SUNDHEDSSTYRELSEN

2020



Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter

Opgørelse over årene 2013-2020

Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter
Opgørelse over årene 2013-2020

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN 978-87-7014-279-3

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 20.01.21
Format: pdf
Foto: mpba SST

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2021

Indholdsfortegnelse

1. Resume 5
2. Introduktion 10
3. Baggrund 11
3.1. Lovgrundlag for behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark 11
3.2. Krav til behandlingen med diacetylmorphin og kompetencer hos den ordinerende læge 12
3.3. Patienter til behandlingstilbuddet og visitation til tilbuddet 13

4. Metode og datakvalitet 14
4.1. Datagrundlag 14
4.2. Datakvalitet og opfølgning i IHM-databasen 14
4.3. SF-36 spørgeskemaet - patienterns selvvurderede helbred 15
4.4. Andre datakilder 15
4.4.1. Møder og mailkorrepsondancer med behandlingsstederne 15
4.4.2. Spørgeskemaundersøgelse udsendt til landets 5 heroinklinikker 16

5. Data til evalueringen fra IHM-databasen 16
5.1. Antallet indskrevne pr. år af ordningens forløb siden seneste evaluering i 2012 16
5.2. Antal af patienter indskrevet i behandling fordelt på køn 18
5.3. Antal af patienter indskrevet i behandling fordelt på alder 20
5.4. Antal udskrivninger og årsager til udskrivninger 22
5.5. Patientprofil ved indskrivning og opfølgning 27
5.5.1 Civilstatus 28
5.5.1. Boligforhold 30
5.5.2. Indtægtsforhold og beskæftigelse 33
5.6. Rusmiddelanamnese ved indskrivning og opfølgning 35
5.6.1. Alkoholanamnese ved indskrivning og opfølgning 39
5.6.2. Injektion af illegale stoffer 41
5.6.3. Delt injektionsudstyr 43
5.6.4. Penge brugt på rusmidler 45
5.6.5. Illegale aktivitet 47
5.7. Fysiske og psykiske sygdomme ved indskrivning og opfølgning 48
5.7.1. Direkte injektionsrelaterede sygdomme 49
5.7.2. Fordelingen af de virale infektioner ved indskrivning og opfølgning 51
5.7.3. Ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme 52
5.7.4. Indskrevne i behandlingen med lægeordineret heroin og psykiske lidelser 55
5.7.5. De hyppigste psykiske lidelser hos patienter er diagnosticeret med en psykisk lidelse 57
5.8. Selvvurderet helbred 59

6. Erfaringer fra de 5 klinikker 63
6.1. Patienter til behandlingen med diacetylmorphin 63
6.1.1. Definitionen ”hard to treat” 65
6.2. Behandlingen med diacetylmorphin 69
6.2.1. Behandlingsregimer i behandlingen med diacetylmorphin 70
6.2.2. Patientfremmøde til behandlingen, behandlingstilknytning 71
6.2.3. Dosis anvendt i behandlingen i Danmark 78
6.2.4. Sundhedsfagligt personale ansat i de 5 klinikker 90
6.2.5. Tilbud i den samlede behandling med diacetylmorphin på de 5 klinikker 95

7. Administrationsformer og fremtidige udleveringsmuligheder 96
7.1. Diacetylmorphin, farmakodynemik og farmakokinetik 96
7.2. Erfaringen med tabletbehandlingen i de 5 heroinklinikker 98
7.3. Vurdering af muligheden for en ”tag-med-hjem-ordning” 100
7.4. Fremtidige vurderinger i forhold til ordningen med lægeordineret heroin 103

8. Bilag 105
9. Referencer 118

1. Resume

Behandling med lægeordineret heroin (diacetylmorphin) har været mulig som tilbud i substitutionsbehandlingen i 10 år. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2013 en evaluering over behandlingsformen, som belyste ordningens første 3 år.

Patienter i behandlingen har siden 2010 kunnet injicere heroin under supervision af sundhedsfagligt personale. Siden 2013 har indtag af diacetylmorphin som tablet været mulig som alternativ til at injicere heroinen. Tabletten blev godkendt til anvendelse for at imødekomme patienter, der af forskellige årsager ikke kan eller ønsker at injicere, herunder patienter der ryger eller sniffer heroin.

Denne evaluering er baseret på den sundhedsfaglige indberetning til Sundhedsdatastyrelsens database for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM-databasen), og sammenholder udviklingen hos patientpopulationen med den seneste evaluering af ordningen med lægeordineret heroin. Undersøgelsens fund er baseret på disse data og må tages med forbehold. Dels er der tale om en mindre patientgruppe, og dels er kvaliteten af de indhentede data i nogle kategorier ikke tilstrækkelig. Blandt andet viser opgørelsen, at indberetningerne til databasen ikke sker til de tidpunkter de skal. Derfor kan ændringer over tid ikke belyses og sammenlignes fyldestgørende på alle dele. Dog kan dele af ordningens effekt på de indskrevne patienters helbred og sociale forhold belyses.

Derudover er denne evaluering baseret på de erfaringer, man har med at tilbyde behandlingen lokalt i de 5 heroinklinikker i Danmark. Klinikkernes ledere, læger og socialfaglige medarbejdere deltog i et møde i slutningen af 2019, hvorefter et spørgeskema blev udformet. Spørgeskemabesvarelserne danner grundlag for dele af indholdet i evalueringen. Formålet med at udsende spørgeskemaet til de 5 klinikker var at belyse nogle af de dele af ordningen med lægeordineret heroin, der ikke vurderedes at kunne belyses i tilstrækkeligt omfang ud fra data i IHM-databasen.

Data indsamlet fra møder, e-mails og udfra samtaler med personale i klinikkerne danner også en del af det samlede grundlag for aktuelle evaluering.

Fra 2010 til 2018 blev 573 personer indskrevet i behandlingen fordelt med ca. en tredjedel i Odense (206), en fjerdedel i København (137), en femtedel heroinklinikken i Hvidovre der drives af rusmiddelcentret KABS (115) og en tiendedel hos hver af klinikkerne i Esbjerg (62) og Århus (53).

Siden 2013 er indskrevet i alt 312 patienter i behandlingen. Af de 312 patienter der blev indskrevet i årene 2013-2018, indgår de 66 i det der i evalueringen defineres som ”længerevarende behandling”.

I alt er 257 patienter blevet udskrevet af ordningen igen. Den største enkeltårsag til udskrivelse er både i aktuelle og tidligere evaluering, at patienterne overgår til konventionel substitutionsbehandling igen, har ønsker om stoffrihed eller overgår til døgnbehandling. 24 patienter afsluttede behandling på grund af afsoning.

Sammensætningen af patienter i forhold til køn og alder afviger ikke fra vores øvrige viden om målgruppen til behandlingen. Langt størstedelen af de, der lader sig indskrive i behandlingen, er fortsat mænd i alderen 35 til 44 år. 76 pct. af alle indskrevne er enlige på tidspunktet for indskrivningen. For patienter i længerevarende behandling sker et fald i antallet af de der er enlige fra 58 til 54 personer. I samme patientgruppe bor 43 patienter i selvstændig bolig ved indskrivningen og 51 patienter i selvstændig bolig ved opfølgningen.

Den samlede patientgruppe afviger fortsat betydeligt i forhold til den samlede befolkning i Danmark, hvad angår boligforhold, idet 31 pct. kan kategoriseres som hjemløse mod 0,11 pct. af baggrundsbefolkning. Færre end 5 af de patienter, der lader sig indskrive i behandlingen er i beskæftigelse. Af de patienter der er i længerevarende behandling er 30 pct. ved indskrivningen varigt uden beskæftigelse på tidspunktet for indskrivningen, imens 38 pct. er varigt uden beskæftigelse ved opfølgningen.

Hvad angår forbruget af rusmidler ses, som i den tidligere evaluering, at der fortsat findes et forbrug af lægeordineret metadon ved indskrivningen og opfølgningen. Dette stemmer overens med behandlingsformen forud for indskrivningen og under behandlingsforløbet i herointilbuddet. Blandt mange ses fortsat også et større forbrug af benzodiazepiner og hash.

I forhold til den tidligere evaluering er forbruget af kokain steget hos de, der indskrives i behandlingen. Forbruget af kokain er steget fra et gennemsnit på 2,7 dage til 5 dage på tidspunktet for indskrivningen. Af de patienter der indgår i længerevarende behandling, indtager 39 pct. kokain på tidspunktet for indskrivningen, imens 30 pct. indtager kokain ved opfølgningen. Patienternes udgifter til forbrug af stoffer falder fra indskrivning til opfølgningstidspunktet.

Denne evaluering viser, at patienterne der indgår i behandlingen med heroin oftere drikker alkohol nu, (i gennemsnit 10 dage om måneden) end de gjorde ved den tidligere evaluering (i gennemsnit 7 dage om måneden). Patienternes udgifter til alkohol stiger fra indskrivning til opfølgningstidspunktet.

Det gennemsnitlige antal dage patienterne er med illegale aktiviteter er ligeledes steget fra sidste evaluering (5 dage) til aktuelle evaluering (16 dage). Dog falder antallet af dage med illegale aktiviteter som funktion af tiden i behandlingen, ligesom det var tilfældet i den sidste evaluering.

For patienterne indskrevet i behandlingen med diacetylmorphin ses et betydeligt fald i antallet af de der angiver at injicere illegale stoffer. Af patienter i længerevarende behandling angiver 79 pct. at de injicerer illegale stoffer ved indskrivningen og 32 pct. ved opfølgningen. Færre end 5 patienter angiver at have delt injektionsudstyr på tidspunktet for indskrivningen.

50 pct. af samtlige indskrevne patienter lider af virale sygdomme, der direkte kan relateres injektionsforbruget af stoffer. I gruppen af patienter indskrevet i længerevarende behandling tegner sygdomsbilledet sig anderledes, idet 44 pct. har virale infektioner relateret til injektionsforbruget, færre har karskader, lokale infektioner og systemiske bakterielle infektioner end i den samlede patientgruppe. Langt de fleste af de patienter der lider af viral sygdom relateret til injektionsforbruget er diagnosticeret med kronisk hepatitis c.

Gruppen af sygdomme betegnet *Andre ernæringsbetingede mangeltilstande* er, med sygdomsgruppen *Andre ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme*, de hyppigste årsager til sygdom hos den samlede gruppe af patienter indskrevet i tilbuddet. 13 pct. af de indskrevne lider af kroniske sygdomme i nedre luftveje, 9 pct. af rygsygdomme, 8 pct. af atropatier (sygdomme i led), og 4 pct. lider af hjertesygdomme.

For gruppen af patienter der indgår i længerevarende behandling fordeler sygdommene sig anderledes, idet 19 pct. lider af kronisk sygdom i nedre luftveje hvor alene 8 pct. findes med samme sygdomstilstand ved opfølgningen. 12 pct. af patienterne der indgår i længerevarende behandling lider af rygsygdomme, hvorimod 17 pct.er diagnosticeret inde for samme sygdomsgruppe ved opfølgning.

I den nye evaluering er der generelt færre patienter, der er diagnosticeret inde for sygdomsgrupperne *lunge-, mangel- og hjertesygdomme*, end det var tilfældet i den tidligere evaluering. Omvendt er der flere patienter med lidelser inden for gruppen af *gigt- og rygsygdomme* end ved sidste evaluering.

Antallet af personer der indgår i behandlingen med lægeordineret heroin og samtidig er registreret med en eller flere psykiatriske diagnoser er 218. Hermed er knap 70 pct. af alle der lader sig indskrive i behandlingstilbuddet fra 2013 til 2018 registreret med en eller flere psykiske lidelser. Dette er en afvigelse fra seneste evaluering, hvor 41 pct. af de indskrevne led af en eller flere psykiske lidelser på tidspunktet for indskrivningen. De hyppigste årsager til psykisk lidelse er de, der relaterer sig forbruget af rusmidler.

Patienternes selvvurderede helbred er ikke overraskende betydeligt lavere end det er hos baggrunds-befolkningen. I alt har 142 af de i alt 312 patienter (47 pct.) angivet, at de betragter helbredet som *fremragende, vældig godt eller godt, modsat* 83 pct. af den generelle befolkning. For personer indskrevet i behandlingen i længere tid findes en yderligere forringelse i selvvurderet helbred, hvor 47 pct. svarer, at de vurderer helbredet i alt som *fremragende, vældig godt eller godt*, svarer kun 39 pct. af patienterne der indgår i

længerevarende behandlingsforløb, at vurdere eget helbred i alt som *fremragende, vældig godt eller godt.* Ved opfølgningen ses dette yderligere faldet til 30 pct.

De 5 heroinklinikkers erfaring med behandlingen er meget forskellig, både hvad angår patientantal og sammensætning i tilbuddet.

Rammerne for inklusion til behandling med lægeordineret heroin fremgår af vejledningen til behandlingen. Dog viser Sundhedsstyrelsens undersøgelse, at der er visse lokale forskelle i, hvordan der inkluderes til tilbuddet. Risiko for overdosis, søgen efter rus, rammer der bedre rummer patienterne er emner, der blandt andet indgår i overvejelserne i forhold til inklusionen til behandlingen i nogle klinikker.

Hensigten med behandlingen med diacetylmorphin er, at patienterne i langt de fleste tilfælde benytter sig af at få udleveret medicinen to gange dagligt alle ugens dage. Der er dog stor variation fra klinik til klinik i, hvor mange gange der fremmødes til medicinudlevering. I langt de fleste klinikker udleveres diacetylmorphinen ikke 14 gange pr. uge. Klinikkerne i Århus og Odense er de klinikker, hvor patienterne oftest får udleveret medicin 2 gange dagligt.

Doser over 450 mg diacetylmorphin kan føre til respirationspåvirkning og kramper, hvorfor den højst anbefalede dosis er 450 mg intravenøs diacetylmorphin. Opgørelsen over dosisforholdene viser, at andelen af de patienter der får udleveret en enkeltdosis, som overstiger de 450 mg er langt lavere i Odense og hos KABS end i Århus, Esbjerg og København.

De 5 heroinklinikker har ligeledes stor diversitet hvad angår årsværk ansat i klinikkerne, ligesom evalueringen viser, at tilbuddene i behandlingen også er forskellige. Nogle klinikker indberetter at have meget sundhedsfagligt personale tilknyttet og ser samtidig ud til at vægte den socialfaglige del af behandlingen mindre, mens andre klinikker ser ud til omvendt at have færre sundhedsfagligt og i særdeleshed lægefagligt personale ansat, for i stedet at vægte den socialfaglige indsats højt. Dette lader sig også afspejle i forhold til hvilke tilbud de enkelte klinikker tilbyder. Nogle klinikker tilbyder cafe-miljøterapeutisk træning, psykoedukation og gruppeforløb med varierende temaer, mens andre klinikker alene tilbyder sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser. KABS er den klinik hvor flest forskellige fagligheder er repræsenteret.

Der er ligeledes forskel på klinikernes erfaring med tabletbehandlingen med diacetylmorphin. 3 klinikker har færre end 5 patienter i tabletbehandling, mens der i 2 klinikker er 12-16 pct. af de indskrevne i behandling med tabletten.

Tidligere i ordningens første år udtrykte nogle patienter ønske om at få mulighed for at tage heroin med hjem. Dels for at nedsætte antallet af fremmøder i klinikken, dels fordi flere har udtrykt ønske om fuldstændig overgang til diacetylmorphin for dermed at kunne undgå metadon som del af den samlede medicinske behandling.

Det er ikke tidligere blevet fundet forsvarligt at tilbyde patienter at tage injicerbar diacetylmorphin med hjem fra klinikkerne. I forhold til diacetylmorphin som tabletform, var der behov for yderligere erfaring med tabletformen som del af behandlingen førend der blev taget stilling til muligheden for at tage den med hjem.

Ud fra evaluering af ordningen med lægeordineret heroin vurderer Sundhedsstyrelsen ikke, at det på nuværende tidspunkt kan anbefales sundhedsfagligt at udvide ordningen med lægeordineret heroin hvad angår andre administrationsformer som rygeheroin, næsespray eller pulver til snifning. Sundhedsstyrelsen vurderer heller ikke, at der for nuværende bør eksploreres yderligere i muligheden for, at få udleveret diacetylmorphin til administration uden for klinikken. Denne vurdering begrundes i, at der endnu er et for spinkelt erfaringsgrundlag og sammenligningsgrundlag i forhold til den samlede behandling i Danmark.

Der er stor forskel på den heroin, der kan købes illegalt på gaden, og den helt rene heroin der ordineres til indskrevne patienter i de 5 heroinklinikker. Hvis den 100 pct. rene heroin ikke håndteres korrekt eller håndteres af andre end de patienter den er ordineret til, kan dette have fatale følger for tredjemand og samfund. Samme overvejelser bør tages i betragtning i forhold til, hvorvidt lægeordineret heroin skal kunne bringes med hjem fra klinikken. Der findes fortsat metadon, der er et lægeordineret substitutionsbehandlingspræparat, på den illegale stofscene – hvorfor det ikke er utænkeligt, at det samme vil gøre sig gældende for den rene heroin.

Virkningen af diacetylmorphin er anderledes når den anvendes som tablet, end når den inhaleres, sniffes og injiceres. Med tabletten opnås ikke den rus, der almindeligvis søges igennem de andre administrationsformer. Dette rejser spørgsmål i forhold til, hvorvidt tabletbehandlingen med diacetylmorphin er den mest hensigtsmæssige at anvende som substitution til patienter der indtager heroin og søger en rus.

Undersøgelserne fra den aktuelle evaluering afdækker derfor snarere et behov for, at der eksploreres yderligere i ligheder og forskelle imellem diacetylmorphin som tablet og depotmorfin som tilbud i substitutionsbehandlingen for opioidafhængighed, end et behov for en tag-med-hjem ordning af diacetylmorphin.

Tiltag, der vil kunne føre til et større patientgrundlag, bedre inklusion til behandlingen og en bedre behandlingstilknytning indenfor substitutionsbehandlingen, bør også undersøges yderligere. Herunder muligheden for, at patienterne kan modtage flere forskellige tilbud lokalt, samt muligheden for at udvide åbningstiderne i tilbud, hvor hyppig lægemiddeladministration er væsentlig som det er i behandlingen med diacetylmorphin.

Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at der i højere grad samarbejdes om at ensarte de 5 tilbud, således at der ikke er en stor forskel på at være patient i en del af landet frem for en anden. Sundhedsstyrelsen vil til dette formål i 2021 etablere en følgegruppe, hvorigennem et forum for sparring og erfaringsudveksling vil kunne initieres.

Fremtidige vurderinger i forhold til blandt andet inkluderende tiltag og tilbud til behandlingen, kan med fordel gøres i samråd med og under inddragelse af de patienter, der har været indskrevet eller fortsat er indskrevet i behandlingen med diacetylmorphin.

2. Introduktion

Behandling med diacetylmorphin (heroin) har siden marts måned 2009 været muligt som del af behandlingen med substitutionsmedicin for en særlig gruppe af de patienter, der lider af opioidafhængighed. I april måned 2010 åbnede de første af de klinikker, som nu tilbyder behandlingsindsatsen.

Behandlingen kan indledes og udføres efter fastsatte regler om ordination og behandling med heroin, som de fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9507 af 17 september 2013, om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed.

Sundhedsstyrelsen vurderede i forbindelse med opstarten af behandlingsformen, at 10 pct. af de patienter, der er indskrevet i længerevarende substitutionsbehandling med metadon ville kunne opfylde kriterierne for behandlingen med lægeordineret heroin. Et estimat gjort udfra udenlandske forsøg på området i Schweiz, Holland, Tyskland og England. På denne baggrund skønnede Sundhedsstyrelsen ligeledes, at ca. 300 personer ville opfylde kriterierne for at kunne indgå i behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark.

Sundhedsstyrelsens vurdering forud for opstarten af behandlingsformen var, at der med udgangen af 2011 forventedes ca. 280 patienter i behandling med diacetylmorphin, heraf 120 patienter i Københavns Kommune og 40 i hver af de andre klinikker. Skønnet over antallet af patienter indskrevet i behandling rummede også et estimat over den forventede stigning i antallet af indskrevne. Således forventede Sundhedsstyrelsen, at der 2-3 år efter indledt opstart, ville være et samlet patientgrundlag på imellem 300 og 400 patienter.

Den første evaluering af ordingen med lægeordineret diacetylmorphin blev offentliggjort i 2013, og gjorde status over ordningens første 2 år, dvs. 2010-2012. Evalueringen er tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [(1)].

Nærværende rapport er en evaluering over heroinbehandlingen, som den har udviklet sig i periode 2013 til 2018 og igennem ordningens samlede 10 årige forløb fra 2010 til 2020.

Dele af evalueringen omhandler samtlige af ordningens 10 år, fra klinikernes åbning og den allerførste indskrivning af patienter frem til i dag. Andre dele omhandler den udvikling

der er sket siden seneste evaluering af ordningen blev foretaget i 2013.

Klinkkerne har til den aktuelle evaluering bidraget ved at udfylde et spørgeskema. Formålet med dette er, at belyse de lokale forhold på de 5 klinikker.

3. Baggrund

3.1. Lovgrundlag for behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark

Sundhedsloven, autorisationsloven, serviceloven, lægemiddelloven og lov om euforiserende stoffer udstikker de samlede rammer for behandlingen med substitutionsmedicin og herunder også for behandlingen med diacetylmorphin i Danmark.

Efter sundhedslovens § 142 skal kommunen tilbyde personer, som har et stofmisbrug, vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler (substitutionsbehandling). Efter autorisationslovens § 41 kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, og af læger ansat i sygehusvæsenet under en persons sygehusindlæggelse [(2)] [(3)].

Behandlingen med diacetylmorphin skal ske med farmaceutisk heroin (lægemiddel). I lov om euforiserende stoffer er der skabt hjemmel til, at stoffet diacetylmorfphin blandt andet kan indføres og anvendes i medicinsk øjemed som led i den lægelige behandling af stofbrugere, der er afhængige af opioder [(4), (5)].

Lægemidlet skal være godkendt til behandling af opioidafhængighed, ligesom alle generelle regler om markedsføring, anvendelse og opbevaring følger lægemiddelloven [(6)].

Lægemiddelstyrelsen godkender klinikkerne til at modtage og besidde diaceltylmorphin. I denne godkendelse skelnes ikke mellem lægemiddelformen, og dermed skelnes ikke mellem hvorvidt det er tablet og injektionsvæske, som bestilles til klinikken. Dog skal der ved anvendelse af lægemidler der ikke er godkendt og markedsført i Danmark udstedes en særlig udleveringstilladelse.

Diaphinpulver der benyttes til injektionsvæske er godkendt og markedsført i Danmark og kræver derfor ikke en særlig udleveringstilladelse i klinikkerne. Diaphin tabletten er ikke markedsført i Danmark hvorfor anvendelsen af denne lægemiddelform i behandlingen med diacetylmorphin kræver en særlig udleveringstilladelse fra Lægemiddelstyrelsen. Den særlige udleveringstilladelse fra Lægemiddelstyrelsen skal fornys hvert år.

Lægemiddelstyrelsen giver behandlingssteder og distributører tilladelse til at håndtere diacetylmorfin. Denne opgave varetages hos Lægemiddelstyrelsen, da diacetylmorfin tilhører gruppen af euforiserende stoffer og bliver reguleret jf. bekendtgørelse om euforiserende stoffer [4], som ligger inden for Lægemiddelstyrelsens resortområde.

Behandlingsstederne og distributører har som del af tilladelsen til at modtage og besidde diacetylmorphin en udpeget ansvarlig person, hvis rolle det er at sikre, at behandlingsstedet eller distributøren lever op til gældende regler på området. Hvis et behandlingssted eller en distributør eksempelvis skifter adresse, ansvarlig leder eller lignende skal der ansøges om at få ændret tilladelsen.

Fysiske inspektioner af både behandlingssteder og af distributører udføres ligeledes af Lægemiddelstyrelsen, og sker alene på risikobaseret basis.
Tilsyn kan også forekomme hvis klinikkerne undergår større ændringer som nævnte adresseflytning, eller ved andre større forandringer, som måtte give anledning til inspektion af klinikken.

Dertil kommer, at behandlingssteder og distributører er underlagt at skulle indberette kvartalsstatistik, hvor det blandt andet skal angives hvor meget diacetylmorphin behandlingsstederne har modtaget, forbrugt, destrueret samt hvor stort et svind der har været på klinikken.

3.2. Krav til behandlingen med diacetylmorphin og kompetencer hos den ordinerende læge

Behandlingen med injicerbar diacetylmorphin er en sundhedsfaglig specialopgave, der stiller særlige krav til behandling og patientsikkerhed, og ligeledes stiller specifikke krav til faglige kompetencer og personalenormering i behandlingen. Der kræves blandt andet derfor et minimumsgrundlag på 20 patienter, for at kunne sikre et ensartet og acceptabel kvalitet i driften af en klinik til behandling med diacetylmorphin [7]. Det antages, at omkring 10 pct. af det samlede antal personer der indgår i længerevarende behandling med konventionel peroral substitutionsmedicin opfylder vil opfylde kriterierne for at kunne indgå i behandlingen med diacetylmorphin [7].

Injektionsbehandlingen med diacetylmorphin er mere kompleks og mere risikofyldt end den konventionelle behandling med substitutionsmedicinen metadon. Derfor stilles en række særskilte og specifikke krav til de faglige kompetencer hos den ordinerende læge.

Blandt andet skal den behandlingsansvarlige læge i et substitutionsbehandlingstilbud der benytter diacetylmorphin til den lægefaglige behandling, have indgående erfaring med rusmiddelbehandling. Lægen skal være uddannet speciallæge i et relevant speciale, som eksempelvis almen medicin, psykiatri, samfundsmedicin eller intern medicin. Klinisk erfaring fra rusmiddelbehandlingen skal både omfatte kendskabet til den konventionelle sub-

stitutionsbehandling af patienter der lider af opioidafhængighed samt somatisk som psykisk komorbiditet til rusmiddelforbruget. Dertil skal lægen have erfaring med helhedsorienteret rusmiddelbehandling og med de snitflader der er til den sociale indsats i behandlingstilbuddet (7).

Det er Styrelsen for Patientsikkerhed der godkender de læger, der kan varetage en ordination af diacetylmorphin og således efter denne godkendelse vil være den rekvirerende og ordinerende læge på behandlingsstedet[1].

Den lægelige ordination af diacetylmorphin kan ikke stå alene og skal til alle tider være sammenhængende med den sociale indsats, der ydes efter Serviceloven. Det er kommunalbestyrelsens ansvar at sikre, at der i behandlingen findes den fornødne sammenhæng imellem den lægelige indsats i henhold til Sundhedslovens § 142 og den sociale indsats i henhold til Servicelovens § 101.

Behandlingen med diacetylmorphin kan alene ske på de dertil indrettede klinikker.

Det er ikke muligt at få eller yde behandling med diacetylmorphin under indlæggelser i den øvrige del af sundhedssystemet eller i regi af kriminalforsorgen.

I tilfælde af indlæggelse, ferie eller afsoning i kriminalforsorgen, må patienter der er indskrevet i en af de 5 af landets heroinklinikker lade sig omstille til anden substitutionsbehandling.

3.3. Patienter til behandlingstilbuddet og visitation til tilbuddet

Behandlingen med diacetylmorphin som substitutionsmedicinsk tilbud er tilsigtet en særlig gruppe af de patienter, der lider af opioidafhængighed.

Behandlingen med lægeordineret heroin kan være indikeret hos patienter der har et fortsat brug af lægeligt ordinerede eller illegalt erhvervede opioider, trods samtidig aktiv behandling med konventionel peroral- eller injiceret substitutionsmedicin. Formålet med behandlingen er, at forebygge en forværring af patientens helbredstilstand, samt på længere sigt at forbedre patientens livskvalitet både helbredsmæssigt og socialt (7). Patientgruppe og inklusion til behandlingstilbuddet uddybes i afsnit 6.1 og 6.1.1.

Fastsatte regler om ordination og behandling med heroin fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9507 af 17 september 2013 om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed (7).

[1] I henhold til bekendtgørelse 125 18.februar 2009 skal Sundhedsstyrelsen godkende behandlingsansvarlige læger til diacetylmorphinbehandlingen, dette ligger nu i Styrelsen for Patientsikkerheds ressortområde, idet bekendtgørelsen vedrører Autorisationsloven.

En kommune kan ikke uden en lægefaglig vurdering foretage visitation af den enkelte patient, der formodes at have behov for abstinens- eller substitutionsbehandling. Der skal derfor også i hvert enkelt tilfælde vurderes ved en læge, om en patient opfylder kriterierne for at kunne blive tilbudt behandling med diacetylmorphin [7].

4. Metode og datakvalitet

4.1. Datagrundlag

Denne evaluering af ordningen med lægeordineret heroin er som i den tidligere evaluering primært baseret på indberetning af data på området for behandling fra Sundhedsdatastyrelsens database for injicerbar heroin og metadon (IHM-databasen). Databasen har i tidligere organiseringer på Sundheds- og Ældreministeriets område ligget hos Statens Serum Institut og hos Sundhedsstyrelsen.

Indberetningerne finder sted ved indskrivningen og herefter skal der løbende indberettes til databasen hvert halve år. Spørgsmål omhandlende stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede somatiske og psykiske lidelser, et SF-36 spørgeskema omhandlende patientens selvvurderede helbred samt spørgsmål til patientens sociale forhold og kriminalitet skal alle udfyldes af sundhedspersonale sammen med patienten hvert halve år i den tid patienten er indskrevet i behandlingen.

Beskrivelse af og vejledning til, hvorledes skemaerne skal udfyldes fremgår af "Fællesindhold for indberetning til Sundhedsdatastyrelsens database for injicerbar heroin og metadon" og kan fremsøges på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [8].

Data til evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin omfatter alle indberettede data fra registerstart 1.april 2010 til aktuelle udtræk til evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin i 2020, som dækker perioden 2013 til 2018.

4.2. Datakvalitet og opfølgning i IHM-databasen

Personerne der er indskrevet i behandling med lægeordineret heroin bør modtage opfølgning på den iværksatte behandling løbende, således at effekten kan følges. Opfølgningen sker som indberetning til IHM-databasen og skal gøres hvert halve år.

Dataindberetningen der følger opfølgningen har vist sig ikke at ske, som den skal. For at flest mulige patienter og flest mulige forløb bliver inkluderet i evalueringen har det derfor været nødvendigt, at definere opfølgningerne bredere.

En opfølgning defineres i denne evaluering som den *første opfølgning*, hvis den er foretaget indenfor det første år af et behandlingsforløb, og at *anden opfølgning* er defineret som en opfølgning der sker indenfor 2 år efter indskrivningen til behandlingstilbuddet, betinget af at personen allerede har modtaget første opfølgning.

Personer i længerevarende behandling er defineret som personer, der minimum har gennemført første og anden opfølgning.

4.3. SF-36 spørgeskemaet - patienternes selvvurderede helbred

I opfølgningen til IHM databasen besvarer personer indskrevet i behandling med lægeordinere heroin et spørgeskema, der måler helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne (Short Form 36, SF-36).

Besvarelserne fra patienterne sammenlignes i evalueringen med besvarelser fra befolkningsundersøgelser i Danmark. Den seneste befolkningsundersøgelse, hvor SF-36 anvendes, er fra 2005. I denne evaluering sammenlignes derfor med opgørelsen fra 2005, ligesom der kan sammenlignes de to evalueringer imellem.

Andre befolkningsundersøgelser anvender SF-12, og for at gennemføre en bredere sammenligning er to centrale mål om selvvurderet helbred udvalgt fra IHM-databasen. Disse mål kan sammenholdes med befolkningsundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017[2].

4.4. Andre datakilder

For at belyse ordningen med lægeordineret heroin fra flere sider end de der repræsenteres ved udtræk af data fra IHM-databasen, har Sundhedsstyrelsen til aktuelle evaluering valgt at inddrage yderligere viden fra de fem heroinklinikker, ligesom klinikkerne har bidraget med forslag til indhold i evalueringen.

4.4.1. Møder og mailkorrespondancer med behandlingsstederne

Sundhedsstyrelsen har løbende været i kontakt og dialog med læger og ledelse fra de fem heroinklinikker. Mailkorrespondancer og møderefarater indgår som en del af dataindsamlingen til aktuelle evaluering af ordningen med diacetylmorphin som substitutionsbehandling.

[2] Sundhedsprofilen gennemføres hver fjerde år af Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og de fem regioner

Klinikkerne har bl.a. bidraget med viden om sædvanlig praksis i patientbehandlingen, herunder fremgangsmåder med justeringer i medicin og mødet med patienten.

4.4.2. Spørgeskemaundersøgelse udsendt til landets 5 heroinklinikker

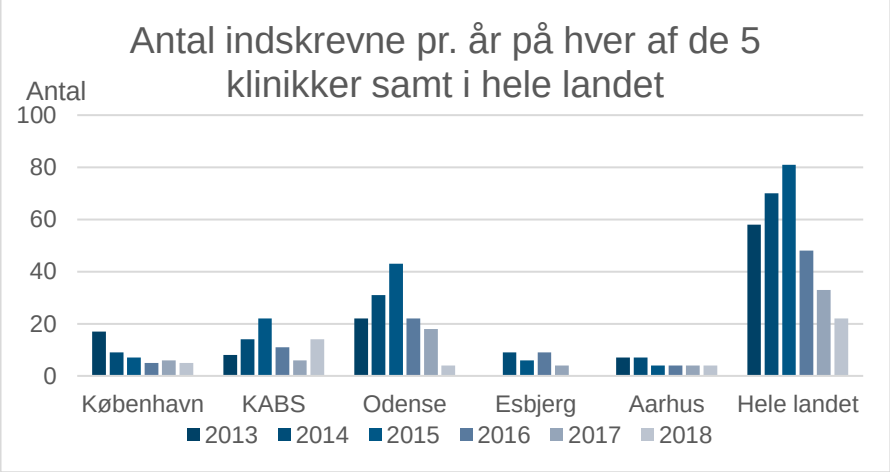
Klinikkerne bidrog også med viden gennem besvarelser af et spørgeskema udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Data indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen til heroinklinikkerne er alle indsamlet i pseudonymiseret form og tjener det formål, at anskue lokale variationer i patientgrundlag og tilbud i behandlingen.

5. Data til evalueringen fra IHM-databasen

5.1. Antallet indskrevne pr. år af ordningens forløb siden seneste evaluering i 2012

Sundhedsstyrelsens vurdering forud for opstarten af behandlingsformen var, at der med udgangen af 2011 forventedes ca. 280 patienter i behandling med diacetylmorphin, heraf 120 patienter forventedes indskrevet i Københavns Kommune og 40 patienter forventedes indskrevet i hver af de andre kommuner.

Skønnet over antallet af patienter indskrevet i behandling rummede også et skøn af en let stigning i antallet af indskrevne de første år af behandlingens eksisteren.
Således forventede Sundhedsstyrelsen, at der efter 2-3 år af behandlingens, ville findes et patientgrundlag på imellem 300 og 400 patienter.



Figur 4.1. Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Figuren illustrerer antallet af indskrevne patienter i tilbuddene til ordningen med lægeordineret diacetylmorphin (heroin) i årene 2013-2018. Opgørelsen beskriver alene antallet af patienter der indskrives det pågældende år, og ikke det fulde antal indskrevne der allerede måtte indgå i behandlingen. Hvor data er under 5 unikker personer (<5) er tallet angivet som 4 i figuren.

	København	KABS	Odense	Esbjerg	Aarhus	Hele landet
2013	17	8	22	<5	7	58
2014	9	14	31	9	7	70
2015	7	22	43	6	<5	81
2016	5	11	22	9	<5	48
2017	6	6	18	<5	<5	33
2018	5	14	<5	0	<5	22

Tabel 4.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. . Note: Antallet af nye indskrevne personer i tilbuddene til ordningen med lægeordineret diacetylmorphinbehandling. Opgørelsen beskriver alene antallet af patienter der indskrives det pågældende år, og ikke det fulde antal indskrevne der allerede måtte indgå i behandlingen.

Data fra sundhedsdatastyrelsen viser, at der i 2013 til 2018 er blevet indskrevet 312 patienter i tilbuddet med diacetylmorphin (heroin).

Da der er tale om indskrivninger af unikke personer, vil det af opgørelsen ikke fremgå, om samme person skulle have ladet sig udskrive og indskrive flere gange i perioden 2013 til 2018.

I perioden for opgørelse findes flest indskrivninger til ordningen i Odense (138), efterfulgt

af KABS (75), København (49) Esbjerg (29) og Århus (21).

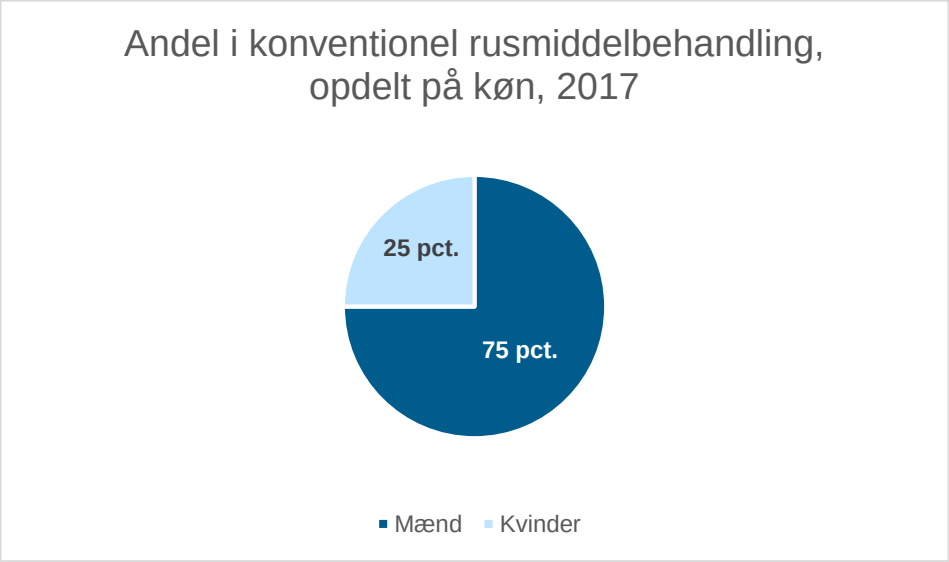
I de første år af ordningen fordelte de 261 indskrivninger sig med flest i København (Valmuen) med 88 indskrivninger og i Odense med 68 indskrivninger. I KABS blev der indskrevet 40 patienter, hvilket er ca. halvdelen af antallet af indskrivninger i den efterfølgende periode. Omvendt var antallet af indskrivninger højere i Århus (32) og Esbjerg (33) end det har været på ordningens senere år.

Samlet set er der i alle af ordningens 10 år i alt blevet indskrevet 573 personer i behandlingen fordelt med en tredjedel i Odense (206), en fjerdedel i København (137), en femtedel hos KABS (115) og en tiendedel hos hver af klinikkerne i Esbjerg (62) og Århus (53).

5.2. Antal af patienter indskrevet i behandling fordelt på køn

Fordelingen af indskrivninger (312) for perioden 2013-2018 på de indskrevnes køn, stemmer overens med den viden vi har på andre områder omkring rusmiddelforbrug: størstedelen af stofbrugere er mænd, og langt færre er kvinder.

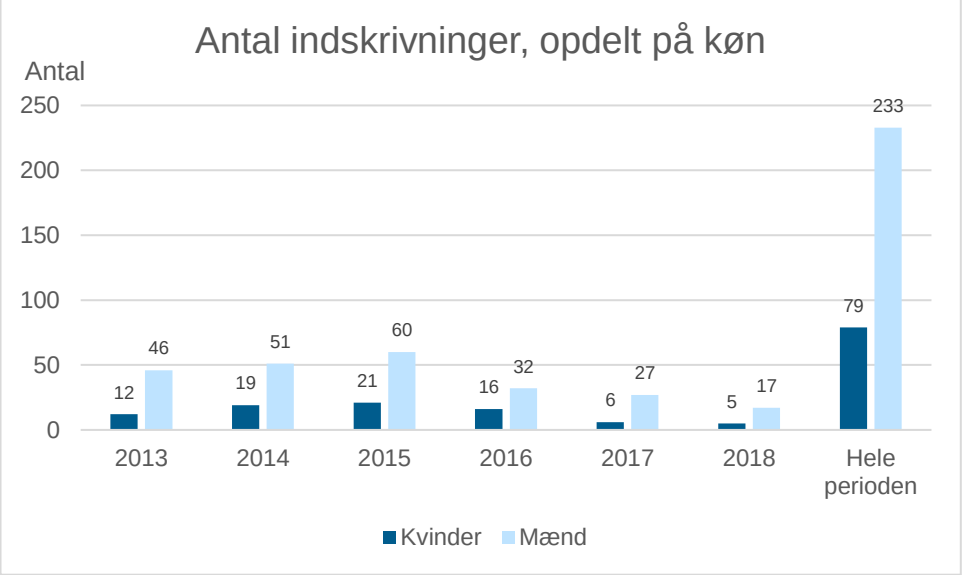
I den konventionelle rusmiddelbehandling udgjorde kvinder i 2015 alene 25 pct. hvor mænd udgjorde de resterende 75 pct. [9].



Figur 5.2.1 Kilde: Narkotikasituationen i Danmark 2018, Sundhedsstyrelsen. Note: Fordelingen i pct.andele indskrevne i konventionel rusmiddelbehandling i 2017.

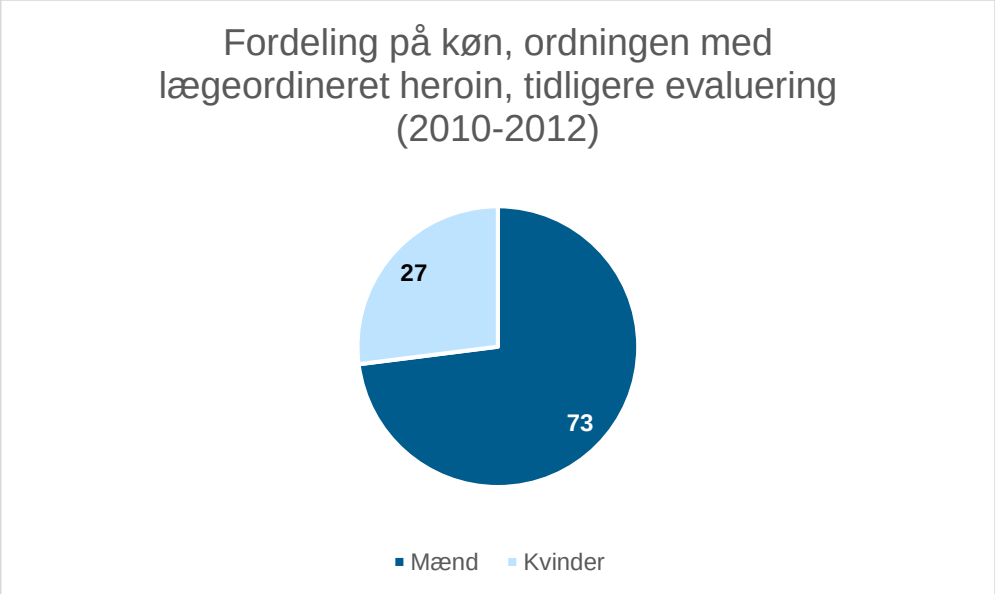
Figur 5.2.1 viser fordelen i pct. af alle nye indskrivninger i rusmiddelbehandling i 2017.

Ses på samme procentielle forhold omkring indskrivningerne til ordningen med lægeordineret heroin fremgår det, at der er færrest kvinder, der indskrives i behandling, men at andelen af kvinder er stigende i perioden fra 21 pct. i 2013 til 33 pct. i 2016.

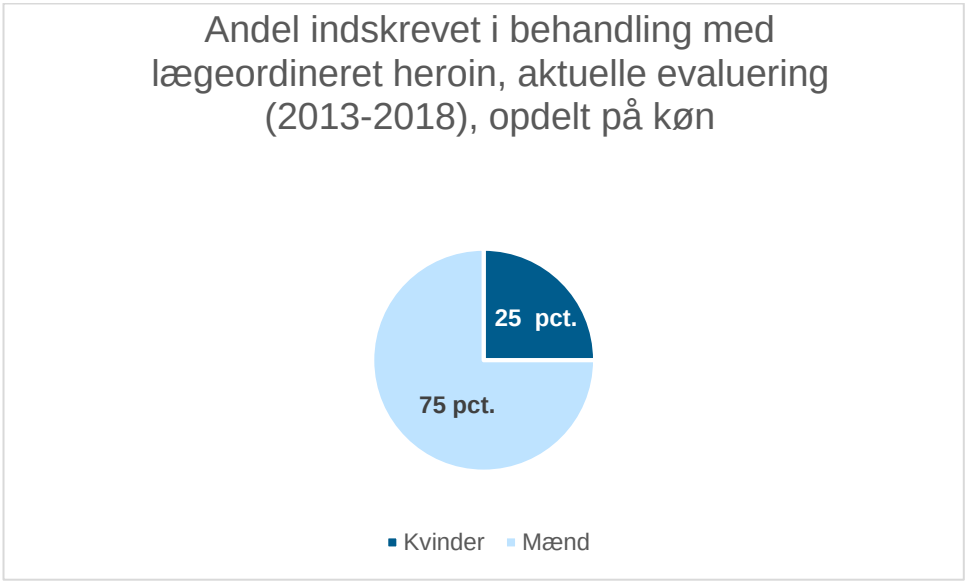


Figur 5.2.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Figuren illustrerer antallet mænd og kvinder indskrevet til behandling i ordningen med lægeordineret diacetylmorphin (heroin) i årene 2013-2018. Opgørelsen beskriver alene antallet af patienter der indskrives det pågældende år, og ikke det fulde antal indskrevne der allerede måtte indgå i behandlingen, eller lade sig indskrive 2 eller flere gange.

For hele perioden for den aktuelle evaluering (2013-2018) findes, at 25 procent af de nye indskrivninger udgøres af kvinder og de resterende 75 procent udgøres af mænd.



Figur 5.2.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Fordelingen i procentandele for alle indskrivninger til ordningen med lægeordineret heroin årene 2010-2012.

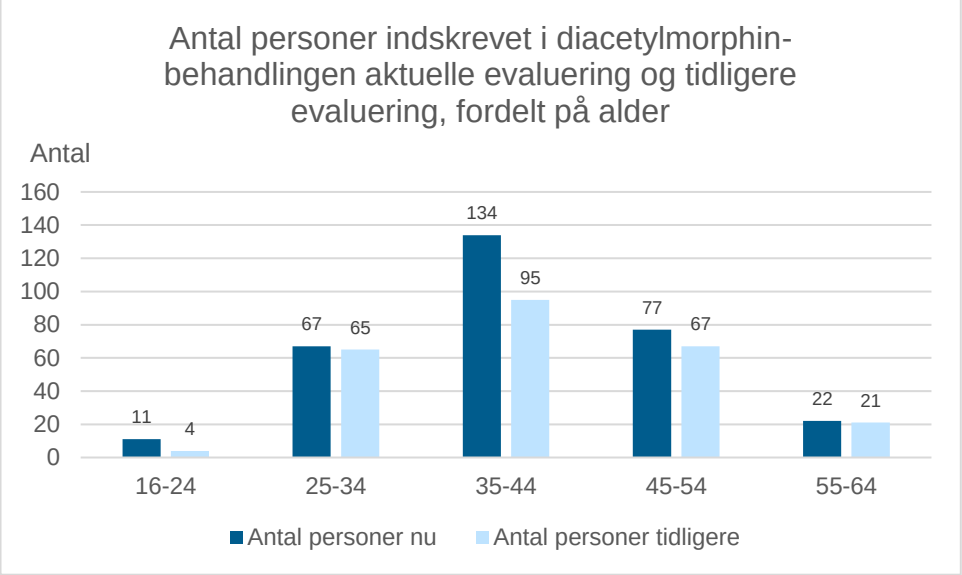


Figur 5.2.4 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Fordelingen i procentandele for alle indskrivninger til ordningen med lægeordineret heroin årene 2013-2018

Sammenlignet med ordningens første år (2010-2012), er der altså sket en mindre ændring i negativ retning i antallet af kvinder, der lader sig indskrive i behandlingen, idet 27 pct. af de indskrevne i årene 2010-2012 var kvinder (figur 5.2.3.). Kvinderne der indskrives i behandlingen fra 2013 til 2018 udgør en relativt retvisende repræsentering i forholdet til, hvor mange der ville forventes ud fra den samlede population af patienter i substitutionsbehandling.

5.3. Antal af patienter indskrevet i behandling fordelt på alder

Andelen af indskrivninger 2013-2018 fordelt på alder viser, at der fortsat indskrives langt flest i aldersgruppen 35-44 år til behandlingen med diacetylmorphin. Det samme gjorde sig gældende i den tidligere evaluering, som fremlagde resultaterne af ordningens første år (2010-2012).

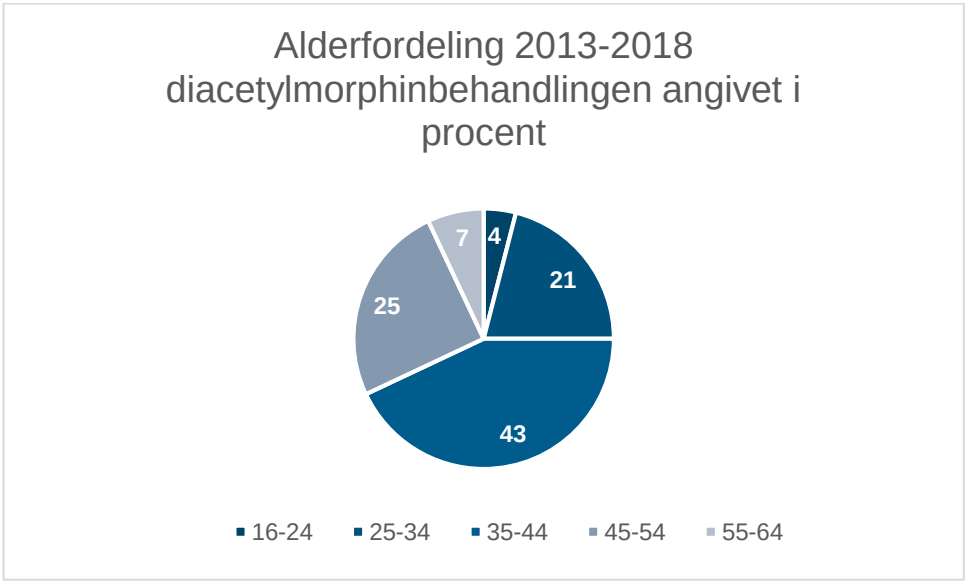


Figur 5.3.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Fordelingen af antallet af personer indskrevet i behandlingen med diacetylmorphin.

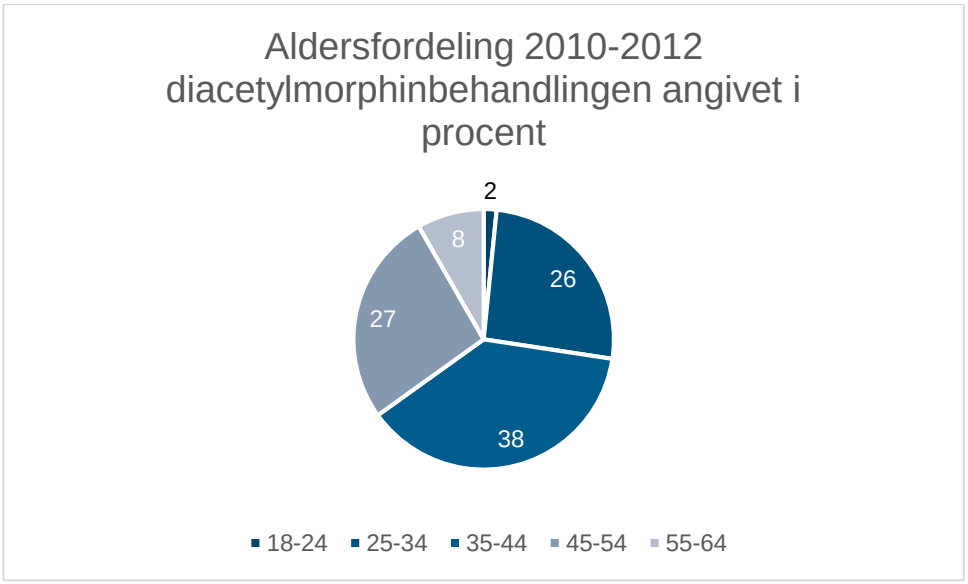
Vi ved fra tidligere afrapporteringer fra rusmiddelområdet, at gennemsnitsalderen for de der er indskrevet i den konventionelle substitutionsbehandling er højere for de der er indskrevet og får metadonbehandling end for de der er indskrevet og modtager behandling med buprenorphin.

Fælles for de 2 konventionelle substitutionsbehandlingsmetoder er dog at de, som det gør sig gældende for patienterne indskrevet i diacetylomrphinbehandlingen, er at finde i samme aldersgruppe med en gennemsnitsalder på 42 år for mænd, og 40 år for kvinder (metadon) og 36,5 år for mænd og 37,1 år for kvinder (buprenorphin) [10].

Dette viser, at de patienter der indgår i behandlingen med diacetylmorphin findes i samme aldersgruppe, som de der lader sig indskrive i den konventionelle substitutionsmedicinske behandling (35-44 år).



Figur 5.3.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Alderen er opgjort ved indskrivning i behandling.

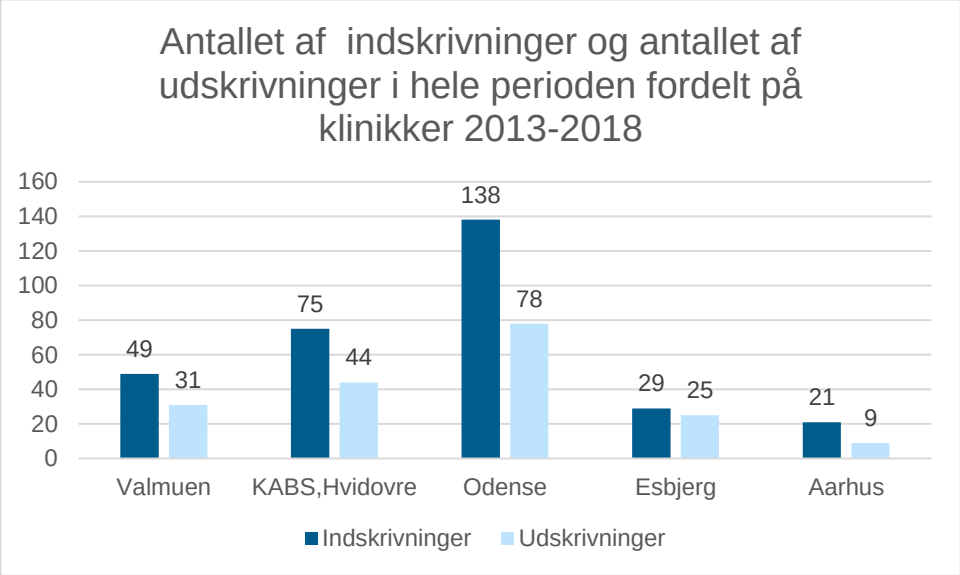


Figur 5.3.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Alderen er opgjort ved indskrivning i behandling.

5.4. Antal udskrivninger og årsager til udskrivninger

I alt er 257 patienter blevet udskrevet af ordningen med lægeordineret siden ordningens begyndelse i 2010. Sammenholdt med det viden fra afsnit 5.1 om indskrivningerne, er 257 af de der siden 2010 er indgået i behandlingen (573) altså udskrevet igen.

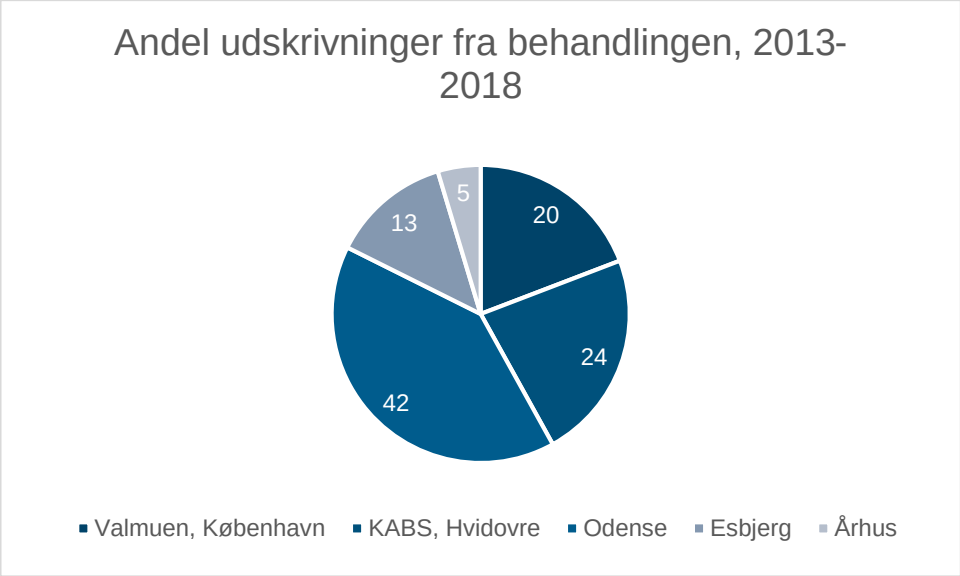
Fordelt over de to evalueringer, blev de 70 udskrevet imellem 2010 og 2012 og de sidste 187 er blevet udskrevet fra 2013 og frem til 2018.



Figur 5.4.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Figuren angiver antallet af indskrivninger og udskrivninger på de fem forskellige behandlingssteder, samt fordelingen i hele landet.

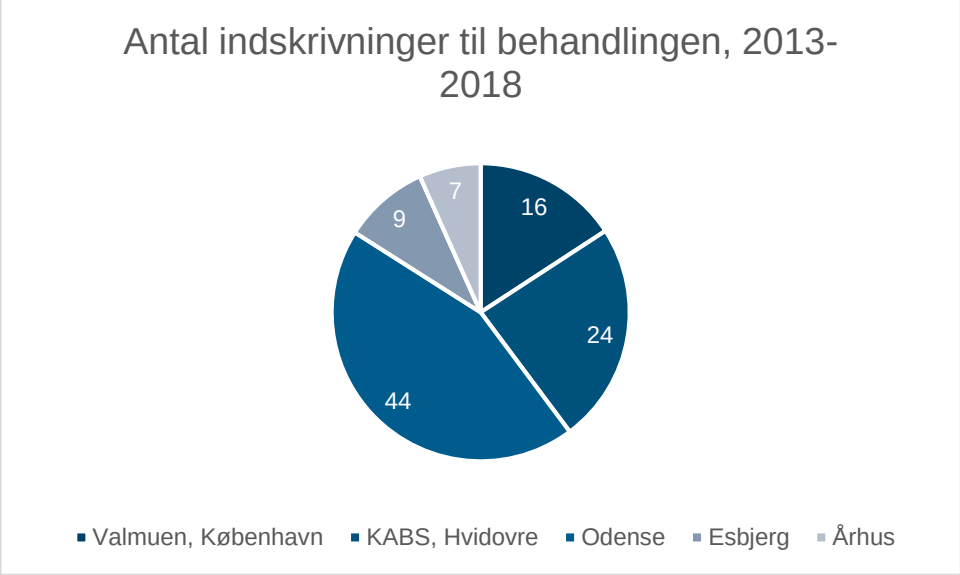
Sammenlignes antallet af udskrivninger med antallet af indskrivninger landet over, ses en sammenhæng imellem, at de klinikker der er med flest indskrivninger også findes med flest udskrivninger.

Frafaldsprocenten angivet med udgangspunkt i geografi viser, at der er flest udskrivninger fra tilbuddet i Odense (41,7 pct. af udskrivningerne), efterfulgt af KABS (23,5 pct. af udskrivningerne) og Valmuen (19.8 pct. af udskrivningerne) i årene 2013-2018.



Figur 5.4.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen i 2013-2018. Note: Figuren angiver antallet af indskrivninger på de fem forskellige behandlingssteder, samt fordelingen i hele landet.

Der ses dermed ikke et stort frafald til behandlingen, hvor er ikke er en tilsvarende stor søgning til behandlingen.



Figur 5.4.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen 2013-2018. Note: Figuren angiver antallet af udskrivninger på de fem forskellige behandlingssteder, samt fordelingen i hele landet.

Årsagerne til udskrivningerne er opgjort med data fra årene 2013 til 2018, og er sammenlignet med den seneste evaluering over årene 2010-2012.

Det er fortsat langt den største del af de der frafalder behandlingen, der frafalder grundet skift til konventionel substitutionsbehandling.

Således var der fra 2010 til 2012 på landsplan 14 patienter der ophørte i substitutionsbehandlingen med diacetylmorphin for at skifte tilbage til en konventionel substitutionsbehandlingsform.

For årene 2013 til 2018 er antallet af patienter der udgår af behandlingen for at returnere til den konventionelle substitutionsbehandling angivet at være 59 patienter, altså 45 patienter flere, end siden sidste opgørelse.

Årsager til udskrivningen fra behandlingen med lægeordineret heroin

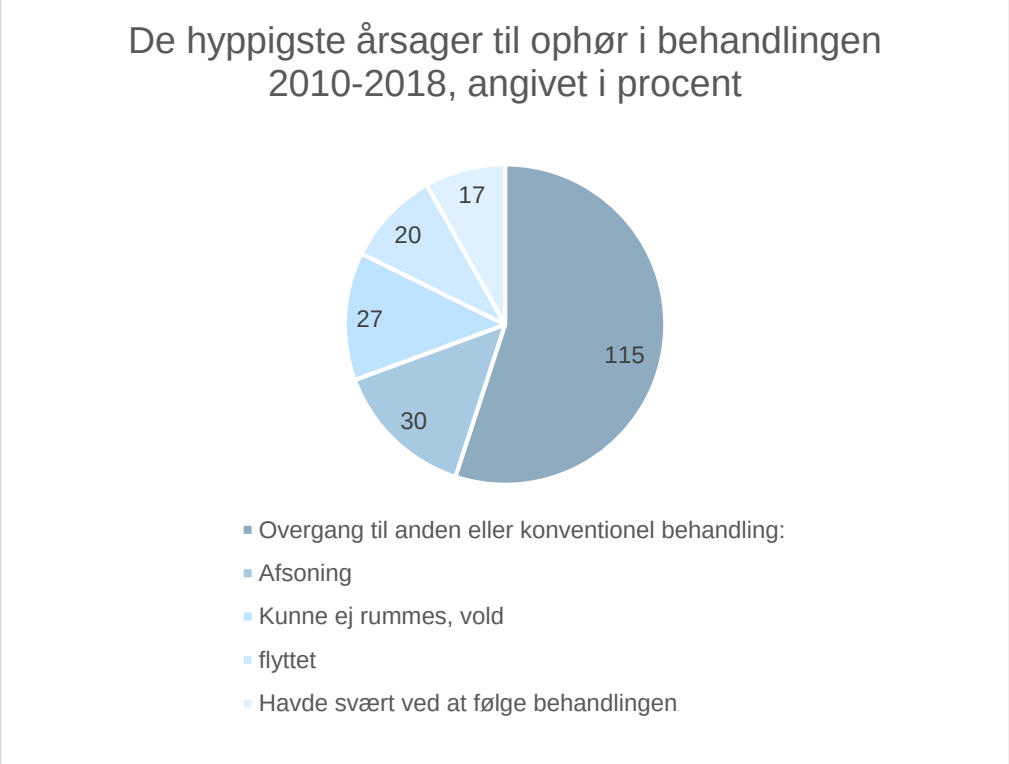
- Ophørt grundet skift til konventionel substitutionsbehandling, 59 patienter
- Ophørt grundet ønske om stoffrihed og overgik til døgnbehandling, 23 patienter
- Overgik til anden døgnbehandling, færre end 5 patienter
- Kunne ikke rummes i behandlingstilbuddet grundet voldelig adfærd, færre end 5 patienter
- Havde svært ved at følge behandlingen, f.eks. grundet de hyppige fremmøder, 9 patienter
- Ophørte i behandlingen grundet afsoning, 24 patienter
- Ophørte i behandlingen grundet et for stort sideforbrug af rusmidler, færre end 5 patienter
- Havde somatisk sygdom, der gjorde at de ikke kunne fortsætte i behandlingen, færre end 5 patienter
- Døde i løbet af behandlingen af årsager, der ikke var knyttet til stofbruget, færre end 5 patienter
- Ophørte i behandlingen grundet indlæggelse, 7 patienter
- Ophørte i behandlingen grundet personlige årsager, 9 patienter
- Ophørte i behandlingen i forbindelse med flytning, 20 patienter
- Udeblevet fra behandlingen, færre end 5 patienter
- Ophørt af uoplyst årsag, 6 patienter

Sammenlignes årsagerne til ophør i behandlingen 2013 til 2018 med årsagerne til ophør i behandling fra den første evaluering af behandlingen med lægeordineret heroin fremgår det, at den langt den hyppigste årsag til ophør i behandlingen fortsat findes at være skift til konventionel substitutionsbehandling eller ønske om stoffrihed og overgang til døgnbehandling.

I indskrivningsårene 2010 til 2012 var der 6 patienter der måtte stoppe i behandlingen grundet afsoning i regi af kriminalforsorgen, hvorimod der i de seneste år (2013-2018) ses en stigning til 24 patienter, der måtte ophøre i behandlingen til samme årsag.

Det procentmæssige frafald til behandlingen grundet afsoning i kriminalforsorgen er 12,8 pct. i aktuelle evaluering sammenlignet med 8,6 pct. i den tidligere evaluering (2010-2012).

Figur 5.4.4 viser de 5 hyppigste årsager til ophør i behandlingen på landsplan, opgjort for samtlige 8 første år af ordningens forløb.



Figur 5.4.4 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Figuren indeholder antallet af udskrivninger angivet for hele perioden – fremstillet som de 5 hyppigste årsager til udskrivninger af tilbuddet med lægeordineret heroin.

Af de i alt 257 patienter, der er udskrevet af behandlingen med lægeordineret heroin, siden ordningens begyndelse i 2010 og frem til seneste opgørelse over data fra 2018, beror langt de fleste udskrivninger på overgangen til et andet tilbud (115) enten i form af

døgnbehandling eller til konventionel substitutionsbehandling. Denne andel udgør samlet set 45,5 pct. af de der udskrives af behandlingen.

Årsagerne til disse skift til konventionel substitutionsbehandling kan være mange. At indgå i diacetylmorfinbehandlingen kræver store ressourcer hos de indskrevne i forhold til behandlingsadhærence og fremmøde til behandlingen 2 gange dagligt, hvor den konventionelle substitutionsbehandling ofte ikke i alle perioder af forløbet kræver samme niveau af fremmøde, supervision og tilstedevær i klinikken.

5.5. Patientprofil ved indskrivning og opfølgning

Som det fremgår af afsnit 4.2, bør personerne der er indskrevet i ordningen med lægeordineret heroin alle modtage opfølgninger i forhold til behandling og indberetning til IHM-databasen hvert halve år. Dette har vist sig ikke at være tilfældet. Langt de fleste patienter får foretaget en opfølgning efter indskrivelsen senere end 6 måneder efter datoen for indskrivningen.

Definitionerne *første opfølgning* og *anden opfølgning* er ændret i aktuelle evaluering, således at evalueringen inkluderer alle de patienter, der får foretaget en opfølgning, og dermed er indskrevet i behandlingen i en længerevarende periode (afsnit 4.2).

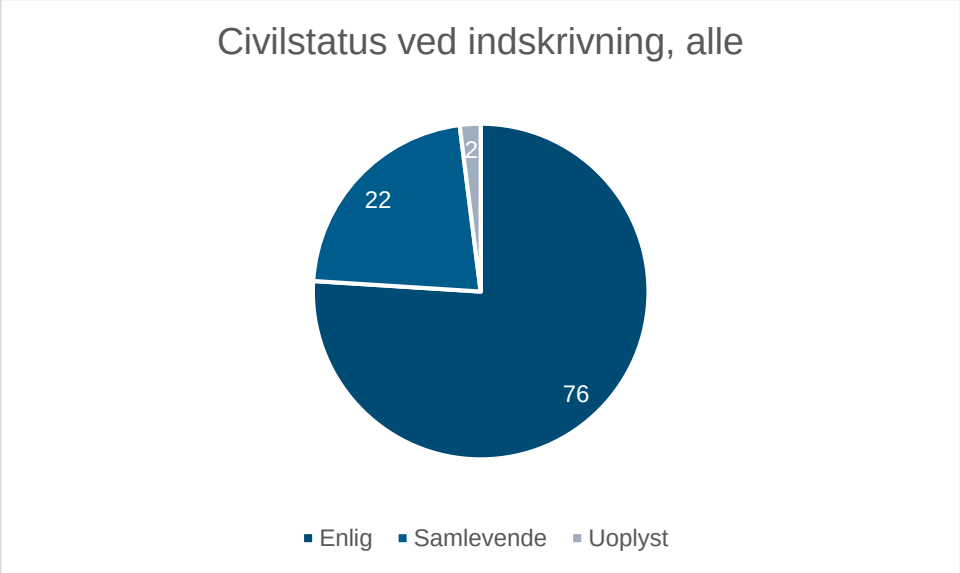
Definitionen af '*personer i længerevarende behandling'* rummer de personer, der som minimum har gennemført første og anden opfølgning.

Imidlertid er der kun bidraget med *anden opfølning* i dataleverancen fra Sundhedsdatastyrelsen, da det viste sig ikke at bidrage med yderligere informationer om behandlingen eller patienterne, at inkludere første opfølgning. Af samme årsag vil tabeller og figurer i det kommende afsnit referere til personer i længerevarende behandling og ikke de 2 opfølgninger.

Antallet af indskrivninger i perioden 2013 til 2018 er i alt 312. Af disse indskrivninger indgår de 66 i andelen patienter, der udgør gruppen '*personer i længerevarende behandling',* hvilket vil sige, at de har gennemgået begge opfølgninger der efter definitionsændringen i aktuelle evaluering er gjort henholdsvis indenfor et år efter indskrivning og to år efter dato for indskrivning.

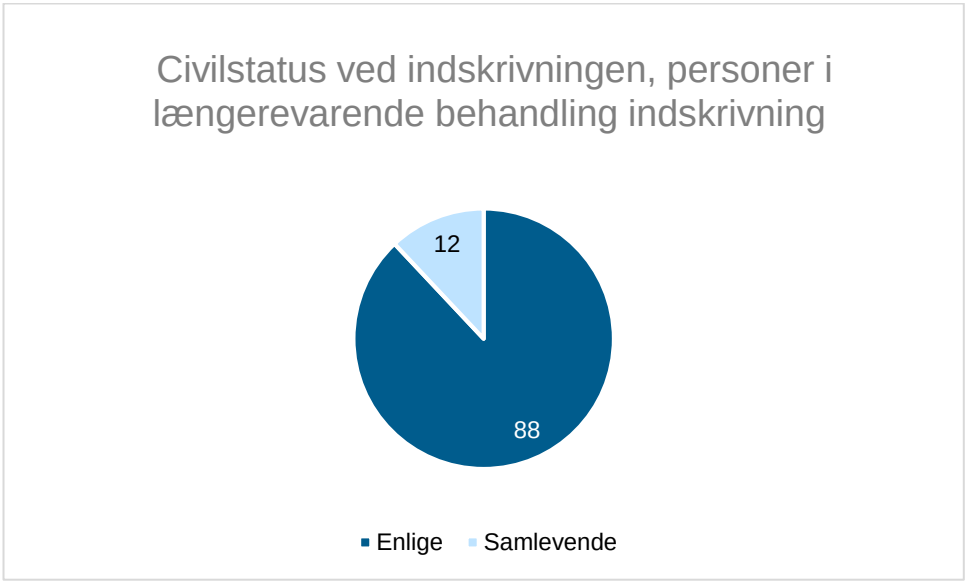
5.5.1 Civilstatus

Størstedelen af de indskrevne er enlige på tidspunktet for indskrivning. Således findes det, at 238 svarende til 76 pct. er enlige, mens 67 patienter (22 pct.) er samlevende.

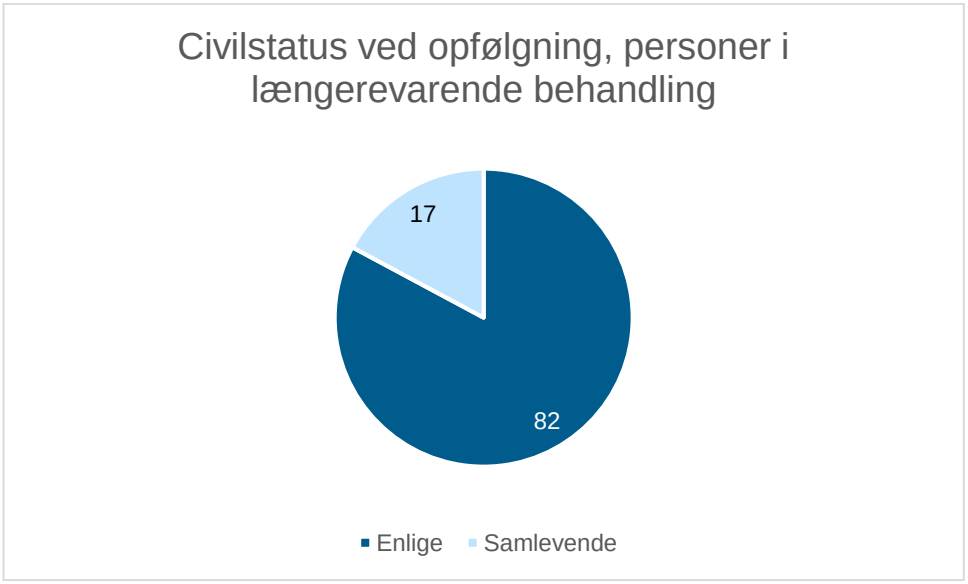


Figur 5.5.1.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Civilstatus er selvrapporteret ved indskrivningen til tilbuddet med lægeordineret heroin, og angiver status den seneste måned inden indskrivningen.

Af de 66 patienter, der er i længerevarende behandling, ses at 58 patienter er enlige ved indskrivningen og 54 patienter er enlige ved opfølgningen. 8 patienter angiver at være samlevende ved indskrivningen og 11 angiver at være samlevende ved opfølgningen.



Figur 5.5.1.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. . Note: Civilstatus er selvrapporteret ved indskrivningen og opfølgning for de patienter, der er i længerevarende behandling med diacetylmorphin, og angiver civilstatus hhv. den seneste måned inden indskrivning.



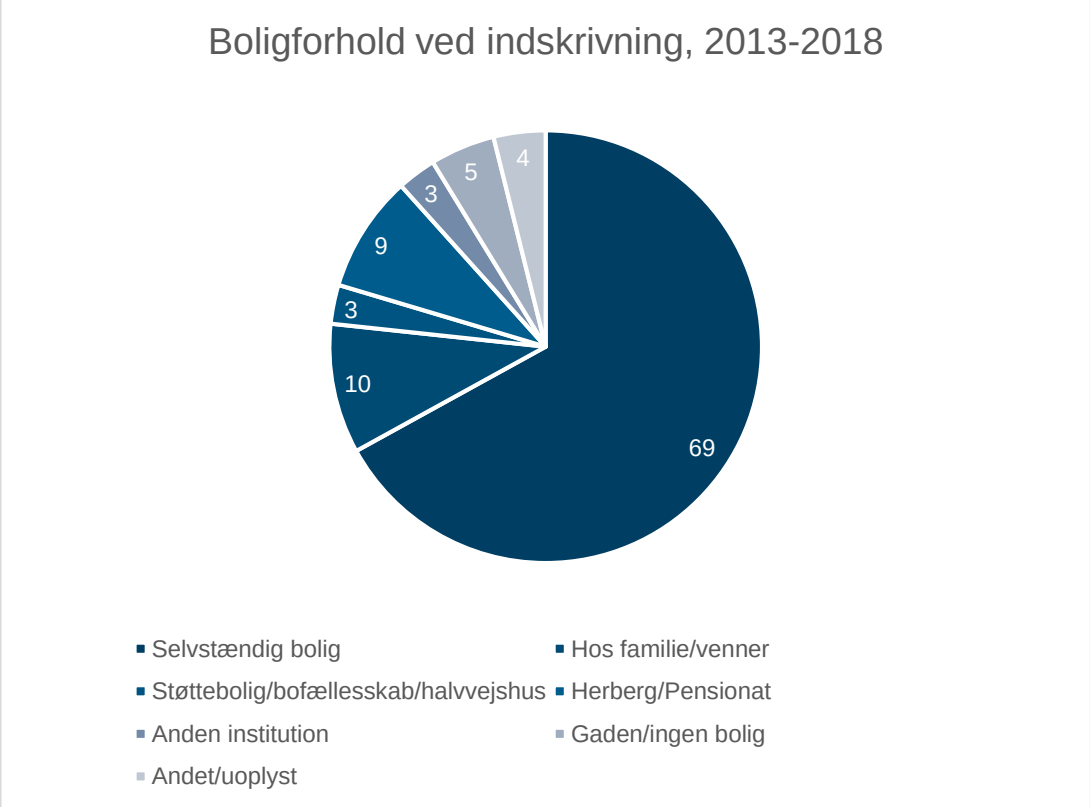
Figur 5.5.1.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Civilstatus er selvrapporteret ved indskrivningen og opfølgning for de patienter, der er i længerevarende behandling med diacetylmorphin, og angiver civilstatus hhv. den seneste måned ved opfølgning.

Der sker et mindre fald i andelen af de der er enlige, der går fra at være 88 pct. ved indskrivningen til 82 pct. for de af patienterne, der er indskrevet i behandlingen i mere end 2 år.

Anderledes fandt man i den tidligere evaluering, at 190 af de i alt 252 indskrevne patienter var enlige ved indskrivningen svarende til 75 pct., og at 58 patienter angav at være samlevende svarende til 23 pct. Ved opfølgningen var der en lille stigning på 1 pct. i antallet af enlige.

5.5.1. **Boligforhold**

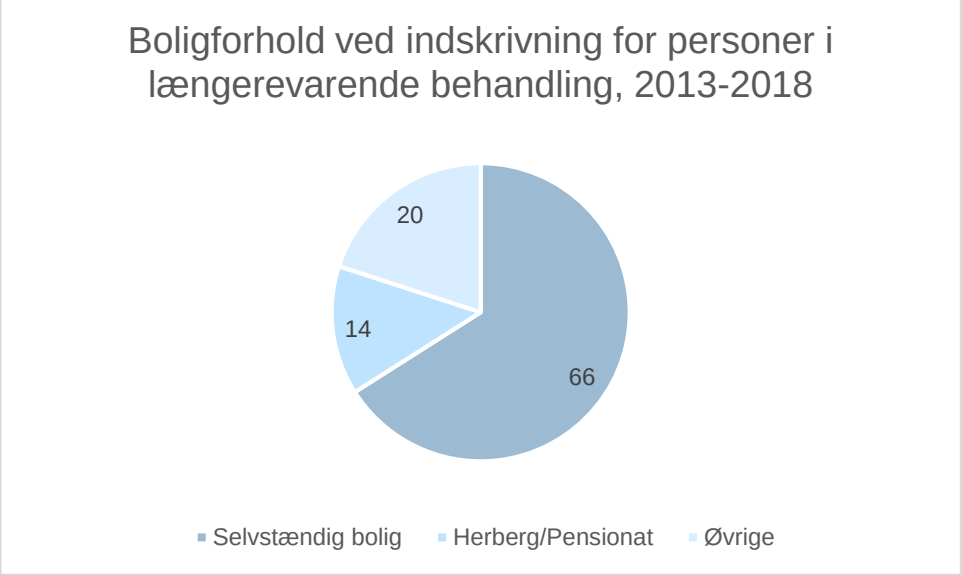
Boligforhold er selvrapporteret af patienten, med en angivelse af hvor patienten primært har opholdt sig indenfor den sidste måned (30 dage).



Figur 5.5.1.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Boligforhold er selvrapporteret ved indskrivningen for alle patienter og angiver boligforhold den seneste måned før indskrivningen.

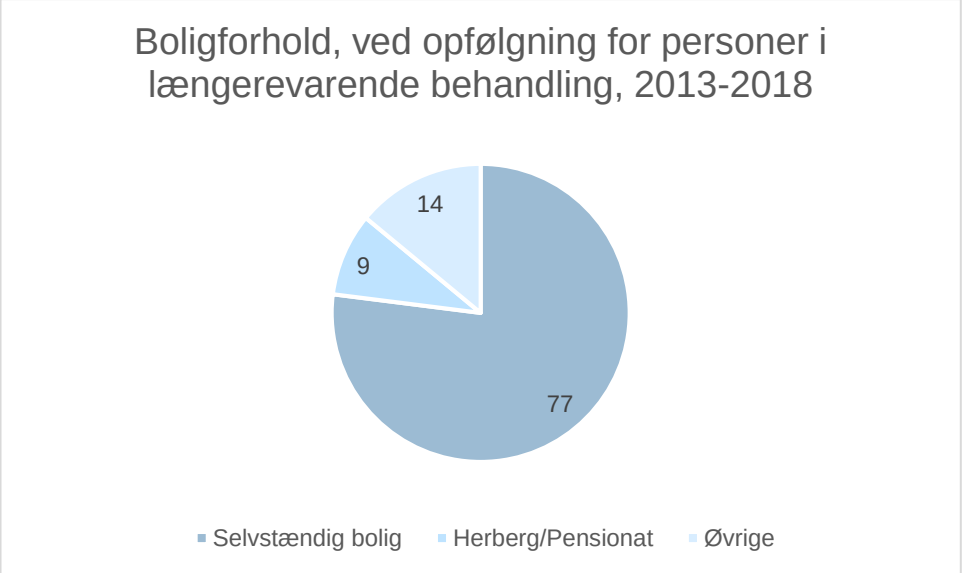
Som det fremgår af figur 5.5.1.1 er langt de fleste med selvstændig bolig ved tidspunktet for indskrivningen til substitutionsbehandlingstilbuddet med diacetylmorphin. Af alle de patienter der lader sig indskrive imellem 2013 og 2018 (312) er 213 med selvstændig bolig for tidspunktet for indskrivningen til tilbuddet, svarende til 68 pct. af de der lader sig indskrive i behandlingen.

Når man ser på udviklingen hos gruppen i længerevarende behandling bliver flere med selvstændig bolig, som funktion af tiden indskrevet i behandlingen.



Figur 5.5.1.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Boligforhold er selvrapporteret ved indskrivningen for alle patienter og angiver boligforhold den seneste måned før indskrivningen.

I gruppen af personer der er i længerevarende behandling (66) er 66 pct. (43 patienter) på tidspunktet for indskrivningen med selvstændig bolig, hvorimod der i gruppen ved anden opfølgning er 77 pct. (51) med selvstændig bolig.



Figur 5.5.1.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. . Note: Boligforhold er selvrapporteret ved indskrivningen for alle patienter og angiver boligforhold den seneste måned før indskrivningen.

Sammenlignet med den tidligere evaluering ses en mindre stigning i antallet af patienter, der bliver med selvstændig bolig under indskrivningen i behandlingen. Hvor 68,2 pct. var

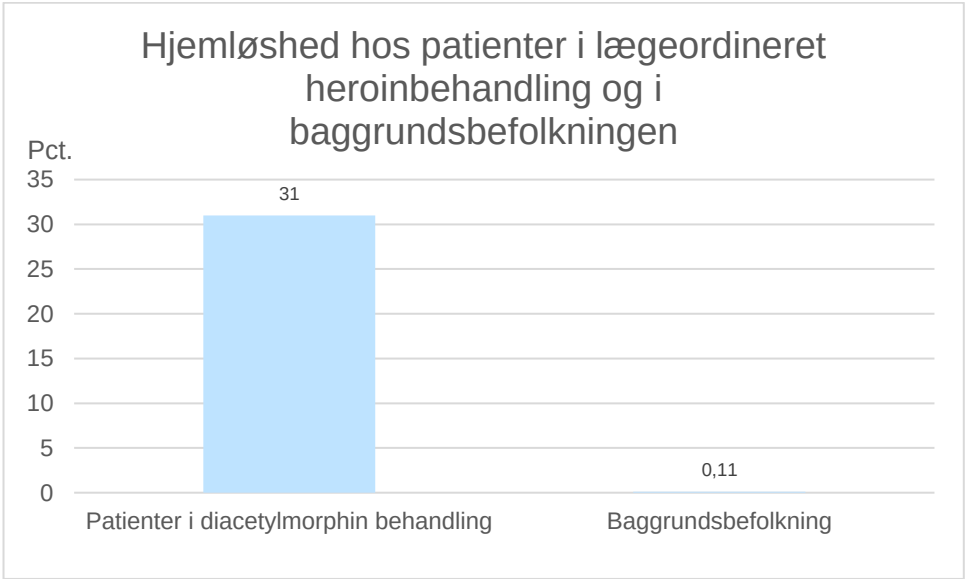
med selvstændig bolig på tidspunktet for indskrivningen i 2010 til 2012, bliver 76,6 pct. med egen bolig ved første opfølgning og 74,8 pct. ved anden opfølgning [1].

Selvom langt de fleste patienter er med selvstændig bolig på tidspunktet for indskrivningen, og enkelte bliver med selvstændig bolig under behandlingen, er der fortsat tale om en stor afvigelse i forhold til baggrundsbefolkningen, hvor alene 0,11 pct. af den samlede danske befolkning er kategoriseret som hjemløse [11].

Ud af patientpopulationen der lader sig indskrive til behandling med diacetylmorphin er der 5 pct. der sover på gaden.

Dertil kommer, at 26 pct. angiver at sove hos venner eller familie, på herberg eller pensionat mv. (se figur 5.5.1.1.)

Hermed falder altså 31 pct. af de der lader sig indskrive i behandlingen med lægeordineret heroin under kategorien hjemløs, med en samlet afvigelse på 30,9 pct. fra baggrundsbefolkningen.

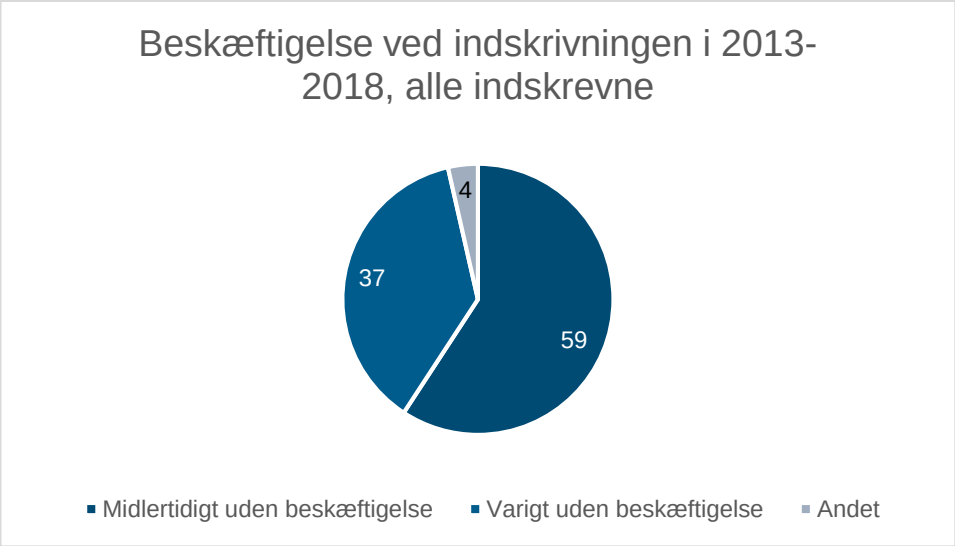


Figur 5.5.1.4 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen og VIVEs rapport over hjemløshed (11). Note: Figuren angiver forskellen i hjemløshed angivet i procent, for patienter der indgår i behandlingen med diacetylmorphin dvs. lægeordineret heroinbehandling og baggrundsbefolkningen.

5.5.2. Indtægtsforhold og beskæftigelse

Fra den sidste evaluering af ordingen med lægeordineret heroin fremgår, at langt de fleste der lod sig indskrive i behandlingen i årene 2010 til 2012 var på overførelsesindkomster[3]. Således var 55,6 pct. på kontanthjælp ved indskrivningen og 34,1 pct. på førtidspension.

For patienterne i længerevarende behandling var der ved indskrivningen i 2010 til 2012 en lidt større andel med lønindkomst (2,8 pct.) i forhold til den resterende gruppe af patienter (1,6 pct.)[4].



Figur 5.5.2.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Hovedindtægt er selvrapporteret og angiver den vigtigste indtægtskilde i måneden op til indskrivning i heroinbehandlingen. Disse er grupperet i hhv. beskæftigede (lønmodtagere, SU), midlertidigt uden beskæftigelse (kontanthjælp, fleksjob, revalidering, sygedagpenge og arbejdsløshedsdagpenge), varigt uden beskæftigelse (førtidspension og pension), andet (illegale aktiviteter, prostitution og andet).

For patienterne indskrevet i behandlingen 2013-2018 findes, at færre end 5 (<5) er i beskæftigelse, herunder SU (Statens uddannelsesstøtte). Ses på det samlede antal patienter (312) findes, at mindre end 1 pct. var i beskæftigelse på tidspunktet for indskrivningen.

For de patienter, der er i længerevarende behandling (66), findes ligeledes, at færre end 5 (<5) angiver at være i beskæftigelse på tidspunktet for indskrivningen.
Hvorvidt dette ændres igennem behandlingen kan ikke udledes af data, da der for opfølgningen ligeledes er angivet diskretionering for patientantal, der er mindre end 5 (<5).

[3] Arbejdsløshedsdagpenge, Aktiveringsydelse, løn med tilskud, sygedagpenge, kontanthjælpe, revalideringsydelse, førtidspension.

[4] Med reformen på førtidspension- og fleksjob 1.januar 2013, ændredes en række forhold i forbindelse med forsørgelse. Begrebet fleksjob indgår derfor i denne nye evaluering af ordningen i kategorien *Midlertidig beskæftigelse*, der i den tidligere rapport er benævnt *Overførselsindkomst.* I kategorien *Varigt uden beskæftigelse* indgår førtidspension og pension.

Dog fremgår det, at der sker en forandring hvad angår den midlertidige og varige beskæftigelse.

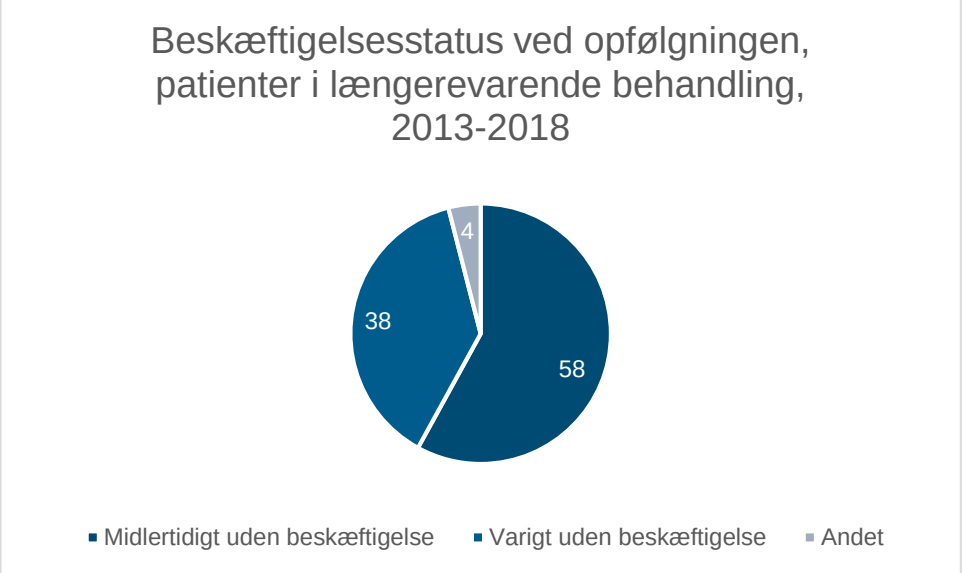


Figur 5.5.2.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Hovedindtægt er selvrapporteret og angiver den vigtigste indtægtskilde i måneden op til indskrivning i heroinbehandlingen. Disse er grupperet i hhv. beskæftigede (lønmodtagere, SU), midlertidigt uden beskæftigelse (kontanthjælp, fleksjob, revalidering, sygedagpenge og arbejdsløshedsdagpenge), varigt uden beskæftigelse (førtidspension og pension), andet (illegale aktiviteter, prostitution og andet).

Som det fremgår af figurerne 5.5.2.2 og 5.5.2.3, er flere af de patienter der er indskrevet i længerevarende forløb, midlertidigt uden beskæftigelse ved tidspunktet for indskrivning (64 pct.), end det er tilfældet for samme gruppe ved opfølgningen (58 pct.).

Derimod ser det ud til, at der er flere af de patienter der er i længerevarende behandling, som overgår til at være varigt uden beskæftigelse (førtidspension eller pension).
Ved tidspunktet for indskrivningen er 30 pct. af denne gruppe af patienter varigt uden beskæftigelse, mens 38 pct. af gruppen er varigt uden beskæftigelse ved opfølgningen.

Dette tyder på, at flere af de der lader sig indskrive i behandlingen med diacetylmorphin ansøger om og tildeles varig ydelse som eksempelvis førtidspension.

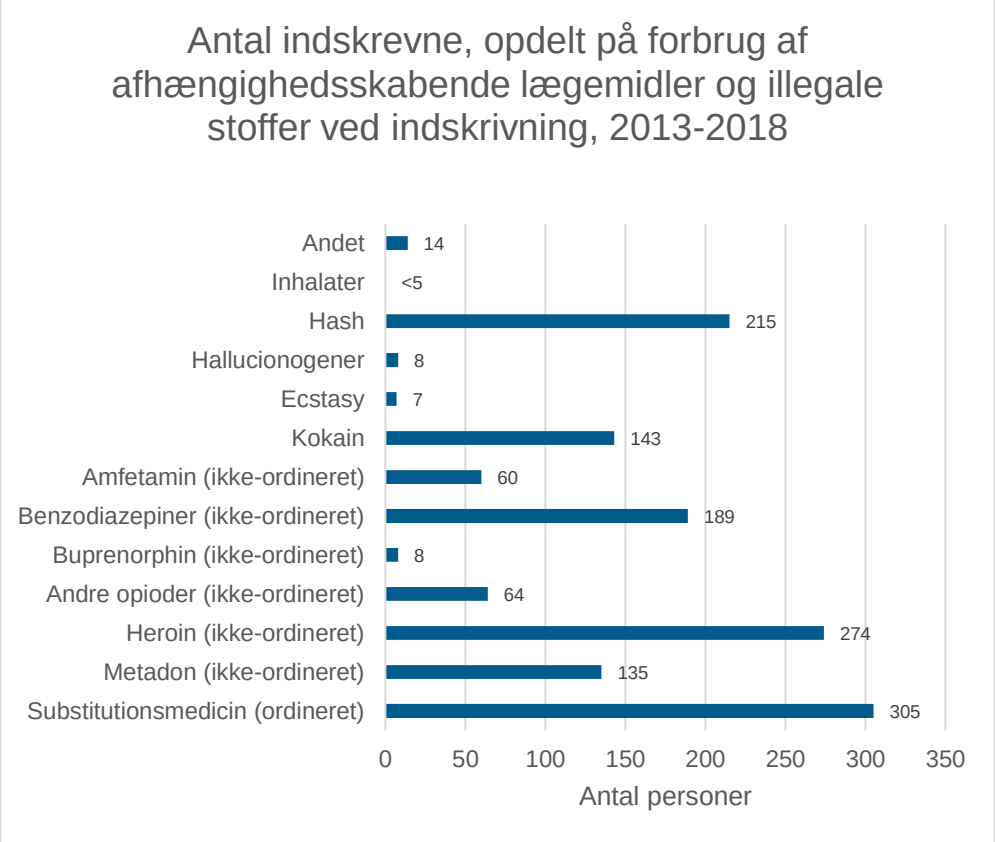


Figur 5.5.2.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Hovedindtægt er selvrapporteret og angiver den vigtigste indtægtskilde ved opfølgning i heroinbehandlingen. Disse er grupperet i hhv. beskæftigede (lønmodtagere, SU), midlertidigt uden beskæftigelse (kontanthjælp, fleksjob, revalidering, sygedagpenge og arbejdsløshedsdagpenge), varigt uden beskæftigelse (førtidspension og pension), andet (illegale aktiviteter, prostitution og andet).

5.6. Rusmiddelanamnese ved indskrivning og opfølgning

Ved indskrivningen til tilbuddet, vil patienterne ofte have rusmiddelforbrug foruden den medicinske og lægeordinerede behandling i den konventionelle substitutionsbehandling. Dette har til dels sin begrundelse i at patienten, når behandling med diacetylmorphin påbegyndes, skal lade sig omstille fra en behandling med metadon eller depotmorfin til en kombineret behandling bestående af diacetylmorphin og peroral metadon eller depotmorfin. Af samme grund vil alle patienter, der indskrives i behandling med diacetylmorphin forventes at have et forbrug af substitutionsmedicin ved tidspunktet for indskrivningen og under indskrivningen.

Hyppigt ses et forbrug af hash og benzodiazepiner ved siden af den ordinerede substitutionsmedicin, hos gruppen af patienter der indgår i tilbuddet [(1)].



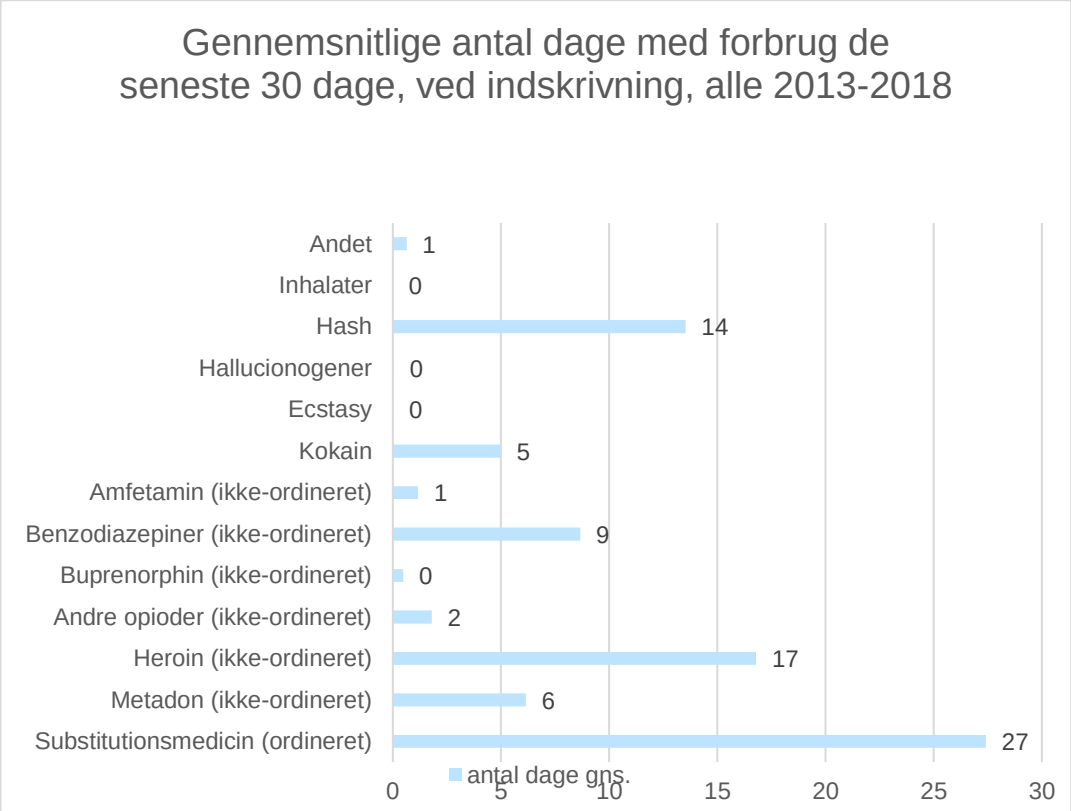
Figur 5.6.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Brug af stoffer er selvrapporteret og angiver hvilke stoffer, der er indtaget, samt antallet af dage med stofindtag i måneden op til indskrivning i heroinbehandlingen. 1-4 observationer diskretioneres med angivelse af '<5'.

Som det fremgår af figur 5.6.1. og 5.6.2, har langt hovedparten af de der indskrives i substitutionsbehandlingstilbuddet med diacetylmorphin et indtag af substitutionsmedicin forud for indskrivning til tilbuddet.

Dette stemmer overens med, at der forud for at behandlingen med diacetylmorphin initieres, skal ske en omlægning fra den konventionelle substitutionsmedicin metadon eller depotmorfin (omlægningsprocedurerne fremgår nærmere af kapitel 6 afsnit 6.2) til diacetylmorphin, og at patienterne der skal indgå i behandlingen derfor vil have indtaget denne konventionelle medicin forud for indskrivningen til tilbuddet med lægeordineret heroin.

Når forbruget af lægeordineret substitutionsmedicin ikke falder ved opfølgningen af de patienter der indgår i længerevarende behandlingsforløb (se figur 5.6.2) vil dette meget vel have sin begrundelse i, at patienterne som en del af den samlede behandling med diacetylmorphin indtager metadon eller deportmorfin som en enkelt daglig dosis eftermiddag eller aften eller som fuld substitution for heroinbehandlingen, når omlagt til regime D-regime (se afsnit 6.2.1).

Det gennemsnitlige antal dage patienterne indtager substitutionsmedicinen er 27 dage ud af i alt 30 dage i 2013-2018. I 2010 til 2012 var antallet af dage patienterne indtog substitutionsmedicin på tidspunktet for indskrivningen 28,1 dage ud af i alt 30 dage.



Figur 5.6.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Brug af stoffer er selvrapporteret og angiver hvilke stoffer, der er indtaget, samt antallet af dage med stofindtag i måneden op til indskrivning i heroinbehandlingen.

Anderledes ser det ud til at forholde sig med forbruget af ikke lægeligt ordineret heroin, hvor det gennemsnitlige antal dage med forbrug af heroin i 2010-2012 ved indskrivningen var 9,2 dage ud af de seneste 30 dage, er det i opgørelsen over årene 2013 til 2018 steget til 17 dage ud af 30.

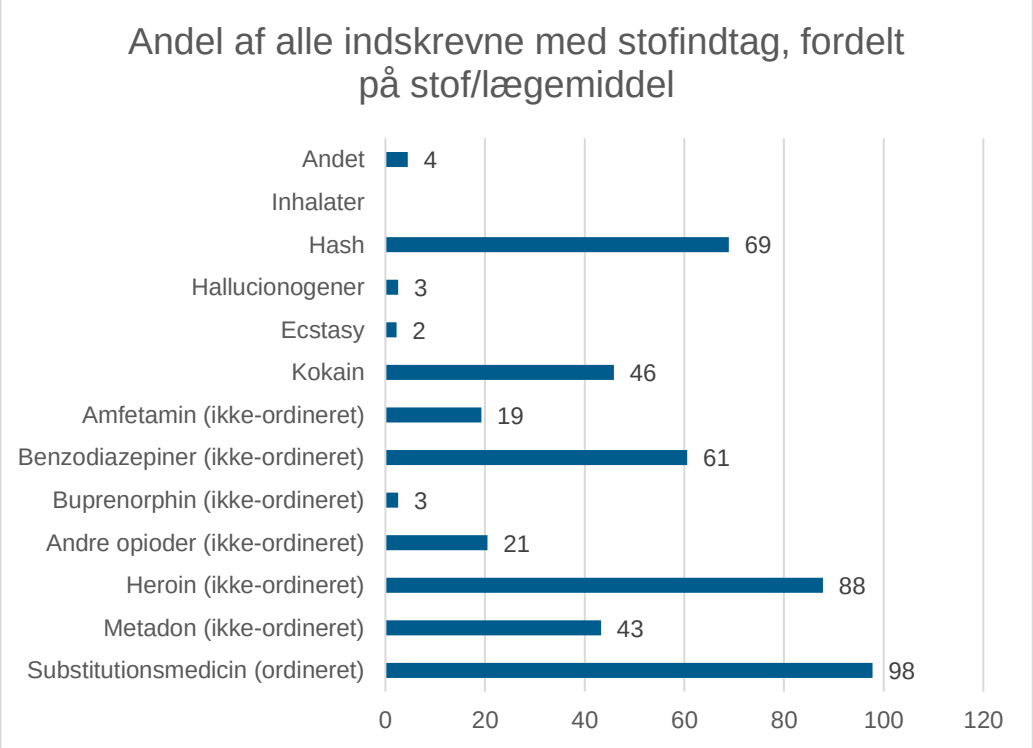
I 2010 til 2012 ses et fald i antal dage med forbrug af heroin ved første og anden opfølgning af patienterne, der indgår i behandling, således at der alene er sideforbrug til behandlingen med diacetylmorphin gennemsnit 1,1 dag ud af 30 ved første opfølgning og 2,1 dag ud af 30 ved anden opfølgning.

I 2013 til 2018 ses i stedet et fald fra 15 dage med indtag af illegalt erhvervet heroin ved indskrivningen til 1 dag med indtag af illegalt erhvervet heroin ved opfølgningen. Samtidig findes et fald i antallet af indskrevne patienter der angiver at tage heroin som sideforbrug fra 51 patienter (77 pct.) ved indskrivning til 12 patienter (18 pct.) ved opfølgningen.

Af data leveret fra Sundhedsdatastyrelsen fremgår det dermed, at færre patienter indtager heroin der ikke er lægeordineret, og at de der gør også indtager det langt mindre hyppigt.

Derimod findes det ved gennemgangen af data indhentet over årene 2013 til 2018, at der er sket en udvikling i forhold til forbruget af kokain. Hvor der ved seneste evaluering fandtes et forbrug på gennemsnitligt 2,7 dage ud af 30 ved indskrivningen er dette steget til 5 dage ud af 30 i datasættet over årene 2013 til 2018.

I alt bruger 46 pct. af alle indskrevne til tilbuddet i årene 2013-2018 kokain. Af de der indgår i længerevarende behandling (66), indtager 26 patienter kokain ved indskrivningen (39 pct.) og 20 patienter indtager kokain ved opfølgningen (30 pct.). Antallet af dage med indtag er ens for tidspunktet for indskrivningen og opfølgningen (3).



Figur 5.6.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Brug af stoffer er selvrapporteret og angiver hvilke stoffer, der er indtaget, samt antallet af dage med stofindtag i måneden op til indskrivning i heroinbehandlingen.

Som det fremgår af figur 5.6.3 har størstedelen af alle de der indskrives i behandlingen foruden et forbrug af lægeordinerede og illegalt erhvervede opioider også et forbrug af hash og benzodiazepiner. Dette fund afviger ikke fra den tidligere evaluering af ordningen over årene 2010 til 2012.

Hos patienter der er indskrevet i længerevarende behandling (66) var det gennemsnitlige antal dage med forbrug af stoffer (herunder alle indtag, der ikke ordineret ved læge) ved indskrivningen 298 opgjort for ikke unikke personer[5] og ved opfølgningen faldet til 127 personer.

Betragtes alene antallet af dage der samlet indtages stoffer de seneste 30 dage forud for henholdsvis indskrivningen og opfølgningen findes et fald fra 49 dage til 24 dage, som følge af indskrivningen til tilbuddet med lægeordineret heroin.

5.6.1. Alkoholanamnese ved indskrivning og opfølgning

Ved indskrivning til tilbuddet angiver 142 patienter at have indtaget alkohol i måneden forud for indskrivningen. De resterende 170 patienter angiver, at de ikke har indtaget alkohol i måneden forud for indskrivningen.



Figur 5..6.1.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Alkoholindtag er selvrapporteret ved indskrivning og angiver hvorvidt der er indtaget alkohol i måneden forud for tidspunktet for indskrivningen til tilbuddet med lægeordineret heroin.

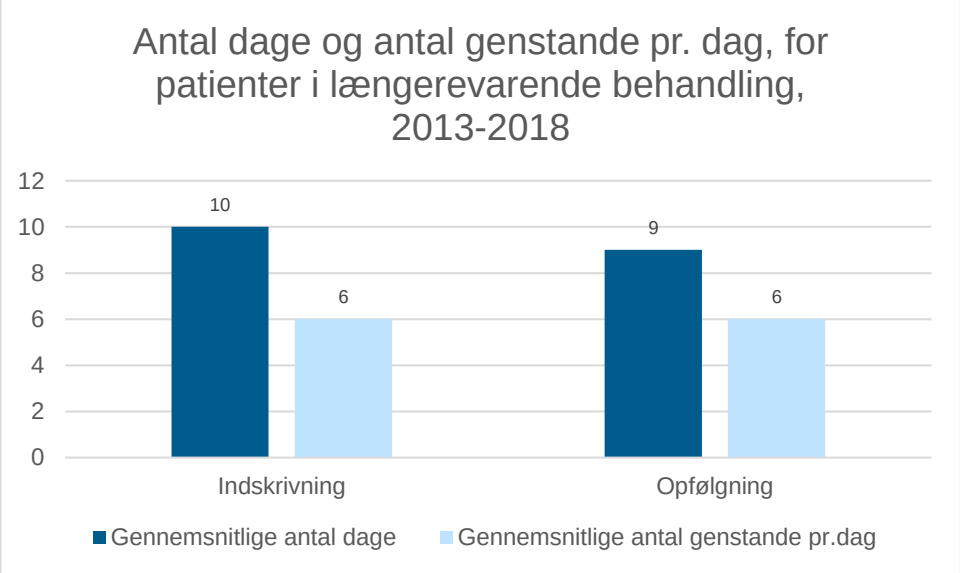
Det gennemsnitlige antal dage, de 142 patienter der angiver at have indtaget alkohol 30 dage forud for indskrivning i tilbuddet er 13.

[5] Ikke unikke patienter er ensbetydende med, at patienten kan registreres flere gange.

	Personer, der har drukket
Gennemsnitligt antal dage	13
Gennemsnitlig antal genstande pr. dag	6

Tabel 5.6.1.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note; Det gennemsnitlige antal dage med indtag af alkohol, alle patienter indskrevet i behandlingen med lægeordineret heroin er selvrapporteret og angives som antal dage med alkohol indtag måneden inden indskrivning.

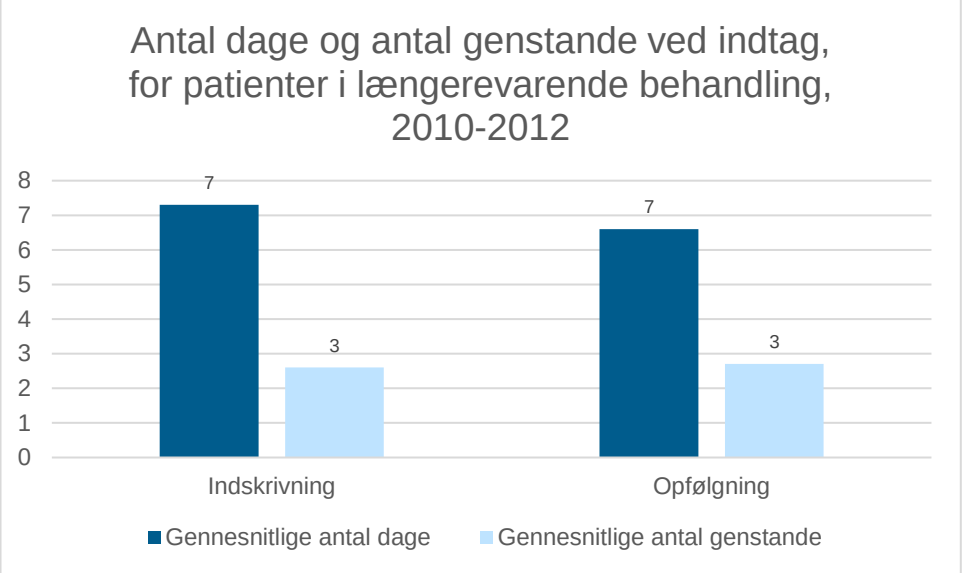
For de patienter der er i længerevarende behandling (66) er antallet af dage med indtag af alkohol i 10 ud af 30. Det gennemsnitlige antal genstande der er indtaget pr. indtag er 6, både for den samlede gruppe af samtlige indskrevne patienter og for den mindre gruppe bestående af de patienter der er i længerevarende behandling.



Figur 5..6.1.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Selvrapporteret antal dage patienter i længerevarende behandling, for borgere der har indtaget alkohol i måneden forud for indskrivningen itilbuddet med lægeordineret heroin, samt selvrapporteret antal genstande indtaget pr. dag.

I opgørelsen for 2010 til 2012 var det gennemsnitlige antal dage med indtag af alkohol for alle de indskrevne patienter, 7 og for de patienter der indgik i længerevarende behandling var antallet af dage med alkohol indtag 7,3.

Det gennemsnitlige antal genstande der blev indtaget pr. gang var 3,5 for alle indskrevne og 2,6 for de der indgik i længerevarende behandling.



Figur 5.6.1.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Selvrapporteret antal dage patienter i længerevarende behandling, for borgere der har indtaget alkohol i måneden forud for indskrivningen i tilbuddet med lægeordineret heroin, samt selvrapporteret antal genstande indtaget pr. dag.

Der er altså sket en udvikling i både antal dage med indtag af alkohol, og antallet af genstande der indtages pr. gang patienterne indtager alkohol. Flere patienter indtager alkohol, og når de indtager, indtages der større mængder.

5.6.2. Injektion af illegale stoffer

Ved seneste opgørelse fandt man, at både antallet af injicerende patienter og hvor ofte der blev delt injektionsudstyr faldt som funktion af varigheden af behandlingen med lægeordineret diacetylmorphin [(1)].

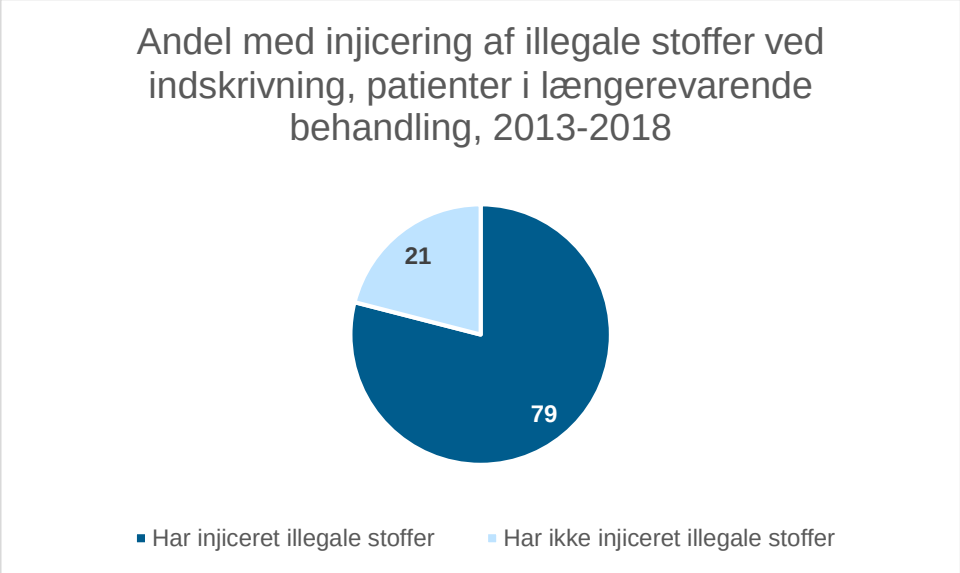
Således fremgik det af evalueringen over årene 2010 til 2012, at 83,7 pct. angav at have injiceret illegale stoffer inden for den seneste måned forud for indskrivningen til tilbuddet.

Lidt færre af de patienter der indgik i et længerevarende behandlingsforløb injicerede på tidspunktet for indskrivningen (73,8 pct.). Ved anden opfølgning fandtes, at kun 47,7 pct. og altså under halvdelen af de der indgår i længerevarende behandling, havde injiceret illegale stoffer inden for de seneste 30 dage.

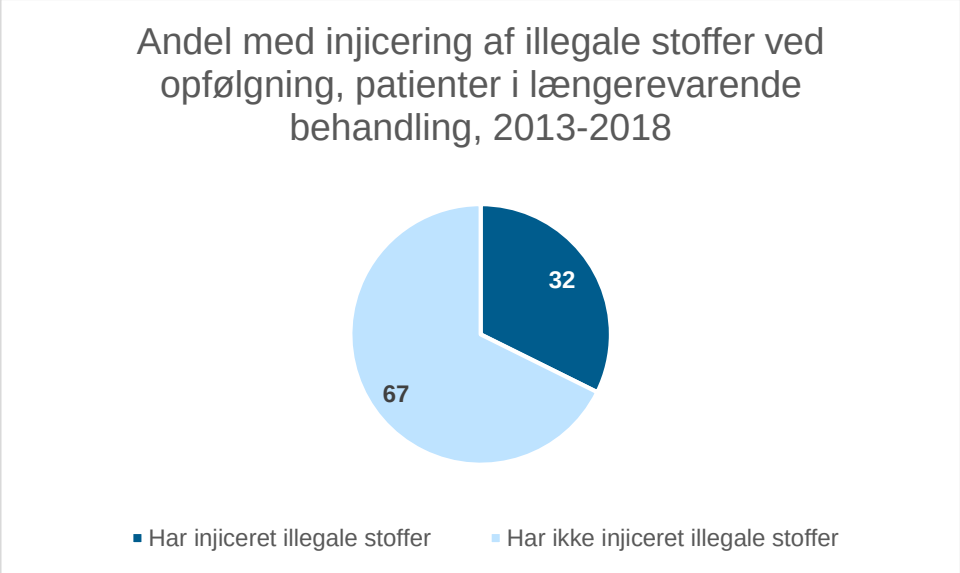
Tallene fra 2013 til 2018 viser, at 81 pct. af de i alt 312 indskrevne i tilbuddet angiver at have injiceret inden for de seneste 30 dage på tidspunktet for indskrivningen (254 patienter). Kun 55 patienter angiver ikke at have injiceret inden for de seneste 30 dage (18 pct.).

For patienterne der indgår i længerevarende behandling har 79 pct. af de i alt 66 patienter injiceret inden for de seneste 30 dage ved tidspunktet for indskrivningen og 21 patienter svarende til 32 pct. ved opfølgningen.

Fra at 21 pct. ved tidspunktet for indskrivningen svarer ikke at have injiceret illegale stoffer, svarer 67 pct. ved opfølgningen, at de ikke har injiceret illegale stoffer [(1)].



Figur 5.6.2.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Injicering af stoffer er selvrapporteret og angiver, hvorvidt borgeren har injiceret illegale stoffer i måneden op til indskrivning i tilbuddet om lægeordineret heroin.



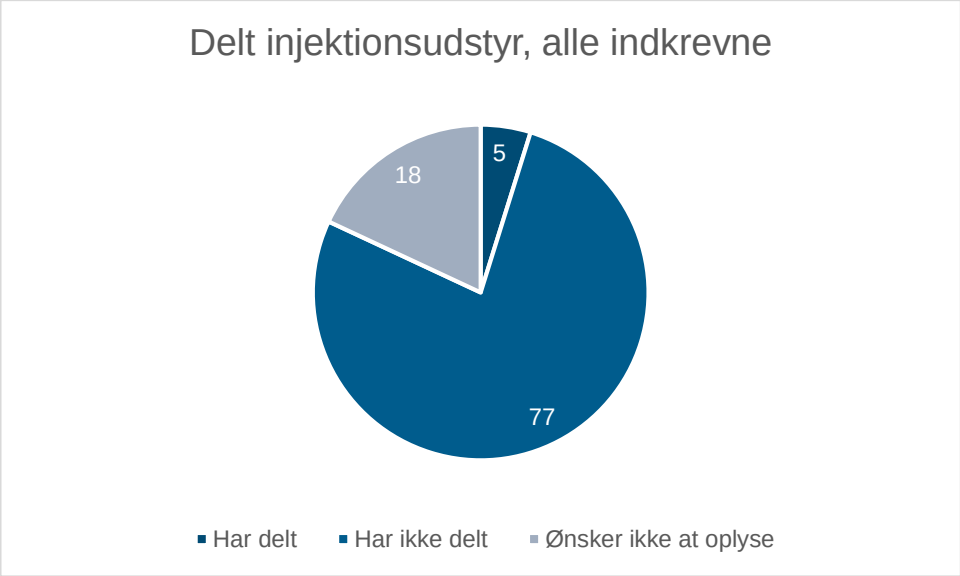
Figur 5.6.2.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Injicering af stoffer er selvrapporteret og angiver, hvorvidt borgeren har injiceret illegale stoffer ved opfølgning i tilbuddet om lægeordineret heroin.

For gruppen af patienter der er indskrevet i behandlingen igennem længere tid (66), ses altså er betydeligt fald i antallet af personer der injicerer illegale stoffer, både i forhold til aktuelle evaluering over årene 2013 til 2018 og den tidligere evaluering over årene 2010 til 2012. Faldet i antal patienter der injicerer er dog betydeligt større i gruppen af patienter

der er indskrevet i længerevarende behandling i 2013 til 2018 end den er for samme gruppe i evalueringen over årene 2010 til 2012.

5.6.3. Delt injektionsudstyr

Andelen af patienter, der har delt injektionsudstyr med andre personer inden for de seneste 30 dage, ved tidspunktet for indskrivningen ses faldende i opgørelsen over årene 2010 til 2012 [(1)], som funktion af tiden i behandling. Af de 107 patienter der i den tidligere evaluering var i længerevarende behandling havde 6,3 pct. delt injektionsudstyr med andre ved indskrivningen og alene 2 pct. ved opfølgningen.



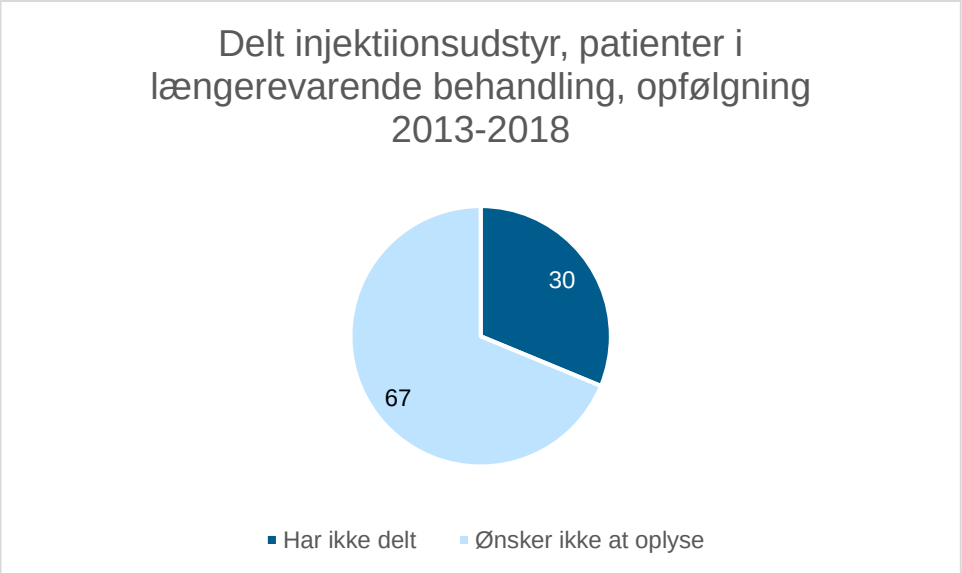
Figur 5.6.3.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Deling af injektionsudstyr er selvrapporteret og angiver, hvorvidt borgeren har delt injiceringsudstyr ved indskrivningen i tilbuddet om lægeordineret heroin.

I den tilsvarende gruppe af patienter der indgår i længerevarende behandling i løbet af årene 2013 til 2018, er antallet af de der angiver at have delt injektionsudstyr 30 dage forud for indskrivning og opfølgning diskretioneret da det er færre patienter end 5 (<5), hvilket vil sige at imellem 1 og 4 patienter har angivet at have delt injektionsudstyr. Dette gør sig gældende både ved tidspunktet for indskrivningen, og ved opfølgningen.



Figur 5.6.3.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Deling af injektionsudstyr er selvrapporteret og angiver, hvorvidt borgeren har delt injiceringsudstyr ved opfølgning i tilbuddet om lægeordineret heroin.

Dog fremgår det af data over årene 2013 til 2018, at 50 angiver ikke at have delt injektionsudstyr, når adspurgt ved indskrivningen og 20 angiver ikke at have delt injektionsudstyr ved opfølgningen.



Figur 5.6.3.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Deling af injektionsudstyr er selvrapporteret og angiver, hvorvidt borgeren har delt injiceringsudstyr ved opfølgning i tilbuddet om lægeordineret heroin.

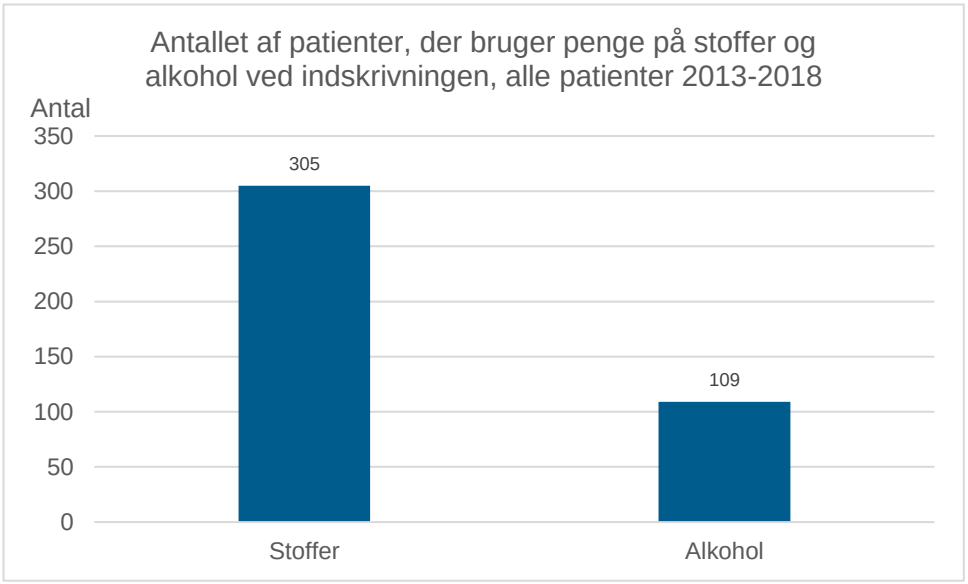
Som det fremgår af figur 5.6.3.1, oplyser flere patienter ved tidspunktet for indskrivningen ligeledes, at de ikke ønsker at oplyse om de har delt injektionsudstyr med andre de seneste 30 dage forud for henholdsvis indskrivning og opfølgning. Der ses et fald i antallet af

patienter der oplyser ikke at have delt udstyr og en stigning i antallet af patienter der angiver ikke at ønske at oplyse om de har delt udstyr.

Der ses altså i opgørelsen over årene 2013 til 2018 ikke det samme fald i antallet af personer der angiver at have delt injektionsudstyr, som fremgik mere tydeligt af den tidligere evaluering.

5.6.4. **Penge brugt på rusmidler**

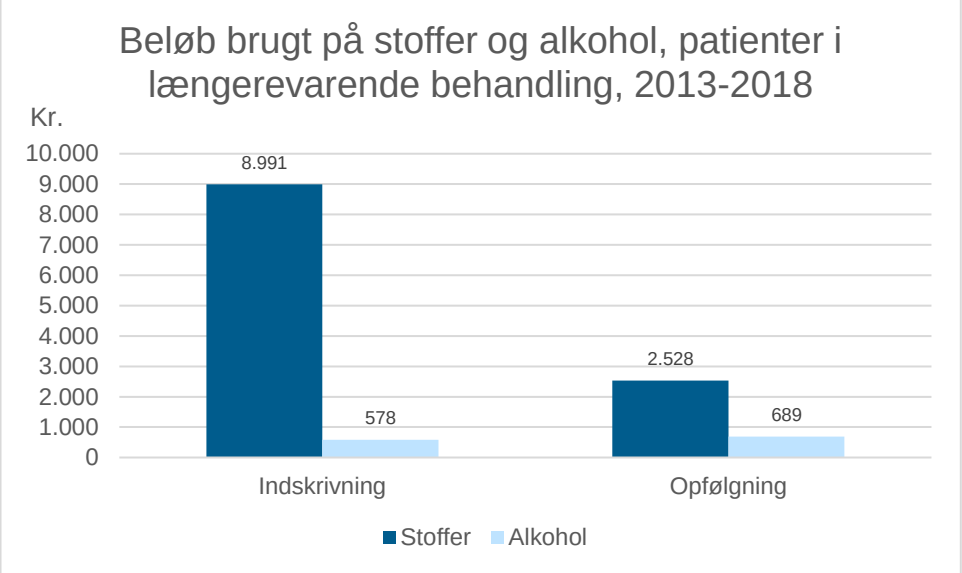
Af alle de patienter, der er indskrevet i behandlingen i årene 2013 til 2018 (312), har 305 brugt penge på illegale stoffer, og 109 har brugt penge på alkohol på tidspunktet for indskrivningen.



Figur 5.6.4.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Patienten angiver selv om de har brugt penge på rusmidler eller ej i måneden op til indskrivning i heroinbehandlingen. Der er opgjort for unikke personer, hvorfor en patient kan have gjort angivelse i begge kategorier.

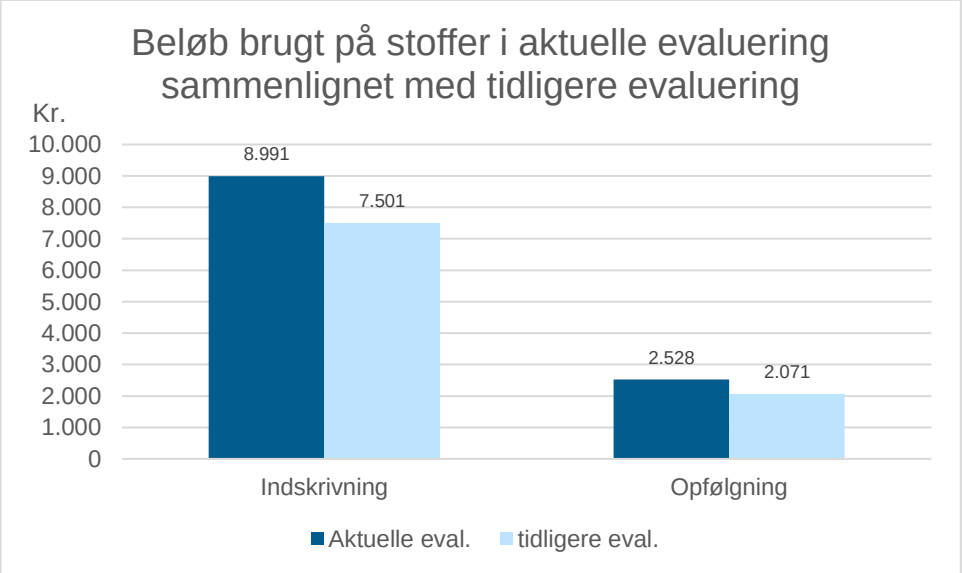
Det gennemsnitlige beløb forbrugt på rusmidler på en måned (30 dage) inden indskrivningen til behandlingen, er 10.562 kr. forbrugt på illegale stoffer og 758 kr. på alkohol.

For patienter der indgår i længerevarende behandling er beløbene forbrugt på illegale stoffer 8.991 kr. ved indskrivningen og 2.528 kr. ved opfølgningen. For alkohol er de gennemsnitlige beløb for samme patientgruppe henholdsvis 578 kr. ved indskrivningen og 689 kr. ved opfølgningen.



Figur 5.6.4.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Beløbet er selvrapporteret og angiver, hvor mange penge patienten har brugt på hhv. illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler og alkohol måneden inden indskrivning i heroinbehandlingen. 109 personer har brugt penge på alkohol og 305 har brugt penge på illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler.

Sammenlignes ovenstående med evalueringen over ordningens første år fremgår det, at forbruget af penge på illegale stoffer og alkohol for gruppen af patienter der indgik i længerevarende behandling var 7.501 på tidspunktet for indskrivningen, mens det ved opfølgningen er 2.071 (figur 5.6.4.3).



Figur 5.6.4.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Beløbet er selvrapporteret og angiver, hvor mange penge patienten har brugt på hhv. illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler og alkohol måneden inden indskrivning i heroinbehandlingen. 109 personer har brugt penge på alkohol og 305 har brugt penge på illegale rusmidler og/eller ikke-ordinerede lægemidler.

Dermed ses altså i ordningens første år en tilsvarende reduktion i forhold til hvor mange penge der bruges på alkohol og stoffer ved opfølgningen efter længere tids behandling med diacetylmorphin.

Som det fremgår af figur 5.6.4.3, ses den største forandring i forhold til nedsat forbrug i de senere år, og data over årene 2013 til 2018.

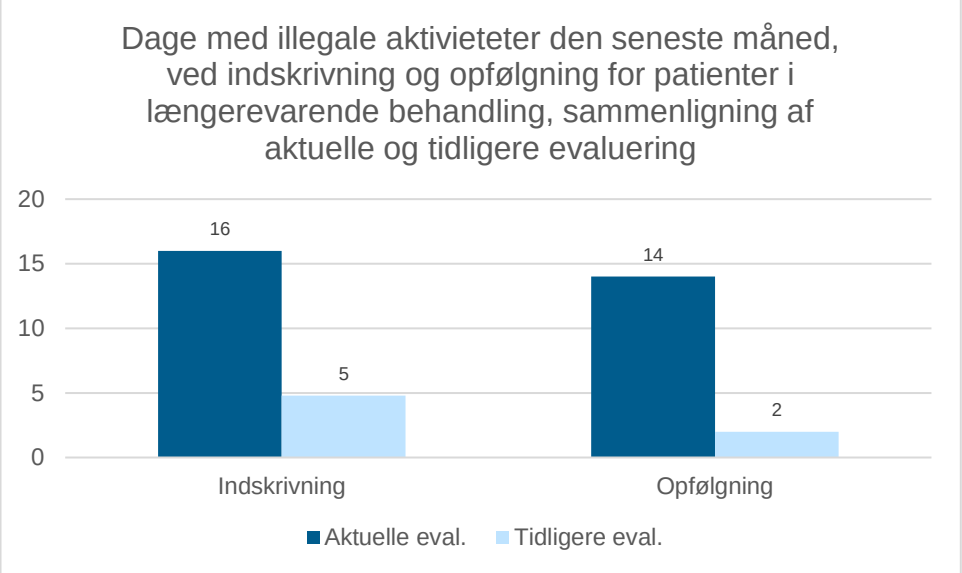
5.6.5. Illegale aktivitet

Ved tidspunktet for indskrivningen angav 129 patienter at have været involveret i illegale aktiviteter den seneste måned. 183 af patienterne angav ikke at have været involveret i illegale aktiviteter.

Det gennemsnitlige antal af dage med illegale aktiviteter er ved indskrivningen angivet til 16, hvilket er ens for alle der angiver at have været involveret i illegale aktiviteter, både de der indgår i den samlede gruppe af patienter og når der alene ses på gruppen af patienter der er indskrevet i længerevarende behandling.

For gruppen af de 66 patienter der indgår i længerevarende behandling ses et fald i det gennemsnitlige antal dage med illegale aktiviteter fra 16 ved indskrivningen til 14 ved opfølgningen.

Det gennemsnitlige antal dage, patienterne i længerevarende behandling angiver at have været involveret i illegale aktiviteter er steget siden sidste opgørelse over årene 2010 til 2012, hvor det gennemsnitlige antal dage 4,8 ved indskrivningen og 2,0 ved opfølgningen. For den samlede gruppe af patienter indskrevet i årene 2010 til 2012 var det gennemsnitlige antal 6,8 dage med illegale aktiviteter (i den tidligere rapport betegnet *kriminel adfærd*).



Figur 5.6.5.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Information om antal dage med illegal aktivitet er selvrapporteret og angiver antal dage med involvering i illegale aktiviteter måneden inden indskrivning i tilbuddet om lægeordineret heroin.

Der findes en betydeligt stigning i antallet af dage, patienter der indskrives i behandlingen med diacetylmorphin rapporterer sig med illegale aktiviteter, siden seneste opgørelse over ordningens første år.

Dog ses fortsat et fald i antallet af dage med illegale aktiviteter som funktion af tid i behandling.

5.7. Fysiske og psykiske sygdomme ved indskrivning og opfølgning

Ved tidspunktet for indskrivningen til behandlingen med lægeordineret heroin, udfører den behandlende læge en helbredsmæssig undersøgelse af patienterne der lader sig indskrive i tilbuddet.

Undersøgelsen består blandt andet af en samtale med patienten, anamnesen, samt en lægelig objektiv undersøgelse.

Forholdene omkring lægesamtale og undersøgelse i forbindelse med indskrivning til substitutionsbehandlingstilbuddet fremgår af vejledningen til behandlingen samt af "vejledning til læger der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin" [12].

Gruppen af patienter der indgår i behandlingen med substitutionsmedicin lider ofte af andre sygdomme end alene en rusmiddelafhængighed, som eksempelvis sygdomme i luftveje, nyrer, lever eller hjerte. Gruppen af patienter betragtes som særligt sårbar, og følges derfor også nøje i forbindelse med disse sygdomme samt den række af sygdomme

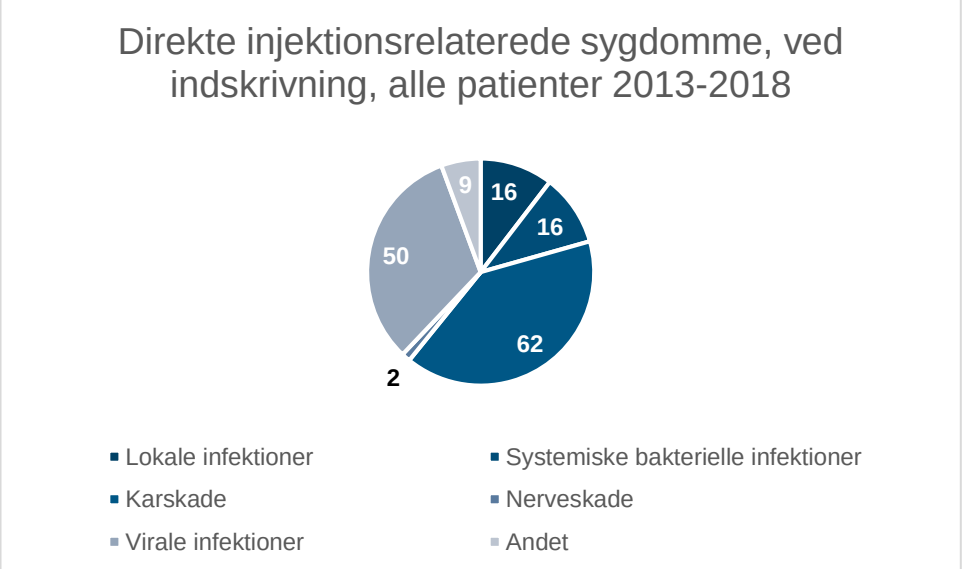
der måtte relatere sig det injektionsforbrug (se afsnit 5.7.1).

5.7.1. Direkte injektionsrelaterede sygdomme

I forbindelse med både indskrivning og opfølgninger, vil lægen der undersøger patienten notere eventuelle positive fund i patientens elektroniske journal. Det vurderes ved denne undersøgelse også af lægen, om de somatiske sygdomme patienten måtte lide af, direkte relaterer sig til injektionsforbruget af stoffer. Det er i opgørelsen muligt for en patient, at have mere end en diagnose. I følgende afsnit er der derfor ikke tale om unikke personer.

På tidspunktet for indskrivningen findes 50 pct. af alle de indskrevne med virale infektionssygdomme, der kan direkte relateres til injektionsforbruget. I alt drejer dette sig om 155 patienter.

193 af patienterne (62 pct.) er diagnosticeret med karskade relateret til injektionsforbruget og 50 patienter (16 pct.) er med lokale infektioner, og 49 patienter (16 pct.) er med systemisk bakteriel infektion, ved tidspunktet for indskrivningen.

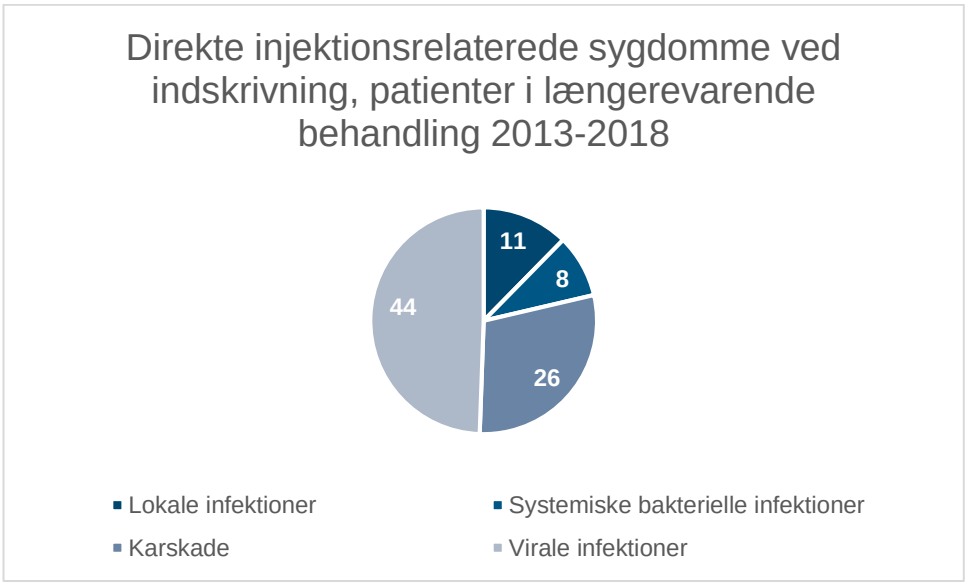


Figur 5.7.1.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Ved indskrivning i tilbuddet om lægeordineret heroinbehandling vurderer en læge om personen har fysiske sygdomme, der er direkte relateret til injektionsmisbruget. Det er muligt for borgere at have mere end en diagnose.

For andelen af patienter, der indgår i længerevarende behandling, fordeler sygdommene der relaterer sig til injektionsforbruget sig anderledes, idet ikke nær så mange frembyder med sygdommene hos denne gruppe af patienter. Her frembyder 44 pct. med virale infektioner relateret til injektionsforbruget, mens 11 pct. er med lokale infektioner og 8 pct. med systemiske bakterieller infektioner. Færre end 5 patienter findes med ”nerveskade”

eller i kategorien ”andet”. 26 pct. er på tidspunktet for indskrivningen med karskade relateret til injektionsforbruget.

På tidspunktet for opfølgningen af behandlingen ses ingen ændring i disse forhold. Dette kan have sin begrundelse i, at diagnosen ikke slettes men nok snarere følger patienten igennem hele indskrivningen i behandlingstilbuddet. Andre diagnoser og sygdomme er kroniske, og vil derfor ikke ændres som funktion af varighed af behandling med diacetylmorphin.



Figur 5.7.1.2. Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Ved opfølgning i tilbuddet om lægeordineret heroinbehandling vurderer en læge om personen har fysiske sygdomme, der er direkte relateret til injektionsmisbruget. Det er muligt for borgere at have mere end en diagnose.

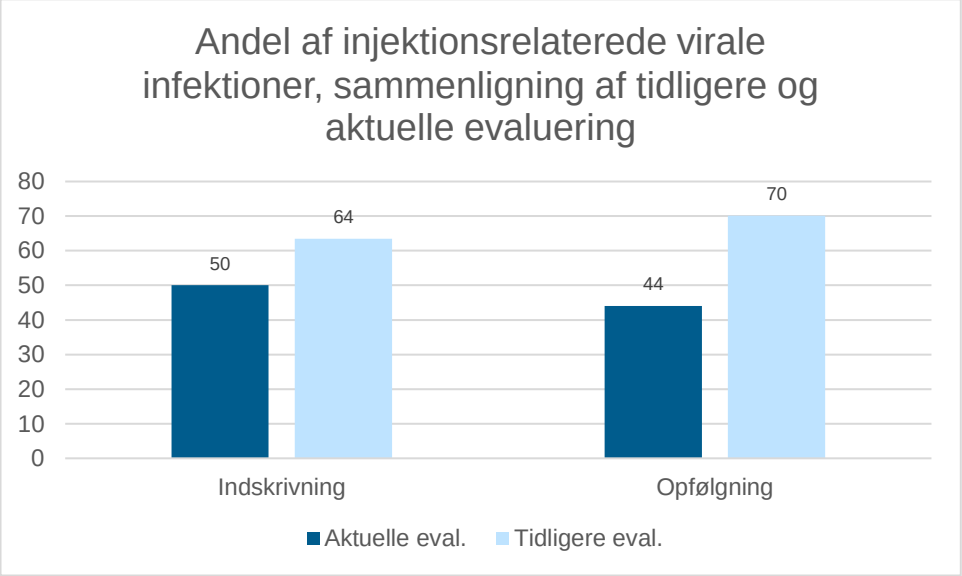
Der ses en udvikling i forekomsten af injektionsrelaterede sygdomme fra den seneste evaluering over årene 2010 til 2012 til de nyere data fra 2013 til 2018.

Andelen af patienter som frembød med virale infektioner relateret til injektionsforbruget var således 64 pct. for alle patienterne ved indskrivningen og 70 pct. for de der indgik i længerevarende behandling i 2010-2012. Ved opfølgningen fandtes for alle indskrevne fortsat 70 pct. med virale infektioner relateret injektionsforbruget hvorimod der fandtes en mindre stigning i antal hos den del af patienterne, der indgik i længerevarende behandling (65 pct.).

Dette adskiller sig fra nu, hvor det fremgår, at 50 pct. af alle indskrevne mod 44 pct. i gruppen af patienter der er indskrevet længerevarende i behandlingen, er diagnosticeret med virale infektioner på tidspunktet for indskrivningen til behandlingen med diacetylmorphin.

Der er altså sket et fald i antallet af patienter der indskrives og som lider af en viral infektion, som direkte relaterer sig et injektionsforbrug af stoffer, siden den seneste opgørelse

over behandlingsformen, i 2013.



Figur 5.7.1.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen, om personen har fysiske sygdomme, der ikke er relateret til injektionsmisbruget. Det er muligt for borgere at have mere end en diagnose.

5.7.2. Fordelingen af de virale infektioner ved indskrivning og opfølgning

Fordelingen af virale infektioner ved indskrivning og opfølgning viser, at langt de fleste af de der diagnosticeres med en viral infektion er inficeret med kronisk hepatitis c.

Af andelen af samtlige indskrevne patienter der på tidspunktet for indskrivningen fandtes at lide af en viral infektion (n=155) var 95 pct. med kronisk hepatitis c, svarende til i alt 148 patienter. I hver af de andre kategorier (akut hepatitis c, hepatitis B HIV og andet) fandtes færre end 5 patienter (<5, diskretionering) diagnosticeret.

For patienter i længerevarende behandling, og som samtidig var diagnosticeret med en viral infektion (29) blev de 27 patienter fundet at lide af en kronisk hepatitis C, på tidspunktet for indskrivning. Samme antal blev fundet ved opfølgning. Ingen fandtes med hepatitis B og mindre end 5 (<5, diskretionering) blev fundet at lide af henholdsvis akut hepatitis C og HIV.

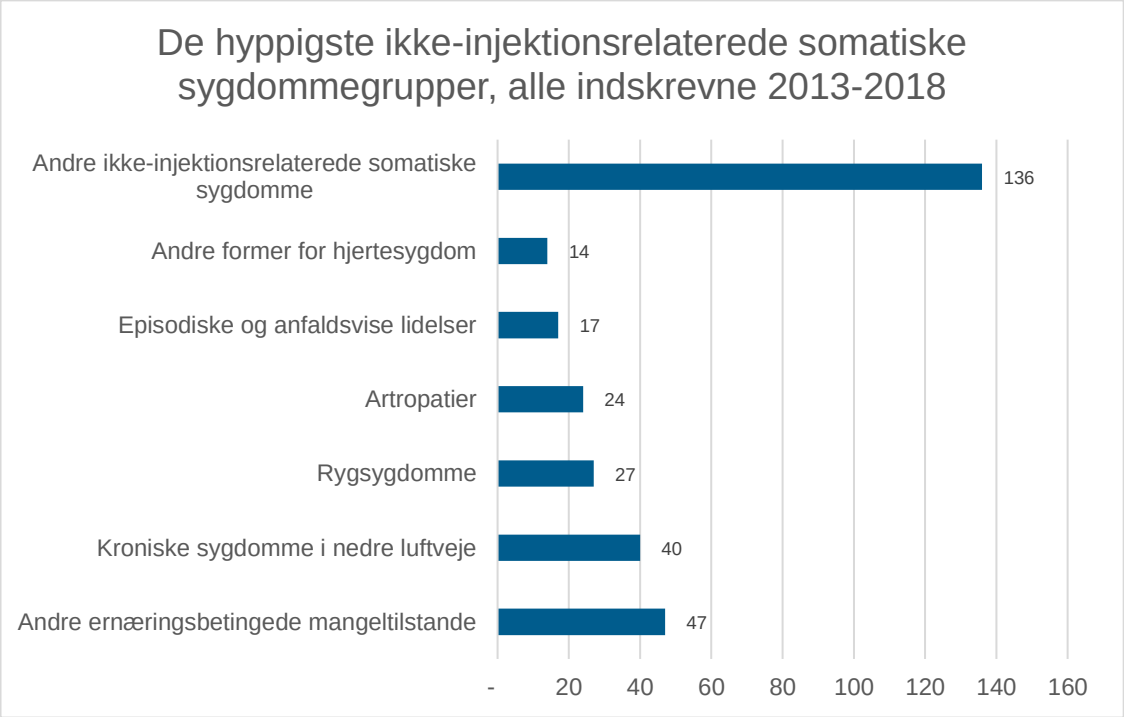
5.7.3. Ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme

Personer med en rusmiddelrelateret lidelse har ofte andre somatiske lidelser i lunger, nyrer, lever eller hjerte.

Gruppen af patienter er derfor præget af et komplekst sygdoms- og symptombillede. Oftest lider patienterne af kroniske lungesygdomme som KOL og astma, og af mangelsygdomme som D-vitamin mangel og jernmangel.

Årsagen til at sygdomsbilledet ser ud som det gør, findes ofte i patienternes livsstil, vilkår og levevej, der kan være meget kompliceret grundet ringe levevilkår og fejl- eller underernæring som komplikation til blandt andet socioøkonomiske forhold og rusmiddellidelsen (se afsnit 5.5.1, boligforhold).

Patienterne kan i perioder leve under boligforhold af lav standard. Hvis patienten er helt uden bolig, kan dette lede til ringe eller ingen adgang hygiejnefaciliteter. Dette gør gruppen af patienter mere sårbar overfor at kunne blive smittet med sygdomme som er forårsaget af vira eller bakterier.



Figur 5.7.3.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen, om personen har fysiske sygdomme, der ikke er relateret til injektionsmisbruget. Det er muligt for borgere at have mere end en diagnose.

Som det fremgår af figur 5.7.3.1, er den hyppigste ikke-injektionsrelaterede sygdomsgruppe for alle indskrevne patienter i årene 2013 til 2018 (fraset gruppen af 'andre ikke-

injektionsrelaterede somatiske sygdomme') gruppen af sygdomme betegnet 'Andre ernæringsbetingede mangeltilstande' (i alt 47 personer ud af 282, svarende til 15 pct.).

Dette fund stemmer overnes med den viden vi har om målgruppen til behandlingen, og som også fremgår af seneste evaluering publiceret i 2013, netop at patienterne indskrevet i behandlingstilbuddet med lægeordineret heroin ofte er under- eller fejlernærede, som funktion af rusmiddellidelsen og livsforhold.

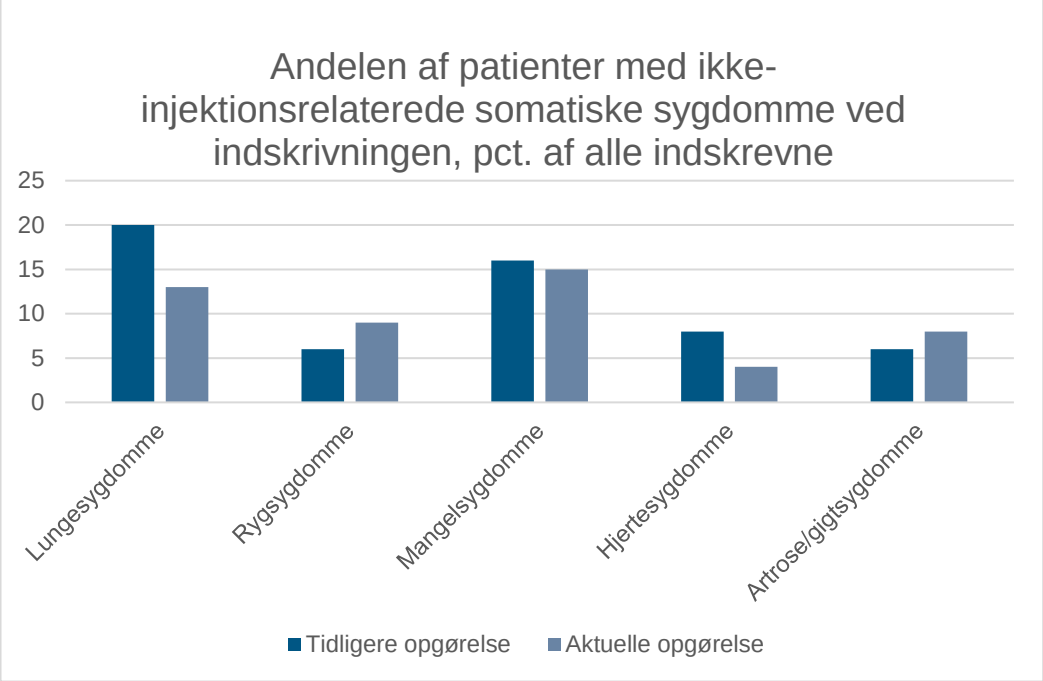
40 patienter er beskrevet med kroniske sygdomme i nedre luftveje[6] svarende til at 13 pct. af alle indskrevne patienter er diagnosticeret med en lungesygdom der falder indenfor denne kategori. Rygsygdomme ses hos 27 patienter, svarende til 9 pct., og artropatier hos 24 patienter, svarende til 8 pct. Hjertesygdom ses hos i alt 14 patienter (4 pct.).

Gruppen af ikke-injektionsrelaterede sygdomme benævnt *episodiske og anfaldsvise lidelser,* dækker bredt over en gruppe af lidelser der strækker sig fra anfaldssygdomme som epilepsi, hovedpinelidelser som migræne og Hortons hovedpine, vaskulære lidelser som transitorisk cerebral iskæmi til søvnforstyrrelser. I alt er 17 patienter ud af det totale antal patienter på 282, der er diagnosticeret med somatisk lidelse der ikke relaterer sig injektionsforbrug, diagnosticeret i denne gruppe, svarende til 5 pct.

For andelen af patienter der indgår i længerevarende behandling, fordeler sygdommene sig lidt anderledes. Her findes, af de i alt 26 patienter der indgår i længerevarende behandling og som ved indskrivning og opfølgning diagnosticeres med en somatisk lidelse der ikke relaterer sig et injektionsforbrug af stoffer, at 19 pct. diagnosticeres inden for gruppen af sygdomme 'kroniske sygdomme nedre luftveje'. Ved opfølgningen er 8 pct. med lidelse der hører under denne gruppe af sygdomme.

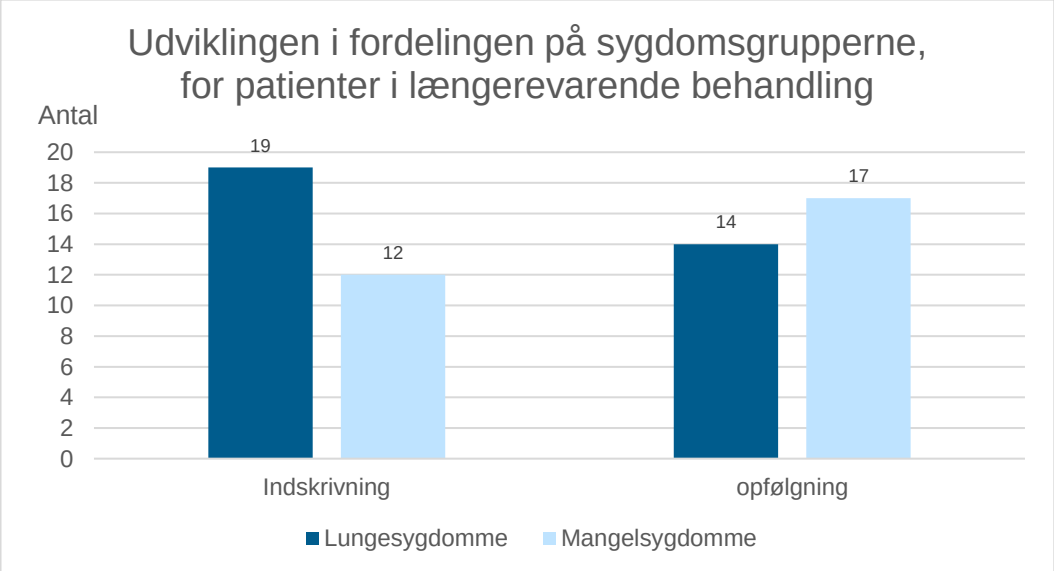
Andelen af patienter der indgår i et længerevarende behandlingsforløb og som ved indskrivning og opfølgning findes med sygdom i gruppen 'Rygsygdomme' findes større end i den gruppen af alle indskrevne patienter. Således er 12 pct. ved indskrivningen i gruppen af patienter i længerevarende behandling mod 13 pct. i gruppen af alle indskrevne patienter, diagnosticeret indenfor denne sygdomsgruppe. Ved opfølgningen findes 17 pct. af patienterne i længerevarende behandling med lidelse der hører under sygdomsgruppen 'Rygsygdomme'.

[6] *kroniske sygdomme i nedre luftveje* heriblandt indgår alle diagnoser der er kodet inden for koderne DJ40-DJ47, og dækker over de ofte rusmiddelrelaterede sygdomskoder som KOL og astma



Figur 5.7.3.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen, om personen har fysiske sygdomme, der ikke er relateret til injektionsmisbruget. Det er muligt for borgere at have mere end en diagnose.

Som det fremgår af figur 5.7.3.2., findes der generelt færre indskrevne patienter i aktuelle opgørelse, der lider af lunge- , mangel- og hjertesygdomme, end det er tilfældet i tidligere evaluering af ordningen med lægeordineret heroin. Omvendt findes der i aktuelle evaluering flere patienter med lidelser inden for gruppen af gigt- og rygsygdomme.



Figur 5.7.3.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen, om personen har fysiske sygdomme, der ikke er relateret til injektionsmisbruget. Det er muligt for borgere at have mere end en diagnose.

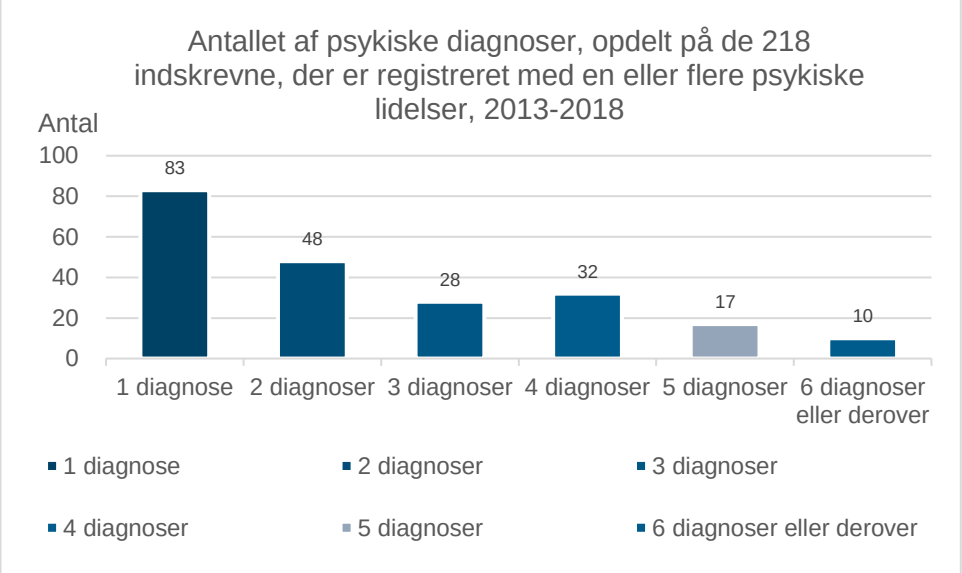
Data der synliggør udviklingen i det samlede sygdomsbillede for de patienter der indgår i længerevarende behandlingsforløb er alene tydelige for 2 større sygdomsgrupper (se figur 5.7.3.3) og en samlet gruppe af ikke-injektionsrelaterede somatiske sygdomme. De øvrige angivelser i sygdomsgrupperne er alle diskretionerede og angivet som færre end 5 (<5), hvorfor der ikke kan beskrives en udvikling for de resterende sygdomsgrupper.

Som det også illustreres i figur 5.7.3.3., findes flere patienter med lungesygdomme ved indskrivningen, end det er tilfældet ved opfølgningen, hvor det modsatte gør sig gældende for mangelsygdommene.

5.7.4. Indskrevne i behandlingen med lægeordineret heroin og psykiske lidelser

Patienter der lider af en rusmiddelrelateret lidelse lider i langt højere grad end baggrundsbefolkningen også af en samtidig psykisk lidelse. Således blev det opgjort i 2018 i rapporten "Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet, 2018" publiceret af Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, VIVE, at 49 pct. at mænd med stofforbrug samtidig lider af en psykisk lidelse af enten moderat (38 pct.) eller svær (22 pct.) karakter. Der er tale om ikke-unikke personer, og patienterne kan derved registreres med flere diagnoser. For kvinder viser andelen af de der har et stofforbrug og en samtidig psykisk lidelse sig at være noget højere end det er for mænd (64 pct.) [13].

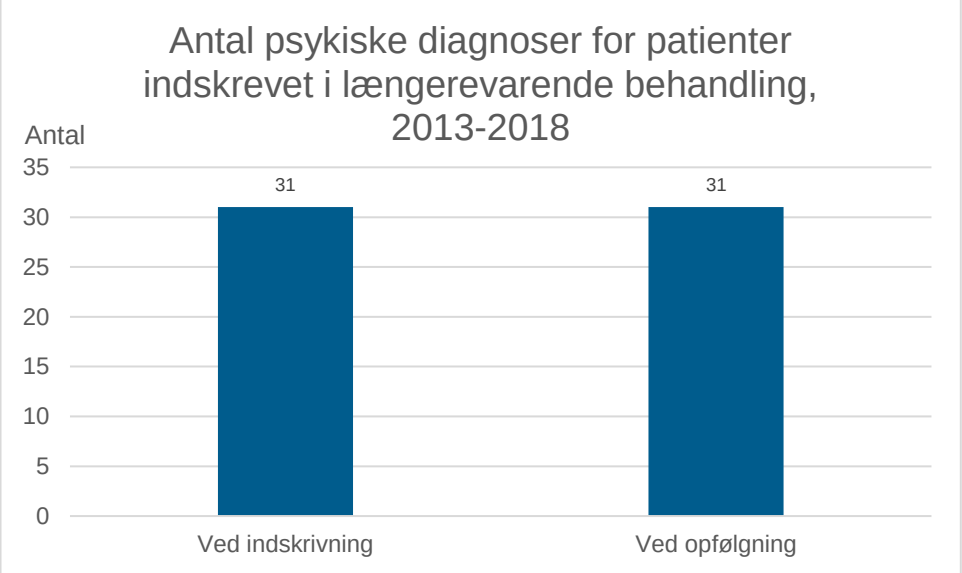
Antallet af personer der indgår i behandlingen med lægeordineret heroin og er registreret med en eller flere psykiatriske diagnoser er 218. Hermed er altså 69,9 pct. af alle der lader sig indskrive i behandlingstilbuddet i årene 2013-2018 (312) registreret med en eller flere psykiske lidelser.



Figur 5.7.4.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen om personen udover opiodmisbrug også har en behandlingskrævende psykiatrisk tilstand. Fordelingen af antallet af behandlingskrævende psykiske lidelser på de i alt 218patienter, der er registreret med en eller flere psykiske lidelser på tidspunktet for indskirvningen til tilbuddet med lægeordineret heroin.

Som det fremgår af figur 5.7.4.1, er langt de fleste af de i alt 218 patienter der bliver indskrevet i behandlingen med diacetylmorphin og samtidigt er registreret med en behandlingskrævende psykisk lidelse, alene registreret med én psykisk lidelse (83 patienter svarende til 27 pct. af alle indskrevne patienter). Andelen af patienter der er registreret med 2 psykiske lidelser udgør 15 pct.(48), med 3 diagnoser 9 pct. (28), med 4 diagnoser 10 pct. (32), med 5 diagnoser 5 pct. (17) og med 6 diagnoser eller mere er 3 pct. svarende til 10 patienter registreret.

For gruppen af patienter der indgår i længerevarende behandling (66) er de 31 svarende til 47 pct. registreret med alene én psykisk lidelse. Dette lader ikke til at ændre sig som funktion af behandlingsvarigheden, og forbliver dermed det samme fund ved opfølgningen. Se figur 5.7.4.2 nedenfor.



Figur 5.7.4.2 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen om personen udover opiodmisbrug også har en behandlingskrævende psykiatrisk tilstand.

Ved opgørelsen af psykisk komorbiditet i den tidligere evaluering over årene 2010 til 2012 fandt man, at 40,5 pct. af samtlige indskrevne patienter (102 af de i alt 252 patienter) led af en samtidig behandlingskrævende psykisk lidelse, på datoen for indskrivningen til tilbuddet. Der var altså færre diagnosticeret med psykisk komorbiditet ved tidspunktet for indskrivningen i 2010 til 2012.

Andelen af personer indskrevet i behandling, med samtidig psykisk lidelse var i 2010 til 2012 også noget lavere for de patienter der indgik i et længerevarende behandlingsforløb, således var 32,7 pct. i denne gruppe ved tidspunktet for indskrivningen diagnosticeret med en eller flere behandlingskrævende psykiske lidelser. Samtidig fandtes, at procentandelen steg, som funktion af tiden for behandlingsforløbet til 35,5 pct. ved første opfølgning og 42,1 pct. ved anden opfølgning.

5.7.5. **De hyppigste psykiske lidelser hos patienter er diagnosticeret med en psykisk lidelse**

Af de 218 personer der ved indskrivningen er diagnosticeret med en eller flere behandlingskrævende psykiske lidelser, lider en stor del af patienterne af adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af forbruget af opioider (33 pct.) cannabis (23 pct.), sedativa eller hypnotika (22 pct.), kokain (13 pct.) eller alkohol (11 pct.) (se figur 5.7.5.1 nedenfor).



Figur 5.7.4.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: En læge vurderer ved indskrivning i heroinbehandlingen om personen udover opiodmisbrug også har en behandlingskrævende psykiatrisk tilstand.

Af de sygdomme der er hyppigst forekomne i den samlede patientgruppe, men som ikke direkte relaterer sig rusmiddelforbruget, findes 17 pct. (54) diagnosticeret med nervøse og stress-relaterede tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer, 15 pct. (46) med forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen og 9 pct. (29) med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndommen eller adolescens.

5.8. Selvvurderet helbred

Som en del af indberetningen til IHM-databasen, registreres patientens egen vurdering af fysisk og psykisk helbred [8]. For hver helbredsfunktion beregnes en score, når indtastning af besvarelserne til samtlige spørgsmål er gjort. Scoren angives på en skala fra 0 til 1, hvor 0 er dårligst og 1 er bedst.

Ændringer i forhold til selvvurderet helbred imellem første evaluering (2010-2012) og aktuelle evaluering (2013-2018) skal tages med flere forbehold: dels er der ved den første evaluering ikke nærmere defineret hvornår en første og en anden opfølgning sker, ligesom det vides, at der i flere tilfælde sker opfølgning med længere interval end de forventede 6 måneder imellem. Dels vil ændringer på 0,1 imellem første og anden opfølgning kun være signifikante for nogle værdier. Der skal et vist patientgrundlag til for at styrken af scoren er statistisk signifikant.

Til sammenligning i tabellerne både i den tidligere evaluering af ordningen med lægeordineret heroin og aktuelle evaluering, er benyttet kendte værdier fra den danske befolkning på samme udvalgte områder. Disse værdier er dog ældre, idet undersøgelsen på samme område seneste er foretaget i 2005. Derfor finder vi det i aktuelle evaluering bedst, alene at sammenholde data for henholdsvis den tidligere evaluering og den aktuelle.

SF-36 score for personer indskrevet i heroinbehandling ved indskrivning, 2013-2018

	Alle indskrevne
Fysisk funktion	0,81
Fysisk betingede begrænsninger	0,62
Fysisk smerte	0,61
Alment helbred	0,53
Energi	0,36
Social funktion	0,54
Psykisk betingede begrænsninger	0,52
Psykisk velbefindende	0,51

Tabel 5.8.1 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Helbredstilstand er selvvurderet og angiver fysiske og psykiske helbredstilstand målt ved SF36-spørgeskema ved indskrivning i heroinbehandlingen. SF-36 spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvurderede helbred og dels at spørge ind til faktorer, der kan måle både fysisk, social og psykisk funktionsevne. For hver helbredsfunktion beregner IT-systemet automatisk en score, efter indtastning af samtlige spørgsmål. Scoren angives på en 0-1 skala, hvor 0 er dårligst og 1 er bedst.

De personer der lader sig indskrive i behandling med lægeordineret heroin i årene 2013-2018 registreres med ringere selvvurderet helbred end angivet for tidligere opgørelse over årene 2010-2012. Dette gør sig gældende på alle de i tabellen givne parametre, fraset 'fysisk betingede begrænsninger', der er uændret på 0,62.

Det samme gør sig gældende for de patienter, der indgår i længerevarende behandling

(66) på samtlige af alle målepunkter fraset 'fysisk funktion' og 'alment helbred'.

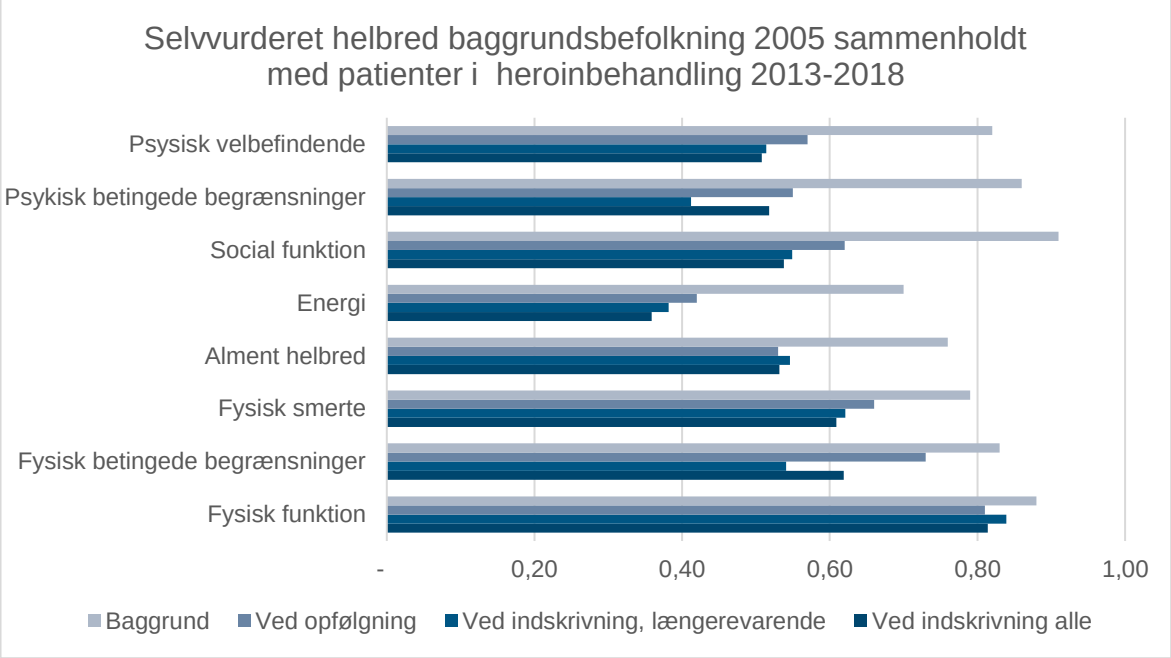
For de patienter der indgår i længerevarende behandling findes, at der sker en signifikant forbedring af det selvvurderede helbred på 6 ud af 8 parametre, som funktion af tiden fra indskrivning til opfølgning (tabel 5.8.2).

SF-36 score for personer i længerevarende heroinbehandling hhv. ved indskrivning og opfølgning, 2013-2018

	Ved indskrivning	Ved opfølgning
Fysisk funktion	0,84	0,81
Fysisk betingede begrænsninger	0,54	0,73
Fysisk smerte	0,62	0,66
Alment helbred	0,55	0,53
Energi	0,38	0,42
Social funktion	0,55	0,62
Psykisk betingede begrænsninger	0,41	0,55
Psykisk velbefindende	0,51	0,57

Kilde: Register for Injicer bar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Helbredstilstand er selvvurderet og angiver fysiske og psykiske helbredstilstand målt ved SF36-spørgeskema ved indskrivning og opfølgning i heroinbehandlingen. SF-36 spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvurderede helbred og dels at spørge ind til faktorer, der kan måle både fysisk, social og psykisk funktionsevne. For hver helbredsfunktion beregner IT-systemet automatisk en score, efter indtastning af samtlige spørgsmål. Scoren angives på en 0-1 skala, hvor 0 er dårligst og 1 er bedst.

Sammenlignes data for gruppen af patienter indskrevet i heroinbehandlingen med data fra den generelle befolkning (2005) som det blev gjort i seneste evaluering over ordningen med lægeordineret heroin findes, at patienterne både ved indskrivning og opfølgning er med ringere selvvurderet helbred.



Figur 5.8.1 Kilde: Register for Injicer bar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Helbredstilstand er selvvurderet og angiver fysiske og psykiske helbredstilstand målt ved SF36-spørgeskema ved indskrivning og opfølgning i heroinbehandlingen. SF-36 spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvurderede helbred og dels at spørge ind til faktorer, der kan måle både fysisk, social og psykisk funktionsevne. For hver helbredsfunktion beregner IT-systemet automatisk en score, efter indtastning af samtlige spørgsmål. Scoren angives på en 0-1 skala, hvor 0 er dårligst og 1 er bedst.

Da der ikke er gjort en opfølgning siden 2005 i forhold til baggrundsbefolkningens selvvurderede helbred på sammenlignelige målepunkter, vil sammenligning imellem de 2 målinger skulle gøres med forbehold for, at baggrundsbefolkningens selvvurderede helbred måtte have ændret sig i tilsvarende negativ retning, som det ses imellem de to målinger at være sket for patienterne der lader sig indskrive i behandling med lægeordineret heroin i henholdsvis 2010-2012 og 2013-2018.

I den tidligere undersøgelse blev resultaterne af SF-36 opgjort på de otte forskellige målepunkter, der er angivet i tabeller og figurer ovenfor. Da den seneste befolkningsundersøgelse, der eksisterer med alle otte områder er fra 2005, har vi i denne evaluering valgt at udvælge det mest centrale mål, selvvurderet *helbred "hvordan synes du dit helbred er i alt"* . Dette mål kan holdes op mod befolkningsundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil, som foretages hvert fjerde år af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), hvor den seneste er fra 2017.

Selvvurderet helbred for personer indskrevet i heroinbehandling ved indskrivning, 2013-2018 "Hvordan synes du dit helbred er i alt"?

	Alle indskrevne		Generelle befolkning
	Antal	Pct.	Pct.
Fremragende, vældig godt eller godt helbred	142	47	83

Tabel 5.8.3 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Helbredstilstand er selvvurderet og angiver fysiske og psykiske helbredstilstand målt ved SF36-spørgeskema ved indskrivning i heroinbehandlingen. SF-36 spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvurderede helbred og dels at spørge ind til faktorer, der kan måle både fysisk, social og psykisk funktionsevne. I denne opgørelse anvendes spørgsmålet "Hvordan synes du dit helbred er i alt?" Svarkategorierne er "Fremragende (5)", "Vældig godt (4)", "Godt (3)", "Mindre godt (2)", og "Dårligt (1)". I opgørelsen ses på andelen, der har svaret 3-5 samlet. Opgørelsen for den generelle befolkning er baseret på undersøgelsen Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017, der er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed for en stikprøve bestående af 183.372 borgere i Danmark.

I alt findes det, at 142 ud af de i alt 312 patienter angiver at betragte helbredet som *fremragende, vældig godt eller godt.* Dette svarer til 47 pct., hvor 83 pct.af den generelle befolkning svarer i samme kategori. Der findes altså en betydelig forskel på, hvorledes de der lader sig indskrive til behandling med lægeordineret heroin betragter eget helbred, når sammenlignet med den generelle befolkning.

For personer indskrevet i behandlingen i længere tid (66 patienter) findes en yderligere forringelse i selvvurderet helbred. Hvor 47 pct. af alle indskrevne patienter svarede at vurdere helbredet i alt som *fremragende, vældig godt eller godt*, svarer kun 39 pct. af patienterne der indgår i længerevarende behandlingsforløb, at vurdere eget helbred i alt som *fremragende, vældig godt eller godt.* Ved opfølgningen ses dette faldet til 30 pct.

Selvvurderet helbred for personer i længerevarende heroinbehandling hhv. ved indskrivning og opfølgning

	Ved indskrivning		Ved opfølgning		Generelle befolkning
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Pct.
Fremragende, vældig godt eller godt helbred	26	39	20	30	83

Tabel 5.8.4 Kilde: Register for Injicerbar Heroin og Metadon (IHM), Sundhedsdatastyrelsen. Note: Helbredstilstand er selvvurderet og angiver fysiske og psykiske helbredstilstand målt ved SF36-spørgeskema ved indskrivning i heroinbehandlingen. SF-36 spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvurderede helbred og dels at spørge ind til faktorer, der kan måle både fysisk, social og psykisk funktionsevne. I denne opgørelse anvendes spørgsmålet "Hvordan synes du dit helbred er i alt?" Svarkategorierne er "Fremragende (5)", "Vældig godt (4)", "Godt (3)", "Mindre godt (2)", og "Dårligt (1)". I opgørelsen ses på andelen, der har svaret 3-5 samlet. Opgørelsen for den generelle befolkning er baseret på undersøgelsen Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017, der er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed for en stikprøve bestående af 183.372 borgere i Danmark.

Patienter der indgår i behandlingen med lægeordineret heroin har, ikke overraskende, et betydeligt dårligere selvvurderet helbred end den generelle befolkning. Dette både hvad angår den samlede gruppe af patienter og når der alene ses på gruppen af patienter, der indgår i længerevarende behandling.

6. Erfaringer fra de 5 klinikker

Sundhedsstyrelsen inviterede den 19.november 2019 de socialfaglige ledere, behandlingsansvarlige overlæger og sundhedsfaglige fra de 5 af landets heroinklinkker til et møde, omhandlende det forestående arbejde med evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin 2020.

Formålet med mødet var at undersøge, hvilke erfaringer de 5 klinikker har gjort sig med behandlingsformen, patientgrundlag og metoder i behandlingen, samt at undersøge hvilke emner man i klinikkerne og fra de behandlende fagprofessionelle vurderede væsentlige at undersøge i en ny evaluering.

Flere af de emner, klinikkerne ønskede belyst, kunne belyses igennem data fra IHM-databasen, og er beskrevet i kapitel 5. Sundhedsstyrelsen har derudover forsøgt at imødekomme flere af de emner man på de 5 klinikker vurderede kunne være interessante at beskrive i evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin, hvorfor der med baggrund i de drøftede emner og udtrykte ønsker blev udformet et spørgeskema[7] med en række opgaver til besvarelse lokalt i hver af de 5 klinikker. Besvarelserne på spørgeskemaerne danner grundlag for de følgende afsnit (6.1 til 6.4).

6.1. Patienter til behandlingen med diacetylmorphin

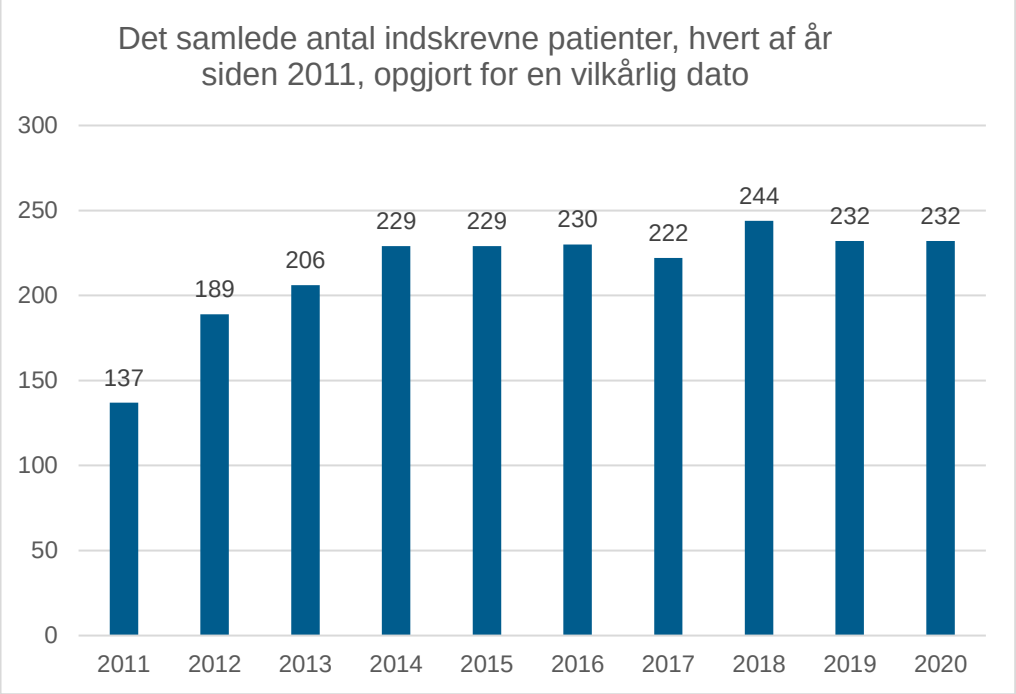
Det kræver et patientgrundlag på mindst 20 patienter i behandlingen med diacetylmorphin at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i driften af behandlingstilbuddet(7).

Behandlingen med diacetylmorphin er en sundhedsfaglig specialopgave, der stiller særlige krav til behandling og patientsikkerhed, hvorfor patientgrundlaget af en vis størrelse skal sikre dette.

Data fra Sundhedsdatastyrelsen viser antallet af indskrivninger og udskrivninger i klinkkerne for hvert år.

En samlet opgørelse over det fulde antal af indskrevne patienter i tilbuddet til behandlingen på en given dato findes alene hos klinikkerne, og indgår som en del af den samlede opgavebesvarelse i det spørgeskema, som Sundhedsstyrelsen udformede i forlængelse af mødet med fagprofessionelle i de 5 herointilbud.

[7] Se bilag 1



Figur 6.1.1 Data leveret af de 5 heroinklinikker. Note: Det samlede antal personer i behandling 2011-2020 angivet for en vilkårlig dato for hvert år.

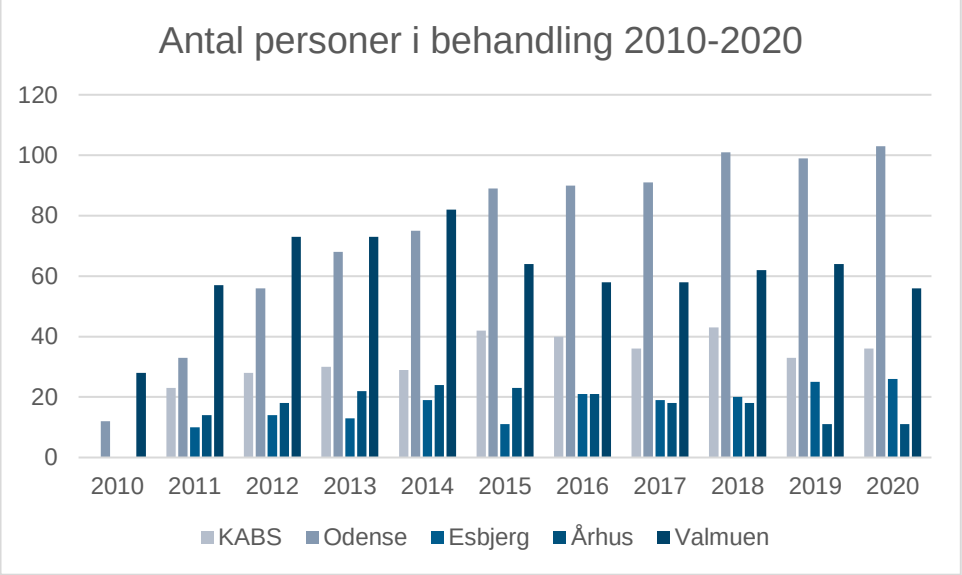
Som det fremgår af figur 6.1.1, er der ingen af ordningens år indskrevet det antal patienter i behandlingen, man ved ordningens begyndelse antog ville udgøre et fremtidigt patientgrundlag til behandlingen med lægeordineret heroin.

Med udgangen af 2011 forventedes ved ordningens begyndelse, at ca. 280 patienter ville være indskrevet i behandling med diacetylmorphin et patientantal der tilmed vurderedes at stige over årene så der i løbet af ordningens første 2 til 3 år, ville findes et samlet patient grundlag på imellem 300 og 400 patienter.

Indrapporteringen fra de 5 klinikker på en vilkårlig dato viser, at der i 2011 var færrest patienter indskrevet i behandlingen (137) og i 2018 flest patienter indskrevet og i aktivt forløb i behandlingen (244).

Figuren på næste side (figur 6.2.1) afbilleder udviklingen i det totale antal indskrevne patienter i ordningen med lægeordineret heroin, siden ordningens begyndelse i april måned 2010.

Som det fremgår af figuren har først Valmuen og siden klinikken i Odense det højeste antal af indskrevne patienter til tilbuddet, hvorimod klinikker i Århus og Esbjerg viser sig med langt lavere patientantal



Figur 6.1.2 Data leveret af de 5 heroinklinikker. Note: Antal personer i behandling 2010-2020 angivet for en given dato for hvert af de 10 år.

I de sidste 4 år af ordningens forløb, har klinikken i Århus haft færre patienter indskrevet, end vurderet i overensstemmelse med sundhedsfaglig ekspertise og patientsikkerhed jf. vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed, Sundhedsstyrelsen 2013 [7].

Årsagerne til, at indskrivningsantallet er faldende i visse dele af landet kan være mange.

Fra et møde med de behandlingsansvarlige overlæger i september 2020 fremgår det, at klinikken i Århus ikke aktuelt er godkendt til at ordinere og dermed anvende tablet Diaphin i behandlingen.

Med viden om den lokale stofscene i Århus, hvor der i langt højere grad indtages heroin ved inhalation end ved injektion, kan det ligeledes forventes, at færre patienter lader sig indskrive i et tilbud hvor den eneste administrationsform er injektion af diacetylmorphin.

Således kan lokale variationer i forhold til stofscene og behandlingstilbud synes at være afgørende for, om der er mindre eller større søgning til behandlingsformen.

Klinikken melder til mødet i september måned, at der aktuelt er indskrevet 20 patienter til behandlingen.

6.1.1. **Definitionen "hard to treat"**

De nærmere inklusionskriterier er beskrevet i "Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed" der sammen med autorisationsloven, lov

om euforiserende stoffer, Sundhedsloven og Serviceloven, danner rammen for hvorledes behandlingen med diacetylmorphin skal forløbe i Danmark.

Indikation for behandling med diacetylmorphin er et fortsat misbrug af ordinerede eller illegale opioider, hvor der efter en konkret vurdering ikke er fundet tilstrækkelig effekt af peroral substitutionsbehandling med buprenorphin/metadon eller injicerbar metadon.

Disse kriterier ligger ligeledes til grund for den tidligere anvendte definition af "hard to treat" patienterne, som også fremgår af "vejledning til læger der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin" [(12)].

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.

Derudover skal følgende inklusionskriterier være opfyldt, såfremt en patient skal kunne tilbydes behandling med diacetylmorphin:

- Alder over 18 år.
- Regelmæssigt intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider trods buprenorphin eller methadonbehandling inden for de forudgående 12 måneder.
- Ingen aktiv eller ubehandlet sværere psykiatrisk lidelse, der gør at patienten ikke kan medvirke til injektionsbehandligen.
- Ingen sværere somatisk lidelse, som kontraindicerer behandling med injicerbar diacetylmorphin.
- Intet betydende alkoholmisbrug; dvs. at patienten skal være i stand til fremmøde to gange dagligt uden sværere alkoholpåvirkning eller alkohol-abstinenssymptomer.
- Intet betydende misbrug af benzodiazepiner. 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.

Indikation for behandling med diacetylmorphin som led i substitutionsbehandling for opioidafhængighed skal som minimum vurderes hvert halve år.

Diacetylmorphin findes som lægemiddel i to administrationsformer, henholdsvis den injicerbare form (intravenøs administration) og den perorale form (tabletter).

Behandling med injicerbar diacetylmorphin er forbeholdt personer med injektionsforbrug af opioider.

Behandling med peroral diacetylmorphin kan overvejes, hvis patienten ikke har egnet

venøs adgang, har et ønske om at ophøre med injektionsformen, har et vedvarende forbrug af diacetylmorphin indtaget ved rygning/ snifning eller, hvis det i øvrigt ud fra en konkret lægelig vurdering skønnes indiceret.

Til mødet hos Sundhedsstyrelsen november 2019 om indholdet til den nye evaluering af ordningen med lægeordineret heroin, blev det klart, at Sundhedsstyrelsen såvel som klinikledere og behandlingsansvarlige læger fandt det interessant at belyse hvilke patienter behandlingen bliver tilbudt.

Siden opstarten af ordningen med lægeordineret heroin, er gruppen af patienter der inkluderes til tilbuddet og behandlingsformen populært blevet defineret og omtalt som "hard to treat" opioidafhængige patienter. En definition der velsagtens rummer, at den behandling patienterne derfor tilbydes i diacetylmorphin-klinikkerne skal være specialiseret og højintensiveret i forhold til at kunne rumme netop denne patientgruppe og de livsomstændigheder der gør sig gældende for de der indgår i patientgrundlaget for behandlingsformen.

Figuren nedenfor afbilleder udskrivelses/afslutningsårsagerne for ordningens tidligere år (2010-2012). Med afsæt i netop den tidligere evaluering af ordningen med lægeordineret heroin, og med viden om, at en stor del af de indskrevne patienter i ordningens første år udgik fra behandlingstilbud med årsagen 'kunne ikke rummes i behandlingen grundet voldelig adfærd' (14 pct.) af de der blev udskrevet fra tilbuddene 'ophørte grundet for stort sidemisbrug' (8,6 pct.) syntes det nærliggende at undersøge hvilke patienter tilbuddene landet over definerer som værende i målgruppe for behandlingen. Hvem kan rummes i behandlingen og hvorledes defineres disse patienter.



Figur 6.1.1.1 Data fra Evaluering af behandlingen med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012, 2013. Note: Årsager til udskrivninger 2010-2012. For yderligere information om udskrivningsårsager i 2010-2012 henvises til "Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til stofmisbrugere, 2013"

De 5 klinikker blev i spørgeskemaet, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, bedt om nærmere at beskrive grundlaget for, at patienterne bliver inkluderet til behandlingstilbuddet.

Ud fra klinikkernes egne erfaringer med patientgruppen og en mangeårig erfaring med patientinklusion til behandlingsformen, blev klinikkerne bedt om at gennemgå 5 patientsager fordelt over ordningens 10 år. Klinikkerne blev instrueret i alene at tilbagerapportere kriterierne for de 5 indskrivninger til tilbuddet med diacetylmorphin med det formål at forsøge at identificerer andre årsager til inklusionen, end alene de der er beskrevet i vejledningen til behandlingen.

Af besvarelserne fremgår det, at 4 af de 5 klinikker (Århus, KABS, Odense, Valmuen) inkluderer til behandlingen med begrundelse i blandt andet et fortsat stort sideforbrug af injiceret illegalt erhvervet heroin. De samme 4 klinikker beskriver gentagne indskrivninger i konventionel substitutionsbehandling som årsag til tilbud om behandling med lægeordineret heroin.

4 andre klinikker (Århus, KABS, Valmuen og Esbjerg) beskriver injektionstrang som en del af årsagen til inklusion til tilbuddet.

Begge ovenstående kriterier for inklusion, indgår i de af sundhedsmyndighederne definerede inklusionskriterier, og er beskrevet nøje i vejledningen til behandlingsformen.

Andre inklusionskriterier angivet i besvarelserne ligger anderledes udenfor de rammesatte inklusionskriterier, heriblandt risiko for overdosis (KABS) og søgen efter rus (KABS, Valmuen), der er angivet som årsag til inklusion, i opremsning med flere af de i rammesættende inklusionskriterier fra vejledningen.

En enkelt klinik angiver desuden, at tilbuddet kan give den struktur og de rammer, der fagprofessionelt i andet sundhedsfagligt regi er vurderet væsentligt for patientens samlede helbred (Odense).

Der findes ved aktuelle forespørgelsesmetode ikke oplagte og generelle geografiske variationer i forhold til, hvorledes at inkludere til tilbuddet ud fra den rammesættende vejledning.

Dog viser undersøgelsen, at der i København (Valmuen) og KABS beskrives at der tages hensyn til patientens ønske om fortsat ruspåvirkning, ligesom der i Odense for et behandlingsforløb besvares, at der er taget hensyn til at patienten vil kunne nyde gavn af rammer og struktur, der er unikt for netop tilbuddet med lægeordineret heroin.

En enkelt klinik angiver i fritekst, at klinikken ønsker at der benyttes en anderledes betegnelse for den patientgruppe der tilbydes behandling med diacetylmorphin. Dels begrundes ønsket med at der til betegnelsen hører en unødig stigmatisering. Dels begrundes ønsket med, at patientgruppen defineret”hard to treat” snarere menes at befinde sig i den konventionelle substitutionsbehandlingen, og dermed betegner patienter, der ikke

ville kunne tilbydes behandling med lægeordineret heroin, idet det fortsatte sideforbrug af alkohol eller illegale stoffer ekskluderer patienterne fra tilbuddet med lægeordineret heroin.

6.2. Behandlingen med diacetylmorphin

Diacetylmorphin adskiller sig farmakodynamisk fra metadon. Behandlingen med peroralt indtaget metadon søger at lindre stoftrang og gøre patienten abstinensfri. Patienten der lider af opioidafhængighed og behandles med metadon vil ikke være påvirket af metadonen.

I behandlingen med injicerbar diacetylmorphin, vil patienten ved hver injektion opleve en akut stofpåvirkning (7), et "sus". Erfaringen fra klinikkerne er, at der ikke på samme måde opleves ruspåvirkning for patienterne, der er i behandling med tabletformen og tabletten Diaphin[8] (se afsnit 7).

Når en behandling påbegyndes med diacetylmorphin, omstilles patienten fra metadon eller depotmorfin til en kombineret behandling med diacetylmorphin og peroral metadon/diacetylmorphin, som det beskrives kort i afnit 5.6 .

Det er vigtigt, at patienten er i en stabil behandling med metadon eller depotmorfin for, at en effektfuld omlægning fra det ene lægemiddel til det andet kan ske. Derfor er det nødvendigt, at patienten har opnået et steady state og har været stabiliseret på metadon eller depotmorfin i mindst 7 dage før en omlægning til diacetylmorphin finder sted.

Patientens døgndosis i dette steady state lægger grundlaget for beregningen af den kommende dosis diacetylmorphin og metadon eller depotmorfin (7) (se afsnit 7 for yderligere farmakodynamik).

Det er således den dosis metadon eller depotmorfin som patienten er velbehandlet med forud for omlægningen til diacetylmorphin, der benyttes til beregningen af det behov patienten da måtte have for diacetylmorphin.

Lægeordineret heroin til injektion kan udelukkende indtages ved selvadministration og under supervision af sundhedspersonalet ansat på klinikkerne. De nuværende åbningstider i landets 5 heroinklinikker gør det muligt at indtage diacetylmorphin 2 gange i døgnet.

Grundet diacetylmorphins halveringstid, er det derfor nødvendigt, at patienten sikres døgndækning med andet opioid i det tidsrum klinikkerne har lukket. Derfor bibeholdes som udganspunkt 30 pct. af den totale opioiddosis som metadon eller (langt mere sjældent) depotmorphin, mens de resterende 70 pct. omstilles til diacetylmorphin. På den måde sikres det at patienten er abstinensfri hele døgnet.

[8] Møde med de læger i Danrmark, der er godkendt til at ordninere diacetylmorphin.

Superviseret medicinering er en krævende behandlingsform som stiller store krav til de patienter der indgår i tilbuddet, både i forhold til motivationen i forhold til fremmøde men også i forhold til samarbejde omkring behandlingsformen og supervisionen.

Derfor har hver patient fået udregnet 3 forskellige behandlingsregimer således at det fra dag til dag kan besluttes hvorledes medicinen til den næstkommende dag skal udleveres. Ordningen sikrer, at de der ønsker at fremmøde to gange til udlevering og indtag af diacetylmorphin kan gøre dette. Samtidig er ordningen fleksibel således, at patienterne fra dag til dag kan få omlagt den samlede døgndosis og udeblive fra en eller begge udleveringer, hvis patienten har behov for det.

6.2.1. Behandlingsregimer i behandlingen med diacetylmorphin

A regimet er det regime hvor patienten fremmøder til udlevering af diacetylmorphin to gange på en dag og 30 pct. oprindelig metadondosis eller depotmorfindosis indtages ved sidste udlevering eller udleveres til selvadministration.

B regimet er det regime hvor patienten får udleveret diacetylmorphin en enkelt gang, og metadon eller deportmorfin som øvrige del af behandlingen.

D regimet er behandling hvor den opioide døgndosis udgøres af metadon eller depotmorfin alene[9].

Ved iværksættelse af behandlingen med diacetylmorphin bør startdosis ikke overstige 300 mg injicerbar diacetylmorphin som enkeltdosis. Dette for at undgå overdosering. Ved behov for supplering gøres dette som refrakte doser i henhold til vejledningen herfor (7) og under observation af den kliniske effekt.

Efter initieret behandling er vedligeholdelsesdosis individuel. Dog vil de fleste patienter findes velbehandlede i intervallet 200-600 mg intravenøst diacetylmorphin fordelt på 2 doser.

Ligesom ved al anden medicinering med opioder vil der ske en gradvis udvikling af tolerans overfor lægemidlet og dermed udvikles et behov for øgede doser. Ved enkeltdoser over 450 mg intravenøst diacetylmorphin er der dog en risiko for respirationssvækkelse og kramper, hvorfor den højst anbefalede dosis er 450 mg indtravenøs diacetylmorphin.

[9] Der har tidligere eksisteret et C regime, der er udgået. Eksisterende regimer og vejledning til behandlingen fremgår af Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed, VEJ nr. 9507 17.september 2013

6.2.2. **Patientfremmøde til behandlingen, behandlingstilknytning**

Det er hensigten med behandlingen med diacetylmorphin, at patienterne der tilbydes behandlingen i langt de fleste tilfælde benytter sig af udleveringer af diacetylmorphin 2 gange dagligt alle ugens dage.

Typisk vil patienterne fremmøde morgen og eftermiddag til udlevering og indtag af medicinen. Til natten vil patienterne få udleveret peroral metadon, eller have indtaget den resterende døgndosis opioid (metadon/ depotmorphin) ved den sidste af dagens udleveringer.

Patienterne der møder 2 gange pr. dag, registreres med fremmøde og udlevering af medicin 2 gange pr. dag, 7 dage om ugen og registreres dermed i alt 14 udleveringer på en uge. Er patienterne omvendt overgået til et anderledes regime (B eller D), vil det forventes at patienten da vil fremmøde en enkelt gang pr. dag, der vil svare til 7 gange pr. uge.

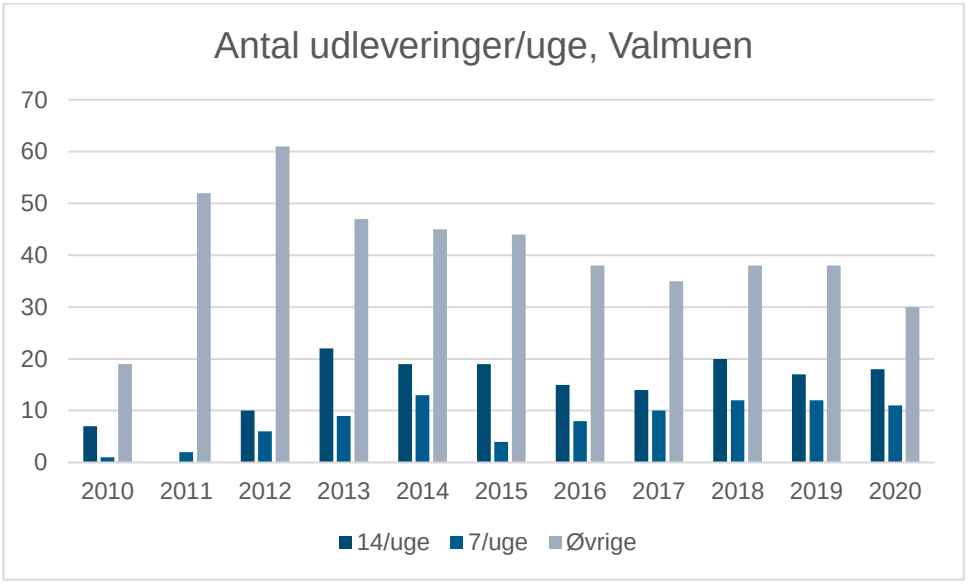
Da regimerne kan skiftes fra dag til dag, vil alle øvrige udleveringer den pågældende uge registreres i denne opgørelse som ”øvrige” (figurer 6.2.2.1 og frem). Med i denne kategori vil også være de patienter, der fremmøder langt færre gange den pågældende uge, eller slet ikke fremmøder.

For at afdække, om patienterne benytter tilbuddet som forventet ved ordningens begyndelse, er klinikkerne blevet bedt om at indberette hvor mange gange der er udleveret medicin til de indskrevne patienter på en given uge for hvert af de 10 år ordningen har eksisteret som substitutionsbehandlingstilbud i Danmark.

Figurerne i dette afsnit afbilleder, det daglige fremmøde for en vilkårlig uge for hver af de 5 klinikker i Danmark.

Antallet af udleveringer er opgjort i forhold til de regimer der anvendes i behandlingen.

Der må tages forbehold for, at regimerne kan skifte fra dag til dag, hvorfor denne opgørelse alene kan tjene det formål, at give et mindre indblik i hvorledes de faktuelle fremmøder og udleveringer af medicin forekommer i de 5 klinikker.

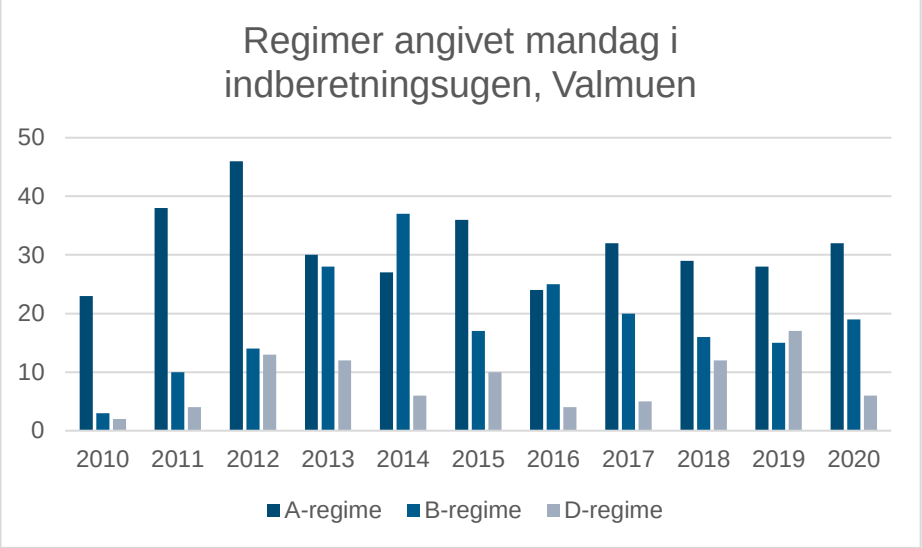


Figur 6.2.2.1 Data leveret fra landets 5 heroinklinikker. Note: Antal udleveringer i vilkårlig uge, af ordningens 10 første år.

Under behandlingen af data fra klinikkerne fandt Sundhedsstyrelsen, at der hos Valmuen på den vilkårlig udvalgt uge, udleveredes diacetylmorphin langt oftere i kategorien "øvrige" end i de kategorier der svarer til henholdsvis A og B regimerne, hvor medicinen udleveres 2 gange dagligt (14 udleveringer på en uge) eller en gang dagligt (7 udleveringer på en uge).

Sundhedsstyrelsen har derfor efterfølgende for enkelte klinikker (Valmuen i København og klinikken i Århus) opgjort, hvor mange af de indskrevne patienter, der i begyndelsen af disse uger var i henholdsvis A , B og D regime.

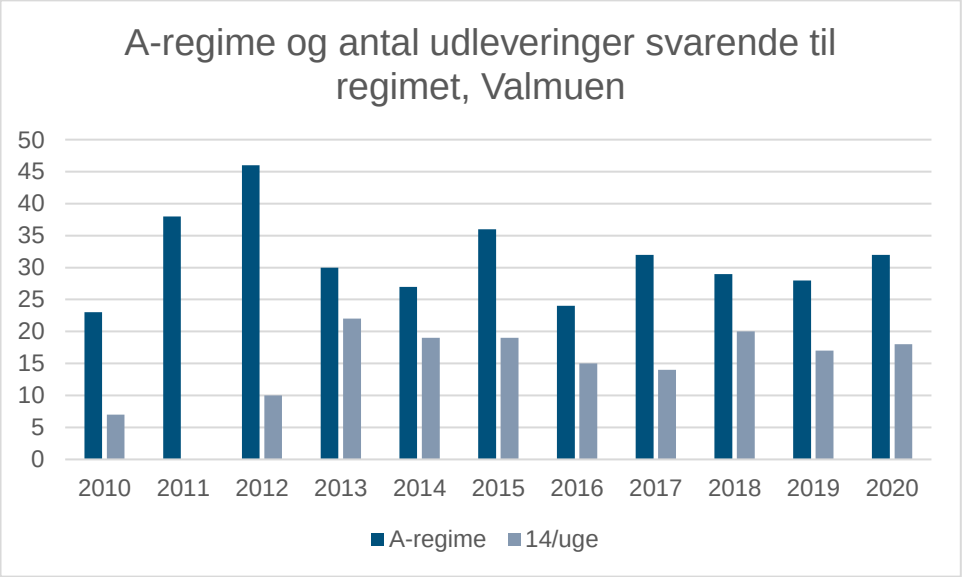
Formålet med denne uddybende opgørelse er at vurdere, hvor mange patienter der formår at møde op til det ønskede regime. Dels for at få et indblik i hvorledes ordningen med lægeordineret heroin fungerer i forhold til udlevering af medicin, dels for at afdække hvor mange patienter der ønsker et givent regime i begyndelsen af en uge men fremmøder anderledes.



Figur 6.2.2.2 Data leveret fra Valmuen, København. Note: Forventede udleveringer og forventede behandlingsregimer i en vilkårlig uge, af ordningens 10 første år.

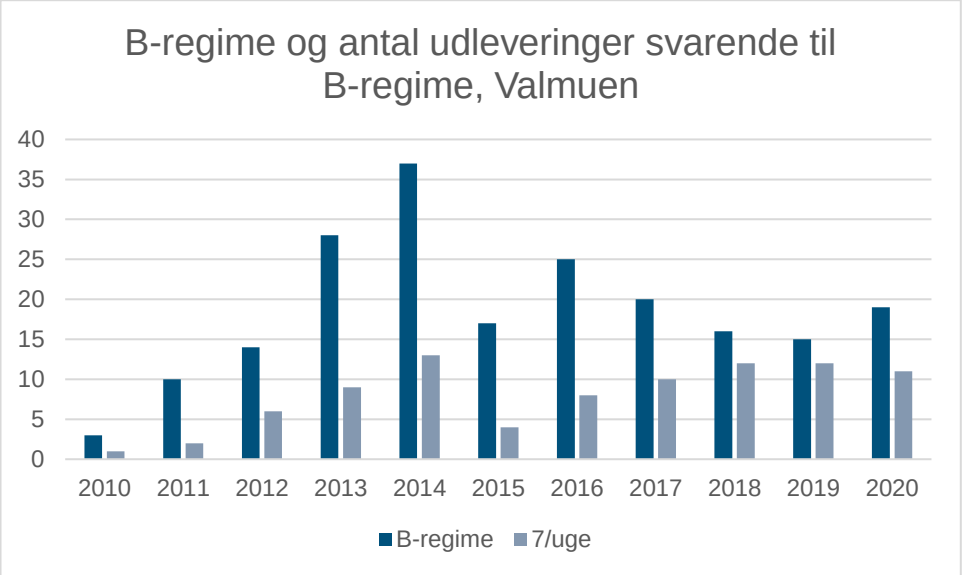
Som det fremgår af figur 6.2.2.2, ønsker langt de fleste patienter, der er indskrevet på Valmuen fortsat at få udleveret diacetylmorphinen 2 gange dagligt, såfremt det antages at denne vilkårlige indberetningsdag kan benyttes som udtryk for patienternes generelle behov.

Ses alene på antallet af udleveringer svarende til A-regimet (14 udleveringer pr. uge), findes en betydelig afvigelse i forhold til det faktuelle antal udleveringer i forhold til registrerede regime (figur 6.2.2.3).



Figur 6.2.2.3 Data leveret fra Valmuen, København. Note: Behandlingsregime A og udleveringer svarende til regimet i en vilkårlig uge i 10 år.

Antallet af udleveringer til B-regimet (7 udleveringer pr. uge) ses med samme afvigelse i forhold til den ordination af B-regime der er gjort, og det faktuelle antal udleveringer der er foretaget den pågældende uge (figur 6.2.2.4).

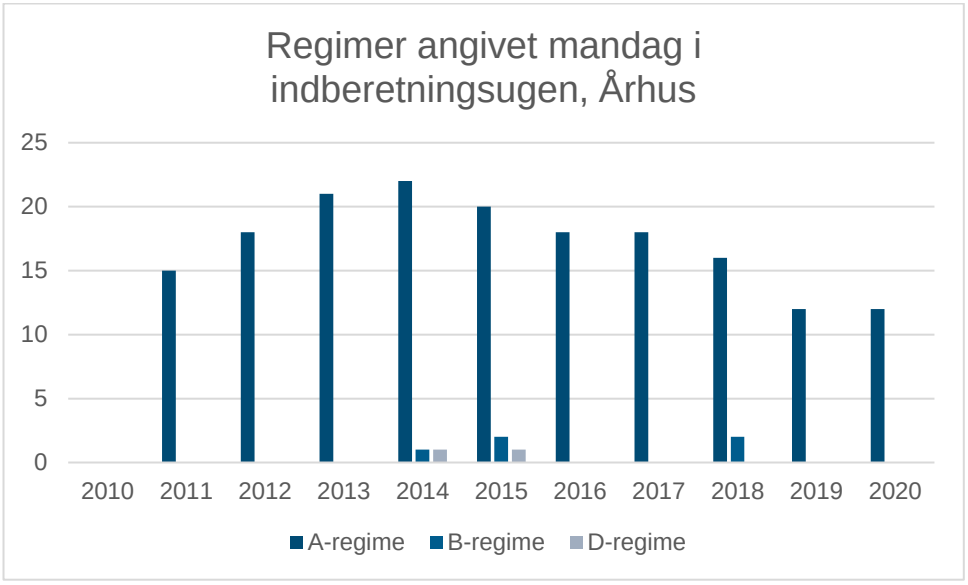


Figur 6.2.2.4 Data leveret fra Valmuen, København. Note: Behandlingsregime B og udleveringer i en vilkårlig uge i 10 år.

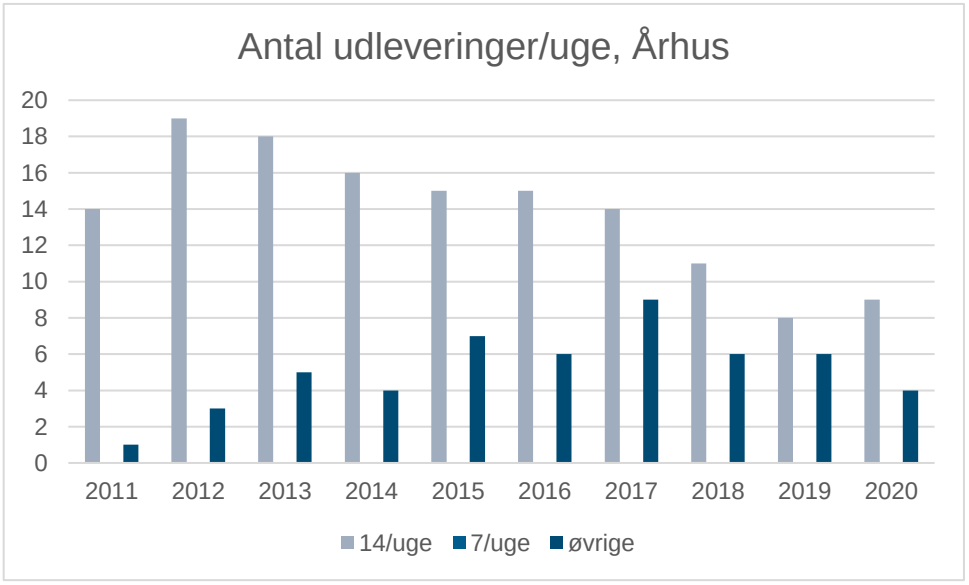
Mange patienter er ordineret et B-regime, men de første 7 år af ordningens forløb er det under halvdelen af de patienter der er ordineret regimet, der møder frem til at få det udleveret. Årene 2018, 2019 og 2020 ses et større fremmøde til regimet.

I Århus findes samme ønske hos patienterne om, at indgå i behandling efter A-regime, med 2 daglige udleveringer diacetylmorphin (figur 6.2.2.5). Kun i enkelte tilfælde ses ønske om B eller D regime på dagen og ugen for indberetningen.

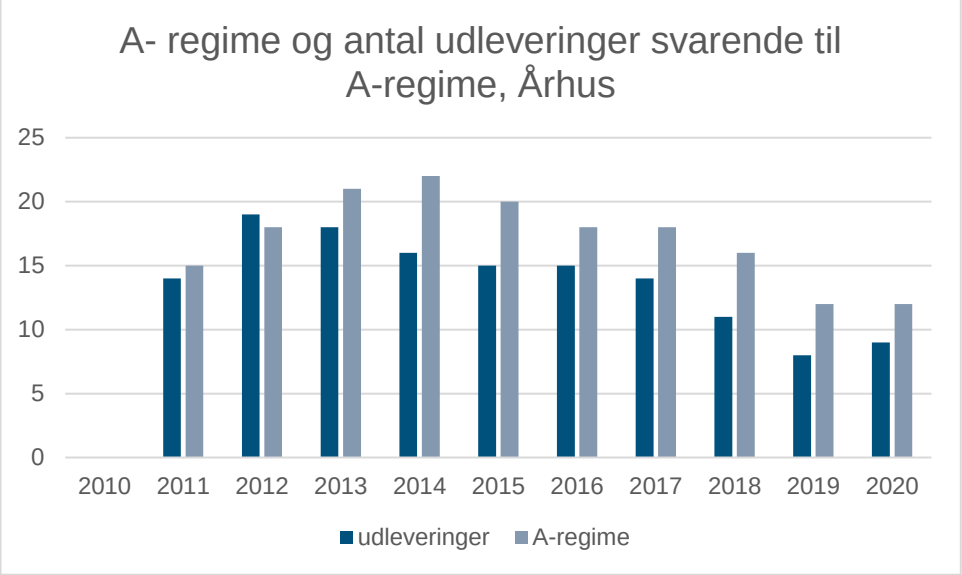
I Århus ses i højere grad end på Valmuen, at de der mandag i ugen registreres med A-regime har et fremmøde der afspejler A-regime (figur 6.2.2.6 og 6.2.2.7).



Figur 6.2.2.5 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Forventede udleveringer og forventede behandlingsregimer i en vilkårlig uge, af ordningens 10 første år.

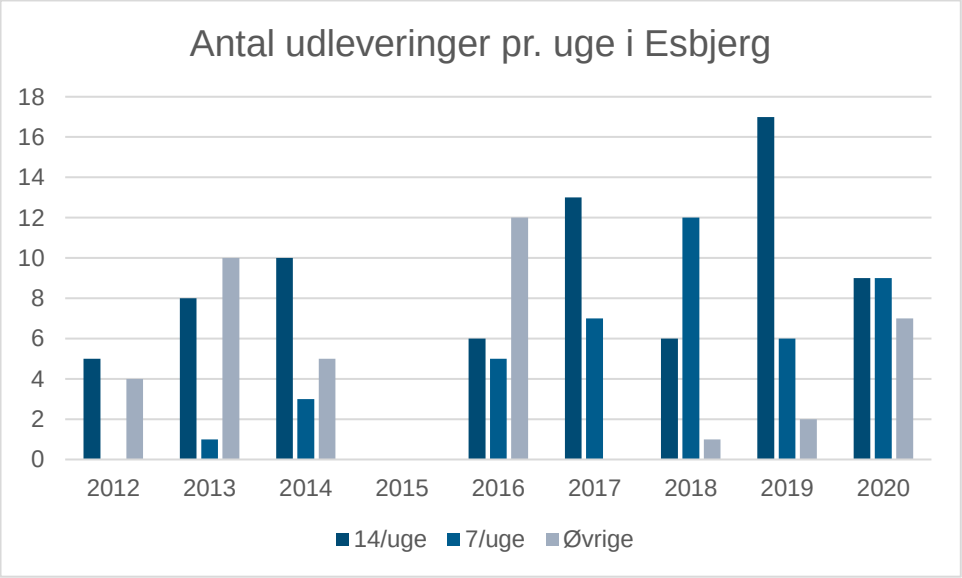


Figur 6.2.2.6 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Udleveringer i ugen for registrering ordningens 10 første år.



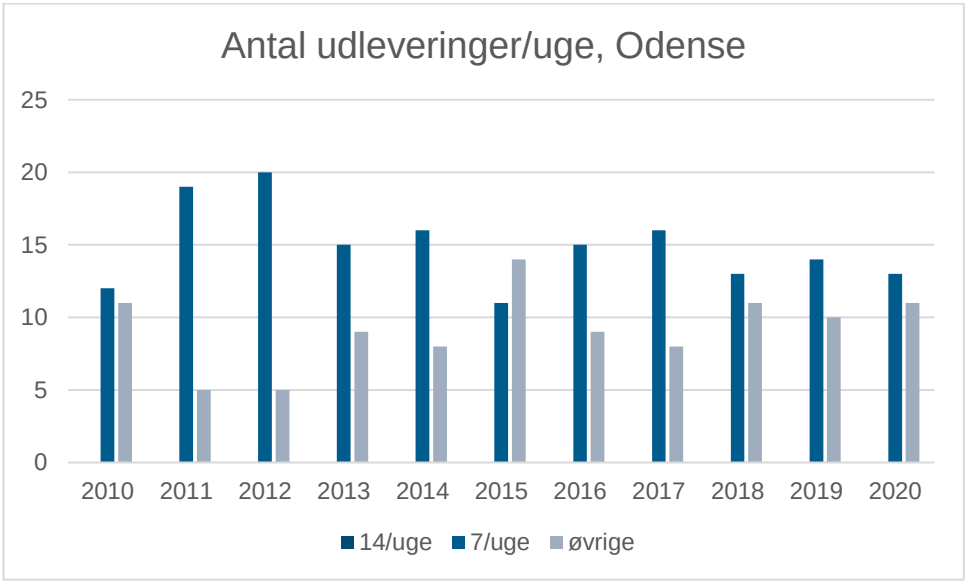
Figur 6.2.2.7 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Behandlingsregime A og udleveringer svarende til regimet i en vilkårlig uge i 10 år.

I Esbjerg, i ugen for opgørelsen, sker langt de fleste udleveringer svarende til A regime med 2 daglige fremmøder til udlevering af diacetylmorphin, fraset i opgørelsesugerne i 2013 og 2016. I ugen for opgørelse over antal udleveringer i 2020, registreres lige mange udleveringer (9) i henhold til A og B regime, hvorimod 7 registreres under ”øvrige”.



Figur 6.2.2.8 Data leveret fra heroinklinikken i Esbjerg. Note: Udleveringer i ugen for registrering ordningens 10 første år.

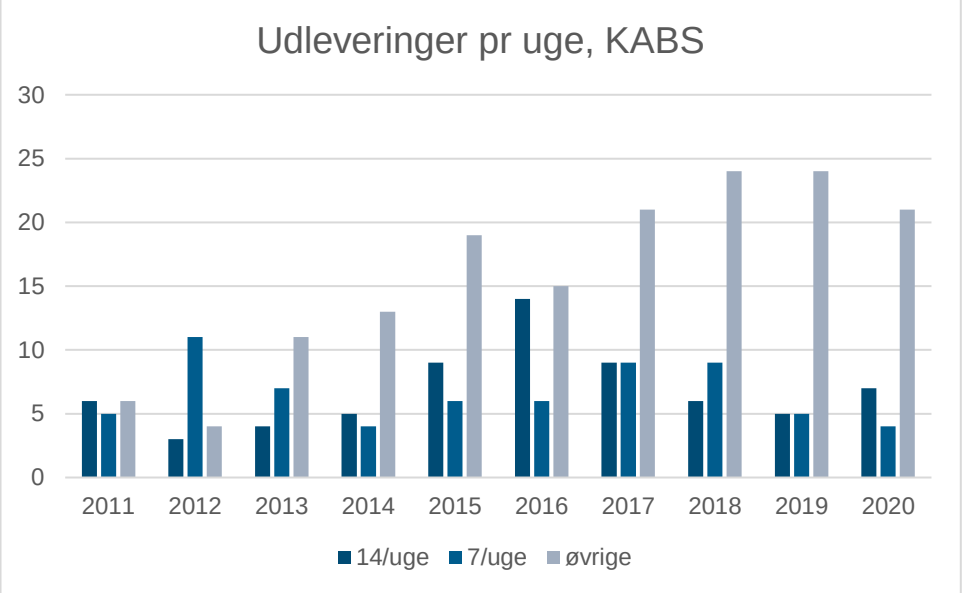
I Odense sker de fleste udleveringer tilsvarende i henhold til A regime. Der registreres ikke udleveringer i henhold til B regime, men derimod sker flere udleveringer i kategorien ”øvrige”.



Figur 6.2.2.9 Data leveret fra heroinklinikken i Odense. Note: Udleveringer i ugen for registrering ordningens 10 første år.

Som den eneste heroinklinik registrerer KABS i Hvidovre i ugen for opgørelsen for hvert af de 10 af ordningens år, at udlevere medicin i henhold til A-regime mindre hyppigt end i kategorien ”øvrige”.

I ugen for registreringen i årene 2011, 2014, 2015, 2016 og 2020 registreres flere udleveringer svarende til A-regime end til B-regime, men fortsat sker langt de fleste udleveringer i antal der ikke er forenelige med regimerne A eller B.



Figur 6.2.2.10 Data leveret fra heroinklinikken i KABS Hvidovre. Note: Udleveringer i ugen for registrering ordningens 10 første år.

Langt de fleste patienter synes altså at ville indgå i behandlingen, som den ved ordningens begyndelse var tilsigtet, og møder derfor op 2 gange om dagen for at få udleveret diacetylmorphin.

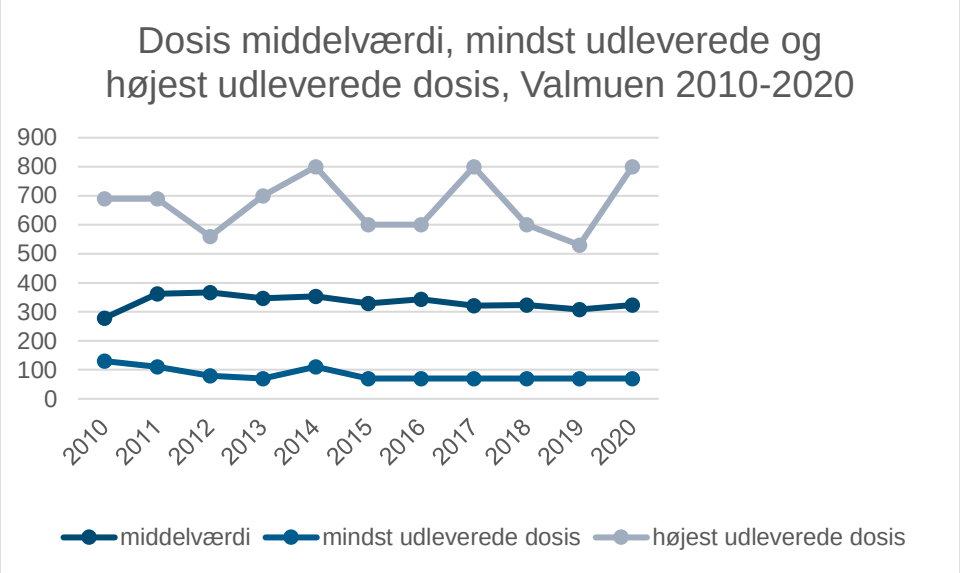
Dog viser denne del af undersøgelsen også, at nogle klinkker er med større fremmøde til udlevering af medicin 2 gange dagligt end andre er.

6.2.3. **Dosis anvendt i behandlingen i Danmark**

Der er ikke gjort opgørelser over de anvendte doser der ordineres til behandlingen med diacetylmorphin i Danmark. Der findes således ingen registeropgørelser, hvor dosisstørrelser registreres.

For at få et indblik i, hvilke doser der ordineres i den danske ordning med lægeordineret heroin, samt hvor stort et forbrug af diacetylmorphin der er i de 5 klinikker i Danmark, har Sundhedsstyrelsen bedt klinikkerne bidrage med indberetning af dosis udleveret igennem de 10 år ordningen har eksisteret.

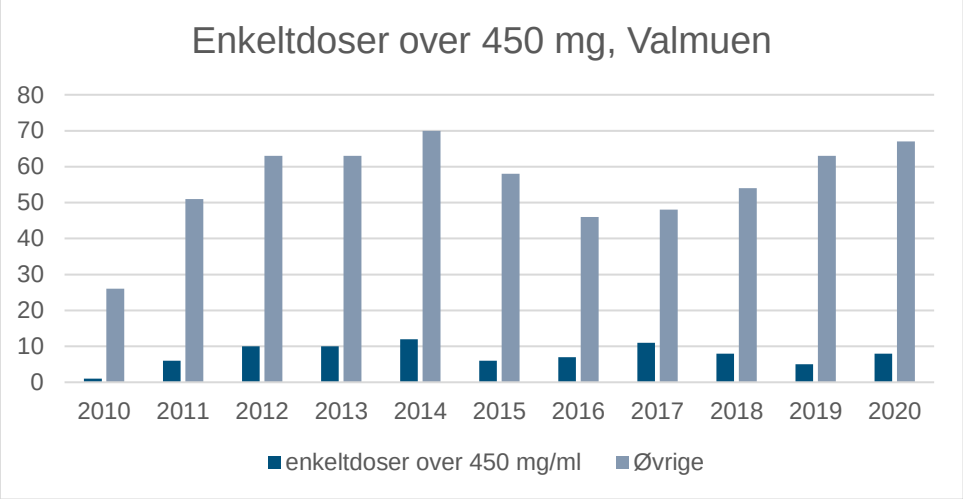
Klinikkerne er blevet bedt om at indrapportere dosisudleveringerne på en (af Sundhedsstyrelsen) tilfældigt udvalgt dato for hvert af de 10 år.



Figur 6.2.3.1 Data leveret fra heroinklinikken Valmuen. Note: Dosis udleveret på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

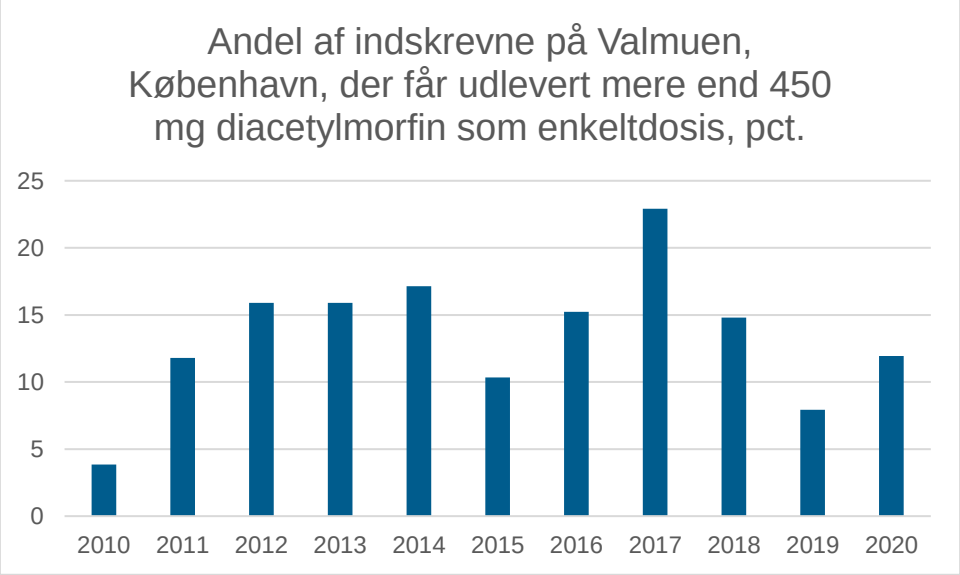
Som det fremgår af figur 6.2.3.1, har der på klinikken Valmuen i Københavns Nordvest-kvarter siden opstarten af behandlingsformen været en stor spredning i forhold til størrelsen af de doser der er angivet som de højest ordinerede doser og de doser der er angivet som de mindst ordinerede doser. Størst ordinerede dosis på de samlede 10 år, på datoerne for indberetningen, er 800 mg og mindst ordinerede dosis er 70 mg.

Den andel af patienter der får ordineret doser der ligger over 450 mg diacetylmorphin, og dermed får udleveret så høj en engangsdosis, at der kan være risiko for respirationspåvirkning og kramper findes ved opgørelsen, at være en mindre procentandel de fleste år (figur 6.2.3.2).



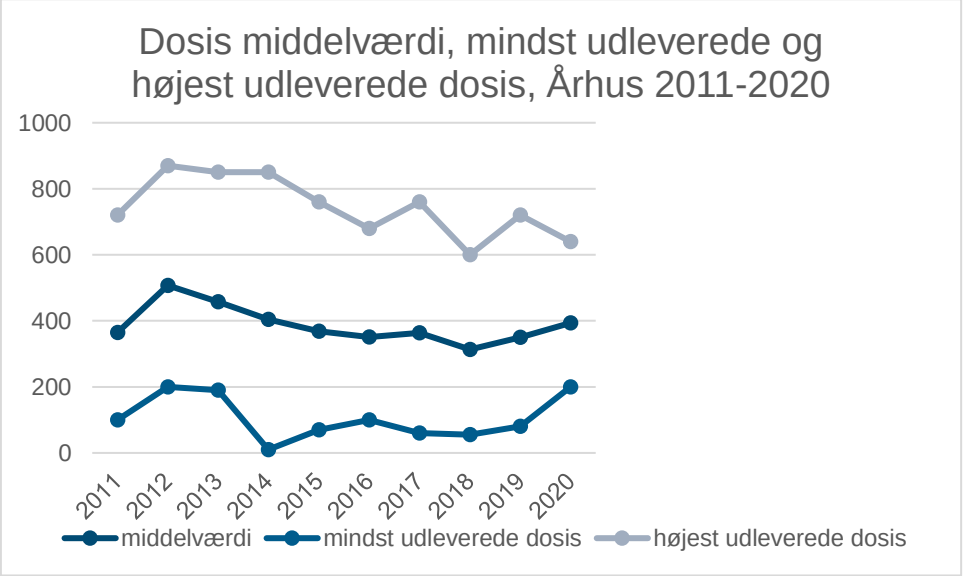
Figur 6.2.3.2 Data leveret fra heroinklinikken Valmuen. Note: Enkeltdoser over de maximalt anbefalede 450 mg pr. dosis, på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

Således er det alene i 2017 en andel på 23 pct. der får ordineret og udleveret en dosis, der er højere end 450 mg diacetylmorphin. Hvorimod der i de øvrige år er tale om imellem 8 og 17 pct. af patienterne. 2010 der er året for ordningens begyndelse, får alene 3,9 pct.af patienterne ordineret en dosis der ligger over de 450 mg.



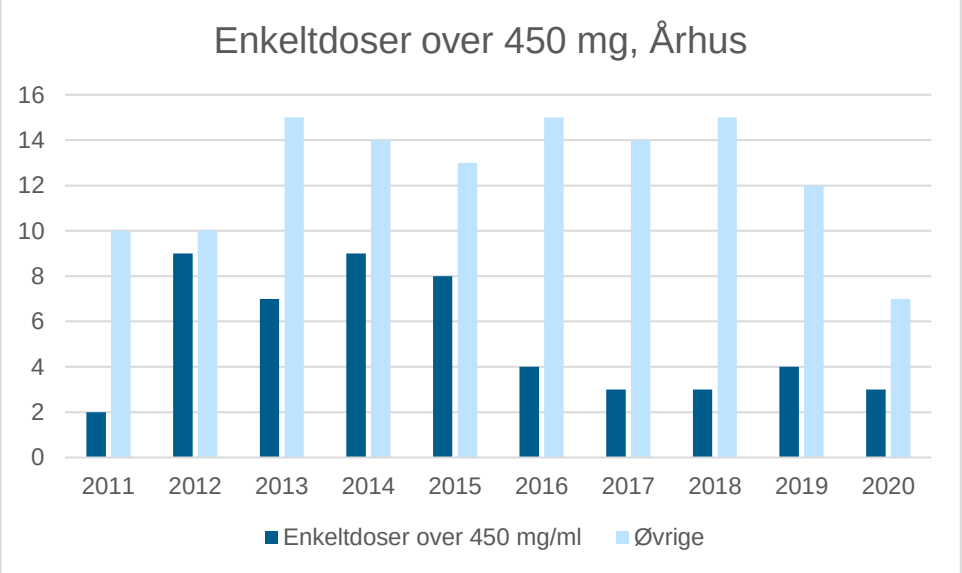
Figur 6.2.3.3 Data leveret fra heroinklinikken Valmuen. Note: Procentandel patienter, der får udleveret dosis højere ned 450 mg.

I Århus ses tilsvarende spredning i forhold til de størst ordinerede doser og de mindst ordinerede doser. På de 10 udvalgte datoer for ordningens 10 år findes den størst ordinerede og udleverede dosis at være 870 mg og den mindst udleverede dosis at være 10 mg.



Figur 6.2.3.4 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Dosis udleveret på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

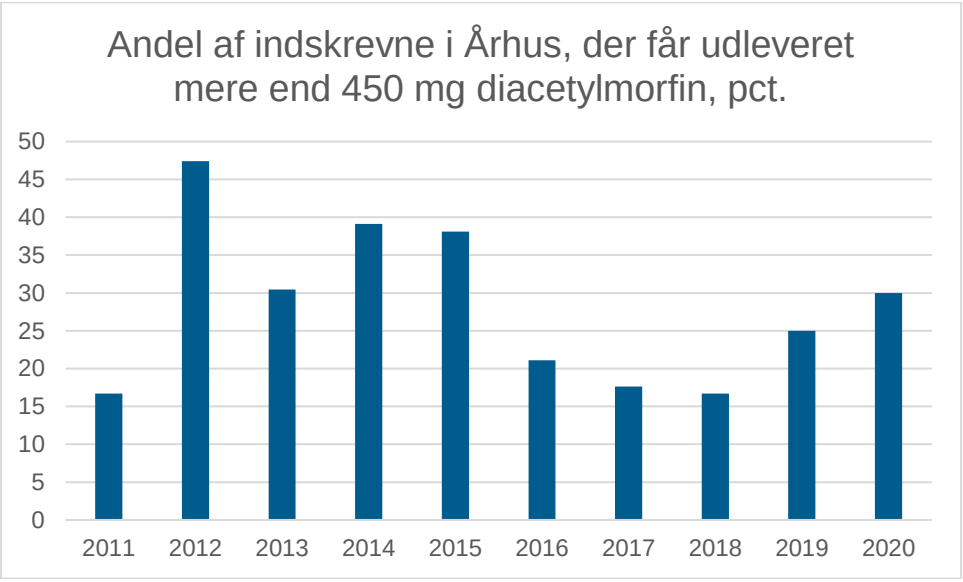
Ses omvendt på, hvor stor en andel af patienterne der er indskrevet i Århus, og som får ordineret en dosis, der overstiger de 450 mg, der er defineret til at være en dosis der kan medføre en risiko for vejrtrækningsproblemer og kramper, findes det, at en langt større procentandel af de indskrevne får ordineret disse højere doser diacetylmorphin end det er tilfældet i København (Valmuen). (Figur 6.2.3.1 og figur 6.2.3.4)



Figur 6.2.3.5 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Enkeltdoser over de maximalt anbefalede 450 mg pr. dosis, på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

Således angiver klinikken at der ordineres større doser end 450 mg diacetylmorphin for 16,7–47,4 pct.af de indskrevne patienter, når opgjort for en bestemt dato for hvert af de år klinikken har eksisteret.

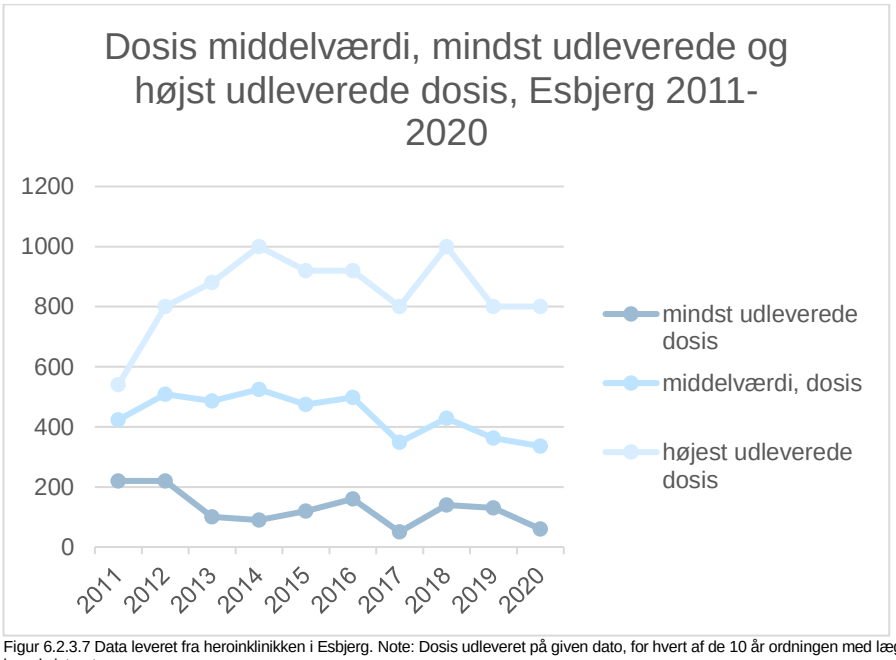
I gennemsnit får 28,2 pct. patienterne indskrevet i tilbuddet i Århusklinikken, på den dato der indrapporteres for, en dosis udleveret, der er større dosis end de 450 mg, der anbefales som den maximale dosis diacetylmorphin.



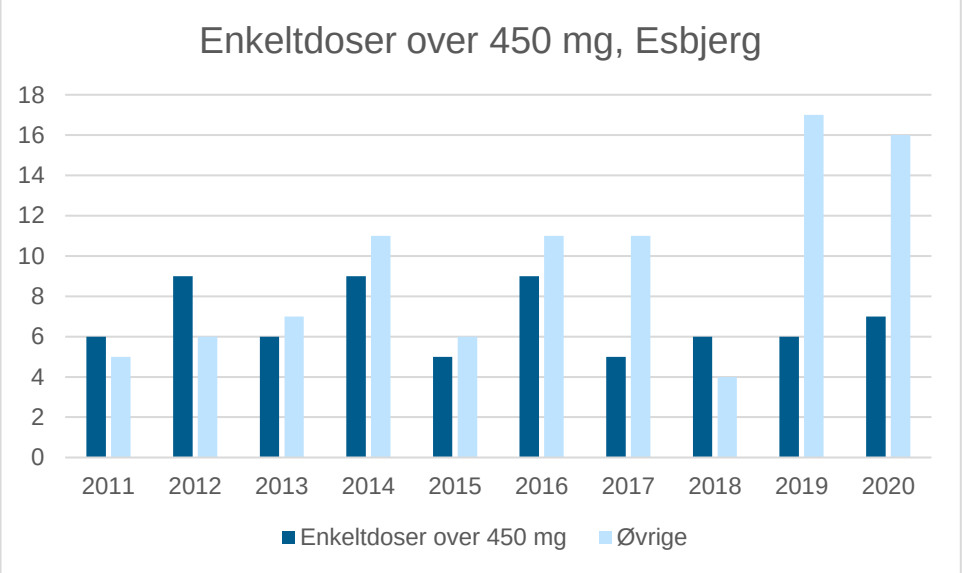
Figur 6.2.3.6 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Procentandel patienter, der får udleveret dosis højere ned 450 mg.

Det samme gør sig gældende i Esbjerg, dog mere udtalt. Her findes, at der initialt er en mindre spredning hvad angår den mindst udleverede dosis og den højest udleverede dosis på de datoer der indrapporteres til Sundhedsstyrelsen fra klinikken. Spredningen stiger over årene, som funktion af, at mindst udleverede dosis ses faldende, og den højest udleverede dosis stiger.

På de udvalgte datoer de 10 år af ordningens forløb findes den størst ordinerede og udleverede dosis at være 1000 mg som udleveret enkelt dosis og den mindst udleverede dosis at være 50 mg som udleveret enkeltdosis.



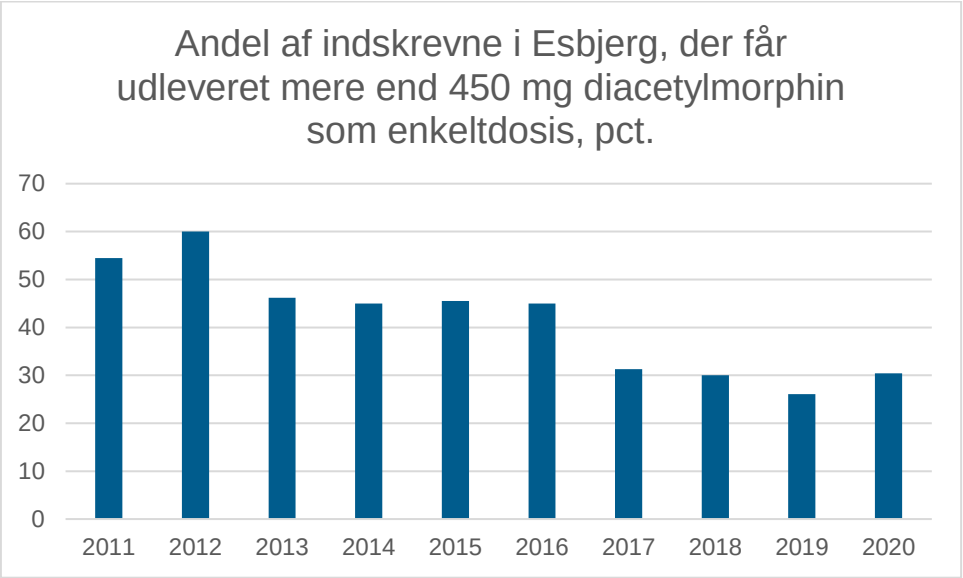
Figur 6.2.3.7 Data leveret fra heroinklinikken i Esbjerg. Note: Dosis udleveret på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.



Figur 6.2.3.8 Data leveret fra heroinklinikken i Århus. Note: Enkeltdoser over de maximalt anbefalede 450 mg pr. dosis, på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

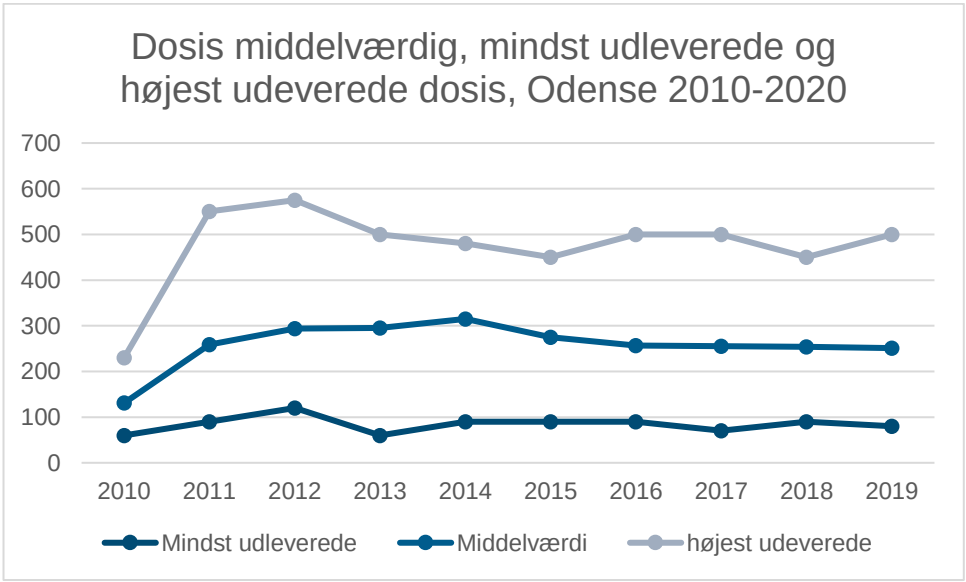
Hvad angår andelen af de patienter, der får ordineret og udleveret en enkeltdosis der er større end 450 mg findes det, at et flertal af de patienter der er indskrevet i behandlingen de første år af ordningens forløb får udleveret en dosis der er større end 450 mg i 2010 og 2011.

Selvom dette ændrer sig med årene, ses der fortsat at være en betydelig større andel af de patienter der er indskrevet til behandlingsformen i Esbjerg, som får udleveret en dosis større end 450 mg i forhold til de øvrige klinikker i landet. Gennemsnitligt får 41,4 pct. af de der er indskrevet i behandlingen på de dage der er rapporteret dosisudleveringer for, en dosis diacetylmorphin udleveret, der er større end de 450 mg.



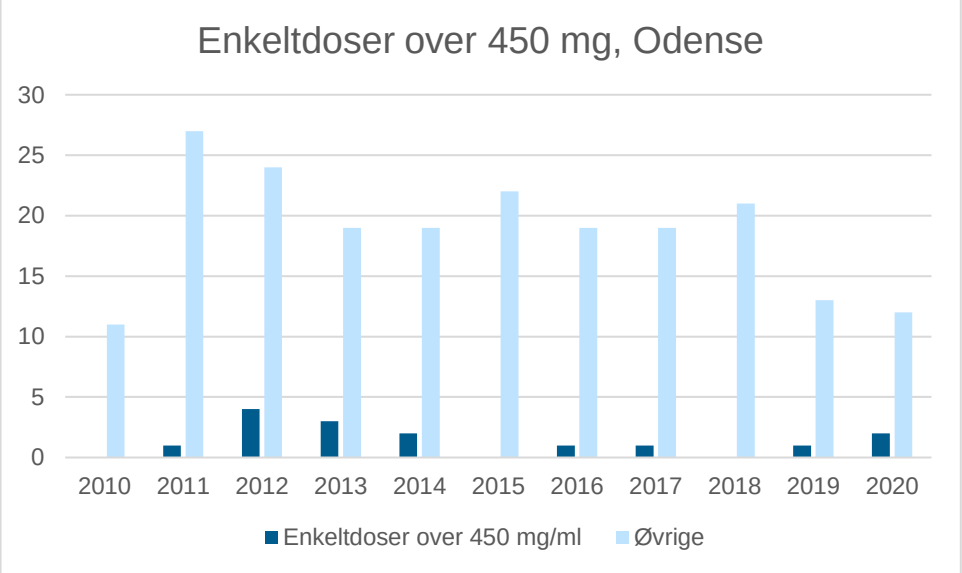
Figur 6.2.3.9 Data leveret fra heroinklinikken i Esbjerg. Note: Procentandel patienter, der får udleveret dosis højere ned 450 mg

I Odense findes spredningen i dosisordinationer at være mindre end i København, Århus og Esbjerg. Den mindst udleverede dosis på de udvalgte datoer igennem de 10 år er 60 mg diacetylmorphin, mens den højest udleverede dosis er 575 mg diacetylmorphin.



Figur 6.2.3.10 Data leveret fra heroinklinikken i Odense. Note: Dosis udleveret på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

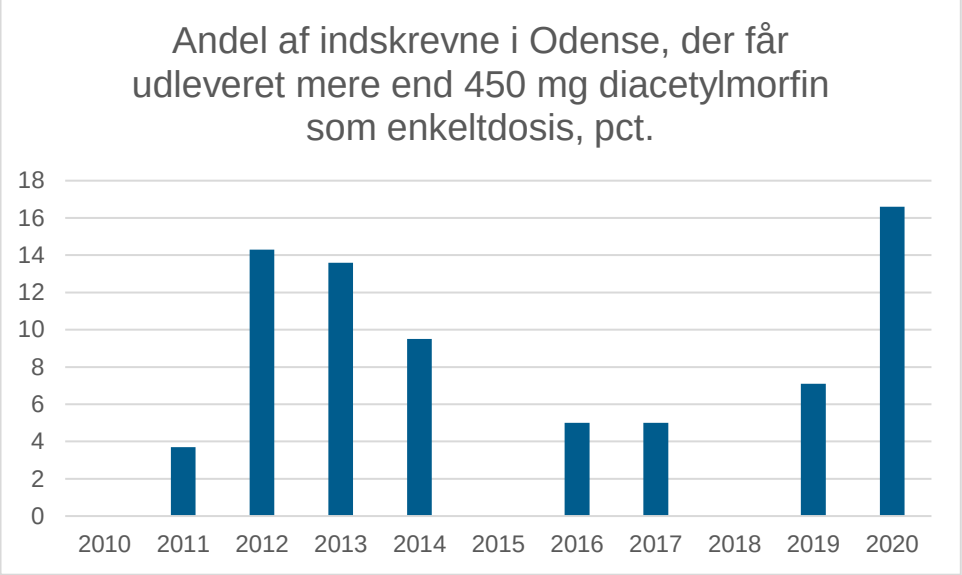
Samtidig er der i Odense også færre tilfælde, hvor der ordineres enkeltdoser der overstiger de 450 mg/ml.



Figur 6.2.3.11 Data leveret fra heroinklinikken i Odense. Note: Enkeltdoser over de maximalt anbefalede 450 mg pr. dosis, på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

Andelen af de patienter der får udleveret en enkeltdosis, som overstiger de 450 mg er således langt lavere i Odense end i Århus, Esbjerg og København (figur 6.2.3.11).

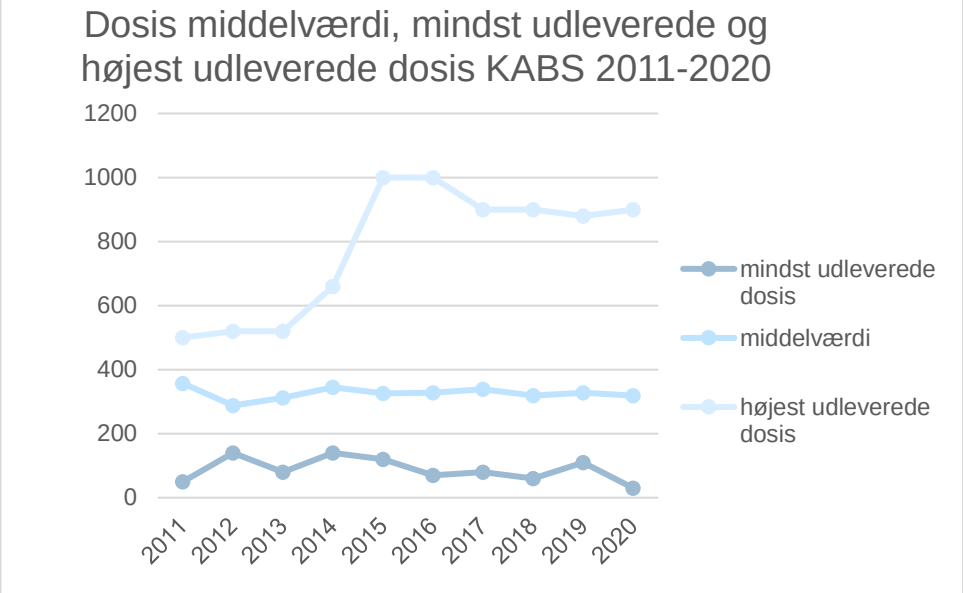
Ifølge indberetningerne, får alene imellem 0 pct. og 16,6 pct. af de patienter der er indskrevet i behandling i Odense udleveret en dosis der er højere end 450 mg/ml. I gennemsnit på de 10 år ordningen har eksisteret, findes således 6,8 procent af de indskrevne patienter, at få ordineret og udleveret en dosis der er større end 450 mg, på den udvalgte dato der indberettes dosisstørrelser for til Sundhedsstyrelsen.



Figur 6.2.3.12 Data leveret fra heroinklinikken i Odense. Note: Procentandel patienter, der får udleveret dosis højere ned 450 mg.

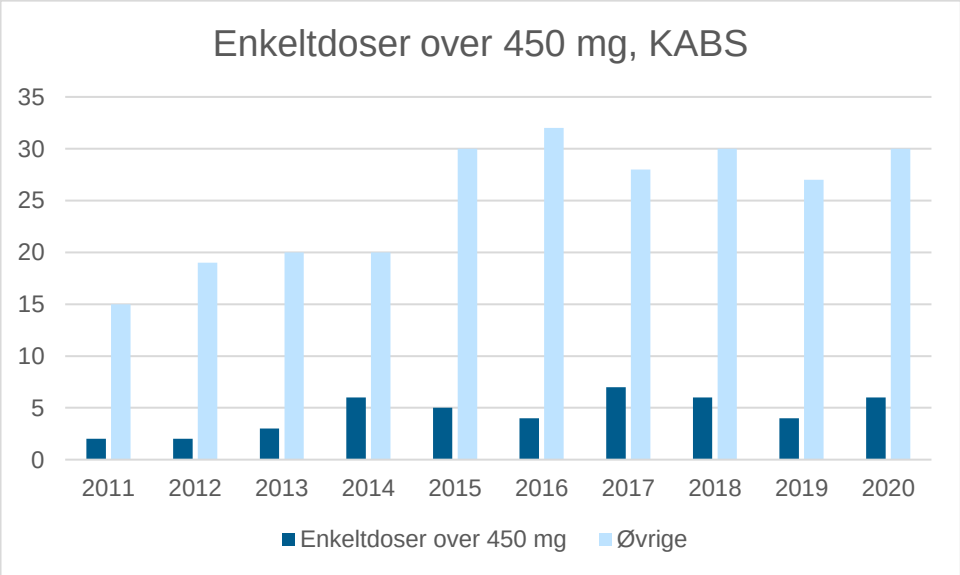
På klinikken i Hvidovre (KABS) findes, som det også var tilfældet i Esbjerg, en mindre spredning i forholdet imellem den højst indrapporterede udleverede dosis diacetylmorphin og den mindst udleverede dosis diacetylmorphin. Her sker stigningen i spredning som funktion af en øget max-dosis.

På de 10 år der er afrapporteret i forhold til, findes den mindst udleverede dosis at være 30 mg (2020) og den højest udleverede dosis at være 1000 mg som udleveret enkeltdosis i både 2015 og 2016.

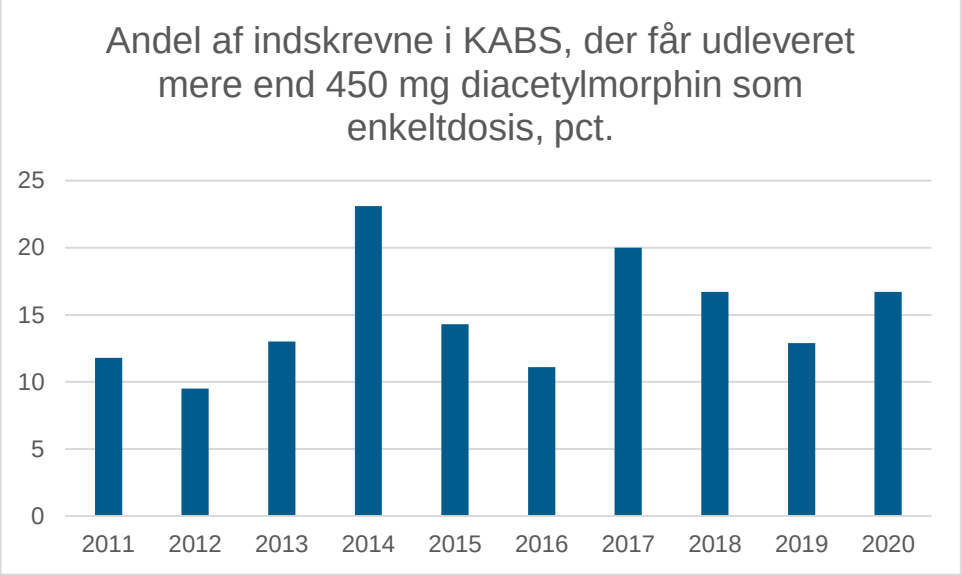


Figur 6.2.3.13 Data leveret fra heroinklinikken KABS, Hvidovre. Note: Dosis udleveret på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.

Antallet af patienter der får ordineret og udleveret en enkeltdosis der overstiger 450 mg er dog helt anderledes lav hos klinikken i Hvidovre (KABS), som det er tilfældet i Odense. Den gennemsnitlige procentandel for de afrapporterede datoer de 10 år af ordningens eksistens findes at være 14,91 hos klinikken i KABS.



Figur 6.2.3.14 Data leveret fra heroinklinikken KABS, Hvidovre. Note: Enkeltdoser over de maximalt anbefalede 450 mg pr. dosis, på given dato, for hvert af de 10 år ordningen med lægeordineret heroin har eksisteret.



Figur 6.2.3.15 Data leveret fra heroinklinikken KABS, Hvidovre. Note: Procentandel patienter, der får udleveret dosis højere ned 450 mg.

Klinikkerne har indrapporteret dosisstørrelserne til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med denne opgørelse. Der har i denne proces været enkelte tvivlstilfælde i forhold til, hvorvidt en indrapporteret diacetylmorphindosis er angivet som injektionsdosis eller tabletdosis. Tabletdosis diacetylmorphin er højere end den omregnede dosis vil være for injicerbar diacetylmorphin.

Dette er løbende forsøgt korrigeret for, men det kan ikke udelukkes at enkelte doser fortsat kan være indrapporteret som injicerbardiacetylmorphin, men i virkeligheden er tabletdosis eller omvendt.

Opgørelsen over størst udleverede dosis og mindst udleverede dosis hos KABS (figur 6.2.13) viser en markant stigning i dosisstørrelserne fra 2013, hvor diaphin tabletten blev mulig at anvende i behandlingen for de patienter der ikke kan eller ønsker at injicere diacetylmorphin. Denne stigning i dosisstørrelser kan være et udtryk for, at der er sket en overgang til benyttelsen af Diaphin tabletten, men at dosis er registreret eller indrapporteret som injicerbar diacetylmorphin, eller et udtryk for at de indskrevne patienter siden 2013 i højere grad har haft behov for større doser injicerbar diacetylmorphin.

Det fremgår af afsnit 7, at langt de fleste patienter der er indskrevet i behandlingen, er indskrevet til behandling med injicerbar diacetylmorphin og ikke tablet diacetylmorphin (afsnit 7.2 figur 7.2.1). Af samme årsag vil der til trods for eventuelle enkelte fejlregistreringer i forbindelse med dosisopgørelserne fortsat kunne udledes, at der i flere klinikker ordineres og udleveres injicerbar diacetylmorphin i doser der er større end 450 mg, som er den dosis der anbefales som den højst ordinerede enkeltdosis af sikkerhedsmæssige grunde.

Dosisindberetninger til et centralt register samt en ordning som samråd eller sparrring (audits) i de tilfælde, hvor lægerne må afvige fra retningslinjerne i forhold til dosisstørrelser, vil med fordel kunne undersøges som en mulighed, såfremt det i fremtiden skal vurderes om vejledningen, i forhold dosis og dosisstørrelser, bør ændres.

6.2.4. **Sundhedsfagligt personale ansat i de 5 klinikker**

Behandlingen med diacetylmorphin er en sundhedsfaglig specialopgave, der stiller særlige krav til behandling og patientsikkerhed. Injektionsbehandling med diacetylmorphin er mere kompleks og risikofyldt end konventionel, peroral substitutionsbehandling, hvorfor der stilles specifikke krav til faglige kompetencer og personalenormering.

I vejledningen til behandlingen med lægeordineret heroin beskrives relevante speciallægelige uddannelser i forbindelse med varetagelse af funktionen som ordinerende læge til behandlingen med og ordinationen af diacetylmorphin. Almen medicin, samfundsmedicin, psykiatri og intern medicin er i vejledningen angivet som relevante specialer i forhold til at Styrelsen for Patientsikkerhed kan godkende en læge til at gøre ordinationer af diacetylmorphin.

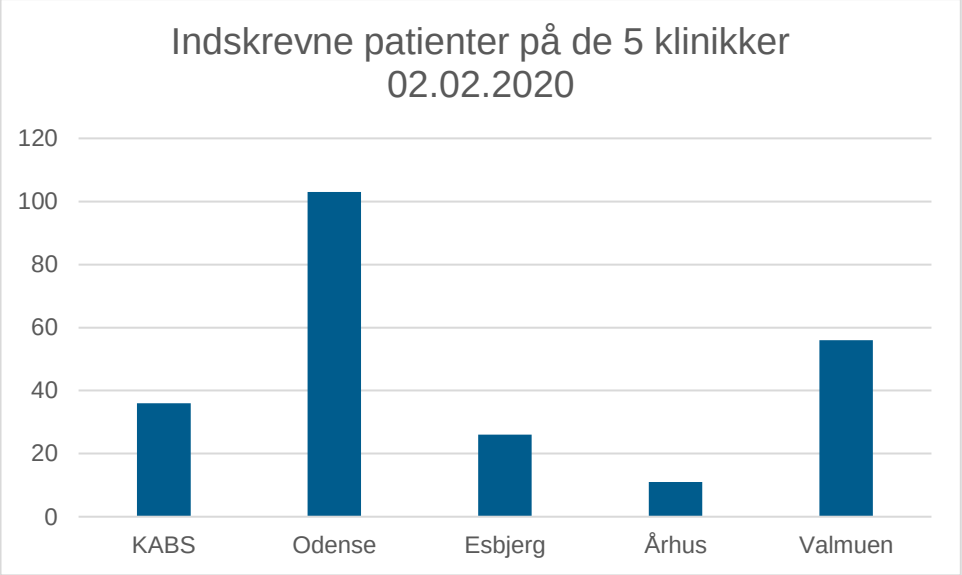
Dertil kræver en godkendelse til ordinationen, at lægen har en indgående erfaring med rusmiddelbehandling, at kan dokumentere solid klinisk erfaring fra rusmiddelbehandlingen [(7)].

Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings og omsorgstilbud til stofbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofbrugers sociale problemer. Behandlingen med lægeordineret heroin vil derfor skulle ledsages af en indsats, der ydes efter serviceloven, det vil sige såvel den sociale behandling efter servicelovens § 101 som øvrig social støtte eksempelvis til løsning af de forsørgelses- og boligmæssige problemer, som stofbrugeren har.

Det er kommunalbestyrelsens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne sociale indsats (7). Derfor vil der i behandlingstilbuddene foruden den sundhedsfaglige del af behandlingen være knyttet socialfaglige og pædagogiske tilbud til behandlingen, der i samarbejde med den sundhedsfaglige del af tilbuddet udgør den samlede og helhedsorienterede indsats i forhold til både Servicelov og Sundhedslov.

Der er forskel på, hvor mange patienter, der er indskrevet til behandlingsformen i de 5 af landets heroinklinikker. Dette forventes afspejlet i en tilsvarende forskel i personalesammensætning samt i antallet af ansatte i klinikkerne.

Som det fremgår af afsnit 6.1 ”Patienter til behandlingen med diacetylmorphin”, var Valmuen i København ved ordningens begyndelse i 2010 den klinik der havde flest indskrevne patienter. Siden har klinikken i Odense haft et betydeligt optag i antallet af patienter, og registrerer på dagen for indberetningen i år 2020 at have 103 indskrevne til behandlingen.

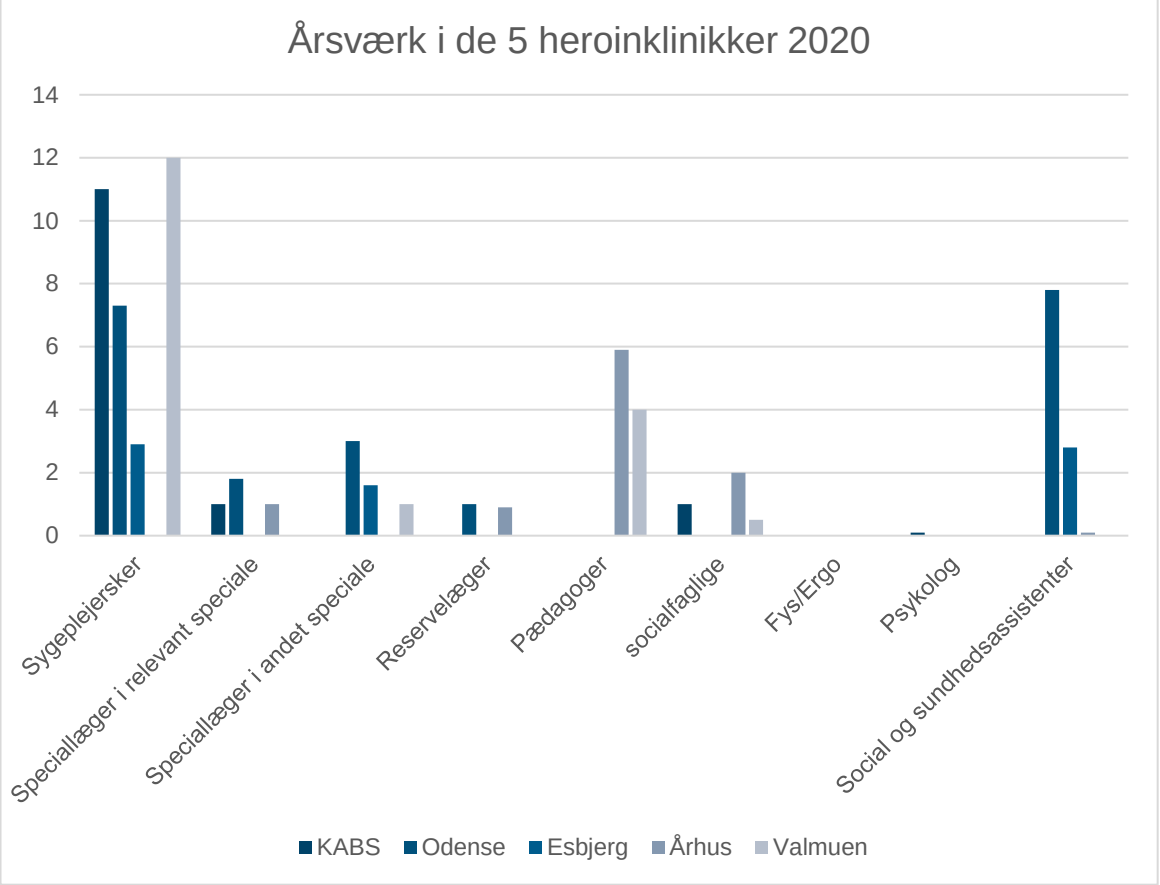


Figur 6.2.4.1 Data leveret fra de 5 heroinklinikker i landet. Note: Antallet af indskrevne patienter til behandlingen med diacetylmorphin på datoen for indberetning i året 2020.

Opgørelsen viser derudover, at KABS i Hvidovre har 36 patienter indskrevet i behandlingen, Esbjerg har 21 patienter indskrevet i behandlingen, Århus har 11 patienter og Valmuen i Københavns Nordvest kvarter har 56 patienter indskrevet i behandlingen.

Odense heroinklinik har flest indskrevne patienter til behandlingen i år 2020. Det vil derfor forventes, at personalenormeringen afspejler størrelsen på patientgruppen, både hvad angår den sundhedsfaglige del af indsatsen og hvad angår den socialfaglige del af indsatsen.

I Odense er der ansat 2 speciallæger i almen medicin. Den ene læge er ansat 37 timer om ugen, den anden på 30-32 timer om ugen. Derudover er ansat 3 læger der er uddannet i andet speciale end de der i vejledningen til behandlingsformen med diacetylmorphin er angivet som relevante specialer, og en enkelt reservelæge alle 4 læger er ansat i 37 timer pr uge i klinikken. Derudover indberetter Odense heroinklinik, at der er ansat yderligere en reservelæge i mindre end 15 timer per uge.



Figur 6.2.4.2 Data leveret fra de 5 heroinklinikker. Note: Årsværk og sammensætning op klinkkerne. I figuren er årsværk sammenlagt efter de angivne timeantal for hver funktion. Der er således ikke tale om eksakte tal. Se bilag 1 side opgave 5 i spørgeskemaet tilsendt klinikkerne.

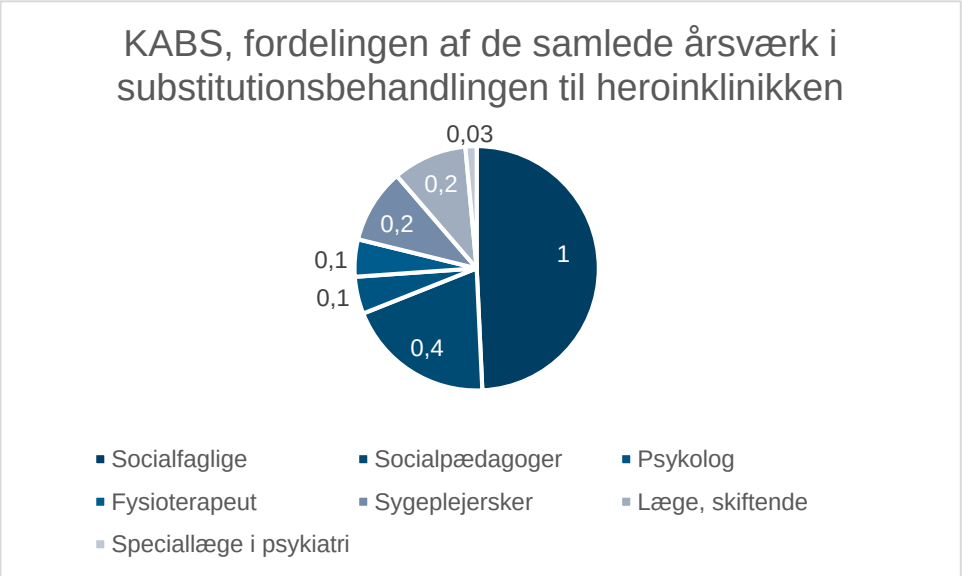
I alt har klinikken i Odense ansat 11 sygeplejersker. De 7 i 37 timer om ugen, 2 sygeplejersker 30-32 timer om ugen og 2 sygeplejersker 25-29 timer om ugen. 7 Social- og sundhedsassistenter er ansat 37 timer om ugen, og 2 er ansat imellem 30 og 32 timer om ugen. Dertil angiver klinikken, at have 5 timelønnede sygeplejerstuderende og social- og sundhedsassistentelever tilknyttet i få timer om ugen.

Der er ikke angivet at være socialfaglige tilknyttet heroinklinikken, men derimod at der er 3 pædagoger ansat 37 timer pr uge.

Valmuen har med sine 56 indskrevne patienter den næststørste patientgrundlag. Her viser opgørelsen tilsendt fra klinikken, at der er en læge ansat. Lægen er uddannet i et speciale der ifølge vejledningen til behandlingsformen er at betragte som relevant i forhold til at kunne ordinere diacetylmorphin. Foruden den ansatte læge, der er i klinikken 37 timer hver uge, er ansat 13 sygeplejersker, de 10 på fuld tid (37 timer hver uge) de 3 er ansat imellem 30 og 32 timer pr uge. På klinikken er derudover ansat 1 socialfaglig og 4 pædagoger.

På klinikken hos KABS i Hvidovre er personalet i heroinklinikken en integreret del af den øvrige rusmiddel- og substitutionsbehandling i rusmiddelcentret. Den almene konventionelle substitutionsbehandling er med fysisk beliggenhed i på samme matrikel som heroinklinikken.

Årsværkene ansat i heroinklinikken KABS er derfor anderledes opgjort end for de resterende klinikker og udgør 14 pct. af det samlede personale på hele substitutionsbehandlingsområdet. Opgjort alene som samlede antal årsværk ansat i heroinklinikken udgøres dette af 11 sygeplejersker og 1 speciallæge i almen medicin. 7 Socialrådgivere, 3 socialpædagoger, 2 psykologer ansat imellem 20 og 30 timer pr uge, 3 sygeplejersker ansat henholdsvis 27, 6 og 6 timer pr uge samt 2 læger ansat 33 og 31 timer og en speciallæge i psykiatri ansat 8 timer hver uge udgør de øvrige ansættelser i substitutionsbehandlingen hos KABS i Hvidovre.

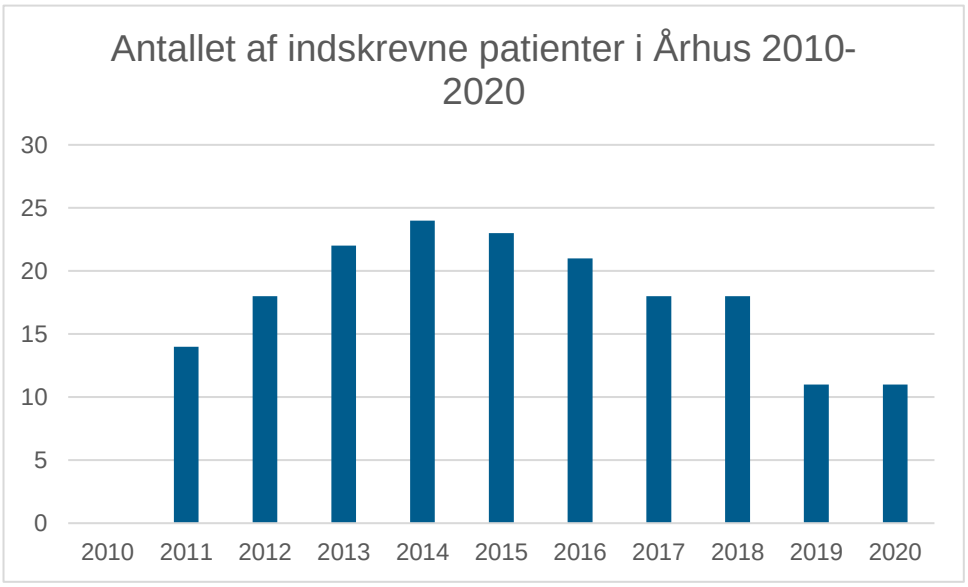


Figur 6.2.4.3 Data leveret fra KABS i Hvidovre. Note: Fordelingen af årsværk i den samlede substitutionsbehandling KABS Hvidovre til heroinklinikkens daglige drift.

I Esbjerg er ansat 1 læge, der er uddannet i et andet speciale end de der er anført som relevante i forhold til vejledningen til behandlingen med diacetylmorphin. 1 sygeplejerske er ansat i klinikken i 37 timer hver uge, og 2,5 er ansat imellem 30 og 32 timer pr uge. Dertil indberetter klinikken at have 3 social- og sundhedsassistenter ansat, en i 37 timer pr uge og 2 i 30-32 timer pr uge. I klinikken i Esbjerg er ikke indberettet at der er socialfaglige eller pædagoger ansat i heroinbehandlingen.

Klinikken i Århus er den klinik der de seneste 4 år fra 2016 til 2020 har haft færrest indskrevne patienter til behandlingen. I de 4 seneste år har klinikkens patientgrundlag ligget under det antal der ifølge sundhedsmyndigheder, lovgivning og vejledningen til behandlingen er vurderet foreneligt med en ensartet og acceptabel kvalitet i driften af en klinik til behandling med injicerbar diacetylmorphin.

På baggrund af udenlandske erfaringer er et patientgrundlag på minimum 20 personer per klinik forsvarligt for at sikre en ensartet behandling af høj kvalitet.



Figur 6.2.4.4 Data leveret fra klinikken i Århus. Note: Antallet af indskrevne patienter i klinikken 2012-2020

I klinikken er ansat 2 læger. Den ene læge er uddannet speciallæge i et relevant speciale, og er i klinikken 37 timer per uge. Den anden læge er reservelæge og ikke specialistuddannet, denne læge er ansat i klinikken imellem 30 og 32 timer hver uge.
Klinikken har i alt 7,5 sygeplejersker ansat. 4 på fuld tid (37 timer per uge), 2 er ansat imellem 30 og 32 timer hver uge og 1,5 sygeplejerskestillinger er indberettet som 15-19 timer per uge. 0,33 social- og sundhedsassistent er ansat mindre end 15 timer per uge, og 6 socialfaglige er ansat mindre end 15 timer per uge.

Figur 6.2.4.2 viser sammensætning af personale og diversiteten i sammensætningen. Der findes, at der både er stor forskel på patientantal og personalesammensætning i de 5 klinikker. Nogle klinikker indberetter at have meget sundhedsfagligt personale tilknyttet og ser samtidig ud til at vægte den socialfaglige del af behandlingen mindre, hvor andre klinikker ser ud til omvendt at have mindre sundhedsfagligt eller i særdeleshed lægefagligt personale ansat og vægter den socialfaglige indsats højt.

Ikke overraskende har klinikken med størst tilgang og patientantal også mange årsværk ansat i klinikken.

Den klinik med størst diversitet i personalesammensætningen er KABS i Hvidovre, der ud over læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter indberetter at have tilknyttet både psykolog og speciallæge i psykiatri som en del af behandlingstilbuddet.

I en anden del af spørgeskemabesvarelsen (afsnit 6.2.5) besvarer Valmuen dog også at tilbyde udredning ved psykiater, uden anførsel af timetal.

KABS Hvidovre svarer som eneste behandlingssted, at have tilknyttet en fysioterapeut til behandlingsindsatsen.

6.2.5. Tilbud i den samlede behandling med diacetylmorphin på de 5 klinikker

De 5 klinikker er blevet bedt om, at beskrive indholdet at behandlingen med udgangspunkt i de forskellige faggrupper, der er beskrevet i afsnittet ovenfor.

Klinikkerne er således blevet bedt om, at angive hvilke tilbud, der ydes i behandlingen henholdsvis lægefagligt, sygeplejerfaglig, socialfagligt og som "indsatser ved andre faggrupper".

For såvidt angår de lægefaglige opgaver, er disse nærmere bestemt ud fra både lovgivning og vejledning til opgaven i forbindelse med behandlingen med substitutionsmedicin og diacetylmorphin. En enkelt klinik anfører derudover "psykoedukation" under de lægefaglige tilbud (KABS Hvidovre) og en anden klinik anfører "miljøterapi" og "rusmiddel-edukation" under den lægefaglige indsats (Valmuen, København). Hos Valmuen tilbydes patienterne foruden den rusmiddelmedicinske lægefaglige behandling også udredning og afklaring ved psykiater, ligesom der også er tilknyttet psykiatrisk behandling på tilbuddet hos KABS.

De sygeplejerfaglige tilbud viser sig med større diversitet de forskellige klinikker imellem. En enkelt klinik anfører at tilbyde gruppeforløb med forskellige emner som motion, tilbagefaldsforebyggelse og rygestop (Odense). En klinik (Valmuen) tilbyder miljøterapeutisk indsats som en del af den samlede sygeplejerfaglige indsats. Sundhedsfremmende samtaler om kost, hygiejne, injektionsteknik med videre er en del af det sygeplejerfaglige tilbud hos 2 klinkker (Odense og Valmuen), imens disse emner ikke nævnes i de øvrige klinikkers besvarelse, som en del af det sundhedsfaglige tilbud.

I blandt de socialfaglige tilbud angiver 2 klinikker at tilbyde patienterne Cafe-miljøterapeutisk træning (Odense og KABS) og en enkelt at der som en del af det socialfaglige tilbud ydes ADL træning[10] og gruppeforløb med vekslende temaer som motion, tilbagefaldsforebyggelse og rygestop (Odense).

Samtlige klinikker besvarer, at det socialfaglige tilbud består af individuelle samtaler, støtte og vejledning, hjælp i forbindelse med jobcentersager og andre aftaler og fremmøder, ligesom behandlingsplaner og opfølgende samtaler indgår som en del af det samlede socialfaglige tilbud.

[10] Activity of daily living

Som det er tilfældet med personalesammensætningen på de 5 klinikker (6.2.4) findes det ligeledes, at der er stor forskel på, hvilke indsatser de forskellige klinikker tilbyder i forbindelse med den helhedsorienterede substitutionsbehandling med diacetylmorphin.

7. Administrationsformer og fremtidige udleveringsmuligheder

Nationalt findes store geografiske variationer i forhold til hvorledes de illegale stoffer, som patienterne benytter forud for indskrivningen til substitutionsbehandlingen, indtages. I nogle områder af landet ryges heroinen eksempelvis i mere udtalt grad end den injiceres.

I Danmark er nu godkendt to administrationsformer for heroin, den injicerbare diacetylmorphin og tabletten Diaphin. Begge administrationsformer er alene godkendt til indtag under observation og er således ikke mulig at få udleveret til indtag udenfor de specialiserede behandlingssteder. Diaphin tabletten blev godkendt og skulle indgå som del af behandlingen, for at imødekomme de patienter, der ikke injicerede heroin ved inklusionen til behandlingen, benyttede administrationsformer som inhalation (rygning) eller nasaladministration (snifning) samt de patienter, der af andre årsager ikke længere kunne injicere eller udtrykte ønske om at ophøre eller nedtrappe i heroinforbrug.

Når en patient er fraværende fra behandlingen grundet ferie, er indlagt på hospital, afsoner i regi af kriminalforsorgen eller af anden årsag er uden mulighed for fysisk fremmøde til klinikken hvor diacetylmorphinen udleveres og reaktionen på indtaget kan observeres, kan patienten ikke modtage behandlingen med dette substitutionspræparat. Behandlingen omstilles derfor i disse situationer, som det fremgår af kapitel 6 afsnit 6.2 og 6.2.1 til konventionel substitutionsbehandling med metadon eller (dog mindre ofte) til depotmorfin, såfremt patienten ikke tåler metadon.

7.1. Diacetylmorphin, farmakodynamik og farmakokinetik

Heroin er et potent stof, der er mere vandopløseligt og langt mere potent end morfin. Stoffet omdannes efter indtag til to metabolitter (delstoffer) hvoraf slutproduktet er morfin[14].

De metabole processer, hvormed heroin omdannes igennem forskellige trin, er alle af forskellig varighed. Den gennemsnitlige halveringstid når administreret intravenøst er 3 minutter [14] for den første metabolit 6-acetyl morfin, og 22 minutter for den anden metabolit morfin.



Figur 7.1.1 Illustration af Heroins metabolisering til 6-acetylmorfin og slutproduktet morfin.

Efter den første metabolisering til morfin, omdannes morfinet videre til metabolitterne morfin-6-glukoronid (M6G) og slutproduktet morfin-3-glukoronid (M3G) (15). Dette uanset om morfin er kommet fra heroin eller er indtaget rent som morfin.

Heroinens virkning afhænger naturligvis både af den individuelle tilvænning til stoffet, mængden af stof indtaget i forhold til tilvænning og derudover også af indtagsformen.

Den kemiske sammensætning af heroin gør, at stoffet er mere fedtopløseligt end morfin, hvorfor heroin menes at passere blod-hjernebarrieren lettere end morfin gør. Denne lettere passage gør også, at heroins farmakodynamik er langt mere intens, end den er for morfin. Af netop samme årsag indtræder også virkningen af heroin hurtigere og mere potent, end en tilsvarende dosis morfin ville gøre det [16].

Når heroin indtages direkte til blodet som injektion, falder niveauet af heroin (prodrug) meget hurtigt og er udetekterbart allerede efter 10-40 minutter. Meget hurtigt efter eller allerede i forbindelse med indtag af heroin til blodet, oplever patienten/stofbrugeren et såkaldt ”sus” der menes at ske som funktion af en kombination af den maximale koncentration (C_{max}) af både heroin og snart efter af metabolitten 6-acetylmorfin.

Efter den initiale potente og intense påvirkning af heroinindtaget tilkommer eufori og en sederende virkning. Oplevelsen af ”sus” sker på baggrund af et peak i koncentrationen i blodet af heroin og 6-acetylmorfin og er størst ved administration direkte til vener eller muskler som injektion, eller via lungerne som inhalation. Virkningen af den sidste metabolit, morfin, er betydelig anderledes, og ikke nær så intens.

Samme hurtige stigning i plasmakoncentration og samme hurtige absorbtionshastighed efter indtag er fundet efter intranasal administration, snifning. Dette, da heroin hurtigt optages over slimhinder [16]. Derudover er næseslimhinden og lungevævet velperfunderede med rigelig blodtilførsel, hvorfor distributionen til blodbanen sker meget hurtigt.

Biotilgængeligheden synes at være større, jo mere direkte heroinen tilføres blodbanen, og findes således 2-4 gange lavere når heroinen ryges på folie (kaldet *Chasing the dragon*) end den er, når den injiceres direkte til venen og dermed blodbanen.

Ved den intramuskulære injektion findes en langsommere stigning og et mindre peak i

plasmakoncentration af heroin, end det findes ved intravenøs injektion. Heroinen cirkulerer rundt i blodet i længere tid, som funktion af en forlænget frigivelse fra injektionsstedet (musklen) end den der forekommer, når der injiceres direkte til blodbanen i en vene.

Når heroin administreres oralt (som det sker, når eksempelvis indtaget som tablet), eller rektalt kan metabolitten 6-acetylmorfin ikke genfindes i plasma. Patienterne oplever ikke et "sus" ved disse administrationsformer. De mere basiske forhold i mavetarmkanalen og metaboliseringen i leveren fra heroin til morfin er beskrevet som mulig årsag til dette [16]. Dog kan mild eufori fortsat opleves i forbindelse med indtaget.

Den ruspåvirkning der opnås ved den hurtige stigning i plasmakoncentrationen af heroin og 6-acetylmorfin sker ikke når diacetylmorphinen indtages som tablet.

Grundet diacetylmorphins halveringstid, skal heroin indtages flere gange i døgnet, for at patienten er abstinensfri. Da klinikkerne har åbent i dagtid, bibeholdes derfor som udgangspunkt 30 pct. af den totale opioiddosis som metadon eller (langt mere sjældent) depotmorphin, mens de resterende 70 pct. omstilles til diacetylmorphin. På den måde sikres det at patienten er abstinensfri hele døgnet (afsnit 6.2).

7.2. Erfaringen med tabletbehandlingen i de 5 heroinklinikker

Diaphin tabletten er ikke markedsført i Danmark og derfor kræver bruget i behandlingen en særlig udleveringstilladelse fra Lægemiddelstyrelsen. Diaphinpulver der benyttes til injektionsvæske er godkendt og kræver derfor ikke denne udleveringstilladelse. Tilladelsen fra Lægemiddelstyrelsen skal fornys hvert år.

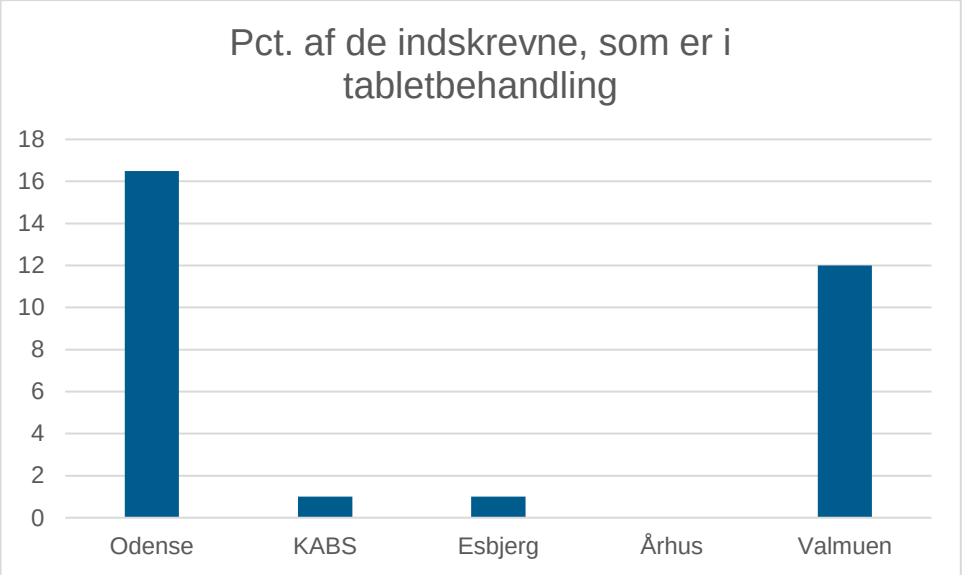
Diaphintabletten blev godkendt til at indgå som del af behandlingen i 2013. Dette blandt andet for, at imødekomme de patienter, der ikke injicerede heroin, men som var afhængige af heroin under andre administrationsformer samt de patienter, der af andre årsager ikke længere kunne injicere eller udtrykte ønske om at ophøre eller nedtrappe i heroinforbrug.

Manglen på ruspåvirkning ved brug af tablet diacetylmorphin kompenseres i de 5 klinikker på forskellig vis. Langt de fleste patienter indskrevet i behandlingen med diacetylmorphin får denne udleveret til injektion. En enkelt klinik rapporterer ikke at have noget egentligt erfaringsgrundlag for tabletbehandlingen, og har ved bestilling af diacetylmorphin fra Lægemiddelstyrelsen måtte destruere tabletterne igen.

Odense er den klinik, hvor flest patienter ud af den samlede patientpopulation (16,5 pct.) er i behandling med tabletten alene. For at opnå rusen er færre end 5 patienter på en kombinationsbehandling der består af både injicerbar diacetylmorphin og tabletbehandling med Diaphin. Nogle af de patienter der indgår i behandlingen med tablet er overgået

til behandlingsformen med baggrund i dårlig venestatus, andre igen er overgået til tabletbehandlingen grundet voldelig adfærd, der fordrer til forsigtighed i forhold til at håndtere skarpe og spidse genstande.

I Odense kan der ikke ske ændringer i ordination fra injicerbar heroin til tablet diaphin (eller omvendt) på samme dag. Ruspåvirkning kan i Odense i enkelte tilfælde være en del af behandlingsplanen, men der skal forud for en ordination samtales med patienten omkring årsagen til ønsket. Det er erfaringen i klinikken, at de patienter der anmoder om en rus gør dette af andre årsager end at søge selve rusen. Derfor er hyppigere patientsamtaler en del af den samlede behandlingsindsats.



Figur 7.2.1 Data leveret fra de 5 heroinklinikker. Note: Pct. af de indskrevne patienter, som er i behandling med tablet med diacetylmorphin. KABS og Esbjerg er diskretionerede da under 5 patienter er i behandling med tabletten, derfor i figuren sat som 1 pct.

Hos Valmuen i København er 12 pct.af patienterne i behandling med tablet Diaphin alene. Færre end 5 patienter modtager kombinationsbehandling med henholdsvis tablet og injicerbar heroin. En endnu mindre patientandel veksler imellem injektion og tablet til udleveringerne. Erfaringen er, at rus ikke kan opnås på en forsvarlig vis med tabletbehandling. Rusen kan imødekommes ved at overgå fra tablet til injektion ved behov. Det er på Valmuen ikke muligt at veksle imellem injektion og tablet samme dag patienten udtrykker ønsket herom. Dette har sin begrundelse i sikkerhedsmæssige foranstaltninger i den måde hvorpå der omregnes fra den ene administrationsform til den anden.

I Esbjerg og hos KABS i Hvidovre er færre end 5 patienter af de samlede patientgrupper indskrevet til tabletbehandlingen som eneste administrationsform. Langt størstedelen af patienterne i begge klinikker injicerer diacetylmorphinen.

I Esbjerg ordineres tabletbehandlingen til patienter der ikke har injiceret illegalt erhvervet heroin, men som inhalerer (ryger heroinen) og til patienter der ikke længere har vener der

er gode nok til injektion. I Esbjerg er der erfaring for, at patienter der er ordineret tabletbehandlingen har forsøgt at tage tabletten med hjem til trods for, at denne skal indtages overvåget på klinikken. Årsagerne til disse forsøg på at tage medicinen med ud af klinikken har været mange. Nogle ønsker at indtage på egne præmisser (eksempelvis at injicere i kar der ikke er lægeligt fundet egnede til injektion på klinikken), andre har forsøgt alene for at se om det kunne lade sig gøre at få tabletten med ud af klinikken. En enkelt patient var bekymret for om han/hun kunne tåle den dosis der var udleveret, og forsøgte derfor at tage medicinen med hjem.

Hos KABS i Hvidovre veksler ganske få (<5) imellem injektion og tablet. Klinikken har tidligere haft langt flere patienter der har været ordineret tablet Diaphin, end det er tilfældet nu. Disse patienter er enten overgået til anden substitutionsmedicin, er trappet ud af heroinbehandlingen eller afsoner i regi af kriminalforsorgen.

I klinikken i Hvidovre ordineres rusdoser under anerkendelsen af, at der kan være visse ulemper ved at ordinere diacetylmorphin til rus. Dog vurderes det omvendt, at de eventuelle negative effekter der kan være ved at ordinere til rus kan opvejes af de positive, som eksempelvis at nedsætte sideforbrug og risikoadfærd ved at søge stoffer illegalt i den åbne stofscene. I hvert enkelt tilfælde tages stilling til, hvad formålet med behandlingsændringen til rus eller væk fra rusen er.

I Århus er der fra Lægemiddelstyrelsen udleveret tablet Diaphin, men klinikken har igennem længere tid ikke haft mulighed for at udlevere tabletten til patienterne grundet godkendelsesforholdene hos den ansatte og ordinerende læge.
Klinikkens behandlingsansvarlige læge har ikke nogle erfaringer med brug af tabletformen af diacetylmorphin.

Den lokale stofscene i Århus rummer en overrepræsentation af brugere der ryger heroin, og ikke så mange der injicerer. Erfaringen fra de øvrige klinikker i forhold til blandt andet patientgrundlag og anvendelse af Diaphin tabletten, sammenholdt med viden om tablettens manglede ”sus” egenskab og ruspåvirkning kan så tvivl om, hvorvidt behandling med tablet diacetylmorphin vil være egnet som substitutonsbehandlingspræparat til målgruppen af stofbrugere i den lokale stofscene i Århus som inhalerer heroin.

7.3. Vurdering af muligheden for en udvidelse af ordningen samt ”tag-med-hjem”-ordning

Tidligere har nogle patienter udtrykt ønske om at få mulighed for at tage heroin med hjem. Dels for at slippe for de hyppige fremmøder til administration i klinikken, dels fordi flere har udtrykt ønske om fuldstændig overgang til diacetylmorphin og dermed at kunne undgå metadon som ellers oftest anvendes som den resterende døgndækning af opioid i klinikkernes lukkede timer.

For at kunne sammenligne de danske forhold med internationale erfaringer med substitutionsbehandling (som eksempelvis Schweiz, Holland og England), er det væsentligt, at inklusion til tilbuddet og dermed patientpopulationen der tilbydes behandlingen er sammenlignelig, ligesom det er væsentligt at sundhedssystem og de medicinske tilbud i behandlingen er det.

I Schweiz er sammensætningen i anvendelsen af lægemidler benyttet i substitutionstilbuddene anderledes end de er i Danmark [17], til trods for at flere af de lægemidler der benyttes er de samme. Her findes, som det er tilfældet i Danmark, at langt de fleste der behandles med opioid agonister for opioidafhængighed behandles med metadon (66 pct.). Siden heroin blev mulig at benytte i behandlingen (1994), har tilgangen til behandlingsformen været stabil med omkring 12,6 pct. af den samlede patientpopulation. Behandlingen med buprenorphin ,der blev godkendt i 2002, og Slow-released Oral Morphine (SROM, på dansk betegnet depotmorfin, godkendt i 2013), har mindre tilgang med hver 10,2 pct. og 10,3 pct. af den samlede patientpopulation, men forudsiges at imødekomme flere patienter med tiden [17]. Diversitet i behandlingstilbuddene som det findes i Schweiz søger at kunne rumme forskellige patientpopulationer. De yngre og mindre injektionserfarne brugere lader sig indskrive i behandlingen med buprenorphin eller SROM/depotmorfin, de ældre og mere socialt uintegrerede søger henholdsvis metadon eller heroinbehandlingen.

I Danmark er metadon det præparat som flest opioidafhængige patienter fortsat behandles med, selvom vejledningen til behandlingen peger på burprenorphin-præparater som førstevalg ved opioidafhængighed til nye patienter, der indskrives i behandlingen og som ikke tidligere har været indskrevet i metadonbehandling.
Buprenorphin er mindre kardiotoksisk end metadon, der som bekendt kan forårsage overledningsforstyrrelser i hjertet (QTc forlængelser). Dermed har præparatet buprenorphin en langt større sikkerhedsprofil i anvendelse end metadon. Det samme gør sig gældende for depotmorfin, der dog ikke er godkendt til substitutionsbehandlingen i Danmark, men alene anvendes til de patienter som ikke tåler metadon.

I Danmark er diversiteten i lægemiddelvalg mindre end i Schweiz.

En ordning i hvilken det er muligt for patienterne at få medicinen med hjem, en såkaldt ”tag-med-hjem” ordning er ikke blevet anbefalet tidligere fra sundhedsmyndighederne. Blandt andet er det vurderet risikabelt at tillade at injicerbar heroin indtages uden opsyn. [1]. Overvejelserne omkring en ”tag-med-hjem-ordning” af injicerbar heroin er de samme som tidligere, og vurderes fortsat at være for risikabelt for patienter og samfund.

De sundhedsfaglige vurderinger om udvidelse i forhold til heroinpræparater og en ”tag-med-hjem” ordningen er gjort udfra, at der ved disse former for administration og håndtering af diacetylmorphinen vil være en risiko for alvorlige til fatale bivirkninger for patienter og tredjemand, såfremt den helt rene heroin håndteres uforsigtigt, uden opsyn samt af anden end ordineret til. Undersøgelser gjort i forbindelse med aktuelle evaluering viser samtidig, at der ikke i særlig vid udstrækning efterspørges en ”tag-med-hjem” ordning

iblandt de patienter der er indskrevet i tilbuddet[11].
Behandling med diacetylmorphin har ikke ligeså stor tilslutning i Danmark, som den har i Schweiz. I Danmark finder vi i denne opgørelse, at der i 2020 samlet er indskrevet 232 patienter i aktiv behandling. Ud af den samlede population af patienter, der modtager substitutionsbehandling svarer dette til omkring 3,5 procent[18].
Behandlingsformen med tablet Diaphin har lille tilslutning, og erfaringen med behandlingen er derfor heller ikke stor.

Det vurderes blandt andet derfor, at der endnu er et for spinkelt erfaringsgrundlag og sammenligningsgrundlag med indtagelsesformen i Danmark til, at der kan drages konklusioner, om hvorvidt behandlingsformen med diacetylmorphin kan udvides. Det vurderes derfor ikke, ud fra de undersøgelser der er foretaget i forbindelse med denne evaluering af ordningen med lægeordineret heroin, at der på nuværende tidspunkt sundhedsfagligt kan anbefales en udvidelse af ordningen med lægeordineret heroin i forhold til andre indtagelsesformer som rygeheroin, næsespray eller pulver til snifning. Ej heller at der kan udvides i ordningen således, at diacetylmorphintabletten kan tages med hjem.

Der er stor forskel på den heroin der kan købes illegalt på gaden, og den helt rene heroin, der ordineres til indskrevne patienter i de 5 heroinklinikker. Håndteres den 100 pct. rene heroin ikke som den skal eller af andre end de patienter den er ordineret til, kan dette have fatale følger for tredjemand og samfund, som ligeledes bør tages i betragtning, i forhold til hvorvidt lægeordineret heroin skal kunne bringes med hjem fra klinikken. Der findes fortsat metadon, der er et lægeordineret substitutionsbehandlingspræparat, på den illegale stofscene – hvorfor det ikke er utænkeligt, at samme vil gøre sig gældende for den rene heroin.

Undersøgelserne gjort i forbindelse med nærværende evaluering afdækker snarere et behov for, at der eksploreres yderligere i ligheder og forskelle imellem Diaphin som tablet og depotmorfin som tilbud i substitutionsbehandlingen. Både i forhold til at kunne fastholde patienter i en god substitutionsbehandling, hvor kombinationen af diacetylmorphin og et muligt andet lægemiddel fremtidigt eventuelt kan sikre bedre abstinensfrihed samtidig med, at patienterne oplever færrest mulige bivirkninger til behandlingen. Men også i forhold til en patientsikkerhedsmæssig betragtning af, at er morfin muligvis kan være en ligeså god løsning og endda bedre i kombination med heroin end metadon og tablet Diaphin er det. Ønsket om en "tag-med-hjem" ordning udsprang desuden oprindeligt blandt andet fra, at patienterne ønskede at undgå den resterende døgndosis opioid som metadon.

Det bør vurderes, om Diaphin som tablet ikke alene skal anskues som et dyrt prodrug, der uden stor virkningsafvigelse ville kunne erstattes af depotmorfin og som vil kunne

[11] Møde med lægerne i heroinklinikkerne omhandlene "tag-med-hjem-ordningen" og erfaringerne med diacetylmorphintabletten 24.09.20 samt 01.10.20.

give samme patienttilfredsstillelse og virkning, nu det farmakodynamisk findes, at 6-acetylmorfin-metabolitten (afsnit 7.1) helt bypasses grundet indtagelsesformen (oralt) til mavetarmkanalen, og at behandlingsformen derfor ikke synes at være anvendelig til substitution for hverken de patienter der sniffer, ryger eller injicerer heroin og søger et "sus" som en del af behandlingsmomentet.

Det vil snarere end at eksplorere yderligere i en "tag-med-hjem" ordning af tablet Diaphin synes nærliggende, i første omgang, at undersøge depotmorfin som mulig at kunne inddrage som del af substitutionsbehandlingen for opioidafhængighed og i kombination til behandlingen med lægeordineret heroin.

7.4. Supplerende tiltag

Evalueringen viser, at der er stor diversitet i behandlingsformen i de 5 tilbud. Hvad der er almindeligt at tilbyde som en del af behandlingen på en klinik findes ikke i andre. Patientgrundlaget til behandlingen er mindre end det forventedes ved ordningens begyndelse og erfaringerne med behandlingen er forskellig i de 5 klinikker. Evalueringen afdækker et behov for, at der samarbejdes bredere på tværs af de 5 klinikker, således at der i fremtiden i mere udtalt grad sparres og videndeles på tværs af de 5 behandlingstilbud, både i forhold til tendenser og forandringer i de lokale stofscener, der kan påvirke patientpræferencer og patienttilgang, men også i forhold til at kunne dele erfaringer med behandlingsindsatser samt eventuelle nye tiltag i klinikkerne.

Det er vurderes væsentligt, at der opfordres til, at både de etablerede klinikker og de behandlende læger i langt højere grad samarbejder om at ensarte de 5 tilbud, således at der ikke er en stor forskel på at være patient i en del af landet frem for en anden. Sundhedsstyrelsen vil til dette formål i 2021 etablere en følgegruppe, hvorigennem et forum for sparring og erfaringsudveksling vil kunne initieres.

Tabletten med diacetylmorphin blev godkendt til behandlingen for blandt andet at imødekomme de patienter der indtager heroin igennem snifning og inhalation (rygning), og som søger en rus. Ruspåvirkningen opnås imidlertid ikke ved indtag af diacetylmorphintabletten, hvilket kan være en mulig årsag til, at anvendelsen af tabletformen som substitution i herointilbuddet er med lille tilslutning. Om der kan godkendes andre eller flere præparater til en bredere samlet substitutionsbehandlingen, herunder også de i kombination til heroinbehandlingen, kan i fremtiden med fordel undersøges. Flest mulige patienter bør fremtidigt kunne inkluderes i en substitutionsbehandling, der dækker hver enkelt patients behov.

Tiltag, der vil kunne føre til et større patientgrundlag, bedre inklusion til behandlingen og en bedre behandlingstilknytning indenfor substitutionsbehandlingen bør undersøges. Herunder muligheden for, at patienterne kan modtage flere forskellige tilbud lokalt samt muligheden for at udvide åbningstiderne i tilbud, hvor hyppig lægemiddeladministration er væsentlig, som det er i behandlingen med diacetylmorphin.

Evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin 2020 er gjort ud fra data indhentet fra Sundhedsdatastyrelsens database for injicerbar metadon og heroin, samt møder og en spørgeskemaundersøgelse rettet de klinikker der tilbyder behandlingsformen. Fremtidige vurderinger i forhold til blandt andet inkluderende tiltag og tilbud til behandlingen, kan med fordel gøres i samråd med og under inddragelse af de patienter der har været indskrevet eller fortsat er indskrevet i behandlingen med diacetylmorphin.

8. Bilag

Bilag 1

Spørgeskema til landets heroinklinikker til brug for evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin 2020

Spørgeskemaet bedes printet ud, udfyldt og returneret til Sundhedsstyrelsen senest den 30.03.2020

Indhold:

1. **Antal patienter i behandling vilkårlig dato hvert år**
2. **Dosis på vilkårlig dato**
3. **Antal udleveringer vilkårlig uge**
4. **Definition af patientgruppen, hard to treat**
5. **Årsværk i klinikken**
6. **Tilbud i behandlingen, foruden substitutionsmedicin**
7. **Lægedækningen i klinikken, inkl. tilstedevær af læge med ordinationsret**

Bilag 1-3

1. Antal patienter i behandling vilkårlig dato hvert år

Hvor mange patienter er indskrevet i behandling på klinikken	Antal:
20.10.2010	
20.10.2011	
20.10.2012	
20.10.2013	
20.10.2014	
20.10.2015	
20.10.2016	
20.10.2017	
20.10.2018	

20.10.2019	
02.02.2020	

2. Dosis på vilkårlig dato:

Dosis diacetylmorfin pr. patient indskrevet i behandling på dato*	Dato: 20.10.10	Dato: 20.10.11	Dato: 20.10.12	Dato: 20.10.13	Dato: 20.12.14	Dato: 20.10.15	Dato: 20.10.16	Dato: 20.10.17	Dato: 20.10.18	Dato: 20.10.19	Dato: 02.02.20
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

*). Er der flere patienter end 24 indskrevet i behandlingen, bedes dette udfyldt skema 1.b bilag 1.
Samme dato i 9 år, ikke det 10. år.

3. Antal udleveringer vilkårlig uge:

Hvor mange gange har patienten fået udleveret begge doser diacetylmorfin i denne uge*	2010 uge 25	2011 Uge 25	2012 Uge 25	2013 Uge 25	2014 Uge 25	2015 Uge 25	2016 Uge 25	2017 Uge 25	2018 Uge 25	2019 25 Uge	2020 Uge 8
1											

2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											

23											
24											

*) Her antages det, at hver indskreven patient følger en behandlingsplan bestående af udleveringsregimer, der kræver diacetylmorfinudlevering 2 gange/dag, 7 dage/uge. Eller 1 udlevering diacetylmorfin/dag og 2 udleveringer metadon/dag. I alt minimun 2 udleveringer/dag, hvoraf sidste udlevering inkluderer den udleverede aften/natdosis af metadon. Særaftaler bedes noteret bilag 2. Merpatientantal ligeså.

4. Definition af patientgruppen, hard to treat:

Hvilke patienter er målgruppen for tilbuddet hos jer?

Som det fremgår af figuren i bilag 3, udgår patienterne fra behandlingen af mange forskellige årsager - 14 % kan ikke rummes i behandlingen.

Sundhedsstyrelsen vil bede landets 5 heroinklinikker beskrive inklusionskriterierne (fra journaloptag/behandlingsplaner) for i alt 5 forløb, fordelt på den 10 års periode, i hvilken ordningen med lægeordineret heroin har forløbet.

Beskrivelserne skal tjene det formål, at definere jeres udvælgelses-/indskrivningskriterier lokalt for behandlingen med diacetylmorfin.

Beskrivelserne skal forklare og beskrive de tilgrundliggende årsager til, at tilbuddet med lægeordineret diacetylmorfin er blevet tilbudt patienten.

Beskrivelserne skal overleveres Sundhedsstyrelsen i henhold til gældende regler om databeskyttelse, der må derfor alene være tale om kriterierne for patientens inklusion, ligesom en patient ikke må kunne identificeres udfra beskrivelserne, der dermed heller ikke skal rumme årstal for indskrivning, køn, tidligere behandlingstilbud mv.

5. Årsværk i klinikken

Faggruppe	37 timer/uge (anføres i antal)	30-32 timer/uge (anføres i antal)	25-29 timer/uge (anføres i antal)	20-25 timer/uge (anføres i antal)	15-19 timer/uge (anføres i antal)	Mindre end 15 timer/uge
Speciallæger i psykiatri						
Speciallæger i almen medicin						

Speciallæger i samfundsmedicin						
Speciallæger i andet speciale*						
Reservelæger (ikke specialist)						
Sygeplejersker						
Social- og sundhedsassistenter						
Social- og sundhedshjælpere						
Socialfaglige						
Pædagoger						
Antropologer						
Sociologier						
Psykologer						

*) Anfør hvilke evt. andre specialer der er repræsenteret i klinikken

6. Tilbud i behandlingen, foruden substitutionsmedicin

Hver klinik bedes beskrive hvad behandlingen for en patient typisk rummer. Herunder bedes anført alt der måtte inkluderes som del af det samlede behandlingstilbud, fritekst:

Lægefaglige tilbud	
1. indsats	
2. indsats	
3. indsats	

4. indsats	
Socialfaglige tilbud	
1. indsats	
2. indsats	
3. indsats	
4. indsats	
Sygeplejefaglige tilbud	
1. indsats	
2. indsats	
3. indsats	
4. indsats	
Indsatser ved andre faggrupper, hvilke	
1. indsats	
2. indsats	
3. indsats	
4. indsats	
5. indsats	
6. indsats	

Skemaet kan fortsættes i fritekst, der blot vedlægges besvarelsen og mærkes med afsnittets nummer (6).

7. Lægedækningen i klinikken – læge med ordinationsret, tilstedeværelse.

Behandlingen med diacetylmorfin er en sundhedsfaglig specialopgave. Dette stiller særlige krav til behandlingen og patientsikkerheden. Derfor kræves helt særskilte krav til de faglige kompetencer, som en læge med denne ordinationsret bestrider *

1. Hvor mange læger, godkendt igennem STPS til ordination af diacetylmorfin, er ansat i klinikken	
2. Hvor ofte er der en læge med ordinationsret igennem STPS tilstede i klinikken (angiv antal timer/uge med 1 eller flere læger tilstede – **ikke overlappende****)	
3. Benytter klinikken sig af muligheden for at overlade ordinationsretten til andre læger, der ikke er godkendt til ordination af diacetylmorfin ved STPS (i forbindelse med sygdom/ferie/andet). Bedes anført ja/nej	
Hvis ja i spg. 3: hvor ofte (dage pr. år)	
Hvis ja i spg.3: med hvilken begrundelse (angiv, ferie, sygdom, langtidssygemelding, andet)	
Hvis ja i spg.3; hvorledes forholder klinikken sig til denne overdragelse af midlertidig ordinationsret? Herunder: timer/dage/uger/måneder pr. år? I hvor lang tid har klinikken maximalt haft overdraget ordinationsret til anden læge?	Antal timer, dage, uger, måneder med overdragelse (maximal overdragelsestid, bedes anført:)

*) Se "vejledning *) om ordination af diecetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed, 2.3

**) Her menes de antal timer/uge der er en eller flere læger med ordinationsret tilstede. Ikke summeret! Såfremt der er 2 eller flere læger tilstede i klinikken på samme tid, angives kun den ene læges time-tilstedevær. Timetallet angives/uge og alene for den uge spørgeskemaet udfyldes i.

Bilag 1.

Skema 1.b: Hvis flere patienter ned 24 fortsættes skema 1.

Hvorhvilken dosis diacetylmorfin fik patienterne er indskrevet i behandling på klinikken.	Dato: 20.10.2010	Dato: 20.10.11	Dato: 20.10.12	Dato: 20.10.13	Dato: 20.12.14	Dato: 20.10.15	Dato: 20.10.16	Dato: 20.10.17	Dato: 20.10.18	Dato: 20.10.19	Dato: 02.02.20
24											
25											
26											
27											

28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											

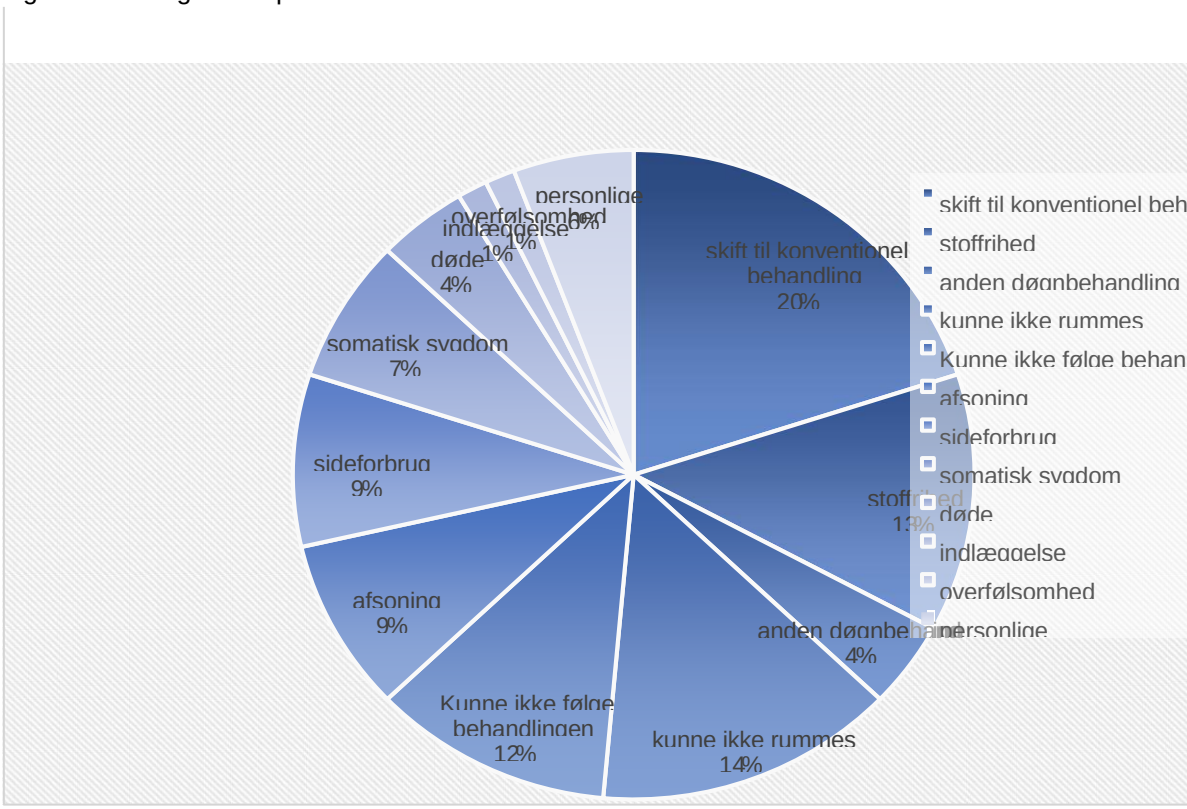
Bilag 2.

beskrivelse af særlige indhold vedr.behandlingsplaner, samt anførsel af patientnummer svarende til skemaet udfyldt side 3.

Patientnummer, liste	Aftale/behandlingsplanen

Bilag 3

Figur over årsager til at patienternes forløb afsluttes



9. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. *Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012.* København: Sundhedsstyrelsen, 2013.

2. Sundheds- og Ældreministeriet. *Sundhedsloven.* LBK nr 903, København: s.n., 26. august 2019.

3. Sundheds- og Ældreministeriet. *Autorisationsloven.* LBK nr. 731, København: 08. juli 2019.

4. Sundheds- og Ældreministeriet. *Bekendtgørelse om euforiserende stoffer.* LBK nr. 1334, København: 09. december 2019.

5. Sundheds- og Ældreministeriet. *Vejledning om behandlingssteder for stofmisbrugeres bestilling m.v. af diacetylmorphin, samt om virksomheders indførsel og udlevering heraf.* VEJ nr. 9279, København: 11. juli 2011.

6. Sundheds- og Ældreministeriet. *Lægemiddelloven.* LBK nr. 99, København: 16. januar 2018.

7. Sundheds- og Ældreministeriet. *Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed.* VEJ 9083, København: 17. september 2013.

8. Sundhedsdatastyrelsen. Indberetning af injicerbar herion og metadon. [Online] 05. august 2020. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-indberetning/indberetning-specifikke-omraader/herion-metadon.

9. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2017.* København: Sundhedsstyrelsen, 2017.

10. Sundhedsstyrelsen. *Stofmisbrugsbehandling - efterspørgsel og tilgængelighed. Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 3.* København: Sundhedsstyrelsen, 2019.

11. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, VIVE. *Hjemløshed i Danmark 2019 - National kortlægning.* København: VIVE, 2019.

12. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.* København: Sundhedsstyrelsen, 2017.

13. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, VIVE . *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet - Samfundsøkonomiske aspekter.* København: VIVE, 2018.

14. Miller, Shannon, Ries, Richard og Fiellin, David. *ASAM Principles of Addiction Medicine.* Philadelphia : Wolters Kluwer Health, 2015.

15. Duflou, Johan og Darke, Shane. The toxicology of heroin-related death: estimating survival times: Heroin overdose. *Addiction.* 2016.

16. Rook, Elisabeth, et al. Phramacokinetics and Pharmacokinetiv variability of Heroin and its Matabolits: Review of the Literature. *Current Clinical Pharmacology.* 2006.

17. Nordt, Carlos, et al. One size does not fit all—evolution of opioid agonist treatments in a naturalistic setting over 23 years. *Addiction.* 2018.

18. Sundhedsstyrelsen.
Narkotikasituationen i Danmark, 2019 - delrapport 3
København: Sundhedsstyrelsen 2019

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle