

Til minister for sundhed og forebyggelse, Astrid Krag, og medlemmerne af Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

10. december 2012

**Appel om fortsat fælles politisk indsats for de mest udsatte stofbrugere i anledning af Folketingets førstebehandling af B1, B16 og B24.**

Folketinget skal i morgen, tirsdag den 11. december 2012, førstebehandle tre beslutningsforslag om nye initiativer og forbedringer i indsatsen for de mest udsatte stofbrugere.

Under forårets politiske forhandlinger oplevede vi i Gadejuristen en fortsat politisk vilje til på tværs af partiskel at finde holdbare og pragmatiske løsninger for de mest udsatte stofbrugere. At udsatte stofbrugere lever under særdeles vanskelige betingelser og har mangfoldige sociale og sundhedsmæssige problemer, er der næppe nogen der vil rejse tvivl om. Deres dødelighed er højere end nogensinde. De har stærkt behov for langsigtede og kvalificerede løsninger. De er alt for udsatte til at kunne bære at være genstand for parti- og blokpolitiske interesser. De har brug for et samlet Folketing.

Gadejuristen ønsker med denne henvendelse at udtrykke vores glæde over og forhåbninger til det siddende Folketing på vegne af nogle af de mest udsatte borgere i landet. Samtidig vil vi knytte bemærkninger til de tre beslutningsforslag på baggrund af mere end 10 års erfaringer med at yde specialiseret retshjælp til denne gruppe. Bemærkningerne samles i denne skrivelse, hvilket udtrykker, at der er behov for gennemførelsen af samtlige forslag.

Vi anerkender, at den aktuelle virkelighed er ressourcebegrænset. Faktum er imidlertid, at det er dyrt *ikke* at sætte ind. De menneskelige omkostninger er uomtvisteligt store. Men det er de økonomiske også. Sundhedsstyrelsen skønner, at flere end 8.000 injektions-stofbrugere kan befinde sig helt udenfor behandlingssystemet<sup>1</sup>. Kun mellem 1/3 og halvdelen af de estimerede 13.000 stærkt udsatte injektions-stofbrugere i Danmark skønnes at være i kontakt med behandlingssystemet.<sup>2</sup> En canadisk cost-of-illness analyse har peget på, at en stofbruger uden kontakt med behandlingssystemet årligt koster svarende til 250.000 kr. i behandlingsudgifter i sundhedsvæsenet.<sup>3</sup> I værste fald kan denne gruppe aktuelt koste os mere end 2 milliarder kr. årligt, og der er her, vel at mærke, tale om et ressourceforbrug, som vi absolut ingen kontrol har med. Det må og skal vi kunne gøre langt bedre.

Tilsvarende kan anføres specifikt i forhold til den heroinunderstøttede behandling, som nok er en forholdsvis dyr behandlingsform, men nettogevinsten er ikke desto mindre betragtelig. Dette ikke mindst som følge af en markant reduktion i omfanget af følgekriminalitet. Med udgangspunkt i en hollandsk cost-

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen, *Narkotikasituationen i Danmark 2012*, p. 31

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen, *Narkotikasituationen i Danmark 2012*, p. 31

<sup>3</sup> For reference til analysen, se her: [http://www.naomistudy.ca/pdfs/naomi\\_background.pdf](http://www.naomistudy.ca/pdfs/naomi_background.pdf)

benefit analyse publiceret i British Medical Journal beregnede Dagens Medicin i 2005 en dansk besparelse på 100 millioner kr. ved 1.200 heroinbehandlede.<sup>4</sup>

Kort sagt; vi har ikke råd til *ikke* at gøre det godt nok. *Det* er nemlig dyrt.

### **Vedr. B1, forslag til folketingsbeslutning om akuthuse til stofmisbrugere**

Gadejuristen anser forslaget om etableringen af akuthuse som udtryk for et ønske om at imødekomme en gruppe udsatte stofbrugere med akut behov for hjælp, støtte og behandling, og for hvem den almindelige visitationsprocedure i kommunerne må anses for en egentlig forhindring for iværksættelsen af de relevante hjælpeforanstaltninger. I vores daglige arbejde savner vi eksistensen af et egentligt krisecenter indrettet til målgruppen. Dette eksempelvis når man er faldet i unåde hos en brutal og dybt kriminell underverden, som man gennem vold og trusler tvinges til at begå diverse kriminalitet for, forhold man ikke på nogen måde tør politianmelde, men alene kan forsøge at tage flugten fra. Her må man imidlertid have et sted at flygte til. Nogle vil alene på grund af truslen fra brutale kriminelle miljøer ikke være i stand til dagligt at henvende sig på et kommunalt center.

Det danske behandlingssystem synes dertil i sig selv at indebære en række forhindringer for, at stofbrugere søger den hjælp og støtte, de måtte have behov for og retskrav på. Sundhedsstyrelsen anslår som ovenfor nævnt, at en af de mest udsatte grupper af stofbrugere, nemlig de der indtager stof intravenøst, har begrænset kontakt til behandlingssystemet. Man har imidlertid aldrig gjort helhjertede forsøg på at afklare baggrunden for, at så mange værger sig for at søge behandling og hvilke ændringer af systemet, der ville kunne bidrage til at flere søger behandling tidligere. Man har ej heller nogen handlingsplan eller konkrete målsætninger om at ændre på dette forhold.

Den almindelige adgang til behandling går via kontakt til kommunernes behandlingstilbud. Det følger af behandlingsgarantien, at udredningen af behandlingsbehovet og opstarten af selve behandlingen skal ske inden for 14 dage fra første henvendelse. I praksis vil man som oftest få en aftale om en samtale inden for 14 dage, hvor man påbegynder en udredning af stofbrugerens behov for behandling, der udfyldes en lang række skemaer og andre praktiske forhold ordnes. Herefter vil man modtage en afgørelse med et tilbud om behandling på baggrund af kommunens vurdering af behovet, der som oftest er sammenfaldende med de tilbud kommunen selv råder over. Det er Gadejuristens erfaring, at der i en del tilfælde ikke foreligger en udredning og et behandlingstilbud i henhold til en handlingsplan inden for 14 dage. Typisk er det heller ikke muligt i praksis at skelne mellem behandling og udredning og et ønske om døgnbehandling vil meget sjældent komme på tale inden for de første 14 dage. Her vil man som oftest skulle deltage i udredning/samtaler/behandling gennem længere tid i ambulanseregion, inden et sådant ønske eventuelt vil blive imødekommet. Ofte skal man via et sådant forløb "bevise" sin "motivation" for at kunne komme i betragtning. Hertil kommer at man i det indledende forløb ikke kan være sikker på at blive behandlet med substitutionsmedicin, idet behandlingsgarantien ikke omfatter den medicinske behandling, jf. herom nedenfor under bemærkningerne til B 16.

---

<sup>4</sup> Jf. Dagens Medicin, *Lægeordineret heroin kan spare 100 mio. kr.* (2005), <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/lageordineret-heroin-kan-spare-100-mio-kr/> og [http://www.ccbh.nl/publicaties/BMJ\\_Dijkgraaf\\_2005\\_long\\_version.pdf](http://www.ccbh.nl/publicaties/BMJ_Dijkgraaf_2005_long_version.pdf)

En gruppe af de mest udsatte stofbrugere er imidlertid ikke i stand til at følge et sådant udredningsforløb i ambulant regi. Dette gælder både visse stofbrugere, der søger om behandling for første gang og stofbrugere, der af den ene eller anden grund er faldet ud af behandlingssystemet. Er man eksempelvis hjemløs, psykisk syg, har et kaotisk stofbrug og lever et stressfuldt liv på gaden med at skaffe penge til stof, jagtet af både en kriminel underverden og politi, kan den kommunale visitationsproces være en uoverkommelig forhindring.

Akuthusene vil her blive en reel mulighed for at få udredt det individuelle behandlingsbehov og samtidig få iværksat et behandlingsforløb – netop fordi disse tilbud vil indeholde de skærmende rammer, der kan imødekomme de basale behov for først og fremmest fornøden medicinsk behandling som alternativ til at være henvist til det illegale stofmarked, dertil en seng at sove i, mad, ro, omsorg og sikkerhed.

Gadejuristen kan kun bakke op om forslaget om etableringen af akuthuse, der vil kunne imødekomme en gruppe af stærkt udsatte stofbrugere som i dag kun har yderst begrænset mulighed for at gøre brug af de etablerede behandlingstilbud.

#### **Vedr. B 16, forslag til folketingsbeslutning om behandlingsplaner for og lægesamtaler med stofbrugere**

Et retskrav på lægesamtale inden for 3 dage efter henvendelse vil indebære, at de stofbrugere der måtte have behov for substitutionsbehandling også vil få denne behandling allerede under et indledende udredningsforløb. Indførelsen af en behandlingsgaranti for den medicinske behandling vil således imødekomme den gruppe, der ikke magter at deltage i den længere udredningsproces, uden at man samtidig varetager behovet for substitutionsbehandling. Dette vil selvsagt højne kvaliteten af udredningsforløbene, og give stofbrugerne en oplevelse af, at behandlingssystemet rent faktisk forstår og imødekommer deres problemer og behov. For den gruppe af stofbrugere, der har behov for og søger substitutionsbehandling giver en behandlingsgaranti, der ikke omfatter den medicinske behandling, ikke meget mening.

Den medicinske behandling prioriteres ikke tilstrækkelig højt i en del kommuner. Mange kommuner har alene tilknyttet en enkelt lægekonsulent, der kun er tilgængelig for patientkonsultation i kommunen én gang ugentligt, visse steder kun én gang hver 14. dag. Den samme lægekonsulent kan varetage den medicinske behandling i adskillige kommuner samtidig. Som eksempel kan nævnes, at substitutionsbehandlingen af flere end 700 patienter i dag varetages af én enkelt lægekonsulent på vegne af en række kommuner over et større geografisk område. Det siger sig selv, at det er vanskeligt for én læge at levere højt kvalificeret behandling til flere end 700 patienter, hvoraf en stor del har massive sundhedsmæssige, psykiatriske og sociale problemer. Det er dertil Gadejuristens opfattelse, at en del af den medicinske behandling i særligt visse kommuner reelt set ikke varetages af læger eller andet sundhedsfagligt personale, men af det personale der er ansat til at varetage den sociale behandling.

Samme uheldige forskel i stofbrugernes retstilling i forhold til den sociale og medicinske behandling gør sig gældende i forhold til retten til frit valg af behandlingssted. Denne ret omfatter i dag ikke den medicinske behandling og efterlader reelt stofbrugere med behov for medicinsk behandling uden nogen mulighed for at gøre brug af det frie valg, såfremt kommunen ikke er indstillet herpå. Gadejuristen har set mange eksempler på, at den manglende ret til frit valg i forhold til den medicinske behandling af kommunerne

anvendes til at afskære stofbrugere fra at gøre brug af det frie valg. Folketinget prioriterede højt med vedtagelsen af den såkaldte behandlingsgaranti tilbage i 2002, men som alene kom til at omhandle den sociale behandling. Gadejuristen har tidligere henvendt sig til den daværende sundhedsminister og til Folketingets Sundhedsudvalg herom.<sup>5</sup>

Nærværende forslag om at udvide adgangen til frit valg af behandlingssted til også at omfatte den medicinske behandling betyder tillige, at man løser det problem, der følger af at den behandlingsansvarlige kommune i forhold til den medicinske behandling er folkeregisterkommunen, mens den sociale behandling følger "opholds- og handlekommune" reglerne i retssikkerhedsloven. Disse er ikke nødvendigvis sammenfaldende, især ikke for stofbrugere der af forskellige årsager bevæger sig på tværs af kommunegrænser, og ansvaret for henholdsvis den medicinske og sociale behandling kan således i dag påhvile to forskellige kommuner. Med den foreslåede udvidelse af frit-valgs ordningen til også at omfatte den medicinske behandling, vil stofbrugeren få mulighed for at samle behandlingen i den kommune, den pågældende rent faktisk opholder sig i og dermed sikre, at stofbrugeren reelt får mulighed for at modtage behandling.

Gadejuristen har mange gange rejst kritik af den substitutionsmedicinske behandling. Det er vores generelle opfattelse, at der særligt visse steder er et totalt fravær af fokus på patientrettigheder i substitutionsbehandlingen, og at stofbrugere i vidt omfang mødes med mistillid, kontrol og sanktioner på en måde, der ville være aldeles uhørt i andre dele af sundhedsvæsenet.<sup>6</sup> Patienter i substitutionsbehandling har i dag ingen anden mulighed for at skifte læge end ved at flytte til en anden kommune. Da få lægekonsulenter dækker meget store geografiske områder, kan man være nødsaget til at flytte til en helt anden landsdel for at genskabe en god behandlingsrelation mellem læge og patient. Sådanne påtvungne og højst uønskede flytninger har vi set en del af gennem årene og må konstatere, at de alt for ofte fører til hjemløshed og en yderligere forværring af stofbrugernes samlede situation.

Det er Gadejuristens opfattelse, at gennemførelsen af behandlingsgaranti og frit valg af behandlingssted i forhold til den substitutionsmedicinske behandling vil være det vigtigste enkeltstående tiltag i forhold til at sikre kvaliteten, patientrettigheder samt udvide adgangen til behandling – både for de der allerede er i behandling og for den store gruppe, der i dag fravælger behandling.

B 16 indeholder tillige forslag om, at der inden for 14 dage skal være udarbejdet en behandlingsplan. Af bemærkningerne til forslaget fremgår, at denne plan både skal indeholde en behandlingsplan for den sociale og medicinske behandling samt for indsatsen i forhold til bolig, job eller uddannelse mv. Det er efter Gadejuristens opfattelse vigtigt, at man skelner mellem en "behandlingsplan" og en "social handleplan". Kommunerne er allerede forpligtede til at tilbyde at udarbejde sådanne for og sammen med udsatte stofbrugere, og der er allerede krav om, at den delplan, der kaldes "behandlingsplan", skal være udarbejdet inden for 14 dage, idet behandlingsgarantien indebærer, at der inden for 14 dage skal være iværksat behandling i henhold til en behandlingsplan. En bredere "social handleplan" følger af servicelovens § 141, og skal lidt forenklet sagt koordinere den samlede indsats for den udsatte borger på tværs af kommunale,

---

<sup>5</sup> Se SUU 2010-11 alm. del bilag 66 og 67 samt ministerens svar på udvalsspørgsmål SUU 2010-11 alm. del Svar på spørgsmål 181.

<sup>6</sup> Se eksempler på de mange konkrete sager herom fra et tre årigt satspuljefinansieret dokumentationsprojekt i Gadejuristen, "Dokumentationsprojektet - En undersøgelse af udsattes retshjælpsbehov", kapitel 4.

[http://gadejuristen.dk/sites/default/files/Gadejuristen%20Unders%C3%B8gelse%20af%20udsattes%20retshj%C3%A6lpsbehov%20V5%2016%20nov%202011\\_0.pdf](http://gadejuristen.dk/sites/default/files/Gadejuristen%20Unders%C3%B8gelse%20af%20udsattes%20retshj%C3%A6lpsbehov%20V5%2016%20nov%202011_0.pdf)

regionale og statslige skel. Der findes ingen frist for iværksættelsen af en sådan plan, og det er Gadejuristens erfaring, at udsatte stofbrugere generelt ikke har sådanne samlede sociale handleplaner. Forpligtelsen til at udarbejde en social handleplan påhviler "kommunalbestyrelsen", mens ansvaret internt i de kommunale forvaltninger sjældent, om overhoved, er fastlagt. Det betyder, at indsatsen overfor den samme borger allerhøjst er indeholdt i hver enkelt forvaltnings egen delplan, men stort set aldrig er koordineret og samstemt.

Alle er enige om, at koordination og en helhedsorienteret indsats er altafgørende i forhold til at lykkes i indsatsen overfor udsatte borgere. Alligevel anvendes socialrettens "styringsredskab", den sociale handleplan, stort set ikke. Gennemførelsen af en 14 dages frist vil være afgørende i forhold til, at dette vil komme til at ske. Forslaget vedrører den koordinerede indsats for stofbrugere, og man bør derfor tillige understrege, at planen forudsættes udarbejdet i behandlingssystemet og hermed tydeliggøre, at ansvaret herfor påhviler det kommunale behandlingssystem.

#### **Vedr. B 24, forslag til folketingsbeslutning om udvidelse af ordningen med lægeordineret heroin**

Forslaget vedrører en udvidelse af den nuværende ordning med lægeordineret heroin samt forslag om, at det overvejes at give adgang til behandling med kokain.

Som det fremgår af bemærkningerne til forslaget, har den nuværende heroinbehandling været en succes for de udvalgte få, der har haft mulighed for at få adgang til denne behandling. Som det tillige nævnes i bemærkningerne, er den nuværende ordning dog begrænset af en række forhold, herunder at heroin alene kan indtages intravenøst, ligesom behandlingsregimet – uafhængigt af individuelt funktionsniveau – er tilrettelagt så ufleksibelt, at man eksempelvis ikke kan påtage sig et arbejde.

Sundhedsstyrelsen har i juli udgivet sine anbefalinger vedrørende en udvidelse af heroinbehandling og konkluderer, at der alene er "sundhedsfagligt belæg" for en udvidelse med heroin i tabletform. Sundhedsstyrelsen synes imidlertid i sin anbefaling at have misforstået heroinbehandlingens skadesreducerende formål. Man synes grundlæggende at stille de forkerte spørgsmål, og derfor kommer man også frem til de forkerte svar. Når det til eksempel indvendes, at rygning af heroin medfører risiko for diverse mere eller mindre veldokumenterede skadevirkninger, og derfor ikke kan anbefales, er dette netop et eksempel på et forkert spørgsmål, der leder til et forkert svar. Man spørger sig selv, om det er sundt at ryge heroin, og svaret er helt korrekt et nej, men rygning af illegal heroin medfører de samme og endnu flere risici og forekommer allerede i vidt omfang. Det korrekte spørgsmål må tage udgangspunkt i den virkelighed behandlingen skal indgå i og bør derfor lyde: Indebærer rygning af heroin indkøbt og produceret illegalt flere eller færre sundhedsrisici end rygning af medicinsk fremstillet heroin? Hertil kommer muligheden for at skabe rammerne for at leve en sundere og bedre tilværelse med bolig, mindre forbrug af øvrige illegale rusmidler samt reduceret kriminalitet og fængselsophold. Endelig må man spørge om, der er sundhedsfagligt belæg for at fremme intravenøs stofindtagelse på bekostning af rygning? Intravenøs stofindtagelse indebærer bl.a. øget risiko for smitte med blodoverførte sygdomme som HIV og hepatitis B og C samt øget risiko for overdosis. Gadejuristen har endvidere rettet henvendelse til den hollandske forskningsverden, som afviser Sundhedsstyrelsens indvendinger mod rygeheroin og i øvrigt henviser til, at rygeheroin er et registreret lægemiddel i Holland.

Det samme gælder for heroin til indtagelse nasalt (ved snifning). Her konkluderer Sundhedsstyrelsen, at der er få, men positive, erfaringer fra udlandet, men på baggrund af den begrænsede viden kan behandling med heroin via næsen ikke anbefales. Man stiller sig ikke spørgsmålet, om administrationsformen grundlæggende er mere eller mindre risikobetonet end indtagelse intravenøst eller via rygning. Igen er der tale om forkerte spørgsmål og derfor også forkerte og tilmed uambitiøse svar.

Henset til det skadesreducerende potentiale i forhold til overvejelserne om kokainordination skal det nævnes, at der i den tilgængelige illegale kokain i Danmark findes Levamisol i hele 84 pct. af prøverne af beslaglagt kokain i 2011. Levamisol er ifølge Sundhedsstyrelsen et middel til behandling af parasitiske ormeinfektioner, der påvirker immunforsvaret hos mennesker, og som ifølge internationale kilder kan påføre brugerne en række øvrige skadevirkninger.<sup>7</sup>

Både når vi ser på udvidelse af heroinbehandlingen og på den foreslåede udvidelse af stofbehandlingen til også at omfatte kokain, er der tale om henholdsvis relativt nye og helt nye måder at løse nogle alvorlige problemer, som det hidtil ikke er lykkedes at løse. Hvis ambitionen reelt er at finde måder at løse eller kontrollere disse hidtil uløste problemer på, er det ikke nok at afvente, at nogle andre finder løsningen for os, som vi så kan kopiere. Hvis vi vil de enorme sundhedsmæssige konsekvenser af det illegale stofforbrug til livs, og hvis vi markant vil reducere den omfattende følgekriminalitet, må vi turde gå forrest, prøve os frem, prioritere ressourcer på at evaluere og monitorere både indsatsen og problemerne og være villige til at ændre på indsatsen, når vi ikke lykkes. At forsøge nyt indeholder også risikoen for at begå fejl, men at fortsætte med en indsats der ikke virker og ikke har udsigt til at virke, er en endnu større fejl.

Behandlingen med lægeordineret heroin, og en eventuel udvidelse til kokain, bygger oven på de eksisterende medicinske behandlingsformer som behandling med metadon og buprenorphin. Der skal være tilstrækkelige behandlingsmuligheder for, at vi kan finde den rette løsning for den enkelte, både hvad angår valg af stof/præparat og administrationsform (indtagelsesmåde).

Med venlig hilsen

**Gadejuristen**

Nanna W. Gotfredsen  
Cand.jur., leder

Emil Kiørboe  
Cand.jur., retspolitisk koordinator

---

<sup>7</sup> Se til eksempel Larocque A. og Hoffman R. S., 2012 Apr;50(4):231-41, *Levamisole in cocaine: unexpected news from an old acquaintance*, Clin Toxicol (Phila). Tilgængelig via US National Library of Medicine, National Institutes of Health, på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455354>