ISSN 1681-6315

Fokus på narkotika

Substitutionens centrale rolle i narkotikabehandling

E.O.N.N.
Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Briefing 1 hver anden måned

Substitution er nu vidt udbredt i EU

Substitutionsbehandling til problematiske stofbrugere er nu vidt udbredt i Den Europæiske Union (EU). Der blev i slutningen af 1960'erne indledt forsøg, hovedsageligt med metadon og primært i Nordeuropa. I midten af 1990'erne var der gennemført substitutionsbehandling i alle EU-medlemsstaterne. Der foreligger nu betydelig europæisk konsensus om fordelene ved en sådan behandling. I visse lande er det dog fortsat et følsomt emne.

Der foreligger videnskabelig dokumentation, hvoraf det fremgår, at substitutionsbehandling kan medvirke til at begrænse kriminalitet, infektionssygdomme og narkotikarelaterede dødsfald og forbedre de afhængige brugeres fysiske, psykologiske og sociale velvære. Andre argumenterer dog for, at det ikke er en helbredelse, men en halvhjertet indsats, som ikke er en rigtig løsning på stofbrugsproblemer. EONN mener ikke, at debatten om dette emne kun skal være for eller imod. Substitutionsbehandling bør ses som et element i en lang række indsatsmuligheder over for stofbrugsproblemet, som også omfatter stoffri behandling.

Det anslås, at ca. en halv million stofbrugere modtager substitutionsbehandling på verdensplan. Godt 300 000 af disse befinder sig i Europa og anslået 110 000 i USA [1].

Metadon er stadig det mest almindelige stof, som anvendes, selv om det ikke er så eneherskende, som det var engang. Buprenorphin er fremherskende i Frankrig. Andre EU-medlemsstater har indledt forsøg med stoffer såsom dihydrocodein, morfin, der frigives langsomt, og levo-alfa-acetyl-metadol (LAAM). LAAM er dog nu blevet suspenderet efter anbefaling fra Det Europæiske Agentur for Lægemiddelvurdering (EMEA) som følge af livstruende hjerteforstyrrelser blandt personer i LAAM-terapi.

Der har siden 1997 været gennemført forsøg med brugen af heroin alene til stabilisering af kroniske opiatbrugere i Nederlandene og på det seneste også i Tyskland, mens det er under drøftelse i andre medlemsstater. Det er blevet ordineret på et lille selektivit grundlag i Det Forende Kongerige i nogle årtier.

En forudsætning for en rationel debat af dette emne er selvfølgelig, at der foreligger kendsgerninger, tal og analyser heraf. Indtil for nylig var der knaphed på tidssvarende data på EU-niveau om evaluering og kvalitet af substitutionsbehandling. Sidst i 2000 udgav EONN imidlertid i sin *Insights*-serie *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union* [1] — et bredt overblik over seneste praksis.

Definition: Substitutionsbehandling er en form for lægebehandling, som tilbydes opiatmisbrugere (primært heroinmisbrugere), og som bygger på et lignende eller identisk stof til det stof, der normalt bruges. Den tilbydes i to former: *vedligeholdelse* — som giver brugeren tilstrækkeligt af stoffet til at begrænse risikobetonet eller skadelig adfærd, eller *afgiftning* — hvorved mængden af stoffet gradvist nedskæres til nul. Behandlingen kommer enten med eller uden psykosocial støtte.

Et blik på de vigtige strategiske spørgsmål

1. **Substitutionsbehandling er en nøglekomponent i en fyldestgørende løsningsmodel for narkotikabehandling. Den kan være effektiv til at begrænse risikoen for hiv-infektion, overdoser, brug af lovlige og ulovlige stoffer og stofrelateret kriminalitet.**
2. **Der er argumenter for at bakke substitutionsbehandlingen op med psykosocial behandling. Men i praksis mangler denne behandling ofte, så der i højere grad er fokus på substitution end på behandling.**
3. **De stoffer, som nu anvendes, omfatter metadon, buprenorphin, dihydrocodein, morfin, der frigives langsomt, og heroin selv. I næsten alle EU-medlemsstater findes der et stof, som er fremherskende. Som helhed er metadon det mest almindelige. Såvel valget af stof som dosering bør afpasses efter den enkelte person for at opnå optimal effekt.**
4. **Adgangen til substitutionsbehandling i EU varierer meget. I visse lande og til visse programmer er adgangen begrænset af strenge kriterier (høj tærskel). Mens andre kun kræver afhængighed af opiater som adgangskriterium (lav tærskel).**
5. **I de fleste EU-lande gives substitutionsbehandlingen enten af praktiserende læger eller af specialiserede centre. En kombination ville være optimal. Men der bør udvises forsigtighed for at forebygge, at stofferne ikke omdirigeres til ulovlig brug via misbrugere, som opnår recepter fra forskellige kilder og dernæst forhandler narkotika.**
6. **Den anslåede andel af problematiske opiatbrugere, som er i substitutionsbehandling inden for EU, varierer fra det laveste tal på ca. 10 % til det højeste tal på mere end halvdelen (se tabel 1, s. 3) [2].**

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23–25, PT-1149-045 Lissabon, Portugal • Tlf. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11 • http://www.emcdda.org

Oversigt over substitutionsbehandling

1. En nøglekomponent i stofbehandlingssystemer

Der er betydelig dokumentation for, at substitutionsbehandling kan medvirke til at begrænse hiv-overførsel, stofbrug, risiko for overdoser og stofrelateret kriminalitet samt forbedre misbrugernes almene helbredstilstand. I et omfattende litterært tidsskrift [3] konkluderedes det, at metadonbehandling nedsætter omfanget af hiv-infektion og aids drastisk. Behandlingen nedsætter også hyppigheden af heroininjektion og begrænser delingen af injektionsudstyr og sexarbejdet med sigte på at købe stoffer. En fireårig tysk undersøgelse [4] af ambulant metadonbehandling viste, at stofforbruget faldt, samtidigt med at de sociale kvalifikationer og relationer forbedredes. En græsk evaluering af metadonsubstitution i Athen [5] viste et stort fald i sideløbende brug af heroin.

»I mange lande udviklede substitutionsbehandlingen sig — efter den første modstand — som reaktion på den hiv-risiko, der er forbundet med injektion af opiater og andre stoffer. Den har bevist sin værdi. Sammen med andre skadebegrænsende foranstaltninger og øget bevidstgørelse generelt bidrog den til at dæmme op for nye hiv-tilfælde blandt injektionsmisbrugere i de fleste EU-lande i slutningen af 1990'erne.«

GEORGES ESTIEVENART
EONN'S ADMINISTRERENDE DIREKTØR

2. Substitution frem for behandling?

I de fleste EU-lande anføres det i bestemmelserne om substitutions-behandling, at den bør bakkes op af psykosocial behandling. Forskningen viser, at de positive virkninger af behandlingen i kraftig grad hviler på en sådan behandling. Men der er meget ofte en skævhed mellem teori og praksis, idet der ofte i højere grad er fokus på *substitution* end på *behandling*. Behovet for psykosocial behandling bestyrkes af forskningen, som viser, at dem, der er i metadonbehandling, som andre stofafhængige personer har en særlig risiko for at pådrage sig psykiatriske forstyrrelser og andre sundhedsmæssige problemer og lide sociale afsavn [6]. Den psykosociale behandlings rolle bør undersøges som en mulig katalysator for stofbrugeres progression fra afhængighed til afvænning.

Behandlingen af stofbrugere med mentale sundhedsproblemer afhænger af forbindelserne mellem psykiatritjenester og narkotikabehandlingstjenester. I visse lande er der blevet oprettet gode forbindelser med specialiserede dobbeltdiagnoseafdelinger. I andre lande er forbindelserne mellem tjenesterne ringe.

»Formålet med stofbehandlingen er at hjælpe disse personer til at genvinde kontrollen over deres eget liv. Det er nødvendigt, at de praktiserende læger til stadighed vurderer, hvorvidt patienter, som får udleveret recepter på substituerende midler, er rede til at blive stoffrie via en afgiftningsproces. Det er særligt vigtigt at yde psykosocial og praktisk hjælp i løbet af denne proces.«

MIKE TRACE, FORMAND FOR EONN'S BESTYRELSE

3. Hvilke substitutions-stoffer findes der?

Næsten alle EU-medlemsstater anvender et fremherskende substituerende stof frem for en bred mangfoldighed [7]. Over 90 % af opiatsubstitutionen leveres i form af metadon, bortset fra i Frankrig, hvor buprenorphin er fremherskende. På EU-plan steg det anslåede antal stofbrugere på metadon seks gange mellem 1993 og 1997 [1].

Substitutionsstofferne har forskellige egenskaber. Buprenorphin medfører ikke risiko for overdosis; det hæmmer også virkningerne af sideløbende brug af heroin. Metadon derimod er let at administrere og billig — ca. 8 EUR pr. person pr. uge sammenlignet med 65 EUR for buprenorphin. Nogle eksperter foretrækker buprenorphin til yngre stofbrugere og metadon til ældre brugere på langsigtet basis. Buprenorphin synes også at være bedre til gravide kvinder, da det forårsager færre neonatale problemer end metadon. Der gennemføres nu forsøg med heroinbehandling i Tyskland og Nederlandene, og i andre EU-medlemsstater pågår der en debat heraf. Disse forsøg indebærer, at yderst problematiske heroinbrugere forsynes med deres oprindelige stof under medicinsk kontrollerede forhold. Gældende for alle stoffer er det vigtigt at afpasse substitutionsdoseringen efter den enkelte persons tidligere stofbrugsniveau.

4. Hvor tilgængelig er den?

Trods en samlet udvidelse af substitutionsbehandlingen i løbet af det sidste tiår er adgangen til denne fortsat svingende inden for EU. For eksempel forekommer dækningen begrænset i Grækenland, Norge, Finland og Sverige.

Substitutionsbehandlingen er næsten udelukkende en ambulant behandling. Dette har den fordel, at behandlingen er billig og tillader stofbrugerne at leve et normalt hverdagsliv. Dem, der er i substitutionsbehandling, spænder imidlertid fra relativt velfungerende personer, ofte i beskæftigelse, til marginaliserede og yderst dårligt stillede gademisbrugere. Derfor kan visse klienter kræve mere behandling end en ambulant substitutionsbehandling kan give.

Adgangskriterierne varierer i vidt omfang i EU. Visse programmer og visse medlemsstater — f.eks. Grækenland og Sverige — har en høj tærskel og tager hensyn til alder, antal års stofmisbrug, antal mislykkede behandlinger osv. Andre såsom Danmark, Spanien, Italien og Nederlandene kræver kun opiat-afhængighed og sætter et ønske om behandling som kriterium. Højtærskelmodellen når ud til lignende personer med lignende behov; den kan dog udelukke dem, som har behov for hjælp, men som ikke opfylder adgangskravene. Lavtærskelmetoden når ud til de fleste potentielle klienter, men kan ikke altid opfylde deres vidt forskellige behov. Ideelt set burde disse to modeller supplere hinanden. Tilgængeligheden af substitutions-behandling i fængsler varierer også i vidt omfang.

5. Hvordan gives substitutionsbehandlingen?

Generelt gives substitutionsbehandlingen enten af praktiserende læger eller af specialiserede centre med tjenester, som er skræddersyet til at imødekomme misbrugernes behov. Hver har sin fordel: Praktiserende læger tilbyder en bred geografisk dækning, mens specialiserede centre har betydelig erfaring og ekspertise. I næsten alle EU-

Tabel 1: Substitutionsbehandling til problematiske stofbrugere

Land	Prævalensskøn over stofbrugere (1)	Klienter i substitutionsbehandling	Dækningsgrad for substitutions-behandling (2) (%)
Belgien	20 200	7 000 (1996)	35 (3)
Danmark	12 752-15 248	4 398 (4 298 metadon, 100 buprenorphin) (1. januar 1999) (4)	27-34
Tyskland	80 000-152 000	50 000 (2001) (4)	33-63
Grækenland	oplysninger mangler	966 (1. januar 2000) (4)	—
Spanien	83 972-177 756	72 236 modtog metadon (1999)	41-86
Frankrig	142 000-176 000	71 260 (62 900 modtog buprenorphin og 8 360 modtog metadon (december 1999) (4)	40-50
Irland	4 694-14 804	5 032 (31. december 2000) (4)	34-100 (5)
Italien	277 000-303 000	80 459 (1999) (4)	27-29
Luxembourg	1 900-2 220	864 (164 i det officielle program og +/-700, som får ordineret Mephenon® (metadon i pilleform) af praktiserende læger, 2000) (4)	38-45
Nederlandene	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Østrig	15 984-18 731	4 232 (1. januar 2000) (4)	23-26
Portugal	18 450-86 800	6 040 (1. januar 2000)	7-33
Finland	1 800-2 700 (6)	240 (170 buprenorphin og 70 metadon)	9-13
Sverige	1 700-3 350 (6)	621 (31. maj 2000) (4)	19-37
Det Forenede Kongerige	88 900-341 423 (7)	19 630	6-22
Norge	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12

(1) Metoderne til at anslå problematisk stofbrug varierer i vidt omfang i EU-medlemsstaterne. Der henvises til afsnittet om problematisk stofbrug i kapitel 1 (EONN's *årsberetning* for 2001) og tabel 1 online, hvis der ønskes yderligere oplysninger om national hyppighed og problematisk stofbrug, på adressen: http://annualreport.emcdda.org
Skønnene over problematisk stofbrug henviser hovedsageligt til opiatbrugere, undtagen for Finland og Sverige, hvor brugen af amfetamin er betydelig. Skønnene for Finland og Sverige udelukker her amfetaminbrugere.
(2) Skøn over antallet af problematiske stofbrugere i substitutionsbehandling.
(3) Prævalenstallene vedrører kun stiknarkomaner, hvilket kan resultere i et overvurderet substitutionstal.
(4) Oplysninger indhentet direkte fra de nationale knudepunkter.
(5) En dækningsgrad på 100 % for substitutionsbehandling forekommer usandsynlig, hvilket tyder på, at tallet 4 694 er for lavt i forhold til den aktuelle udbredelse.
(6) Opiatbrugere.
(7) Mere præcise tal for Det Forenede Kongerige: hyppighed af problematisk stofbrug (opiater) = 162 000-244 000; klienter i substitutionsbehandling = 35 000; dækningsprocent = 14-22 %.

medlemsstater er behandlingen dog koncentreret i enten det ene eller det andet regi. Det kunne være mere effektivt at kombinere de to — og samtidigt oprette et system for at forebygge omdirigering af stoffer til ulovlige formål. Hver har også sine ulemper. Tjenester, som tilbydes af praktiserende læger, varierer betydeligt, og misbrugerne kan føle sig ubehageligt til mode blandt almindelige patienter. Specialiserede centre er geografisk set ikke ligeligt fordelt, hvilket kan føre til ulemper for stofbrugere i fjerntliggende områder.

»Det kan være særligt vanskeligt at oprette nye centre til at give behandlingen. Narkotikabehandlings-tjenester kan betragtes som lokaliteter, der tiltrækker uønskede elementer, og som kan associeres med personer, som lusker omkring, fuldskab, beruselse og indbrudstyverier. De fleste lande anfører, at der findes en vis modstand i lokalsamfundet mod behandlingsprogrammer. Man har dog fundet frem til, at [en sådan] modstand er mest almindelig, inden programmerne iværksættes, og centrene oprettes, og at de forskellige lokalområder synes at acceptere dem, når de er taget i drift [1].«

6. Stofbrugere i substitutionsbehandling

Tabel 1 viser skøn over antallet af problematiske stofbrugere (hovedsageligt opiatbrugere) i EU og den anslåede procentandel i substitutionsbehandling. Sidstnævnte tal varierer betydeligt mellem medlemsstaterne. I visse lande ligger tallet så lavt som omkring 10 %, mens det i andre lande tegner sig for over halvdelen.

Man må dog ikke glemme, at skøn over problematiske stofbrugere ikke er præcise, og at de ikke er nemme at sammenligne. Lav dækning indebærer, at et stort antal stofbrugere kan have øget risiko for overdosis, sundhedsskader, hiv og andre infektionssygdomme og social udstødelse.

Det skal dog påpeges, at substitution kun er nyttig til imødegåelse af problematisk brug af opiater. Der findes ikke en lignende løsning for amfetamin- og kokainproblemer. I de nordlige EU-medlemsstater forårsager amfetaminer flere problemer end heroin, og i EU generelt kan der ikke ses bort fra brugen af kokain.

Trods udvidelsen af substitutions-behandlingen i de senere år anfører de fleste medlemsstater stadig, at der mangler kvalitetskontrol, overvågning og vurdering af de enkelte programmer.

Konklusioner

Substitutionsbehandling — strategiske overvejelser

Dette strategidokument sammenfatter nogle af de nøgletal og vurderinger, som foreligger om situationen inden for substitutionsbehandling i EU i dag, og opgiver de primære kilder for dem, som ønsker at vide mere. På baggrund af de aktuelle undersøgelsesresultater kunne følgende konklusioner danne grundlaget for fremtidige strategiske overvejelser:

1. **Substitution bør ses som led i et bredt behandlingssystem for opiatmisbrugere. Den bør være en central komponent i hiv-forebyggelsesstrategierne i lande med høj mulighed for overførsel via intravenøs stofbrug.**
2. **Den bør systematisk ledsages af psykosocial behandling.**
3. **Der bør tilbydes et bredere og mere forskelligartet sortiment af stoffer og doser, så de passer til den profil, som personen, der kommer i behandling, har.**
4. **Der bør være større tilgængelighed af og adgang til substitutionsbehandling med såvel lav- som højtærskelmuligheder, der tilbydes som led i en afbalanceret løsningsmodel.**
5. **Både alment praktiserende læger og specialiserede behandlingstjenester bør inddrages i leveringen af behandlingen.**
6. **Procentandelen af problematiske stofbrugere, som er omfattet af substitutionsbehandling, bør undersøges regelmæssigt efter geografisk region for at overvåge leveringen af behandlingen.**

Vigtigste kilder

[1] Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) (2000): *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union,* EMCDDA's *Insights*-serie nr. 3, Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, Luxembourg 2000. (Indeholder en omfattende bibliografi om substitutionsbehandling).

[2] Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) (2001): *2001 årsberetningen om narkotikasituationen i Den Europæiske Union,* tabel 1: Substitutionsbehandling til problematiske stofbrugere, Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, Luxembourg 2001, s. 30.

[3] Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. and Alcabes, P (1998): »Measuring harm reduction: the effects to needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV«. *AIDS,* 12 (suppl. A), s. 217-230.

[4] Küfner, H., Vogt, M. and Weiler, D. (1999): *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution,* Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

[5] EDDRA database entry (2001): *Second unit of the methadone substitution programme in Athens* (2. del af metadonsubstitutions-programmet i Athen), (http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra), EONN, Lissabon.

[6] Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. and Meltzer, H. (1998): »Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey«. *Addictive Behaviors,* 23, nr. 6, Elsevier Science Ltd, Oxford, s. 909-918.

[7] Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) (2000): *2000 årsberetningen om narkotikasituationen i Den Europæiske Union,* tabel 1: Almindeligt anvendte substitutionsstoffer i EU, Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, Luxembourg 2000, s. 33.

Webinformation

EONN (stofbehandling):
http://www.emcdda.org/responses/themes/drug_treatment.shtml

EONN (lovdatabase)
http://eldd.emcdda.org

Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level
http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm#

Euro-Methwork:
http://www.q4q.nl/methwork

National Treatment Outcome Research Study (national forskningsundersøgelse af behandlingsresultater):
http://www.ntors.org.uk

Fokus på narkotika er en række strategidokumenter, som udgives af Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN), Lissabon. Strategidokumenterne udgives seks gange om året på Den Europæiske Unions 11 officielle sprog plus norsk. Originalsprog: engelsk. De kan også downloades fra EONN's websted på http://www.emcdda.org Alt må gengives under forudsætning af kildeangivelse. Ønsker De et gratis abonnement, eller har De bemærkninger, kan vi kontaktes via e-post: info@emcdda.org De kan også tilmelde Dem på EONN's hjemmeside for at få opdateringer om nye produkter.

OFFICIEL UDGIVER: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2002

ADMINISTRERENDE DIREKTØR: Georges Estievenart
REDAKTØRER: Kathy Robertson, John Wright
FORFATTERE: Margareta Nilson, Ulrik Solberg, Danilo Ballotta og Lucas Wiessing
GRAFISK DESIGN: Dutton Merrifield, Det Forenede Kongerige
Printed in Italy