværende behandlingstilbud.

På baggrund af resultaterne af denne evaluering, som viser at heroinbehandling giver patienterne et mere stabilt liv med mindre sidemisbrug, mindre risikoadfærd og mindre kriminalitet, vil det være relevant at se på, hvordan ordningen kan udvides, så ovenstående patientgrupper også kan rummes i ordningen.

### 9.1 Godkendte og markedsførte heroinprodukter i EU

I øjeblikket er der godkendte og markedsførte heroinprodukter på markedet i tre europæiske lande.

I Storbritannien findes flere godkendte og markedsførte præparater. Alle er beregnet til injektion. De er kun godkendt til smertelindring, men bruges dog også off-label (uden for den godkendte indikation) til behandling af opioidafhængighed. Ibrugtagning i Danmark forudsætter en godkendelse til behandling af opioidafhængighed.

I Schweiz er heroin godkendt og markedsført i to administrationsformer - henholdsvis pulver til injektion og tabletter. Præparaterne er godkendt til behandling af opioidafhængighed. Det er injektionspræparatet, der anvendes i Danmark på nuværende tidspunkt.

I Holland findes ligeledes to godkendte og markedsførte administrationsformer – henholdsvis pulver til injektion og pulver til inhalation efter opvarmning (rygeheroin). Præparaterne er godkendt til behandling af opioidafhængighed.

### 9.2 Tabletter

Bivirkningerne ved tabletter vil være som for den injicerbare heroin. De alvorligste bivirkninger er overdosis, anafylaktisk chok og krampeanfald. Risikoen for alvorlige blødninger vil selvsagt ikke være til stede.

Der vil være grundlag for at anvende tabletter, hvis injektion ikke er mulig på grund af patientens beskadigede vener, hvis omstilling af patienten til methadonbehandling ikke er tilstrækkelig, eller hvis patienten ønsker at forblive i heroinbehandling, men ønsker at ophøre med injektion. Der vil desuden være grundlag for at anvende tabletformen til kroniske heroinmisbrugere, der ikke er injektionsbrugere fx misbrugere af rygeheroin.

Erfaringerne med brug af tabletformen i Schweiz er meget positive. Her ordineres 1/3 af al heroinen som tabletter.

### 9.3 Rygeheroin

De generelle bivirkninger vil være som for de øvrige heroinprodukter.

Der vil derudover være særlige bivirkninger ved denne behandlingsform, hvor et stof opvarmes og inhaleres. Bivirkningerne af rygeheroin vurderes ikke entydigt i litteraturen. Der foreligger få undersøgelser på området, hvoraf nogle tyder på en skadelig effekt på lungerne, både på kort og lang sigt, mens andre undersøgelser ikke bekræfter dette. De bivirkninger, der er tale om, er en øget risiko for astma og lungebetændelse på kort sigt, samt KOL og kræft på længere sigt.

Litteraturen peger desuden på en anden mulig og mere alvorlig bivirkning, idet der er mistanke om, at rygeheroin kan forårsage tilfælde af hjerneskade (toksisk leuko-encephalopati). Årsagen til hjernepåvirkningen kendes ikke, men da den primært er observeret efter inhalation, er der mistanke til nogle nedbrydningsprodukter, der dannes ved opvarmning. Tilstanden har været kendt længe, men den har hidtil været vurderet som yderst sjælden. Et nyere studie peger imidlertid på, at risikoen muligvis er noget større end hidtil antaget.

Ved indførelse af nye behandlingsformer skal det altid vurderes, om den ønskede gavnlige effekt af behandlingen står i rimeligt forhold til de forventede negative bivirkninger – herunder eventuelt ukendte langtidsbivirkninger. Såfremt en ny behandlingsform kan forventes af have en bivirkningsprofil med relativt alvorlige bivirkninger, vil det desuden være væsentlig for vurderingen, i hvilket omfang der findes alternativer til behandlingen, som har en sammenlignelig effekt, men færre eller mindre alvorlige bivirkninger.

Det har været fremhævet i debatten om lægeordineret rygeheroin, at tilbuddet kun vil omfatte patienter, der i forvejen ryger heroin, og som derfor i forvejen er udsat for de nævnte skader og bivirkninger – og at disse skader kan være værre, når der er tale om illegalt fremskaffet stof, som ikke har samme renhed som farmaceutisk rygeheroin.

I Sundhedsstyrelsens vurdering af muligheden for at indføre lægeordineret rygeheroin indgår ovenstående betragtning på lige fod med den viden, der på nuværende tidspunkt er om positive og negative effekter af behandlingen. Styrelsen har i sin endelige vurdering lagt vægt på, at det er væsentligt, at der findes et alternativ til injektion, så opioidafhængige personer, der ikke kan eller vil injicere, får gavn af de positive effekter af heroinbehandlingen, som denne evaluering peger på, og ikke ekskluderes fra de skadesreducerende effekter, der generelt er ved substitutionsbehandling.

Det er styrelsens sundhedsfaglige vurdering, at det på baggrund af den beskrevne usikkerhed i dokumentationen og muligheden for alvorlige bivirkninger, ikke kan anbefales at indføre en ordning med lægeordineret rygeheroin på nuværende tidspunkt. Dette skal især ses i lyset af, at der findes et alternativ i form af tabletbehandling, som har vist sig at have gavnlige effekter uden at have den samme grad af mulige alvorlige bivirkninger som beskrevet for rygeheroin.

Sundhedsstyrelsen vil derfor anbefale, at de hårdest belastede misbrugere af rygeheroin bliver tilbudt behandling med herointabletter, som har færre kendte bivirkninger, og som man har i den schweiziske heroinbehandling har vist sig at fungerer positivt.

Sundhedsstyrelsen vil endvidere anbefale, at emnet tages op igen i forbindelse med evalueringen af en eventuel tabletdosering, når denne har været tilbudt i et års tid, på linje med en vurdering af udvidelse af ordningen med 'tag-med-hjem-doser'. Styrelsen følger nøje internationale erfaringer og forskning vedrørende lægeordineret rygeheroin.

## 9.4 Andre administrationsformer

Heroin kan også optages gennem næseslimhinden enten ved brug af spray eller ved snifning (nasal anvendelse). Der findes på nuværende tidspunkt ikke godkendte eller markedsførte lægemidler til anvendelse på denne måde. Der har været udført et lille forsøg med testmedicin i form af nasalspray, hvor resultaterne var positive.

Brugergrupper har fremsat ønske om forsøgsordning med snifning af heroinpulver. Det vil kunne lade sig gøre at sniffe den diacetylmorphin, der anvendes til injektion, da pulveret til injektion er diamorphinhydrochlorid, det vil sige en saltform, som er nem at opløse i vand og som får en surhedsgrad, der er velegnet til næseslimhinden. Der findes imidlertid ingen erfaringer eller undersøgelser med denne form for off-label anvendelse af pulveret, og derfor kan Sundhedsstyrelsen ikke anbefale denne brug på nuværende tidspunkt.

Ibrugtagning af helt nye administrationsformer, fx snifning af heroinpulver, kan kun ske efter vurdering af kliniske forsøg, det vil sige efter egentlig forskning. Sådanne forsøg skal, som reglerne i Danmark og EU er på nuværende tidspunkt, initieres af klinisk arbejdende læger og/eller private firmaer og følge en række forskrifter. Disse er beskrevet i en bekendtgørelse fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen kan ikke som myndighed importere stoffer og lave kliniske forsøg.

Der kan læses mere om de alternative administrationsformer i rapporten 'Heroinbehandling – alternativer til injektion som administrationsform', som Sundhedsstyrelsens udgav i juni 2012. Heri foretages der en grundig vurdering af de forskellige alternativer til injektion. Vurderingen er foretaget på baggrund af den på det tidspunkt nyeste forskningsbaserede viden og med inddragelse af styrelsens sagkyndige rådgiver i stofmisbrugsbehandling, de behandlingsansvarlige overlæger fra de fem eksisterende heroinklinikker og internationale erfaringer.

## 9.5 Tag-med-hjem heroin

Mange af patienterne udtrykker ønske om at få mulighed for at tage heroinen med hjem. Dels for at slippe for de hyppige fremmøder og dels for at slippe fri af den methadon, der anvendes til natten.

Erfaringerne fra denne evaluering viser imidlertid, at det vil være meget risikabelt at give den injicerbare heroin med hjem. Der er forhindret 19 potentielle dødsfald i klinikkerne, og der opleves alt for mange moderate overdosistilfælde med risiko for hjerneskader, hvis der ikke kan gribes ind med iltbehandling. Der er desuden risiko for kvælning, som følge af opkastning og aspiration til lungerne, hvis patienten ikke er under observation. Samtidig er der oplevet en del krampetilfælde, hvor nogle er endt med indlæggelse.

Såfremt ordningen udvides med tabletter, vil der måske på længere sigt blive mulighed for at tage tabletterne med hjem på linje med den ordning, der eksisterer i Schweiz.

Sundhedsstyrelsen vil ikke anbefale, at der etableres en 'tag-med-hjem-ordning' i starten, da der først skal indhøstes erfaringer med, hvordan ordningen fungerer under danske forhold. Tabletterne er ikke ufarlige, idet der kan opstå bivirkninger i form af overdosering, kramper og allergisk chok på linje med bivirkningerne ved den injicerbare heroin.

Sundhedsstyrelsen vil anbefale, at der foretages en vurdering af spørgsmålet om en 'tag-med-hjem-ordning', når tabletterne har været tilbudt som behandling i et års tid.

## 10 IHM-databasen

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut vil anbefale, at indberetningerne til IHM-databasen fortsætter. Det er forventningen, at datakvaliteten forbedres, når ordningen er bedre implementeret og opstartsproblemerne med indberetningssystemet er løst.

Sundhedsstyrelsen vil som nævnt, indskærpe over for de behandlingsansvarlige overlæger, at reglerne om indberetning af data jf. vejledningen om lægeordineret heroin skal følges. Data giver et værdifuldt bidrag til kvalitetssikring af ordningen.

Såfremt ordningen udvides med tabletter, vil der være behov for at tilpasse databasen til også at kunne omfatte denne behandlingsform.