Dødsfald blandt stofmisbrugere i fire europæiske byer

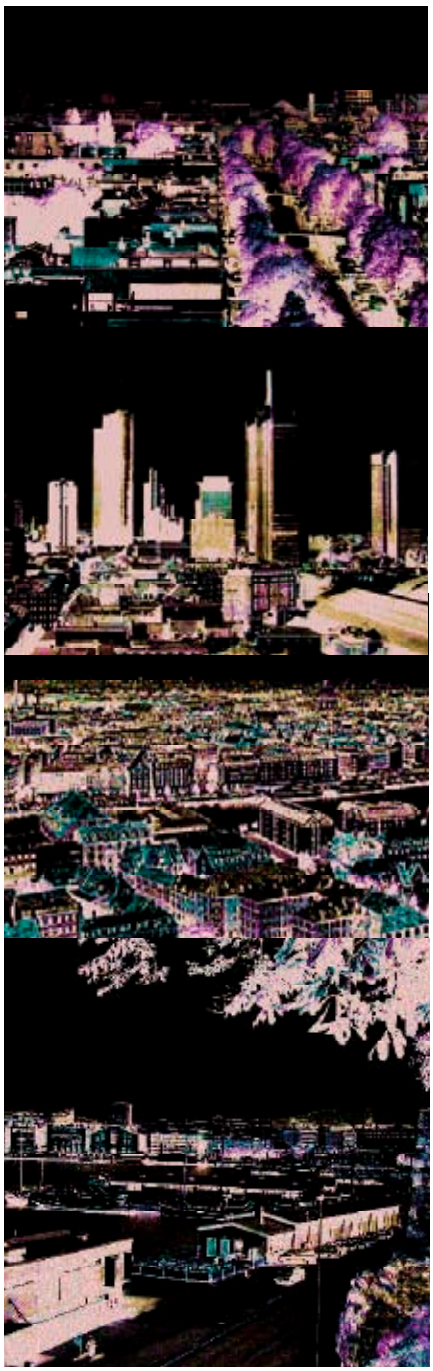
Hvorfor er dødeligheden så forskellig som tilfældet er fra en storby til en anden? Hvilke faktorer spiller mon ind? Fundene fra en sammenlignende undersøgelse af København, Oslo, Amsterdam og Frankfurt præsenteres her i sammendrag.

AF METTE HARBO

Oslo har inden for de sidste 10 år oplevet en voldsom stigning i stofrelaterede dødsfald fra ca. 20 til 120-140 årligt. I Norge er der kun en relativ lille erfaring med forebyggelse og behandling på området, derfor tog Oslo Kommune i 1999 initiativ til et samarbejde med tre europæiske byer. Disse byer er kendetegnet ved såvel lavere som enten stabilt eller faldende antal dødsfald i forbindelse med dødelige overdoser. De tre udvalgte byer var København, Frankfurt og Amsterdam.

Samarbejdsprojektet, der løb fra begyndelsen af 2000 og to år frem, blev iværksat med støtte fra EU kommissionen og Oslo kommune. Formålet var at afdække årsager til de forskellige niveauer i overdosisdødelighed, der fandtes i de fire byer. Opgørelsesmetoder i dødsårsagsregistre, stoftyper, anvendelsesmåder, politiske prioriteringer og forebyggende interventioner var nogle af de parametre, der indgik i udredningsarbejdet. Til brug for analyserne blev der opstillet tre hypoteser, der hhv. diskuterer overdosisdødelighed ud fra en epidemisk, en kulturel eller en socialpolitisk vinkel.

Der fremkom forskellige byprofiler, der viser en sammenhæng mellem et lavt antal overdosisdødsfald og byer med systematisk og koordineret administrativ indgriben fra både det behandlende system og politiet. Dette er kun sket, hvis emnet har været højt prioriteret på den overordnede lokalpolitiske dagsorden. Med andre ord, viser der sig i rapporten en sammenhæng mellem mængden af misbrugsproblemer og den enkelte bys evne til at fokusere og koordinere indsatsen. Af konkrete interventioner peger rapporten på, at kontrol og begrænsning af en "åben stofscene", tilstedeværelsen af et bredt og nuanceret behandlingstilbud samt en stofkultur, hvor forekomsten af injektion af stoffer og blandingsmisbrug er begrænset er de delelementer, der har størst betydning for et lavt antal overdosisdødsfald.

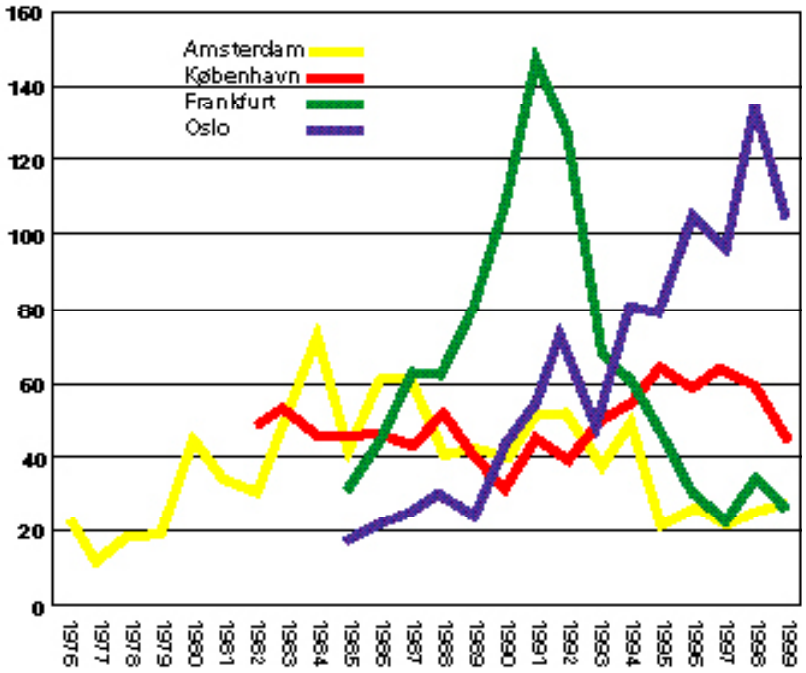


Baggrund og formål

Op gennem 1990'erne har Oslo oplevet en stærk stigende dødelighed blandt stofmisbrugere fra ca. 20 til op mod 140 dødsfald årligt. Adskillige initiativer har været sat i gang, men kurven har blot fortsat sin himmelflugt. På den baggrund besluttede Oslo kommune i 1999 at indsamle erfaringer og metoder udefra. Tre byer, København, Amsterdam og Frankfurt, blev udvalgt på baggrund af kriterier som størrelse, population, antal stofmisbrugere, byernes økonomisk situation, erfaring med forebyggelse og behandling af stofmisbrugere. Til trods for mange sammenfald byerne imellem fandtes også mange forskelle, herunder bl.a. detaljeringsgraden af monitoreringen af hele misbrugsområdet, behandlingsformer, sociale foranstaltninger og ikke mindst selve misbrugskulturen er forskellig i de tre byer. Formålet med projektet var både at lære fra hinanden og særligt for Oslo at forsøge at bremse og på længere sigt nedbringe antallet af overdosisdødsfald, som i denne artikel udelukkende omfatter akutte forgiftninger. Projektets specifikke formål blev dermed at undersøge netop denne type dødsfald blandt stofmisbrugere for at finde forebyggende strategier og interventioner med henblik på at nedbringe antallet.

FIGUR 1.1.

UDVIKLINGEN I OVERDOSISDØDSFALD I DE FIRE BYER FRA DET FØRST BLIVER REGISTRERET OG OP TIL 1999.



Projektet blev finansieret af Oslo kommune og EU kommissionen og forløb over en 2-årig periode fra 1.1.2000 til 31.12.2001. Repræsentanterne i arbejdsgruppen fremgår af slutnote (1).

Metode

Til start blev tilgængeligt talmateriale fra de fire byer gennemgået og så vidt muligt korrigeret for dobbelttælling, uens optællingsmetoder etc. Herefter blev informationer bl.a. vedr. stoftyper, anvendelsesmåder, renhed, interventioner til forebyggelse af overdoser og behandlingsmåder samlet. Der blev desuden gennemført interviews med både stofmisbrugere og fagpersoner (politi, gadesygeplejersker og ambulancefolk).

Der er en stor variation mellem byerne i måden at opgøre stofrelaterede dødsfald på. Opgørelserne kan komme fra de retsmedicinske institutter eller fra politiet, og der er forskel på, hvilke grupper og hvor store andele af dem, som får foretaget obduktion og kemiske blodanalyser med henblik på at bestemme dødsårsagen.

Efter at talmaterialet var blevet korrigeret, og der forelå rimeligt sammenlignelige data fra de fire byer, blev der foretaget semi-strukturerede interviews med tre forskellige grupper i de fire byer. Første gruppe var aktive, intravenøse stofmisbrugere, der enten selv havde oplevet en overdosis og/eller som havde overværet andre få en overdosis. De blev interviewet med henblik på omstændigheder, stoftype, indtagelsesform, lokalitet, genoplivningsforsøg m.v. Derudover spurgte man til, hvad de selv mente, var afgørende for, hvorvidt man fik en overdosis, samt hvad man kunne gøre for at undgå det. Gadeplansarbejdere blev ligeledes interviewet (gadesygeplejerske, ambulancefolk, politiet, socialarbejdere). Spørgsmålene omhandlede deres vurderinger af en række interventioner, strategier eller praktikker, der efter deres mening havde en enten positiv eller negativ indvirkning på overdoser. På baggrund af interviewene fra henholdsvis misbrugerne og gadeplansarbejderne blev de holdninger, ønsker og vurderinger, der var fremkommet omformet til et spørgeskema, der blev brugt som interviewguide til den tredje og sidste gruppe bestående af højtstående politikere og embedsmænd med indflydelse på udformningen af narkotikapolitikken i de enkelte byer.

Projektgruppen opstillede ligeledes tre forskellige hypoteser, der sammen kunne forklare de forskellige udviklinger af overdosisdødsfald i de fire byer. Hypoteserne blev brugt som teoretisk ramme for analyserne.

DE TRE HYPOTESER

EPIDEMIEN Stofmisbrug, og særligt brugen af heroin, kan på mange måder sammenlignes med udviklingen af en epidemi. Stofmisbrug "smitter" hovedsageligt en særlig gruppe af sårbare personer og indenfor denne gruppe "spredes" forskellige indtagelsesmåder fra person til person. Hvis man forsøger at forstå spredningen af heroin i Europa ud fra en epidemisk synsvinkel, kan man argumentere for, at de forskelligheder, vi ser i de fire byer, blot er udtryk for, hvornår og hvor længe epidemien har været i gang. Problemer med et højt antal af overdosisdødsfald skal dermed forstås i et tidsperspektiv, hvor der kort efter, at heroin introduceres i en given by, sker en voldsom stigning i overdosisdødsfald, men at kurven langsomt vil aftage i takt med at misbrugerne "lærer" at tage stoffet uden at det medfører en dødelig overdosis. Epidemien vil herefter finde sig et stabilt niveau, hvor de der dør af en overdosis enten er særligt svage, ikke har lært hvor meget de kan tåle eller blot er "uheldige" (stofmisbrug vil altid være forbundet med en vis risiko).

Den afgørende faktor i en sådan argumentation er tid. Det betyder, at uagtet hvilke interventioner (repressive, behandlende eller socialt støttende) der iværksættes, kan de, alt efter hvornår i det epidemiske tidsforløb man befinder sig, fremstå som om det enten forværrer eller forbedrer overdosisdødeligheden. Det også selvom den enkelte intervention reelt kun har en lille, eller slet ingen effekt.

SAMFUNDSMÆSSIGE FORANSTALTNINGER

Anden hypotese argumenterer for, at det der er afgørende for, hvor mange, der dør af en overdosis, afspejler de samfundsmæssige foranstaltninger, politikker og rammer, der opstilles for stofmisbrugeren. Det betyder dermed, at de byer, der har en lav overdosisdødelighed til fulde har forstået at kontrollere, understøtte og behandle stofmisbrugerne på en måde, så de ikke længere dør af deres misbrug. Modsat, har byer med høj dødelighed iværksat forkerte eller for få tiltag til støtte for målgruppen. Samfundet understøtter derved en udvikling, hvor stofmisbrugere er socialt ekskluderet og stigmatiseret. Dette fører til øget dødelighed, herunder også overdosisdødelighed.

STOFKULTUR Tredje hypotese forklarer overdosisdødelighed med forskelle i stofkulturen i de fire byer. Her tænkes både på udbud af stoffer, indtagelsesmåder (snifning, rygning eller injektioner), renhed, prisniveau men også på, hvordan behandlingssystemet fungerer (fx mængden af substitutionsbehandling, politik omkring sidemisbrug under behandlingsforløb samt metadon forbeholdt behandling, der slipper bort til det illegale marked).

Det analytiske udgangspunkt var, at alle tre hypoteser (epidemi, politiske interventioner og stofkultur) har mere eller mindre betydning for overdosisdødeligheden, men at ingen af de tre hypoteser alene kan forklare antallet af overdosisdødsfald. Med en komparativ analyse var det hensigten at kunne tegne en profil for de fire byer og dermed indkredse, om visse elementer har større betydning end andre, og på hvilket tidspunkt i et eventuelt epidemisk forløb.

BYERNE OG DERES UDVIKLING

Som nævnt i indledningen har Oslo på nuværende tidspunkt langt det største antal af overdosisdødsfald af de fire byer. Frankfurt og Amsterdam ligger imponerende lavt og København midt i mellem. Materialet er *ikke* fuldstændigt sammenligneligt grundet forskelle i opgørelsesmetoder, men det ændrer ikke på tendenserne byerne i mellem. Endvidere er der ikke ændret i opgørelsesmåderne i de enkelte byer i den angivne tidsperiode, hvilket gør beskrivelsen af udviklingen i den enkelte by væsentlig mere sikker. Talmaterialet blev derfor vurderet med disse forbehold. *Se Figur 1.1.*

FRANKFURT

Frankfurt er den af byerne, der har den mest bemærkelsesværdige udvikling indenfor overdosisdødsfald. Fra ca. midten af 80'erne skete der en meget hurtig stigning i antallet af overdosisdødsfald, som toppede i 1991 med næsten 150 dødsfald. Ingen af de øvrige byer har været i nærheden af det tal. Byen var på det tidspunkt karakteriseret ved en meget stor og synlig åben stofscene. Politisk var der stor uenighed om indsatstyper, hvilket bl.a. betød at politiindsatsen fokuserede på at sprede og minimere antallet af misbrugere i gader og parker, mens den sociale indsats var koncentreret omkring opsøgende arbejde på den åbne stofscene samt abstinensbehandling. I 1988 nedsatte Frankfurt en administrativ enhed "Montags Runde", hvor ledende personer mødtes en gang om ugen for i fællesskab at koordinere indsatsen og iværksætte initiativer til at kontrollerer det stigende problem. I løbet af få år blev der etableret en fælles, samlet politik på området. Der blev indført flere socialt, understøttende programmer for stofmisbrugere, åbnet faciliteter hvor de kunne opholde sig, politiet ændrede praksis i forhold til at flytte rundt med misbrugerne, og behandlingstilbudene ændredes fra at være abstinensbehandling til substitutionsbehandling med fokus på skadesreduktion. Første officielle injektionsrum blev åbnet i 1994, men da var der allerede sket en halvering i andelen af dødsfald, en tendens der fortsatte frem til 1997, hvor tallet stagnerede. Montags Runde eksisterer stadigvæk, og det til trods for, at det lykkedes for Frankfurt på 5-6 år at reducere antallet af årlige dødsfald fra 150 til godt 20. Dermed blev der tale om et væsentligt mindre og mere afgrænset problem, der ikke fylder ret meget i den brede befolknings bevidsthed.

AMSTERDAM

Udviklingen i Amsterdam ligner til dels Frankfurt, dog startede forløbet flere år tidligere end i Frankfurt, og antallet af overdosisdødsfald kom aldrig så højt op. Særligt to forhold gør udviklingen i Amsterdam speciel. For det første har der fra starten været en stærk rygekultur, hvor stoffer blev røget frem for injiceret, hvilket er langt mindre dødeligt, når man taler om akutte forgiftninger. For det andet var en stor del af de personer, der døde af en overdosis op gennem 70'erne og 80'erne turister særligt fra Tyskland. De kom til Amsterdam for at eksperimentere med stoffer og en stor del af dem injicerede stoffet. Gennem forskellige initiativer bl.a. politiaktioner og øget information formåede Amsterdam at nedbringe antallet af tyske "rus-turister", der kom til byen. Disse to parameter menes at være væsentlige årsager til, at overdosisdødeligheden i Amsterdam længe har været meget lav. Tænker man i et epidemisk perspektiv, har det tidlige begyndelsestidspunkt for brug af heroin betydet, at epidemien har haft tid til både at sprede sig i den udsatte gruppe, og til at gruppen har "lært" at håndtere stoffet, så dødelige uheld undgås. Sideløbende med udviklingen, hvad enten den har været kulturelt eller epidemisk bestemt, har Amsterdam været hurtig til at iværksætte varierede behandlingsudbud. Det første officielle injektions rum blev først oprettet i 1997. Amsterdam har siden midten af 90'erne ligget på et stabilt, lavt antal årlige overdosisdødsfald på niveau med Frankfurt (omkring 20 pr. år).

OSLO

Det særlige ved Oslo er, at stigningen i antallet af overdosisdødsfald kom langt senere end i de øvrige byer. Først omkring 1990 begyndte der at ske en stigning i overdosisdødsfald, der ellers havde ligget stabilt lavt omkring 20 årligt. Indsatsen for at afhjælpe problemet har været sparsom og primært bygget på en øget politiindsats samt opsøgende, socialt arbejde. Første egentlige metadonprogram blev startet i 1998 (2), og substitutionsbehandling tilbydes stadig kun en mindre del af Oslos misbrugere, hvilket adskiller Oslo fra de øvrige byer, hvor substitutionsbehandling tilbydes til en langt større andel. Misbrugskulturen er karakteriseret ved mere end 95 % injektionsadfærd og udbredt grad af blandingsmisbrugere. Ifølge en epidemisk argumentation er Oslo i gang med at gennemleve den periode, hvor "smittespredningen" rammer de svageste i gruppen, hvorefter antallet af årlige dødsfald vil stabilisere sig på et lavere niveau.

KØBENHAVN

For flere informationer eller et eksemplar af rapporten kontakt venligst

Mette Harbo, Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Tlf.: 7222 7478
Rapporten er at finde på www.eli.dk/local

Udviklingen for København adskiller sig fra de øvrige byer, idet vi ikke har set samme markante stigning med efterfølgende fald. Op gennem 80'erne lå tallene forholdsvist stabilt (lidt over 40 årlige dødsfald) med et fald omkring 1990. I det næste årti skete en stigning i antallet i overdosisdødsfald til det højeste niveau hidtil (over 60 årlige dødsfald i sidste halvdel af 90'erne), dog ser det ud til at tendensen er vendt, og at antallet igen langsomt er for nedadgående.

Den københavnske misbrugskultur er kendetegnet ved en høj andel af intravenøse - og blandingsmisbrugere. København har som den eneste by aldrig haft en stor udendørs stofscene, der tilnærmelsesvis kan sammenlignes med, hvad de øvrige byer har oplevet. Der findes dog enkelte specifikke steder særligt på Vesterbro, hvor misbrugere samles. København indførte forholdsvist tidligt metadonbehandling til en bred skare af misbrugere, hvilket nu bliver understøttet af opsøgende, sociale medarbejdere, samt en moderat men repressiv politiindsats sammenlignet med andre europæiske byer.

INTERVIEWUDSAGN FRA DE FIRE BYER

AMSTERDAM

Både på det politiske - og på gadeniveau blev der udtrykt stor tilfredshed med, hvordan stofmisbrug og dets konsekvenser bliver håndteret i Amsterdam. Selvforståelsen i byen er, at man har et pragmatisk og realistisk syn på stofproblematikken. D.v.s. at fokus ikke er på det at tage stoffer, men derimod på konsekvenserne af stofbrug både for individ (fysiske skader, social stigmatisering) og for samfund (kriminalitet, offentlig uro). Den generelle tilfredshed med byens narkopolitik i kombination med det lave antal af overdosisdødsfald betyder derfor, at der kun er en afmålt interesse for interventioner, der yderligere ville kunne nedbringe antallet af overdosisdødsfald. Dog er der stadigvæk stor politisk interesse for og fokus på strategier og interventioner, der vedrører andre stofproblemer, f.eks. afprøvning af nye behandlingstilbud samt øget integration af stofmisbrugere på arbejdsmarkedet.

FRANKFURT

Situationen i Frankfurt minder lidt om den i Amsterdam. Antallet af årlige overdosisdødsfald er lavt, den meget store åbne stofscene i Frankfurts centrum er væk til fordel for flere værestede og andre sociale foranstaltninger. Såvel stofmisbrugerne, behandlerne som politikerne oplever situationen som tilfredsstillende. Selv opfatter Frankfurt at særligt indførelsen af injektions rum var af særlig stor betydning for nedbringelsen af antallet af overdosisdødsfald. De bedre hygiejniske forhold, det uddannede personale og en rolig atmosfære fremhæves som væsentlige faktorer. Som en sideeffekt har injektionsrum også gjort det betydeligt lettere for de sociale medarbejdere at skabe og fastholde kontakt til misbrugerne.

OSLO

I Oslo ser situationen anderledes ud. Først inden for de seneste år har stofmisbrug og de medfølgende problemer været på den "store" politiske dagsorden, og længe har det primære mål været at skabe eller genskabe et stoffrit samfund. Det at stræbe mod et stoffrit samfund har haft stor betydning for behandlingstilbudene, og naturligvis også for politiindsatsen, der har fulgt en nultolerance strategi. Langsomt er denne forståelse ved at ændre sig blandt politikere og administratorer, men gadeplansarbejdere og stofmisbrugerne oplever stadig at målet om stoffrihed bliver praktiseret.

I takt med at antallet af overdosisdødsfald og stofproblemer generelt er steget, er den politiske interesse for at ændre forholdene kommet højt op på den politiske agenda i Oslo, og mange initiativer og projekter er i de sidste år iværksat for at afhjælpe problemet. Det er dog tydeligt, at der fortsat er stor mangel på en koordineret politisk og administrativ indsats, når det gælder stoffer og stofmisbrugere i Oslo. Det ser ud til, at Oslo er i en slags overgangsfase væk fra holdningen om "et stoffri samfund", uden helt at have fundet et nyt ståsted.

KØBENHAVN

Helt overordnet følger København samme narkotika-politiske trend, som mange af de øvrige vesteuropæiske lande bl.a. Holland og Tyskland. Det vil sige, at man fjerner sig fra en repressiv politiindsats og arbejder i stedet

Mette Harbo
Projektkoordinator i Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg

mere med skadesreduktion både for individer (fysisk og socialt) og samfund (offentlig uro og kriminalitet). For København har de overordnede strategier særligt været rettet mod at skaffe et øget antal behandlingspladser, sikre hurtig adgang til behandling samt at tilbyde en bred vifte af behandlingsformer; døgn, dag og socialt understøttende. Til trods for et øget antal pladser, samt øget ressourcetilførsel indenfor de sidste 10 år, er det ikke lykkedes at efterkomme et stadigt stigende efterspørgselspres.

Nedenfor er kort opsummeret de synspunkter, der var fremherskende i de københavnske interviews med politikere, embedsmænd, gadeplansarbejdere og stofmisbrugere.

- Forvaltning og behandlingssystemet efterlyser en narkotikapolitik, der står højere på den politiske agenda. Mangel herpå har betydet mindre fokus på udvikling af strategier, kapacitetsproblemer i behandlingssystemet samt administrative problemer på området.
- Politiet efterlyser en klar politisk tilkendegivelse vedrørende forskelle mellem sociale og politimæssige opgaver. Stofmisbrug bør behandles som et socialt problem og ikke som et ordens/kriminalitets problem.
- Fra politisk side bliver der lagt vægt på, at et stort udvalg af behandlingsformer er vigtigt for at nå flest mulige misbrugere og hjælpe dem i deres situation.
- Stort set alle de interviewende grupper, inklusive stofmisbrugerne, udtrykker generel tilfredshed omkring stofmisbrugssituationen i København. Den er for tiden acceptabel både for politiet, den brede befolkning såvel som for misbrugeren.

Konklusioner

Det er tydeligt, at de administrative systemer i alle fire byer har reageret og interveneret i forhold til stofmisbrug og tilstødende problemer. Men undersøgelsen viser også, at det tager tid både at udpege og afgrænse problemerne, og at modforanstaltninger skal afprøves og tilpasses, førend der viser sig en effekt af givne interventioner. Rapporten konkluderer, at der er en klar og vigtig sammenhæng mellem et lavt antal overdosisdødsfald og de byer, hvor der er sket en systematisk og koordineret administrativ indgriben fra både det behandlende system, politiet og i relevante forvaltninger. Dette er kun sket, hvis emnet har været højt prioriteret på den overordnede lokalpolitiske dagsorden. Med andre ord viser der sig i rapporten en klar sammenhæng mellem antallet af overdosisdødsfald og den enkelte bys evne til at fokusere og koordinere indsatsen.

Af mere konkrete tiltag peger rapporten på, at ingen enkeltstående intervention eller strategi kan få antallet af dødelige overdoser enten til at stige eller falde. Dog er der enkelte tiltag der har større effekt end andre. Substitutionsbehandling (oftest med metadon), der tilbydes bredt til mange samt programmer der tillader variation i indtagelsestidspunkt, -sted og -måde, ser ud til at have en positiv indvirkning på antallet af overdosisdødsfald. En anden vigtig enkeltstående faktor er indtagelsesmåden, altså om stoffet ryges eller injiceres. Det har været helt afgørende for den positive situation i Amsterdam, at en så stor andel af deres stofmisbrugere har foretrukket at ryge heroin frem for, som i de øvrige tre byer, at injicere. Særligt udtalt er dette i Oslo, hvor det anslås at over 95 % injicerer deres stof. Endnu en væsentlig faktor er den øgede tilbøjelighed til at bruge flere forskellige stoffer samtidig, hvilket særligt gælder i Oslo og København. Indtagelse af heroin sammen med andre præparater som Ketogan® eller Rohypnol® skønnes at medføre en ekstra risiko for overdosis, en risikofaktor der måske tidligere har været undervurderet. Sidste enkeltstående parameter der skal nævnes er tid. Antager vi, at de fire byers forskellige niveauer i overdosisdødelighed er udtryk for en epidemisk udvikling, bliver tid den altoverskyggende faktor, og afhængig af hvilke andre foranstaltninger vi iværksætter kan processen enten fremskyndes eller trækkes ud. ■

1. Knut T. Reinås, (projekt koordinator) Oslo Kommune, Rusmideletaten, Oslo, Mette Harbo, Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner, København, Marcel Buster, Municipal Health Service, Amsterdam, Susanne Schardt, 1. år, Drug policy consultant, Frankfurt am Main, Peter Noller, 2. år, George August-Universitet, Göttingen, Frankfurt am Main, Helge Waal (Oslo Universitet) videnskabelig rådgiver for projektet.
2. Før dette havde enkelte meget syge misbrugere eksempelvis hiv smittede kunnet få udleveret metadon.