

Drugsgelateerde sterfte

Margriet van Laar¹⁾, Guus Cruys¹⁾ en Ingeborg Keij

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction heeft richtlijnen opgesteld voor het bepalen van de drugsgelateerde sterfte in de lidstaten. Volgens deze richtlijnen zijn er in 2001 in Nederland 144 mensen overleden aan de directe gevolgen van drugs. De meeste slachtoffers zijn mannen van 30–44 jaar. Tussen 1996 en 2001 is de sterfte door drugs met een derde gestegen.

Inleiding

Westerse landen beschikken over een wettelijk geregelde doodsorzakenstatistiek. Deze statistiek is van belang omdat hiermee inzicht wordt verkregen in de doodsoorzaken die voorkomen onder de bevolking. Voor Nederland is het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verantwoordelijk voor de doodsoorzakenstatistiek. Ook sterfte gerelateerd aan alcohol, tabak en drugs wordt bijgehouden in de doodsoorzakenstatistiek. Het CBS registreert doodsoorzaken volgens de International Classification of Diseases (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1992).

De drugsgelateerde sterfte is van belang als kernindicator voor het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Het aantal acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik in de Europese Unie bedraagt jaarlijks 7 à 8 duizend. De meeste slachtoffers zijn jonge mannen van 20 tot 40 jaar die al jaren opiaten gebruiken.

Het EMCDDA is opgericht om voor de lidstaten van de Europese Unie voor vijf kernindicatoren objectieve, betrouwbare en vergelijkbare cijfers over drugsgebruik te verzamelen. Deze kernindicatoren zijn: drugsgebruik in de algemene bevolking, problematisch drugsgebruik, hulpvraag voor problematisch gebruik, drugsgelateerde ziekten en drugsgelateerde sterfte. Het EMCDDA ontwikkelt protocollen om gegevens te verzamelen voor deze kernindicatoren.

In verband met het lidmaatschap van de Europese Unie heeft Nederland zich verplicht om te streven naar een betrouwbare registratie van de drugsgelateerde sterfte. Overleg over de verbetering van de registratie in Nederland vindt plaats in een werkgroep van de Nationale Drug Monitor (NDM), de 'NDM Werkgroep drugsgelateerde sterfte'. Dezelfde werkgroep houdt zich bezig met de verbetering van de registratie van de drugsgelateerde sterfte bij de EMCDDA, onder de naam 'National working group on drug-related deaths'. In de werkgroep zijn medewerkers vertegenwoordigd van het CBS, de GG(&G)D'en, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en medewerkers van het Bureau NDM van het Trimbos-instituut. De werkgroep streeft ernaar een protocol op te maken van het onderzoek door lijkschouwers. De GG&GD Amsterdam hanteert al een dergelijk protocol. De werkgroep streeft er verder naar om de registratie op lokaal en nationaal niveau te verbeteren. Dit gebeurt onder meer door het opzetten van een uniforme registratie, het uitbreiden van de registratie naar zowel directe als indirecte sterfte onder drugsgebruik

kers en het bevorderen van het gebruik van informatie van lijkschouwers over drugsgebruik bij het vaststellen van de doodsoorzaak.

Protocol van het EMCDDA

De drugsgelateerde sterfte bestaat uit directe en indirecte sterfte. Als iemand een dodelijke hoeveelheid drugs binnenkrijgt, dan is deze overdosis drugs de directe doodsoorzaak. Als iemand, onder invloed van drugs, een auto bestuurt, kunnen drugs de indirecte oorzaak van het overlijden zijn. Onder invloed van deze drugs daalt het concentratievermogen en verslapt de aandacht van de bestuurder, waardoor hij of zij het slachtoffer kan worden van een dodelijk verkeersongeval. Dit verkeersongeval is dan de directe doodsoorzaak. De drugs zijn in dit geval de indirecte oorzaak van het overlijden.

Een ander voorbeeld van drugs als indirecte doodsoorzaak is het volgende. Problematisch drugsgebruik hangt samen met een ongezonde leefstijl. Door deze ongezonde manier van leven overlijden probleemgebruikers gemiddeld eerder dan mensen met een gezondere leefstijl. Ook in dit geval spelen drugs een indirecte rol bij het overlijden.

Voor de bepaling van de directe sterfte door drugs heeft het EMCDDA een protocol ontwikkeld. Dit protocol is de Drug-Related Deaths Standard, versie 3 (Van Laar et al., 2002a). Het protocol schrijft voor welke gevallen uit de doodsoorzakenstatistiek meetellen voor het vaststellen van de directe sterfte door drugs.

Het EMCDDA-protocol richt zich in hoofdzaak op illegale drugs. Drugs die in de sterfte een belangrijke rol spelen, zijn de opiaten, waaronder heroïne, synthetische narcotica (zoals methadon), cannabis, cocaïne, overige stimulerende middelen (zoals amfetaminen) en hallucinogenen (zoals LSD). Ook gaat het om combinaties van illegale drugs. Er zijn verschillende redenen waarom iemand een dodelijke overdosis kan binnenkrijgen van een illegale drug. Een overdosis kan het gevolg zijn van verslaving aan de drug (afhankelijkheid), misbruik van de drug, een ongeluk met de drug of opzet (suicide).

Het EMCDDA-protocol voor ICD-10 gecodeerde doodsoorzakenstatistiek onderscheidt de volgende oorzaken:

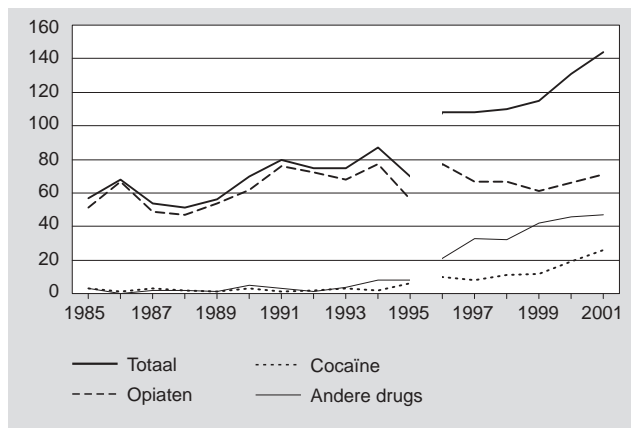
- psychische stoornissen en gedragsstoornissen;
 - misbruik;
 - verslaving (afhankelijkheid);
 - overige stoornissen;
- niet-opzettelijke vergiftiging;
- opzettelijke vergiftiging (suicide);
- vergiftiging waarvan niet is vastgesteld of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden.

Geregistreerde aantallen

Grafiek 1 toont de geregistreerde aantallen drugsgelateerde overlijdensgevallen in Nederland van 1985–1995 en van 1996–2001. Weergegeven zijn de totale sterfte door drugs en onderverdeling naar sterfte door opiaten, cocaïne en andere drugs (zie noot).

¹⁾ Trimbos-instituut, Programma Nationale Drug Monitor & Focal Point (NDM/FP).

1. Aantal gevallen van druggerelateerde sterfte in Nederland volgens het EMCDDA-protocol, 1985–2001



Voor de periode 1985–1995 zijn de doodsoorzaken geregistreerd met behulp van ICD-9 codes. Vanaf 1996 worden ICD-10 codes gebruikt. Het protocol voor ICD-9 is niet volledig vertaalbaar naar het protocol voor ICD-10. Vergeleken met ICD-9 biedt ICD-10 betere mogelijkheden om druggerelateerde sterfte te coderen. De plotselinge stijging van het aantal gevallen in 1996 zal ten dele een gevolg zijn van het beter zichtbaar worden van de druggerelateerde sterfte in ICD-10. Vanwege deze trendbreuk kunnen de cijfers van vóór 1996 niet zonder meer worden vergeleken met de cijfers vanaf 1996.

Tussen 1985 en 1995 komt een substantieel deel van de geregistreerde druggerelateerde sterfte voor rekening van opiaten, voornamelijk heroïne. Het aandeel van de opiaten varieert van 98,5 procent in 1986 tot 80,0 procent in 1995. Een beduidend kleiner deel is in deze periode te wijten aan cocaïne. Het aandeel van cocaïne in de totale sterfte aan drugs varieert van slechts 1,0 procent in 1991 tot 8,6 procent in 1995.

Tussen 1991 en 2001 fluctueert de sterfte door opiaten rond een gemiddelde van 69 sterftegevallen per jaar. De sterfte door cocaïne is naar verhouding gering, maar vertoont een stijgende trend van 10 gevallen in 1996 naar 26 gevallen in 2001. Deze stijgende trend in de doodsoorzakenstatistiek komt overeen met de stijgende trends in het gebruik van cocaïne, het problematisch gebruik en de vraag naar hulp bij problematisch gebruik (Van Laar et al., 2002b).

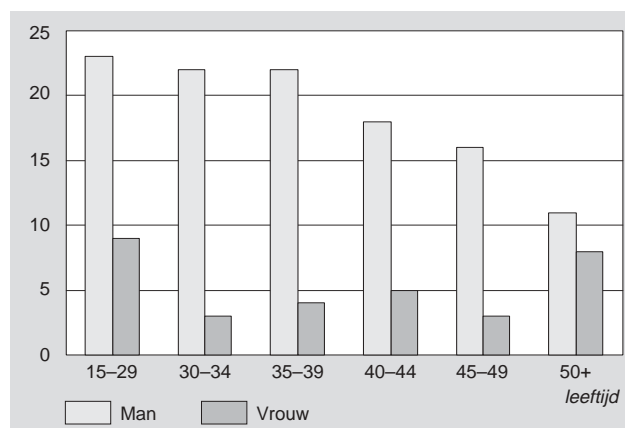
Naast de stijging in de sterfte door cocaïne vindt tussen 1996 en 2001 een opvallende stijging plaats van de sterfte tengevolge van andere drugs. De sterfte door drugs, anders dan die door cocaïne en heroïne, steeg van 21 gevallen in 1996 tot 47 gevallen in 2001. Om welke middelen of combinaties van middelen het hier precies gaat, valt niet af te lezen aan de informatie die op de doodsoorzakenformulieren is vermeld. Tussen 1996 en 2001, is de totale sterfte door drugs gestegen met een derde.

Profiel naar leeftijd en geslacht

Volgens het EMCDDA-protocol registreerde het CBS in 2001 in totaal 144 gevallen van directe sterfte door drugs (grafiek 1). De verdeling naar leeftijd en geslacht is weergegeven in grafiek 2.

Van de 144 gevallen is 78 procent man en 22 procent vrouw. Dit komt overeen met de man-vrouwverdeling onder de problematische gebruikers van opiaten en cocaïne in de ambulante verslavingszorg in 2001, namelijk 80 procent man en 20 procent vrouw (IVZ, 2003). De meeste gevallen van drugssterfte doen zich voor in de leeftijdsgroep 30–44 jaar. De sterfte ten gevolge van drugs is iets lager in de leeftijdsgroep 20–29 jaar en 45–49 jaar. De sterfte door drugs is gering onder personen jonger dan 20 jaar en ouder dan 54 jaar.

2. Aantal gevallen van druggerelateerde sterfte naar leeftijd en geslacht, 2001



De 144 gevallen zijn onderverdeeld naar de volgende doodsoorzaken: 62 procent niet-opzettelijke vergiftiging, 22 procent opzettelijke vergiftiging (suicide), 8 procent een vergiftiging waarvan de opzet niet kon worden vastgesteld, 5 procent misbruik van drugs en 3 procent verslaving (afhankelijkheid).

Onderschatting van drugssterfte

De doodsoorzakenstatistiek van het CBS voldoet aan het protocol van het EMCDDA (Van Laar et al., 2002a). Dit betekent dat het mogelijk is om op basis van deze statistiek ICD-codes te selecteren die nodig zijn voor het bepalen van het aantal druggerelateerde sterftegevallen. Onderzoek door De Zwart en Wieman (2001) suggereert dat de cijfers van het CBS het werkelijke aantal sterftegevallen door drugsgebruik onderschatten. Zij hebben de registratiepraktijk rond de drugssterfte in Nederland in kaart gebracht en een vergelijking gemaakt tussen de nationale doodsoorzakenstatistiek en de lokale registratiegegevens. Factoren die bij de onderschatting een rol spelen, betreffen enerzijds insluitingcriteria en anderzijds onderrapportage.

De insluitingcriteria van de doodsoorzakenstatistiek spelen een rol in de onderschatting van de drugssterfte in ons land. Dit komt doordat de doodsoorzakenstatistiek alleen gegevens bevat over personen die in de Gemeentelijke Basisadministratie zijn ingeschreven. Personen die illegaal of korter dan 6 maanden in Nederland verblijven en/of niet de intentie hebben zich in Nederland te vestigen, zijn hierin niet opgenomen. Buitenlandse drugsgebruikers die in ons land zijn overleden, vallen hierdoor grotendeels buiten deze statistiek. Deze groep komt wel in beeld via lokale registratiegegevens, bijvoorbeeld in de OGGZ-monitor van de GG&GD Amsterdam (Van Brussel en Buster, 2002).

Ook onderrapportage leidt tot een onderschatting van de drugssterfte in de doodsoorzakenstatistiek. Dit komt onder meer door de wijze van coderen van sterfte in deze statistiek. Drugsgebruik is als doodsoorzaak niet altijd te herkennen, bijvoorbeeld als de sterfte bij cocaïnegebruik onder een natuurlijke doodsoorzaak is gecodeerd. Ook worden 'niet-specifieke' codes toegekend die buiten het protocol van het EMCDDA vallen. Dit gebeurt bijvoorbeeld als het doodsoorzakenformulier alleen 'overdosis' vermeldt, of als het overlijden te wijten is aan het gebruik van meerdere middelen. In het laatste geval is op basis van de ICD-codes vaak niet duidelijk of het om combinaties gaat van illegale drugs dan wel combinaties van psychofarmaca (zoals antidepressiva), alcohol en/of andere (genees)middelen (Van Laar et al., 2002c). Onderrapportage kan ook ontstaan doordat niet alle gevallen van acute drugssterfte bij lijkschouwers rechtkomen of doordat niet alle lijkschouwers gericht op zoek gaan naar het aandeel van drugs in de sterfte. Als de lijkschouwers wel tekenen van drugsgebruik ontdekken, komt deze informatie niet altijd terecht in de codes van de doodsoorzakenstatistiek van het CBS.

Noot

De lijst met de betreffende ICD-9 en ICD-10 codes zijn verkrijgbaar bij dr. G. Cruts, gcruts@trimbos.nl.

Dankwoord

Gewaardeerd commentaar ontvingen de auteurs van leden van de NMD Werkgroep drugsgelateerde sterfte: dr. M.C.A. Buster (GG&GD Amsterdam), dhr. Th.A. Sluijs MPH (GG&GD Amsterdam), ir. G.C.G. Verweij (CBS) en mw. drs. W.M. de Zwart (waarnemster, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Literatuur

Brussel, G.H.A. van, en M.C.A. Buster, 2002, OGGZ Monitor Amsterdam, Inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverlaafden en uitgaansdrugsongevallen. GG&GD Amsterdam, Amsterdam.

EMCDDA, 2002, Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen. Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, Lissabon.

IVZ, 2003, Kerncijfers Verslavingszorg 2001, Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ), Houten.

Laar, M. van, G. Cruts, J. Vicente, N. Frost, R. Hartnoll et al., 2002a, The DRD-Standard, version 3.0, EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables, EMCDDA project CT.02.P1.05. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lissabon.

Laar, M.W. van, A.A.N. Cruts, H.G.M. Rigter, J.E.E. Verdurmen, R.F. Meijer en M.M.J. van Ooyen (red.), 2002b, Jaarbericht 2002, Nationale Drug Monitor (NDM). Bureau NDM, Utrecht.

Laar, M. van, G. Cruts, J. Vicente, R. Hartnoll et al., 2002c, Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths indicator in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths, EMCDDA project CT.00.RTX.22. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lissabon.

WHO, 1992, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 1. World Health Organization (WHO), Genève.

Zwart, W.M. de, en A.W. Wieman, 2001, De registratie van drugsgelateerde sterfte in Nederland: een verkenning van de praktijk op centraal en lokaal niveau. Trimbo-instituut, Utrecht.