Høring for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg om

Lægeordineret heroin

Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring i Landstingssalen, Christiansborg den 25.maj 2007

Teknologirådets rapporter 2007/4
Høring om lægeordineret heroin
Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg
Den 25. maj 2007 i Landstingssalen, Christiansborg

Projektlede i Teknologirådets sekretariat:
Berit Aadal, projektleder
Anders Jacobi, projektleder
Eva Glejtrup, projektsekretær

Resumé:
Thomas Klenow With, freelance journalist

Redigeret udskrift:
Folketingstidende og Teknologirådet

Tryk:
Folketingets trykkeri


Rapporten kan bestilles hos:
Teknologirådet
Antonigade 4
1106 København K
Tlf.: 33 32 05 03
E-mail: tekno@tekno.dk

Rapporten kan også hentes på Teknologirådets hjemmeside:
www.tekno.dk/ordineret-heroin

Teknologirådets rapporter 2007/4
**Forord**

Denne rapport samler op på høringen 'Lægeordineret heroin', der blev afholdt fredag den 25. maj 2007 i Landstingssalen på Christiansborg. Høringen var arrangeret af Teknologirådet for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg

Høringen blev afholdt for at skabe rum for en dialog mellem politikere og oplægsholdere om lægeordineret heroin. Formålet med høringen var at belyse de potentielle effekter af danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin for hårdt belastede stofmisbrugere.

Høringen tog afsæt i en række internationale erfaringer med lægeordineret heroin. Tre internationale anerkendte eksperter fremlagde resultaterne af forsøgsordninger med lægeordineret heroin fra deres respektive lande; Schweiz, Holland og Tyskland. I forlængelse af de internationale erfaringer satte høringen fokus på de sociale og sundhedsmæssige afledte effekter af lægeordineret heroin. Herudover blev lægeordineret heroin placeret i en bredere samfundsmæssig kontekst, hvor blandt andet misbrugsrelateret kriminalitet og moralske overvejelser blev debatteret. Afslutningsvis lagde høringen op til en diskussion af de mere konkrete faktorer i forbindelse med en eventuel etablering af forsøgsordninger med lægeordineret heroin i Danmark.


En lydoptagelse fra høringen kan downloads som podcast fra Teknologirådets hjemmeside: [www.tekno.dk/ordineret-heroin](http://www.tekno.dk/ordineret-heroin)

Teknologirådet vil gerne benytte lejligheden til at takke høringens oplægsholdere, politikerpanelet, Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg samt Folketingets administration.

Teknologirådet, august 2007

Berit Aadal
Anders Jacobi
Eva Glejtrup
Indholdsfortegnelse

Forord ........................................................................................................................................................................ 3

Program ........................................................................................................................................................................ 6

Folketingsmedlemmer i høringens spørgpanel ............................................................................................................. 8

Resumé af høringen ....................................................................................................................................................... 9

Præsentation af oplægholdere ......................................................................................................................................... 21
  Mads Uffe Pedersen ...................................................................................................................................................... 21
  Jürgen Rehm ................................................................................................................................................................. 21
  Vincent Hendriks ........................................................................................................................................................... 22
  Uwe Verthein ................................................................................................................................................................. 22
  Thomas Fuglsang ........................................................................................................................................................... 22
  Preben Brandt ............................................................................................................................................................... 23
  Annemarie Outze .......................................................................................................................................................... 23
  Evy Frantzsen ................................................................................................................................................................. 23
  Liese Recke .................................................................................................................................................................... 24
  Michael Lodberg Olsen .................................................................................................................................................... 25
  Uffe Juul Jensen ............................................................................................................................................................. 25
  Christian Hvidt ................................................................................................................................................................. 26
  Jørgen Kjær .................................................................................................................................................................... 26

Introduktion – lægeordineret heroin på dagsordenen ................................................................................................. 28
  Af Mads Uffe Pedersen, centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, AU

Erfaringer fra Schweiz – heroinstøttet substitutionsbehandling af opioid-afhængighed ........................................... 35
  Af professor Dr. Jürgen Rehm, leder af ISGF/Research Institute for Public Health and Addiction, Zürich

Erfaringer fra Holland – heroinstøttet behandling i Holland ....................................................................................... 38
  Af Dr. Vincent Hendriks, leder af Parnassia Addiction Research Center (PARC), seniorforsker Centrale
  Commissie Behandeling heroïnverslaafden (CCBH)

Erfaringer fra Tyskland – heroinstøttet behandling af opioidafhængige patienter ............................................... 45
  Af Dr. Uwe Verthein, seniorforsker Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg

Lægefaglig vinkel på sundhedsmæssige effekter af lægeordineret heroin ................................................................. 54
  Af Thomas Fuglsang, overlæge og centerchef i KABS

Brug af ordineret heroin i behandling af stofmisbrugere - Et socialt perspektiv ...................................................... 59
  Af Preben Brandt, formand for Rådet for Socialt Udsatte
Fastholdelse af stofmisbrugere i deres stofmisbrug vs. afvænning. De pårørendes vinkel.........62
Af Annemarie Outze, formand for Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere

Kriminalitet og heroinmisbrug .................................................................................................................65
Af Evy Frantzsen, Dr. Jur. og kriminolog, Det Juridiske Fakultet, KU

Lægeordineret heroin set i lyset af heroinmisbrugernes hverdag og gadebilledet generelt ........70
Af Liese Recke, Cand. psyk., udviklingschef i KABS, bestyrelsensformand Gadejuristen

Lægeordineret heroin og Vesterbro ........................................................................................................74
Af Michael Lodberg Olsen, talsmand for Foreningen for narkoløsninger på Vesterbro

Lægeordineret heroin i et samfundsmæssigt og etisk perspektiv .........................................................77
Af Uffe Juul Jensen, professor og centerleder ved Center for Sundhed, Menneske og Kultur, AU

Danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin .............................................................................81
Af Christian Hvidt, klinisk overlæge i Københavns Kommune

Succeskriterier for en dansk forsøgsordning med lægeordineret heroin .............................................86
Af Mads Uffe Pedersen, centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, AU

Heroinunderstøttet behandling set fra en brugervinkel .......................................................................88
Af Jørgen Kjær, formand for BrugerForeningen, foreningen for aktive stofbrugere

Redigeret udskrift af høringen ..................................................................................................................94

Introduktion - lægeordineret heroin på dagsordenen ...........................................................................95
Blok 1: Udenlandske erfaringer med lægeordineret heroin .................................................................101
Spørgsmål og svar til blok 1 ................................................................................................................102
Blok 2: Sociale og sundhedsmæssige effekter af lægeordineret heroin ..............................................107
Spørgsmål og svar til blok 2 ................................................................................................................115
Blok 3: Lægeordineret heroin i et samfundsmæssigt perspektiv .........................................................126
Spørgsmål og svar fra blok 3 ..............................................................................................................133
Blok 4: Danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin ...........................................................142
Spørgsmål og svar til blok 4 ...............................................................................................................149

Deltagerliste .............................................................................................................................................160

Teknologirådets udgivelser 2004 – 2007 ...............................................................................................165
Program

9.00 – 10.00 Ankomst og indregistrering

10.00 – 10.10 Velkomst
Åbning af høringen
v/ Pia Kristensen (DF), formand for Folketingets Socialudvalg

10.10 – 10.30 Introduktion – lægeordeneret heroin på dagsordenen
Overblik over de væsentligste problematikker omkring heroinmisbrug. Fokus på det eksisterende behandlingssystem for heroinmisbrugere. Lægeordeneret heroin set i relation til andre behandlingstilbud for hårdt belastede stofmisbrugere.
v/ Mads Uffe Pedersen, centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, AU

10.30 – 11.30 Udenlandske erfaringer med lægeordeneret heroin
Fokus på internationale erfaringer med henholdsvis forsøgsordninger og permanente behandlingstilbud med lægeordeneret heroin. Konklusioner, effekter, status.

v/ Professor Dr. Jürgen Rehm, leder af ISGF/Research Institute for Public Health and Addiction, Zürich

* Erfaringer fra Holland – fokus på samfundsøkonomiske analyser
v/ Dr. Vincent Hendriks, leder af Parnassia Addiction Research Center (PARC), seniorforsker ved National Committee on the Treatment of Heroin addicts (CCBH)

* Erfaringer fra Tyskland – fokus på de psykosociale faktorer
v/ Dr. Uwe Verthein, seniorforsker ved Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg

11.30 – 11.50 Pause

11.50 – 12.50 Sociale og sundhedsmæssige effekter af lægeordeneret heroin
De sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug er omfattende. Samtidig er der i Danmark høj rate af dødelighed blandt misbrugere. Sociale og sundhedsmæssige argumenter for og imod lægeordeneret heroin.

* Lægefaglig vinkel på sundhedsmæssige effekter ved lægeordeneret heroin
v/ Thomas Fuglsang, overlæge og centerchef i KABS

* Sociale effekter ved lægeordeneret heroin
v/ Preben Brandt, Formand for Rådet for Socialt Udsatte

* Fastholdelse af stofmisbrugere i deres stofmisbrug vs. afvænning. De pårørendes vinkel
v/ Annemarie Outze, Formand for Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere

12.50 – 13.40 Frokost
13.40 – 14.40 Lægeordineret heroin i et samfundsmæssigt perspektiv

* Kriminalitet og heroinmisbrug. Effekten af lægeordineret heroin i forhold til den overordnede narkorelaterede kriminalitet
v/ Evy Frantzsen, Dr. Jur. og kriminolog, Det Juridiske Fakultet, KU

* Lægeordineret heroin set i lyset af heroinmisbrugernes hverdag og gadebilledet generelt
v/ Liese Recke, Cand. psyk., udviklingschef i KABS, bestyrelsesformand Gadejuristen

* Effekterne af lægeordineret heroin på hårdt belastede miljøer. Beboervinkel
v/ Michael Lodberg Olsen, talsmand Foreningen for narkoløsninger på Vesterbro

* Lægeordineret heroin - moralsk legitimering af narkomani?
v/ Uffe Juul Jensen, professor og centerleder ved Center for Sundhed, Menneske og Kultur, AU

14.40 – 15.00 Pause

15.00 – 16.00 Danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin

* Opbygning af en dansk model for forsøgsordninger med lægeordineret heroin. Konkrete og lavpraktiske overvejelser.
v/ Christian Hvidt, klinisk overlæge i Københavns Kommune

* Succeskriterier for en dansk forsøgsordning med lægeordineret heroin. Hvad er det man vil opnå?
v/ Mads Uffe Pedersen, Centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, AU

* Forsøgsordninger med lægeordineret heroin i et brugerperspektiv
v/ Jørgen Kjær, formand for Brugerforeningen

15.15 Afrunding af høring
v/ Birthe Skaarup (DF), formand for Folketingets Sundhedsudvalg
Folketingsmedlemmer i høringens spørgepanel

Hans Andersen (V)
Sophie Hæstorp Andersen (S)
Karin Nødgaard (DF)
Tom Behnke (KF)
Charlotte Fischer (RV)
Pernille Frahm (SF)
Per Clausen (EL)

Ordstyrere på høringen: Pia Kristensen (DF), formand for Folketingets Socialudvalg og Birthe Skaarup (DF), formand for Folketingets Sundhedsudvalg
Resumé af høringen


Banen krædtes op

Lederen for Center for Rus middelforskning, Cand. Psych, Ph.d. Mads Uffe Pedersen lagde ud med at kræde banen op. Han slog fast, at målgruppen for lægeordineret heroin kun udgør ca. 2% af de henved 27.000 danske stofmisbrugere. Og at der ikke er tale om nogen mirakelløsning: "Vi taler ikke om en gennemgribende forandring af det danske behandlingssystem, men om at hjælpe en gruppe mennesker, der ikke lever et værdigt liv. Vi vil ikke kunne se det i statistikkerne. Men vi hjælper nogle, som vi ikke kan være bekendt ikke at hjælpe. En mindre gruppe mennesker, der i dag leve en meget uværdigt liv."

I Danmark er 9-11.000 stofmisbrugere afhængige af heroin – men kun 600-1.000 vil komme på tale til lægeordineret heroin - blandt andet de som er i metadon-behandling, og som ved siden af har et massivt forbrug af ulovlig heroin: De tager heroin 20-25 dage om måneden, deres månedlige udgifter til stoffer er 18.000 kr. i snit, og de er involveret i kriminelle aktiviteter ca. 13 dage om måneden.


Schweizisk succes

Dr. Jürgen Rehm, leder og administrerende direktør for Forskningscenter for Folkesundhed og Stofmisbrug i Zürich, Schweiz fortalte om sit lands erfaringer med lægeordineret heroin. Det hele begyndte med den berygtede ’nål-park’ i Zürich for 20 år siden, hvor heroinen nærmest kunne sælges frit, uden at poli-
tiet greb ind. Billederne gik Europa rundt. Befolkningen var i oprør. Det gav stødet til et heroinforsøg med en firepunkts målsætning:

1) Reducere antallet af nye stofmisbrugere
2) Øge antallet af afhængige som blev stoffri
3) Mindske de negative sundhedskonsekvenser ved misbruget, samt mindske den sociale stigmatisering af misbrugerne
4) Beskytte samfundet mod de narko-relaterede skader – herunder kriminalitet


Det schweiziske program kørte som forsøg i seks år, før det blev gjort permanent af parlamentet. Uafhængigt heraf blev injicerbort her oin an erkendt af den schweiziske lægemiddels tyrelse, så også forsikringsselskaberne nu kan gå ind og betale for heroinbehandling. Forsøget har ikke beskæftiget sig med, hvilke doser metadon og heroin, der er den mest hensigtsmæssige. Forsøgets styrke er, at det har fulgt misbrugerne gennem rigtigt mange år.

Decentral heroinbehandling

Holland: Penge af spare på at reducere kriminaliteten

(95%), som er den mest udbredte misbrugsform i Holland. De blev sammenlignet med tilsvarende patienter i metadonbehandling, der blev tilbudt intensiveret psykosocial behandling. Heroin-patienterne havde i snit en succesrate på 55-57% – 25 procentpoint højere end metadon-patienterne.

**Cost-benefit regnskab**

Økonomer fra Amsterdams Universitet blev sat til at udarbejde et cost-benefit regnskab. Udgifterne til hver heroin-patient lå på 18.000 euro pr. år (ca. 136.000 d.kr.), mens metadonpatienterne kostede 2.400 euro/år (18.000 d.kr.). Men sammenholdt med udgifterne i forbindelse med kriminalitet, vendede regnskabet sig til fordel for heroinen. Økonomerne regnede på udgifterne i forbindelse med narkotikarelaterede røverier og tyverier – for henholdsvis virksomheder og privatpersoner – foruden udgifter til politi og retsvesen. Det viste sig, at heroin-patienterne i snit kostede 9.600 euro (72.500 d.kr.), mens metadonpatienterne kostede 35.000 euro (265.000 d.kr.). Nettoresultatet var, at de årlige udgifter til en heroinpatient var ca. 13.000 euro (ca. 100.000 d.kr.) lavere end til en metadon-patient. Efter de 12 måneder forsøgte man at støtte udleveringen af heroin – med henblik på at se om de positive effekter varede ved. Det gjorde de ikke. På to måneder var heroinpatienterne tilbage i samme dårlige situation, som metadonpatienterne. Hvilket fører til konklusionen, at heroin ikke kan bruges som kur, men kun til vedligeholdelsesprogrammer.

**Tyskland: Verdens største heroinforsøg**

Seniorforsker ved Center for Interdisciplinær Misbrugsforskning i Hamburg, Dr. Uwe Verthein, fortalte om det det tyske forsøg med heroin-ordination. Det kørte i to faser af hvert et års varighed – med i alt 1.015 patienter, mens det dobbelte antal var blevet screenet på forhånd. Deltagerne blev fordelt i seks kategorier: Om de fik heroin eller metadon under forsøget. Om de havde været på metadon forinden eller om de havde stået uden for det terapeutiske system. Og om de modtog individuel psykosocial støtte eller psykosocial udannelse i form af gruppeterapi. Dermed er der tale om det ’største randomiserede forsøg med lægeordineret heroin nogensinde.’


**Befolkningen fokuserer på fald i kriminalitet**

Pernille Frahm (SF) ønskede en uddybning af tallene. Hun syntes, det virkede som om der var store forskelle på, hvor snævre eller brede grupper misbrugere, der fik lov til at være med i heroin-behandlingen. Dr. Jürgen Rehm gjorde opmærksom på, at man skal skelne mellem narkomaner generelt og heroinafhængige. Hvis man ser på de heroinafhængige er målgruppen ret ens i landene: Cirka 6% af de heroinafhængige har gavn af at være med.

Charlotte Fischer (RV) ville høre, hvorfor man udelod de svageste narkomaner i det hollandske forsøg. Dr. Vincent Hendriks forklarede, at betingelsen for at være med var, at man havde været i metadonbehandling, og dermed vist at man i det hele taget var i stand til at deltage i en behandling. Visse patienter, for eksempel med akutte psykos, var ikke i stand til at forstå rationalet i behandlingen. Men der var ikke tale om, at svage patienter generelt ikke kunne være med.

Tom Behnke (KF) ville høre om forholdet mellem afvænning og heroinbehandling. "Hvordan kan uddeleling af stats-narko kaldes for behandling? Man bliver vel ikke mindre narkoman af at få gratis heroin?" Dr. Uwe Verthein sagde, at i det tyske forsøg var 6-8% af deltagerne i heroinforsøget blevet afvænget undervejs. Dr. Vincent Hendriks argumenterede, at stofafhængighed for mange vedkommende må anskues som en kronisk, uhelbredelig sygdom på linje med fx diabetes – og at heroinen i den forbindelse kan sammenlignes med insulin.

Hans Andersen (V) ville vide, om man havde sammenlignet med forsøg, hvor metadonen skulle sprøjtes ind. Mads Uffe Pedersen sagde, at den sammenligning vil blive foretaget i det kommende engelsk forsøg, hvor man vil sammenligne heroin-ordinering med den såkaldte ’optimale metadonbehandling’.


Mangelfulde behandling af udstødte


Generelt set er koordinationen ringe mellem den sundhedsmæssige behandling og kommunernes psykosociale indsatser, for eksempel mht. bolig, børn, arbejde. Der mangler faste standarder. Resultatet er at narkomanerne lever i et ‘håbløst morads’. Fx viser en undersøgelse af tænderne hos 200 narkomaner at de i snit har behov for almindelig tandbehandling for 50.000 kr.

De nye kommuner må derfor sætte mere kul på den lægeafgivne behandling, og der må gennemføres en behandlingsgaranti – sådan en findes nemlig ikke – og der bør indføres faste standarder for den psykosociale behandling, sagde Thomas Fuglsang der undrede sig over, at der ikke findes sundhedsaftaler på området.
Heroin nu


Heroinen tager det sidste håb


Narkobehandling i de ny kommuner

Karin Nødgaard (DF) spurgt Thomas Fuglsang, om man ikke skulle vente med at sætte forsøget med lægeordineret heroin i gang til de nye sammenlagte kommuner har fundet deres ben. Og videre spurgt hun Annemarie Outze, hvordan dennes drømmebehandling for misbrugere ville se ud. Thomas Fuglsang hæftede sig ved, at kommunalreformen er alle tiders chance for at tage hele misbrugsbehandlingen op til grundig revision – og skabe sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og de sociale tilbud. Allerede i dag har kommunerne lov til at give metadon med sprøjte, men stort set ingen bruger muligheden. Sundhedsstyringen bør ifølge Thomas Fuglsang udgive en grundig faglig vejledning om misbrugerbehandling, så det ikke blot ender med recepter på metadon eller heroin. Annemarie Outze svarede ved at opregne et par af det fungerende systems fatale mangler: Antallet af stoffri behandlinger er faldet, misbrugere løslades direkte til gaden fra fængslerne og de nødvendige tilbud om psykosocial behandling mangler. Stofbrugerne sejler deres egen sø.

Pernille Frahm (SF) spurgte, hvorfor man skal vente på et særligt dansk forsøg før man går i gang, når man nu har set det virke i tre ret forskellige lande, hvor resultaterne ser ud til at være entydigt positive. Thomas Fuglsang svarede, at det kunne man da godt. Han foreslog at skele til den hollandske model med et kvalitetsbetonet koncept med grundig visitation – hvor man tager fat i de grupper, som ikke har haft gavn af andre tilbud.

Lægeordineret heroin giver mindre kriminalitet


Eks-narkoman skyder indvendinger ned


14
En fars heroin-historier

Michael Lodberg Olsen, talsmand for Foreningen af Narkoløsninger på Vesterbro, bad først om gode idéer til, hvad han skal sige til sine børn på fire og seks år, når de kigger ud af vinduet fra hjemmet på Halmtorvet i København og ser en narkoman med bukserne nede, som sprøjtter sig i lysken, eller narkomanen der ligger livløs eller død i en opgang. "Skal jeg sige til børnene, at de er syge, eller at de har det dårligt? Mine børn er jo ikke dummere end, at de godt ved, hvad man normalt gør, når mennesker at syge, så hvad skal jeg svarer?"


Om narkomani og foragten for de svage

Professor i filosofi, Uffe Juul Jensen, leder af Center for Sundhed, Menneske og Kultur ved Aarhus Universitet, gjorde opmærksom på, at ordet narkomani i Nudansk Ordbog er stærkt negativt ladet. Der er tale om en 'sygelig trang' - dvs. ikke en sygdom, men om en moralsk brist. Man kan se det i forhold til, at lægevidenskabens historie er én lang humaniserings-proces, hvor sygdomme er blevet afmystificerede, så de ikke længere er resultatet af de syges moralske karakterbrist. Men når en læge sammenligner stofbrug med en sygdom, så holder analogien ikke. Og hvis heroindebatten skal bidrage til en humanisering, så må debatten flyttes. Stofbrug er noget andet end hjerteproblemer og diabetes.

**Fængselsheroín og succesrater**

Sophie Hæstorp Andersen (S) spurgte Evy Frantzsen og Liese Recke om mulighederne for at bruge heroinprogrammet i fængslerne. Evy Frantzsen svarede, at hun principielt er imod behandlinger i fængslet, på grund af det tvangsaspekt, der ligger i det. Omvendt er det vigtigt at vedligeholde en allerede igangsat behandling også i fængslet. Liese Recke var enig og tilføjede, at kriminalforsorgen har svært ved at vide-reføre allerede igangsatte behandlinger. Dr. Jürgen Rehm fra Schweiz indskød at heroinbehandlingen i fængslerne kun finder sted, hvis der også tilbydes metadonbehandling. Han tilføjede, at resultaterne af heroinbehandlingen i fængslerne var blandt de mest succesrige overhovedet inden for forsøget.

Tom Behnke (KF) spurgte Liese Recke, hvad hun mente med, at ’kun få’ profiterer af stoffri behandling. Hun sendte spørgsmålet videre til Mads Uffe Pedersen, der refererede 5-6 år gamle undersøgelser, som viser, at hen ved 80% af heroinafhængige falder tilbage efter stoffri døgnbehandling inden for et år. Man har set samme mønster ved den ambulante behandling. Når det gælder metadonbehandlingen er der omkring 15%, der får et stabilt liv uden sidemisbrug, hvilket er omtrent det samme som stoffri. Men der er tale om to meget forskellige grupper. Og i øjeblikket er der brug for endnu et værktøj til de allermejet belastede grupper. Tom Behnke (KF) fortalte, at Socialudvalget havde set på et projekt i Italien med en to-årig døgnbehandling, og en succesrate på 80%, men at det åbent ikke virker i Danmark. Liese Recke sagde at de debattere ville blive mere kvalificeret, hvis man fik mere overordnede succeskriterier, hvis personer blev bedre uddannet, og hvis kommunerne fik flere incitamenter til rent faktisk at opsamle erfaringerne fra alle de talrige forsøg.


Dr. Jürgen Rehm gjorde opmærksom på, at en succesrate på 80% i stoffri i afvænningsprogrammer ganske enkelt ikke findes – ikke uden at misbrugerne var håndplukket på forhånd. Hvis nogen kunne præsentere ham for en 80% succesrate med tilfældigt udvalgte misbrugere, ville han give 1.000 dollars.

Skrappe krav til forsøg


Gå i gang med det samme


Behandling med lægeordineret heroin kræver en reorganisation af systemet. Kommunerne har i dag fået ansvar for systemet, men nogle steder sidder der blot to medarbejdere på området, og de vil slet ikke kunne varetage opgaven. Overlæge Mads Uffe Pedersens konklusion var, at forsøg skal sættes i gang med det samme. Kvalitet er noget der udvikles hen ad vejen, så der er ingen grund til at vente.
**En misbrugers nødråb**

Formanden for Brugerforeningen for aktive stofmisbrugere og selv stofbruger gennem 30 år, **Jørgen Kjær**, lagde ud med at sige, at alle narkomaner drømmer om at blive stoffri, men at mange – efter talrige behandlinger – har indset, at de bliver nødt til at finde andre måder til et stabilt liv. Ved høringen for ni år siden var der hen ved 12.000 stofbrugere i Danmark, sagde Jørgen Kjær. I dag er tallet nær fordoblet. Den gang var der en stofscene med "varieret udbud og billige stoffer - det er der stadigvæk!

Hertil kommer, at Danmark fortsat har en dødelighed blandt stofbrugere, som er blandt de højeste i Europa. 2.000 er døde siden sidst høring. Til gengæld havde vi ikke engang samme viden om massive mængder data om effekten af forskellige skadereducerende tiltag – for eksempel om fixerum og heroinunderstøttet behandling. I dag mangler der hverken data eller viden om, hvordan man kan reducere dødeligheden, og om hvordan man kan give en række hårdt belastede narkomaner et anstændigt liv med helbred og værdighed i behold.


**Ti centre i Danmark**


Sofie Hæstorp Andersen (S) spurgte Christian Hvidt, hvordan man vil fastholde misbrugerne i heroinbehandling, når de først gennem 3-6 mdr. skal ’udredes sundhedsmæssigt’ og modtage undervisning i hygiejnisk indspørgningsteknik. Allerede i dag er det svært at fastholde nogle af metadonpatienterne. Hun henviste til en konkret misbruger, som hver dag skulle køre fra Slagelse til København. Christian Hvidt svarede, at der her er tale om en forsøgsordning med en kontroversiel behandling, og at det derfor er nødvendigt at skaffe ordentlige informationer om sundhedsstilstand, misbrug etc. til forsøgsprotokollen, så det senere er muligt at måle behandlingens effekt. Det vil tage mindst tre måneder. Men patienten behøver ikke komme hver dag.
Charlotte Fischer (RV) ville gerne have bekræftet Mads Uffe Pedersens udsagn om, at det ikke er noget problem at afgrense den gruppe misbrugere, der skal have behandlingen. Hun ville også høre, hvad man ved om injektion med metadon – og virkningen i forhold til injiceret heroin. Mads Uffe Pedersen bekræftede, at det i princippet ikke er svært at afgrense gruppen. Men det kræver et bedre dokumentations- og monitoreringsystem. Fra udlandet ved vi, hvilken type misbrugere, der har gavn af behandlingen. Fra udlandet ved vi også, at der ikke er tendens til at der ”lige så stille kommer nye grupper til”. Mht. metadon og heroin vil det ordentlige videnskabelige svar først ligge klar om et par år efter den engelske undersøgelse.

Ja eller nej til kaotiske gadenarkomaner


Sophie Hæstorp Andersen (S) spurgte om, at der nu med al snak om substitionsbehandling, som nu er blev ’standard’ - ikke en risiko for, at man helt glemmer muligheden for stoffri behandling. Desuden ville man spørge Christian Hvidt, om man ikke bare kunne gå i gang med en heroin-behandling i Danmark, når der nu i udlandet allerede er gennemført en masse forsøg. Mads Uffe Pedersen sagde, at han selv havde været bekymret for, om en behandling med lægeordineret heroin ville føre til et yderligere dyk i den stoffri behandling. Den er faldet 25%. Men han mente ikke det ville ske, fordi den gruppe, der kommer i stoffri behandling slet ikke leverer op til inklusionskriterierne til heroinbehandling.

Frisk på at gå i gang med det samme

Christian Hvidt sagde, at der i indkaldelsen til mødet stod, at det drejede sig om en forsøgsordning. Men at han da personligt ’ville være frisk på’ at gå i gang med en heroinbehandling med det samme. ”Så kunne vi om aftenen sidde og fortælle hinanden, hvor godt det var gået”. Men i en forsøgsordning er der nogle strammere krav med hypoteser, der skal bekræftes eller afkræftes. Preben Brandt gjorde opmærksom på, at der nok i dag er færre i stoffri behandling, og andelen af dem, der har gavn af behandlingen er højere. Det tyder på, at visitationen er bedre, hvilket må være godt for alle parter og samtidigt omkostningsefektivt. Han gjorde sig videre til talsmand for straks at gå i gang med heroinbehandling. Udlandet har vist, at det virker - så kan manindsamle dokumentation hen ad vejen. Christian Kjær fra Brugerforenin-

Som afslutning på dagens høring takkede formanden for Folketingets Sundhedsudvalg, Birthe Skaarup (DF) af, og fortalte at Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen har bebudet, at Sundhedsstyrelsen vil komme med en redegørelse om de internationale erfaringer med lægeordineret heroin inden udgangen af 2007.
Præsentation af oplægsholdere

Mads Uffe Pedersen

Mads Uffe Pedersen er Cand.psych./ph.d. og centerleder for Center for Rusmiddelforskning

Særlige fagområder: Behandling og organisering af indsatsen overfor stof og alkoholmisbrugere. Årsager til udviklingen af misbrug og afhængighed af rusmidler.

- Member of the EWODOR group executive committee (the European Working Group on Drugs Oriented Research). Fra oktober 2004 til d.d.

Mailadresse: mup@crf.dk

Jürgen Rehm

Professor Dr. Jürgen Rehm er:

- Leder og administrerende direktør, Institut für Sucht und Gesundheitsforschung, Zürich.
- Seniorforsker og meddirektør, Section Public Health and Regulatory Policies, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada.
- Professor og leder, Addiction Policy, Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto, Canada.
- Docent, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, Canada.
- Direktør, Collaborative Program in Addiction Studies (CoPAS), University of Toronto, Canada.

Efter at have læst psykologi og metodologi ved Universität Mannheim (cand.scient. 1984, ph.d. 1985) arbejdede Dr. Rehm for forskellige europæiske organisationer, offentlige såvel som private, og var gennem flere år ansvarlig for de schweiziske studier i heroinstøttet behandling.

Dr. Rehms forskning fokuserer på de politiske og epidemiologiske aspekter af brug og misbrug af stoffer, herunder økonomiske evalueringer og analyser. Gennem de seneste ti år har han skrevet eller været med til at skrive mere end 400 peer-reviewede publikationer og flere monografier. Disse publikationer er sammen udkommet i alle de væsentlige specialtidsskrifter på området, og flere af dem er blevet udgivet i mere generelle fagtidsskrifter med stor gennemslagskraft. I samme periode har han modtaget mere end 40 forskningsbevillinger i en samlet størrelsesorden af flere millioner $ fra finansieringsorganisationer over hele verden. Dr. Rehm har været involveret i flere nationale og internationale arbejdsgrupper.

Mailadresse: jtrehm@aol.com
**Vincent Hendriks**

Dr. Vincent Hendriks er leder af Parnassia Addiction Research Centre (PARC) og seniorforsker ved Centrale Commissie Behandeling Heroïnverslaafden (CCBH).


**Mailadresse:** [v.hendriks@parnassia.nl](mailto:v.hendriks@parnassia.nl)

---

**Uwe Verthein**

Dr. Uwe Verthein (f. 1963) er tilknyttet Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung ved Hamburg Universitet.

1984-1989: Psykologistudium ved Universität Hamburg
1995: Ph.d.
1991-1996: Forskningsassistent ved Fachbereich für Sozialwissenschaften, Universität Hamburg (Evaluering af metadonbehandling i Hamborg)
1995-2000: Forskningsassistent ved Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Komorbiditet mellem psykiske forstyrrelser og stofmisbrug)
Siden 2000: Seniorforsker ved Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universität Hamburg (Det tyske pilotprojekt omkring heroinstøttet behandling af opiatafhængighed)

**Mailadresse:** [verthein@sozialwiss.uni-hamburg.de](mailto:verthein@sozialwiss.uni-hamburg.de)

---

**Thomas Fuglsang**

Thomas Fuglsang er speciallæge i almen medicin, overlæge og centerchef i KABS, Glostrup Kommune.

- Har arbejdet med stofmisbrugere siden starten af 1990erne.
- 1995 afd.læge på specialinstitutionen på Forchhammersvej (hiv/aids syge misbrugere)
- 2001 centerchef i KABS
- Formand for Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, et videnskabeligt selskab for læger som interesserer sig for behandling af stofmisbrug.

**Mailadresse:** [thomas.fuglsang@glostrup.dk](mailto:thomas.fuglsang@glostrup.dk)
**Preben Brandt**

Preben Brandt er formand for Rådet for Socialt Udsatte

Speciallæge i psykiatri 1981 og dr.med. på disputatsen "Yngre Hjemløse", Københavns Universitet, 1992


Fra 1997: grundlagde og siden leder af NGO'en "projekt UDENFOR"


Fra 2002: Formand for Rådet for Socialt Udsatte


Mailadresse: [pb@udenfor.dk](mailto:pb@udenfor.dk)

**Annemarie Outze**

Annemarie Outze (f. 1943) er formand for Landsforeningen af Pårørende

Kontoruuddannelse, sekretær. Senest ansat i Planstyrelsen, (Miljøministeriet) i 10 år. Nu Førtidspensionist


- Initiativtager og medstifter af Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere (LPS) 1994
- Medlem af bestyrelsen (LPS)
- Næstformand (LPS) 1996 - 2002
- Bestyrelsensmedlem i foreningen Norden Mot Narkotika (NMN) siden 1996.
- Sidder i følgegruppe i Rådgivningscentrene Amager og Vest.
- Kontaktperson på rådgivningstелефon for pårørende til stofmisbrugere.

Mailadresse: [a.outze@mail.dk](mailto:a.outze@mail.dk)

**Evy Frantzsen**


1.amanuensis i retssociologi ved juridisk fakultet, Universitetet i Oslo

Særlige fagområder: Narkotika, fængsel, etnicitet, retsliggøjelse

- Medlem i redaktionen af Tidsskriftet Materialisten
- Bestyrelsesmedlem i Gadejuristen, København
- I forskergruppen ”Drugs Criminalisation” organiseret under GERN Network (Groupe Européen de Recherche sur les Normativités).

Mailadresse: Evy.Frantzsen@jur.ku.dk

Liese Recke

Liese Recke er Cand.psyk. og udviklingschef i KABS (Københavns Amts Behandlingscenter for Stofmisbrugere) www.kabs.dk

1995-1996: Deltager i projektarbejde i samarbejde med Århus Kommunes Ungdomscenter omkring opsøgende gadeplansarbejde
1997: Medstifter og medarbejder i den frivilligeforening Narko-info (Århus), støttet af midler fra Århus byråd samt socialministeriet; planlægning og afholdelse af offentlig høring om Hepatitis C, samt trykning og udgivelse af informationsmateriale til stofmisbrugere om Hepatitis C.

Udover mit professionelle cv, kan jeg tilføje, at jeg tidligere har været heroinafhængig i en længere årstrække, og har på det grundlag en række personlige erfaringer med ruskriminalitet og behandling.

Udover mit professionelle cv, kan jeg tilføje, at jeg tidligere har været heroinafhængig i en længere årstrække, og har på det grundlag en række personlige erfaringer med rusmiddelbrug og behandling.

Mailadresse: liese.recke@glostrup.dk

**Michael Lodberg Olsen**

Michael Lodberg Olsen er talsmand for Foreningen for Narkoløsninger på Vesterbro

Michael Lodberg Olsen er familiefar med 2 børn på 4 og 6 år, bosiddende på Halmtorvet på Vesterbro. Arbejder som leder af anonym familierådgivning under Københavns kommune.

- Talsmand for Foreningen for Narkoløsninger på Vesterbro // [www.narkovesterbro.dk](http://www.narkovesterbro.dk)
- Formand for Dugnad Vesterbro // [www.dugnad.dk](http://www.dugnad.dk)
- Formand for den sociale tænketank Metalog og den sociale portal Taletid // [www.metalog.dk](http://www.metalog.dk) og [www.taletid.org](http://www.taletid.org)

Dugnad Vesterbro har udgivet bogen "Danmarks Problem på Vesterbro" med forskellige synssæt og 101 forslag til løsninger.

Mailadresse: mlo@taletid.org

**Uffe Juul Jensen**

Uffe Juul Jensen (f. 1944) er professor ved Institut for Filosofi og Idéhistorie og centerleder ved Center for Sundhed, menneske og Kultur, Aarhus Universitet.

**Uddannelse:**
- Aarhus Universitets guldmedalje for prisopgavebesvarelse, 1969.
- Mag.art. i filosofi 1970 (Aarhus Universitet).
- Professor i filosofi, Aarhus Universitet, 1977.


- Projektleder ved SHFs rammebevillingsprogram Sundhed, Menneske og Kultur 1990-94.
- Centerledeved Sundhed, Menneske og Kultur, Center for humanistisk sundhedsforskning fra 1995.
- Medlem af bestyrelse og styregruppe for PHIS. Den nationale forskerskole i filosofi, idéhistorie og videnskabshistorie.
• Leder af forskeruddannelsesprogrammet: *Philosphy and the study of ideas and beliefs*. Det Humanistiske Fakultet, AU fra 2006

Medlem af forskellige nationale og internationale videnskabelige selskaber, sammenslutninger, tænketanke etc. (f.eks. Agora at The Getty Centre, Los Angeles; Health, Humanity and Culture, USC, LA. Associate of Bios; Centre for the study of bioscience, biomedicine, biotechnology and sociology at London school of Economics).

Medlem af forskellige nationale råd, tænketanke, bestyrelser etc. (tidligere bl.a. Det Sociale udviklingsråd, Socialforskningens Instituttets Tænketank om Velfærdsstatens fremtid).

*Mailadresse: filujj@hum.au.dk*

---

**Christian Hvidt**

Christian Hvidt er klinisk overlæge, Københavns Kommune

1982  Medicinsk Kandidat Københavns Universitet
1995  Speciallæge i Almen Medicin 1995
Siden 1996  Klinisk Overlæge Københavns Kommune

1982-1995  Varierende ansættelser i uddannelses øjemed
1999-2006  Afdelingslæge Specialinstitutionen Forchammersvej
2006 -  Klinisk Overlæge Københavns Kommune

Ansat i Københavns Kommunes Misbrugsbehandlingssystem for Stofafhængige siden 1999

Medlem af bestyrelsen i Dansk Selskab for Addiktiv Medicin siden 2002.

*Mailadresse: X097@sof.kk.dk*

---

**Jørgen Kjær**

Jørgen Kjær (f. 1952 i Kolding) er formand for BrugerForeningen – for aktive stofbrugere

Shippingmand siden 1973

*Tidligere ansættelsesforhold:*
• Sælger og reparatør af sportsudstyr
• Shippingmand
• Toldklarerer
• Repræsentant og sælger i radio og TV branchen
• Taxichauffør
• Selvstændig videoproducent
Særlige fagområder: Har brugt heroin i 30 år.

Bestyrelsesmedlem i BrugerForeningen 1996
Fra 1997 - Formand for BrugerForeningen – for aktive stofbrugere


Mailadresse: jk@brugerforeningen.dk
Introduktion – lægeordineret heroin på dagsordenen

Af Mads Uffe Pedersen, centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, AU

I nedenstående tabel 1 er det skønnede antal af stofmisbrugere i Danmark opstillet.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabel 1. Skønnet antal stofmisbrugere i Danmark [1]</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Skøn over stofmisbrugere i DK</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Skøn over stofmisbrugere i DK</td>
</tr>
<tr>
<td>95 % konfidensinterval</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kilde: Sundhedsstyrelsen


1. Typer af heroinmisbrugere. Hvem er umiddelbart målgruppen.


Det skønnes derfor, at mere end 7.000 personer med heroin som hovedstof var indskrevet i behandling i 2005. Dertil kommer heroin-afhængige, som ikke var indskrevet i behandling. Samlet er det antageligt mellem 9-11.000, som er afhængige af heroin, og som umiddelbart udgør målgruppen for en behandling med lægeordineret heroin (herefter forkortet BLOH).

I det følgende er det kun de, der er i behandling, som skal være i fokus. Det betyder ikke, at de, der ikke er i behandling, ikke udgør en målgruppe for BLOH, for nogle endda tværtimod. Man kan således udmærket forestille sig, at en gruppe af heroinafhængige, som ikke er i behandling, kan blive motiveret til at søge
behandling, hvis de kan tilbydes BLOH. Når de alligevel ikke inddrages her, er det, fordi det er vanskeligt at vurdere, hvor mange der er tale om, og hvad der kendegner dem.

Af behandlingsgruppen på ca. 7.000 heroinafhængige tilbydes mellem 13-15% stoffri behandling inden for det første år af deres indskrивning i behandlingssystemet. Andelen, der får tilbudt stoffri behandling, bør ikke falde. Hvis dette sker i forbindelse med indføring af lægeordineret heroin som behandlingstilbud, er der tale om en øget medicinsk orientering, som forhindrer tilstedeværelsen af en bred tilbudsvifte (behandling med heroin vælges måske, fordi det er billigere end stoffri behandling). Ca. 1.000 af de omkring 7.000 heroinafhængige kan derfor ikke siges umiddelbart at tilhøre målgruppen for BLOH. Tilbage er der ca. 6.000 heroinafhængige i behandlingssystemet, som i dag er i substitutionsbehandling, og som ikke får tilbudt et stoffrit forløb det første år, de er indskrevet.

I de hollandske forsøg med BLOH var der præcise inklusions- og eksklusionskriterier. Disse ses nedenfor[5]:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklusionskriterier</th>
<th>Eksklusionskriterier</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Heroinafhængig i mindst 5 år</td>
<td>a) Stofmisbrugere med svære eller specifikt medicinske, psykiatriske og sociale problemstillinger, som kontra-indikerer behandling med lægeordineret heroin</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Kronisk heroinmisbrug og tidligere behandlet uden succes i metadonvedligeholdelsesprogram</td>
<td>b) Stofmisbrugere, der har en historie med eksempler på aggressiv adfærd, som forventes at kunne påvirke muligheden for at gennemføre behandlingsforløbet</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Daglig eller næsten daglig brug af illegal heroin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>d) Dårlig/inadækvat fysisk og/eller psykisk og/eller social funktion</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e) Indtagelse af heroinen som intravenøs injektion eller inhalation.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>f) Mindst 25 år gammel.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>g) Legal opholdstilladelse eller statsborger i Holland.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dertil kom en række forsøgs-indklusion/eksklusion-kriterier, som havde til formål at sikre eksperimentet. Disse inddrages ikke her, idet de mere har noget med forsøget at gøre end med målgruppen for BLOH.

Af andre eksklusionskriterier, der nævnes i den hollandske undersøgelse, er a) graviditet eller vedvarende laktation, b) et heroinmisbrug som er sekundært til et andet ikke-opiat misbrug, c) uvillighed til at samarbejde omkring behandlingen og d) en frivillig periode på mindst to måneder indenfor det sidste år, hvor klienten har været heroinabstinent.

Man forventede, at omkring 2-3% af klienter i metadonbehandling var så dårligt fungerende, at man ikke kunne forvente, at de kunne overholde de grundlæggende krav, der var forbundet med behandling med lægeordineret heroin.

Af den danske population på ca. 6.000 metadonmodtagere, som ikke får tilbudt stoffri behandling inden for det første år af deres indskrивning, vil ca. 800 ikke kunne opfylde ovenstående inklusionskriterier a, d, f, g og eksklusionskriterier a og b. (f.eks. er ca. 6% under 25 år).

Dertil kommer inklusionskriterier b og c, som blandt andet indebærer, at tidligere metadonbehandling ikke har været succesfuld og et næsten dagligt forbrug af illegal heroin. I den forbindelse kan heroinafhængige i metadonbehandling i Danmark opdeles som vist i nedenstående opstilling.
### Gruppe 1
Ca. 15% ingen sidemisbrug af opiat og ej heller misbrug af andre stoffer\(^1\).

- 40% kvinder
- 39,2 år
- 0,4 dage med illegale aktiviteter sidste måned
- 15% selvmordstanker sidste måned
- 6% lønnet arbejde sidste måned
- 26% førtdispension

### Gruppe 2
Ca. 25% et misbrug af CSS, alkohol, NS og/eller hash, men intet misbrug af opiate\(^2\).

- 31% kvinder
- 40,1 år
- 2,2 dage med illegale aktiviteter sidste måned
- 21% selvmordstanker sidste måned
- 2% lønnet arbejde sidste måned
- 51% førtdispension

### Gruppe 3
Ca. 37% et sidemisbrug af opiate, herunder primært heroin.

- 32% kvinder
- 36,6 år
- 5,0 dage med illegale aktiviteter sidste måned
- 26% selvmordstanker sidste måned
- 3% lønnet arbejde sidste måned
- 29% førtdispension

\(^1\) Kan dog godt drikke mere en 5 genstande om dagen højst to gange om ugen og ryge hash højst 2 dage om ugen.

\(^2\) CSS = Centralstimulerende Stoffer og NS = Nerve-/Sovemedicin.

\(^3\) Tallet er hentet fra Metadon-projekten, hvor 436 metadonmodtagere blev fuldt i 1½ år.

---

Gruppe 1 må betragtes som værende succesfuldt behandlet med metadon. Den udgør ca. 900 af de 6.000. Fratrukket de tidligere nævnte 800 er der nu 4.300 tilbage, som på én eller anden måde er belastet af et sidemisbrug og som i principippet kunne indgå i BLOH. Af de 6.000 er det dog ikke mere end ca. 10%, der har et heroinmisbrug næsten dagligt, svarende til 600 personer. Det er nu muligt at opstille følgende grupper:

6.000 i metadonbehandling som ikke tilbydes stoffri behandling indenfor ét år
1. Ca. 800 er enten for unge; har ikke været i metadonbehandling længe nok; ikke været afhængige af heroin længe nok eller er så dårligt fungerende, at de ikke kan indgå i BLOH (det sidste ved at anvende det hollandske 2-3% kriterium).
2. Ca. 900 er behandlet succesfuldt med metadon, med hvilket der menes stort set intet misbrug af rusmidler (alkohol er usikkert) og ingen illegale aktiviteter.

Det er den sidste gruppe på ca. 600, som er i overensstemmelse med gruppen fra det hollandske forsøg (se Pedersen 2002). For denne gruppe kan der uden tvivl opstås en ret massiv effekt på deres stofforbrug og illegale aktiviteter ved behandling med BLOH. Dette vil uden tvivl også have en stabiliserende effekt på

En gruppe på omkring 3% (180 personer) er så belastede, at de ikke umiddelbart kan indgå i BLOH, desuden må man regne med, at en større gruppe vil have svært ved at møde op på et center tre gange om dagen for at injicere heroin. En eventuel dansk model må derfor medtage i overvejelserne, hvordan disse belastede grupper hjælpes. Endelig kan det slet ikke afvises, at BLOH også kan være relevant for ovenstående grupper.

2. Hvad tilbydes de heroinafhængige og betydningen af dette

Som allerede nævnt tilbydes ca. 12-15% af de heroinafhængige stoffri behandling indenfor det første år. Dette har de seneste par år været i tilbagegang. Således er andelen i stoffri døgnbehandling faldet med 25% siden 2004, og den ser ikke ud til at være erstattet af ambulante stoffri tilbud[7].

For 35% af de metadonmodtagere, der tilbydes og påbegynder metadonbehandling, er der ikke registreret nogen behandlingsamtale de første tre måneder efter påbegyndelsen af behandlingsforløbet[8]. 43% modtager højest én samtale om måneden, mens de sidste 22% modtager mere end én samtale om måneden de første 3 måneder af behandlingsforløbet (ca. 10% modtager mindst 2 samtaler om måneden). Et stort problem i denne sammen hæng er udeblivelser, hvilket udgør mindst 25% af aftalerne. Metadonmodtagerne tilbydes altså mere end det her anførte, men noget kunne tyde på, at der ofte ikke bliver givet en ny tid, hvis klienten udebliver.

Hvordan dette er fordelt på de forskellige grupper er usikkert, men man kunne være bange for, at det er de mest belastede, der får mindst. Det kunne således være de mest belastede, der har sær listen på at overholde aftaler, og det er også muligt, det er denne gruppe, der er mest besværlige i kontakten.


Denne store forskel i reduktionen af den psykosociale belastning kan måske bedst illustreres ved, at 18% af de MM, der modtog standard psykosocial indsats ved første interview havde selvmordstanker. Ved opfølgningsinterviewet var det stadig 14%, der havde selvmordstanker. For MM, der modtog udvidet psykosocial indsats, var det 25%, der havde selvmordstanker ved første interview, mens dette var faldet til 6% ved opfølgningsinterviewet. Dette illustrerer meget godt forskellen mellem de to indsatsstyper.

I forlængelse af dette bør det nævnes, at omkring 25% af heroinafhængige kvinder er seksuelt overgrebet, inden de er fyldt 13 år; mange heroinafhængige (mænd som kvinder) har forskellige psykiatrisk problemer (angst, depression, personlighedsforstyrrelser); mange har meget få (hvis nogen) faglige kompetencer, og mange er efter mange års afhængighed stærkt socialt invaliderede. Det kan derfor ikke fremhæves nok, at medicinsk behandling for en relativt stor gruppe ikke er behandling nok.
BLOH er først og fremmest et tilbud til de mest stof- og kriminalitetsbelastede heroin-afhængige a) for hvem man skønner, at stoffrihed ikke er mulig indenfor et nærmere defineret tidssrum, og b) som ikke har haft succes med metadonbehandling.

Psykosociale tilbud bør gives til den relativt store gruppe af heroinafhængige, som har forskellige typer og grader af psykosociale vanskeligheder. Denne gruppe kan såvel have et stort stof-kriminalitetsproblem (her kunne det måske kombineres med BLOH) eller et begrænset stof-kriminalitetsproblem (her kunne metadonbehandling måske være den rette behandling). Psykosociale tilbud gives, som vist ovenfor, i begrænset omfang til metadon-modtagere.

Endelig bør der tilbydes sundhedsmæssige indsatser til den relativt store gruppe af heroinafhængige, som har forskellige grader af fysiske problemer.

Visse grupper af heroinafhængige er så vanskelige at nå, at der må etableres opsøgende tilbud. De mange udeblivelser og den lave intensitet i den psykosociale indsats kunne indikere, at denne gruppe er betydeligt større end tidligere antaget.

Med strukturreformen er den medicinske og psykosociale indsats, der tilbydes de heroinafhængige, flyttet fra amterne til kommunerne. Det vil uden tvivl være en meget stor udfordring (som det også var for amterne) for et “ungt” behandlingssystem at varetage behandlingen af de mest belastede heroinafhængige.

3. Forsøg med lægeordineret heroin: De forskellige modeller


Modpolen til den engelske model er den hollandske (eller som det blev praktiseret under heroinforsøget). Heroinen blev her udleveret og indtaget i nyetablerede behandlingsenheder. Hver enhed bestod af en lobby, et venterum, et udleveringsrum, separate injektions- og inhalationsrum, rum for læger, sygeplejersker, socialarbejdere, administrative stab og forskere. Hertil kommer et specielt sikret rum i hver enhed. hvor medicinen var opbevaret. I gennemsnit var behandlingsenhederne på ca. 300 m2. De to separate indtagelsesrum (injektion og inhalation) var placeret på hver side af udleveringsrummet, hvorfra personalet gennem sikkerhedsglas kunne overvåge heroinindtagelsen. For at undgå at personalet i udleveringsrummet kom i kontakt med røg fra inhalationsrummet, var der i dette etableret et negativt tryk ved hjælp af et bestemt ventilationssystem.

I alt havde hver enhed i snit tilknyttet 0,6 fta (fuldtidsansat) læge, 1,0 behandlings-koordinator, 7,0 sygeplejersker, 0,6 socialarbejdere, 0,5 administrator, 0,1 superviserende farmaceut og 1,5 sikkerhedspersonalet. Antallet varierede lidt afhængig af center. På de 8 centre var det på hver enkelt center mellem 31 og 49
klienter, som modtog lægeordineret heroin enten til injektion eller inhalation. Derudover var der mellem 24 og 40, som fik metadon-alene.

Hver behandlingsenhed skulle være åben mindst to timer morgen, eftermiddag og aften. Den almindelige åbningstid for heroinindtagelsen var fra 8.30 til 10.30/11.30, fra 13.00 til 15.00/16.00 og fra 18.00 til 20.00/20.30.

Det er yderpunkterne i disse to modeller, der skal tages op til overvejelse i en evt. dansk model. Måske er de ikke i deres rene form hensigtsmæssige nogen af dem. Måske er det noget midt imellem der passer bedre til det danske misbrugsbehandlings-"landskab". Spørgsmålet er derfor, hvordan en dansk model skal se ud, som kan nå den/de gruppe(r), som har mest behov for et sådant tilbud.

**Noter**

[5] Inklusions- og eksklusions-kriterierne i det tyske heroinforsøg afviger kun i ringe grad fra de hollandske. Der anvendes en 23 års grænse i de tyske forsøg i modsætning til 25 års grænse i det hollandske. Denne forskel opvejes af andre specielt sundhedsmæssige betingelser, som synes mere ekskluderende i de tyske end i de hollandske forsøg.
[8] Der kan dog være registreret enkelte visitationssamtaler i forbindelse med vurdering af, hvilket behandlingstilbud der skal iværksættes.
[9] F.eks. kan overgangen fra et aktivt heroinmisbrug uden metadon til metadonbehandling have betydning for den fysiske tilstand.

**Litteratur**


Erfaringer fra Schweiz – heroinstøttet substitutionsbehandling af opioid-afhængighed i Schweiz

Af professor Dr. Jürgen Rehm, leder af ISGF/Research Institute for Public Health and Addiction, Zürich

Det omtalte arbejde blev udført af ISGF og støttet gennem forskellige bevillinger fra det schweiziske Bundesamt für Gesundheit. Detaljerede rapporter er tilgængelige i den peer-reviewede litteratur (publikationsliste kan fremsendes på anmodning).

Baggrund
Siden 1980’erne og frem til begyndelsen af 1990’erne var der i Schweiz en voldsom stigning i omfanget af de problemer, der knyttede sig til heroinmisbrug. Nogle af disse problemer var relateret til åbne stofmiljøer og ofentligens oplevelse heraf – andre drejede sig om spredningen af smitsomme sygdomme og dermed forbundne omkostninger. De offentlige sundhedsmyndigheder reagerede ved at forsøge at forbedre de heroinafhængiges situation gennem implementering af forskellige tiltag, som man integrerede og kombinerede til en række på hinanden følgende landsdækkende programmer. Disse programmernes formål kan opsummeres i fire brede målsætninger:

• Reducere antallet af nye stofmisbrugere/afhængige.
• Forøge antallet af afhængige, der bliver abstinente (afholdende/ikke misbrugende).
• Reducere de opioid-relaterede sundhedskonsekvenser og den sociale forskelsbehandling og stigmatisering af stofmisbrugere og/eller afhængige.
• Beskytte samfundet mod narkorelaterede skader og bekmæpe den organiserede kriminalitet, der er baseret på narko.


Metoder og undersøgelsesrammer
Forskningsdesign: Kohorte-undersøgelse, små eksperimentalstudier, observation af behandlingsforløb.
Rammer: Mere end 20 lokalcentre for ambulant behandling, delvist samordnet med behandlingscentre for metadonsubstitution – et af disse centre var tilknyttet et fængsel. Det skal anføres, at en del af hensigten har været at af-urbanisere problemet med opioid-afhængighed ved at tilbyde denne behandling i mindre lokalsamfund landet over.
**Substitutionsmedikamenter i behandlingen:** heroin, enten intravenøst eller oralt (tabletter med umiddelbar eller forsinket effekt), metadon.

**Andre behandlingsinterventioner:** Psykosociale interventioner, somatisk behandling.

**Undersøgelsesresultater**

- Retentionsraten (raten for fastholdelse i behandling) fra 1994 til 2000 har været høj, idet mere end 70% (70,4%; SE 1,0%) af patienterne endnu har været i behandling efter et år. I de senere år er dette endda blevet yderligere forbedret. Dette må betragtes som en global indikation af, at behandlingen har været en succes.

![Tilbageværende patienter over tid](image)

- Mere end 60% af de patienter, der forlod behandlingen, påbegyndte en anden behandling, hovedsagelig metadonbaseret vedligeholdelsesbehandling (37%) eller abstinens-orienteret behandling (22%). Heroinstøttet behandling har altså været en succes med hensyn til at tiltrække og fastholde de opioidafhængige, som det schweiziske behandlingssystem hidtil ikke havde kunnet hjælpe. Der var en klar forbindelse mellem afbrydelse af behandlingen og behandlingens varighed: Nærmere bestemt, udskrivning af patienter som følge af udeblivelse fra behandlingen, væring ved aktiv deltagelse eller andre former dårlig compliance indtraf navnlig relativt tidligt i forløbet. Disse former for non-compliance var årsag til 15% af alle udskrivninger i hele behandlingsforløbet, hvorimod non-compliance adfærød var årsag til hele 30% af alle udskrivninger i de første 4 måneder af behandlingsforløbet. Med andre ord, hvis patienterne havde svært ved at udfylde deres rolle i behandlingen, ville det ofte manifestere sig i, at patienterne droppede ud af forløbet ret tidligt. Efter det første år var det således kun 9% af patienterne, der blev udkrevet af undersøgelsen på grund af non-compliance, og efter tre år var denne andel faldet til blot 4%. På den anden side indtraf skiftet til abstinensbaseret behandling eller andre ikke-metadonbaserede behandlinger, typisk først senere i det heroinstøttede behandlingsforløb. Hvor kun 9% af de udkrevne i de første 4 måneder skiftede til abstinensbaseret
behandling, var denne andel mere end tre gange så stor blandt de patienter, der blev udskrevet efter 3 års behandling (29%). Alle andre årsager til udskrivning var forholdsvis jævnt fordelt over tid.

- Der kunne konstateres klare forbedringer af helbredet, hvad angår såvel somatiske tilstande som det psykiske helbred, begge dele ud fra lægelige vurderinger og standardiserede skalaer. Disse forbedringer gjorde sig stadig gældende ved opfølgende undersøgelser efter længere tid.
- Brugen af ulovlige rusmidler blev reduceret. Disse forbedringer gjorde sig stadig gældende ved opfølgende undersøgelser efter længere tid.
- Heroinstøttet behandling kunne demonstreres at være omkostningseffektiv. Sagt på en anden måde: De økonomiske fordele, der høastes i form af mindre kriminalitet, mindre forbrug af sundhedsservice (i form af for eksempel færre skadestuebesøg, hospitalophold og lægekonsultationer) og forbedringer af en række sociale variabler var altså større end de (ganske betragtelige) omkostninger ved heroinstøttet substitutionsbehandling. Den faldende kriminalitet var den faktor, der bidrog mest til dette resultat.
- På det seneste har man foretaget flere undersøgelser omkring specifikt herointabletter. Disse undersøgelser har vist, at denne medicin har skabt mindst lige så gode resultater som intravenøst indtaget heroin.
- Alle disse resultater bør evalueres på baggrund af det overordnede behandlingssystem i Schweiz, hvor ca. 2/3 af alle opioid-afhængige er i behandling på et givet tidspunkt.

Samfundsmæssige reaktioner

- I Schweiz er heroinstøttet behandling i dag en fast del af de behandlinger, der tilbydes en minoritet af opioid-brugere, nemlig gruppen af kronisk afhængige patienter, for hvem andre behandlingsformer er slået fejl (ca. 10% af alle narkomaner i behandlingssystemet). Det overordnede behandlingssystem indbefattede vedligeholdelsesbehandling hovedsagelig med metadon, en del med buprenorfin og nogle helt stoffri behandlingsformer. Denne integrering er blevet iværksat efter politisk påbud, dvs. at heroinstøttet behandling ikke længere er en eksperimentel behandling, og at intravenøst indtaget heroin er en godkendt behandling. I øjeblikket overvejer myndighederne også at lovliggøre heroin i tabletform.
- Den schweiziske befolkning har ved flere folkeafstemninger stemt for, at den aktuelle brug af heroinstøttet behandling skal fortsætte.
- De fleste politiske partier støtter heroinstøttet behandling.
Erfaringer fra Holland – heroinstøttet behandling i Holland

Af Dr. Vincent Hendriks, leder af Parnassia Addiction Research Center (PARC), seniorforsker Centrale Commissie Behandeling heroïnverslaafden (CCBH)

Resume af forskningsresultater og beskrivelse af den aktuelle situation. Vincent M. Hendriks, W. van den Brink, Peter Blanken, Ineke Huijsman, Jan van Ree.

Baggrund og rationale
I de forgående århundreder har det formodede antal heroinbrugere i Holland ligget stabilt på omkring 28.000 [1]. I Holland har inhalering fra aluminiumfolie ("chasing the dragon") altid været et vigtig led i selv-administeret heroinindtagelse, men siden 1990’erne er det blevet den fremherskende teknik blandt flertallet (75 – 90%) af alle heroinbrugere [2]. Det generelle epidemiologiske billede af brugen af heroin i Holland melder om en relativt stabil og aldrende population med en lav forekomst af nye tilfælde og en lav mortalitetsrate (dødelighed) [3]. Denne population serviceres af et omfattende behandlingssystem, som indbefatter en række forskellige abstinensorsiorterede behandlingsfaciliteter (f.eks. terapeutiske fællesskaber og afgiftning med eller uden hospitalsindlæggelse) og faciliteter, der fokuserer på stabilisering og skadesreduktion (f.eks. vedligeholdelsesbehandling med metadon, uddeling af rene sprøjt og nåle, arbejdsprojekter, beskyttede boliger, fixerum). På årsbasis er cirka 60% af alle heroinafhængige i kontakt med behandlingssystemet, hvoraf hovedparten (75%) modtager vedligeholdelsesbehandling med metadon. Det anslås, at mellem 5.000 og 8.000 patienter ikke har tilstrækkelig gavn af denne metadonbaserede vedligeholdelsesbehandling. Disse patienter vedbliver at bruge ulovlig heroin og at have alvorlige fysiske og psykiske helhedsproblemer, ligesom de vedbliver at leve under socialt marginaliserede omstændigheder, der er præget af deltagelse i berigelseskriminalitet og mangl på sociale kontakter uden for narkomiljøet [4].

For at tilfredsestille disse behandlingsresistente metadonpatienters behov har man tidligere udført en række forskellige eksperimenter i mindre målestok med intravenøst indtaget morfin, intravenøst indtaget metadon og oral indtaget dextromoramid i Holland. Disse eksperimenter har imidlertid ikke været ledsgaet af den nødvendige videnskabelige evaluering, ikke produceret samstemmende resultater, eller også har de været rettet mod at lindre symptomer. På den baggrund og på baggrund af de positive resultater, man havde opnået med lægeordeneret heroin i Schweiz, udgav den hollandske sundhedsstyrelse i 1995 en rapport, som blandt andet opfordrede til, at man gennem lægevidenskabelige forsøg undersøgte, hvilke positive og negative konsekvenser det vil kunne have at udskrive heroin til stærkt heroinafhængige patienter, som ikke reagerer tilstrækkelig godt på de farmakologiske interventioner, man rådede over på daværende tidspunkt [5]. Det hollandske regering tog denne opfordring til følge og etablerede i 1996 Centrale Commissie Behandeling Heroïnverslaafden (CCBH - Centralkomite for behandling heroinafhængige), som fik til opgave at udvikle og gennemføre den videnskabelige undersøgelse [6]. Nærværende tekst opsummerer undersøgelsens metodiske tilgang og resultater, den heroinstøttede behandlings omkostningseffektivitet, de langsigtede resultater af co-ordineret heroin, og den aktuelle situation i Holland, hvad heroinbehandling angår.
Metoder

Den videnskabelige evaluering begyndte i 1998. Man gennemførte to separate undersøgelser: Én undersøgelse gjaldt effekten af injiceret heroin, en anden gjaldt effekten af inhaleret heroin.

Det primære formål med undersøgelsene var at evaluere, i forbindelse med kroniske og behandlingsresistente heroinafhængige, hvor effektivt lægeligt ko-ordineret heroin (injiceret eller inhaleret) i kombination med oralt indtaget metadon ville være over en periode på 12 måneder – sammenlignet med den hollandske standardbehandling, som udelukkende var baseret på oralt indtaget metadon. Man sammenlignede de positive og negative virkninger af disse to behandlinger med hensyn til patienternes forbrug af ulovlige rusmidler, deres fysiske og psykiske helbredstilstand og deres sociale funktionalitet. Undersøgelsene havde endvidere til formål at evaluere den heroinstøttede behandlings omkostningseffektivitet og at undersøge, hvilke konsekvenser det havde, når man afsluttede heroinbehandlingen efter de 12 måneder.

Fra 1998 og frem til 2002 gennemførte man en open-label, randomiseret, kontrolleret multicenteret undersøgelse i seks byer under inddragelse af adskillige tests af effektiviteten af lægeordineret injiceret heroin (n=174) og inhaleret heroin (n=375). Samlet set inddrog undersøgelsen altså 549 patienter. Tavle 1 nedenfor opsummerer de forskellige inklusions- og eksklusionskriterier for undersøgelsen. For at være egnede til at indgå i undersøgelsen måtte patienterne være ’behandlingsresistente’, dvs. de måtte have modtaget fuldførende vedligeholdelsesbehandling med metadon, men alligevel fortsat have gjort brug af ulovlig heroin på daglig eller næsten daglig basis, ligesom de måtte have dårligt fysisk helbred og/eller være socialt dårligt fungerende. Forsøgsbehandlingen bestod af 12 måneders behandling med metadon plus ko-ordineret (farmaceutisk rent) heroin, og kontrolbehandlingen bestod af 12 måneders udelukkende metadonbaseret behandling. Lægeordineret heroin (max. 1000 mg per dag) blev tilbudt syv dage om ugen og tre gange om dagen og måtte indtages under strengt opsyn fra behandlingspersonalets side på selve behandlingscentret. Metadon (max. 150 mg per dag) blev uddelt 2 til 7 gange om ugen og ikke mere end én gang om dagen. De to behandlingsgrupper modtog samme psykosociale behandlings-tilbud.
### Table 1

#### Inklusionskriterier:

1. Behandlings-resistent heroinafhængighed, som indikeret af:
   a. fortilfælde af heroinafhængighed (DSM-IV) gennem mindst fem år;
   b. et dosisniveau på mindst 50 mg (inhaleret) eller 60 mg (injiceret) metadon per dag gennem en uafbrudt periode på mindst fire uger inden for de seneste fem år;
   c. har inden for det seneste år deltaget i et metadonprogram og har gennem de seneste seks måneder været i regelmæssig kontakt med metadonprogrammet;
   d. kronisk heroinafhængighed og mislykkede behandlingsforsøg med metadonbaseret vedligeholdelsesbehandling;
   e. daglig eller næsten daglig brug af ulovlig heroin;
   f. dårligt fysisk helbred og/eller dårligt psykisk helbred og/eller dårlige sociale funktioner;
2. Heroin indtages intravenøst med sprøjte eller gennem inhalering
3. Mindst 25 år gammel
4. Statsborgerskab eller gyldig opholdstilladelse i Holland
5. Registreret som bosiddende i byområdet omkring behandlingsstedet gennem mindst tre år
6. Villig og i stand til at møde op på behandlingsstedet for alt udført i de påkrævede undersøgelsesbedømmelser og andre procedurer
7. Villig til at møde op på behandlingsstedet mindst tre gange om ugen
8. Skriftlig samtykkeerklæring

#### Eksklusionskriterier:

1. Opfylder ikke alle inklusionskriterierne
2. Alvorlige somatiske, psykiske eller psykosociale problemer, som peger på modsat retning af, at vedkommende ville kunne deltage i undersøgelsen
3. Alvorlige somatiske, psykiske eller psykosociale problemer, som vil kunne forstyrre undersøgelsens udførelse
4. Fortilfælde af aggressiv adfærd, som kan forventes at ville forstyrre undersøgelsens udførelse og/eller andre forsøgspersoners deltagelse i undersøgelsen
5. Graviditet eller amning
6. Uvillighed eller manglende evne til at møde op på behandlingsstedet til de påkrævede bedømmelser
7. En forventet levealder, der ikke overstiger undersøgelsens varighed
8. Heroinafhængigheden er af sekundær betydning sammenlignet med en aktuel afhængighed af et andet stof, som ikke er et opiat
9. Patienten er ikke villig til at bruge den på behandlingsstedet udskrevne heroin
10. En periode med frivillig heroin-abstinens af mindst to måneders varighed inden for det seneste år.
11. Patienter, der har brug for mere end 150 mg oral metadon om dagen
12. Patienter, der har behov for mere end 1000 mg ordineret heroin om dagen
13. Patienter, der aktuelt deltager i en anden undersøgelse, som indebærer afhængighederbekæmpende behandling, eller inden for de seneste seks måneder har deltaget i en sådan undersøgelse
14. Patienter, der ikke forstår det hollandske sprog
Den lægelige ordning af heroin blev for alle patienters vedkommende afbrudt i mindst to måneder efter afslutningen af forsøgsperioden på de 12 måneder. Hver anden måned blev patienterne vurderet af uafhængige forskningsassisterenter, hvilket også indebar brugen af validerede selvrapporteringsværktøjer (ASI, CIDI, MAP-HSS, SCL-90), verifikation ved hjælp af urinanalyse (verifikation af narkotikaindtagelse) og straffefattester (verifikation af kriminalitet) og registrering af (alvorligt) skadelige hændelser.

Det centrale resultatkriterium var et dikotomt, multidomæne responsindeks, inkl. validerede indikatorer for fysisk helbred, psykisk tilstand og social funktionalitet. For at blive betragtet som en behandlingssucces (som en ’positiv respons’) i undersøgelsen måtte patienten opnå mindst 40 procents forbedring sammenlignet med vedkommendes situation inden behandlingens påbegyndelse inden for mindst et af områderne (eller domænerne) fysisk helbred, psykisk tilstand og social funktionalitet (herunder kriminalitet). Denne forbedring måtte imidlertid ikke have været på bekostning af en forværring inden for noget andet område eller være sammenfaldende med en stigning i kokainforbruget. Undersøgelsen blev godkendt af det hollandske råd for lægevidenskabelig etik og blev gennemført under overholdelse af ICH/EU retningslinjerne for Good Clinical Practice.

**Overblik over resultaterne**

**Den heroinstøttede behandlings effektivitet**

Efter et år blev de centrale behandlingsresultater opgjort. For 57% af de patienter, de modtog behandling med injiceret heroin, havde behandlingen været en succes bedømt ud fra responsdefinitionen. Det gjaldt kun 32% af de patienter, der var blevet behandlet med metadon. Forskellen på 25% mellem de respektive responsrater var både klinisk relevant og statistisk signifikant. Tilsvarende responderede 48% af de patienter, der blev behandlet med inhaleret heroin, positivt på behandlingen, hvilket kun gjaldt 25% af metadonpatienterne (en forskel på 23% mellem de respektive responsrater, som igen er både klinisk relevant og statistisk signifikant). I begge undersøgelser (med henholdsvis injiceret og inhaleret heroin) opnåede man altså bedre resultater med heroinstøttet behandling end med den metadonbaserede standardbehandling af denne population af kronisk, behandlingsresistente heroinafhængige [7,8,9,10].

De positivt responderende patienter udviste betydelige forbedringer på områderne fysisk og psykisk helbred, ligesom der kunne konstateres et betragteligt fald i de ulovlige aktiviteter. Disse forbedringer indtraf ikke på bekostning af en forværring på andre områder - for eksempel i form af et stigende kokainforbrug. Blandt de patienter, der gennemførte hele behandlingsforløbet, androg den daglige dosis i gennemsnit 549 mg (injiceret) og 547 mg (inhaleret) heroiner mod 60 mg (injiceret) og 57 mg (inhaleret) metadon i forsøgsgruppen og mod 71 mg (injiceret) og 67 mg (inhaleret) metadon i kontrolgruppen.

Hvad angår sikkerheden i forbindelse med lægeordineret heroin, var der en lignende forekomst af alvorlige skadesvirkninger i forsøgsgruppen og kontrolgruppen i begge undersøgelser. Ligeledes fremgik det, at co-ordineringen af heroin ikke skabte alvorlige forstyrrelser af den offentlige orden eller lignede adfærdssvigt solutioner på behandlingscentret eller i dets nærmeste omgivelser [7,8,9].

**Effekten af afbrydelsen af den heroinstøttede behandling**

I overensstemmelse med undersøgelsesplanen blev heroinbehandlingen bragt til afslutning efter 12 måneder for alle patienter vedkommende, hvorefter denne behandling blev erstattet af et tilbud om genoptagelse af vedligeholdelsesbehandlingen med metadon eller en påbegyndelse af andre passende former for omsorgs tilbud. To måneder efter afslutningen af den heroinstøttede behandling (dvs. 14 måneder efter behandlingsstart) blev patienternes situation vurderet igen. Denne evaluering viste, at 82% af de patienter, for hvem heroinbehandlingen havde været en succes, havde oplevet omfattende tilbagegang i
løbet af de to måneder, hvor de ikke havde modtaget heroinstøttet behandling. I løbet af disse to måneder var scoringerne inden for de forskellige resultatområder igen på niveau med de værdier, der var blevet målt ved påbegyndelsen af den heroinstøttede behandling [7,8].

Efter denne to måneders periode havde den behandlende læge på hvert behandlingscenter mulighed for at genoptage den heroinstøttede behandling af de patienter, der tidligere havde responseret positivt på heroin, og som havde oplevet en betydelig forværring af deres tilstand i løbet af de efterfølgende to måneder. Ifølge undersøgelsesplanen kunne heroinbehandlingen ikke genoptages, når det gjaldt patienter, der ikke havde responseret positivt på heroin, og heller ikke når det gjaldt patienter, der faktisk havde kunnet fastholde deres forbedrede funktionsniveau i løbet de to måneder, hvor de ikke havde modtaget den heroinstøttede behandling.

Den heroinstøttede behandlingens omkostningseffektivitet


Langsigtet resultater af den heroinstøttede behandling

Som beskrevet ovenfor kunne den heroinstøttede behandling efter det første år kun genoptages for de patienter, der havde reageret positivt på heroinbehandlingen, men havde haft betydelig tilbagegang i løbet af de to første måneder efter afslutningen af heroinbehandlingen. Af de 549 patienter, der oprindeligt indgik i undersøgelsen, kvalificerede 149 sig til en sådan genoptagelse efter det første år. Af disse 149 patienter var 89% stadig under heroinstøttet behandling efter to år, 66% efter tre år og 53% efter fire år.

Af de patienter, der afsluttede den heroinstøttede behandling efter to, tre og fire år, forlod 24% behandlingen på grund af udeblivende respons, 29% på grund af bortvisning fra behandlingsprogrammet, 11% af helbredsmæssige årsager, 5% på grund af afsoning af fængselsstraf, og 11% fordi de havde opnået afvænning. De øvrige årsager (i tilknytning til enten behandlingen eller patienten selv) til at afbryde heroinbehandlingen (henholdsvis 14% og 8%) var blandt andet af social eller praktisk art eller et spørgsmål om overførsel til et andet behandlingsprogram (herunder vedligeholdelsesbehandling med metadon).

Inden for samtlige resultatområder (fysiske helbredspåringer, psykiske problemer, ulovlige aktiviteter, kontakt til ikke-narkomaner og ulovligt kokainforbrug) var langvarig heroinstøttet behandling forbundet med en fortsat reduktion af helbredspåringerne, de kriminelle aktiviteter og kokainforbruget.
Den aktuelle situation i Holland


Konklusioner

- Lægelig superviseret co-ordinering af injiceret eller inhaleret heroin til kroniske, behandlingsresistente metadonpatienter kan gennemføres uden risici og vil være mere effektiv end behandling med metadon alene, hvilket indikerer af de betragtelsige forbedringer af disse patienters fysiske og psykiske helbredstilstand og deres sociale funktionalitet og af det begrænsede antal sundhedsmæssigt alvorlige hændelser og det begrænsede omfang af problemerne med forstyrrelser af den offentlige orden.
- Den heroinstøttede behandlings gavnligne virkninger knytter an til fortsættelsen af denne behandling. I den aktuelle undersøgelse forværredes tilstanden hos 82% af de patienter i forsøgsgruppen, der havde reageret positivt på heroin, efter heroinbehandlingens opfølger. Det faktum, at de gennemsnitlige scoringer to måneder efter heroinbehandlingens opfølger var rutschet tilbage til de dysfunktionelle niveauer umiddelbart før indgrebet, vidner om, hvor alvorlig denne forværring er.
- Den langvarige heroinstøttede behandling er forbundet med løbende reduktioner i helbredspåbud, kriminalitet og kokainforbrug.
- Den heroinstøttede behandling er dyrere end vedligeholdelsesbehandlingen med metadon, men disse højere omkostninger bliver mere end opvejet af de betragtelige besparelser, der er at hente i de reducerede udgifter til dækning af skader og politiarbejde. Sammenlagt androg den gennemsnitlige besparelse ved heroinbehandling per patient per år cirka 13.000 Euro i forhold til den metadonbaserede standardbehandling. Sammenlignet med metadon er heroin en dyrere, men – og det er måske mere vigtigt – også en mere omkostningseffektiv behandling.

Henvisninger


Erfaringer fra Tyskland – det tyske pilotprojekt omkring heroinstøttet behandling af opioidafhængige patienter – et multicentreret, randomiseret, kontrolleret forsøg

Af Dr. Uwe Verthein, seniorforsker Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg

Resumé af rapporterne fra første og anden undersøgelsesfase


Hovedformålet med heroinforsøget var at undersøge, hvorvidt introdensation af intravenøs diamorfin som led i en struktureret behandling af heroinafhængige, der ikke havde reageret tilstrækkeligt positivt på metadonbehandling eller ikke havde kontakt med det terapeutiske system, ville have større indvirkning end metadonbehandling med hensyn til helhedsstabilisering og formindsket brug af ulovlige rusmidler. De sekundære formål har knyttet sig til temaer som exit af narkomiljøet, forbedrede sociale omstændigheder, færre lovbrud, forandring i livskvalitet samt en række spørgsmål omkring behandlingsfrafald og opfølgende behandling. Sideløbende specialstudier er gået mere i dybden med udviklingen inden for kriminalitet, de sundhedsøkonomiske konsekvenser, anvendelsen af den psykosociale behandling og dennes specifikke effekter, kognitiv og motorisk funktionalitet og omsorgsrelaterede emner.

Undersøgelsen var designet som en 4x2 stratificeret, randomiseret, multicentreret undersøgelse. To prøvestrata – målgrupperne ”mislykket metadonbehandling, MMB” (heroinafhængige, som ikke havde haft tilstrækkelig gavn af metadonbehandlingen) og ”ikke i kontakt, IIK” (heroinafhængige, som ikke havde nogen effektiv kontakt med behandlingssystemet) blev hver især randomiseret i fire grupper. Disse fire grupper modtog forskellig medicinsk behandling (forsøgsgruppe: heroin vs. kontrolgruppe: metadon) og forskellig psykosocial behandling (psykoedukation/narkorådgivning vs. case management/motivational interviewing). Der var altså i alt otte grupper, som modtog forsøgsbehandlingen over 12 måneder i den første undersøgelsesfase. Efter dette forløb kunne patienterne gå videre til anden undersøgelsesfase, som også varede 12 måneder. Analyserne fokuserede på to primære resultatmål

A) Helhedsforbedring – der er tale om en respons, hvis det fysiske eller psykiske helbred er blevet forbedret med mindst 20% fra udgangspunkten og frem til undersøgelsen efter 12 måneder.
B) Faldende forbrug af ulovlige rusmidler – der er tale om en respons, hvis brugen af gadeheroin er faldet markant (til ikke mere end 2 positive urintests ud af i alt 5 efter 12. måned), og hvis brugen af kokain ikke er steget (målt gennem analyser af hår).

Undersøgelsen blev opfattet som en succes, hvis begge primære resultatmål indhejede om betydelige fordele ved heroinbehandling i sammenligning med metadonbehandling. Den primære analyse blev udført som en ITT-analyse (intention-to-treat) af samtlige randomiserede patienter. Frafaldne blev kodet

Hovedresultatet af det tyske pilotprojekt indikerer, for begge primære målingers vedkommende, at det er forbundet med betydelige fordele at anvende heroinbehandling frem for metadonbehandling. Med heroinbehandling opnåede man betydelig højere responsrater, hvad angår helbredstilstand (heroin: 80,0%, metadon: 74,0%, p = 0,023) såvel som faldende forbrug af ulovlige rusmidler (heroin: 69,1%, metadon: 55,2%, p < 0,001). De statistiske analyser har ikke kunnet påvise nogen signifikant betydning af faktorerne ‘målgruppe’ (MMB vs. IIK) eller ‘psykosocial behandlingsform’ (psykoedukation vs. case management).

Retentionsraten (raten for fastholdelse i behandling) for heroinbehandlingen er 67% efter 12 måneder, hvilket er en anelse lavere end i de hollandske og schweiziske undersøgelser. Kun 39% af patienterne i metadongruppen fuldførte behandlingsforsøget (p<0,001). Det må imidlertid tages med i betragtning, at 39% af dem, der frafaldt heroinbehandlingen, og 44% af dem, der frafaldt metadonbehandlingen, modtog vedlægsholdelsesbehandling eller anden form for misbrugsbehandling ved siden af denne undersøgelse ved 12. måned.

Gennemsnittet af den daglige heroin-dosis er 442 mg for hele den første undersøgelsesfase (365 dage). Den gennemsnitlige daglige dosis af supplerende metadon, der blev udskrevet til heroinpatienterne, er ca. 8 mg. Metadonpatienter blev behandlet med en gennemsnitlig daglig dosis på 99 mg.

Undersøgelsesdesignet blev succesfuldt implementeret i overensstemmelse med de planlagte specificatior. Et tilstrækkeligt antal patienter blev rekrutteret til både målgruppen af patienter med mislykket metadonbehandling (MMB) og til gruppen af patienter, der ikke var i kontakt med behandlingssystemet (IIK). Forsøgsdeltagere må anses for at høre til blandt de patienter, der er allermest afhængige af behandlingssystemet - på grund af deres mange fysiske og psykiske handicap og på grund af deres omfatende, hovedsagelig intravenøse, heroin- og kokainmisbrug. Et af resultaterne er imidlertid, at de to grupper stort set ikke adskiller sig fra hinanden, hvad angår deres helbred og sociale position i udgangspunktet. Den eneste forskel er, at der en højere grad af intravenøst heroinbrug og en mere ustabil boligsituation blandt de patienter, der ikke er i kontakt med behandlingssystemet. Tilsvarende har man heller ikke kunnet konstaterere nogen forskelle mellem de to målgrupper, når det gælder behandlingen af den psykosomale behandlingsform.

Rammerne for den psykosociale behandling har ingen relevant indflydelse på behandlingens udfald. Selvom metadongruppen har lidt højere retentionsrate med case management end med psykoedukation (hvorimod der ikke er nogen forskel på retentionsraterne med case management med psykoedukation, når det gælder heroinbehandlingen), er heroinbehandlingens overlegenhed i forhold til metadonbehandlingen for begge psykosociale behandlingsformers vedkommende med til at understrege, at den psykosociale behandlingsform ikke har nogen indflydelse på udfaldet.
Afslutningsvist skal det bemærkes, at heroinbehandling indebærer en noget større sikkerhedsrisiko end metadonbehandling. Dette skyldes hovedsagelig den intravenøse indtagelse af stoffet. Det kommer ikke som en overraskelse, at der forholdsvis hyppigt forekommer respirationsdepressioner og cerebrale konvulsioner, som let kan håndteres medicinsk. I den første undersøgelsesfase var mortalitetsraten 1,2%, hvilket er ret lavt i betragtning af patienternes dårlige helbredstilstand. Der indtraf ingen dødsfald som direkte følge af forsøgsmedicinen. I betragtning af den langt højere helbredsrisko, der er forbundet med intravenøs indtagelse af gadeheroin, må sikkerhedsrisikoen i forbindelse med lægeligt kontrolteret heroinindtagelse vurderes at være lav.

De patienter, der gennemførte den første fase af undersøgelsen, gik videre til anden undersøgelsesfase, som ligeledes forløb over 12 måneder. Patienterne fra forsøgsgruppen havde mulighed for at fortsætte med heroinbehandling, patienterne fra kontrolgruppen fik tilbud om at overtage ledige pladser i heroinbehandlingsforløbet. (Efter den anden undersøgelsesfase kunne den heroinstøttede behandling fortsættes som led i et opfølgende individuelt behandlingsforløb.)

I alt 434 patienter påbegyndte den anden undersøgelsesfase, 344 fortsatte med den heroinstøttede behandling (79,3%), og 90 patienter skiftede over fra metadonbehandlingen (20,7%). I overensstemmelse med undersøgelseskonceptet for anden fase blev de 434 patienter fordelt på fire grupper: 1) MMB, heroinbehandling og psykoedukation (27,2%); 2) MMB, heroinbehandling og case management (23,5%); 3) IIK, heroinbehandling og psykoedukation (23,0%); 4) IIK, heroinbehandling og case management (26,3%).

Som forventet havde patienterne i anden undersøgelsesfase en højere retentionsrate i behandlingens andet år. Fire femtedele af de gennemførte også forsøgsmedicinens anden fase. Ud af de i alt 515 patienter, der i det hele taget blev randomiseret til heroinbehandlingen, er 55% stadig i behandling efter 24 måneder. Retentionsraten er 10 % højere blandt MMB-patienterne end blandt IIK-patienterne.


Erhvervssituationen gennemgår en omfattende udvikling. På baggrund af de vanskelige arbejdsmarkedsforhold, må en 11 procent stigning i antallet af patienter med fast arbejde, hele 27% efter to års heroinbehandling, siges at være en betydelig succes. Blandt de patienter, der blev vurderet til at være "erhvervsegnede", stiger andelen af lønmodtagere endda fra 25% til 43%. Det viser, at heroinbehandling i forbindelse med psykosocial behandling både direkte og indirekte (i form af henholdsvis et forbedret helbred og en genoprettelse af arbejdevnen) har en positiv effekt på erhvervssituationen.

I andet år af behandlingen gør heroinpatienterne intensivt brug af de to forskellige former for psykosocial behandling: psykoedukation og narkorådgivning vs. case management og motivational interviewing. Tilfredsheden med behandlingen er lidt større hos patienter, som modtager case management. Efter første undersøgelsesfase kunne der som nævnt ikke konstateres nogen forskelle mellem de to former for psykosocial behandling i forhold til de primære resultatkriterier, men efter 24 måneder er situationen en anden. At dømme efter de primære resultatmål er behandlingen en større succes hos de patienter, der modtager individuel narkorådgivning og deltager i gruppebaseret psykoedukation. Dette resultat, som er uafhængigt af centratendenser, rejses en række spørgsmål omkring optimeringen af de psykosociale behandlingstilbud.

Med hensyn til medicineringens sikkerhedsaspekt var der en generel tendens til færre (alvorlige) skader i løbet anden undersøgelsesfase. At skifte fra metadon til heroin vil næppe indebære nye komplikationer for patienten. En mulig forklaring på denne faldende tendens kunne være en vis tilværelse blandt såvel patienterne som behandlingspersonalet (med hensyn til håndteringen af patienter og medicin). Det kan også tænkes, at der er vis selektionseffekt, der gør sig gældende her, idet de patienter, der er tilbøjelige til at pådrage sig komplikationer, også vil være tilbøjelige til at frafalde behandlingen på et tidligt tidspunkt. Mortalitetsrate for anden undersøgelsesfase er 0,9%, og ingen dødsfald mentes at have været forbådte for undersøgelser af forsøgsmedicinen.

Appendiks

Formålet med den tyske heroin undersøgelse

At undersøge, hvorvidt udskrivning af farmakologisk ren heroin (diamorfin) som led i en struktureret og kontrolleret behandlingsramme for specifikke grupper af heroinafhængige vil kunne afstedkomme helbredstilbuddene og en reduceret brug af ulovlige rusmidler.

Target groups (strata)

- Methadone treatment failures (MTF)
  - Opiate addicts presently in methadone-maintenance treatment, who have not profited sufficiently from treatment
- Untreated / not reached (NR)
  - Heroin addicts, who have dropped out of treatment services and are presently not in treatment, but in need of treatment due to their state of health or present life situation

Inclusion criteria

- At least 23 years old
- Opiate dependency for at least 5 years
- Present intravenous heroin use
- Poor physical health (OTI-Score ≥ 13) or poor mental health (GSI T-Score ≥ 60)
- NR: Not in treatment for last 6 months
- MTF: negative course of methadone maintenance treatment

Study Treatment

- **Heroin**: daily dispensing (up to 3x), maximum daily dose 1,000 mg, maximum single dose 400 mg, possibility for methadone intake at night (max. 60 mg)
- **Methadone**: daily dispensing, take-home regulation, no dose limit
- Individual dosage → stable steady state dose
- Case-Management: structured, person-centred, intervening concept; with integrated element: Motivational Interviewing (CM/MI)
- Drug counselling and psychoeducation (PE/DC): counselling upon demand and psychoeducation according to manualised group setting

Mågrupper (strata)

- Mislykket metadonbehandling (MMB)
  - Opilafaenhige, som aktuelt er i vedligeholdelsesbehandling med metadon og ikke har haft tilstrækkelig gavn af behandlingen
- Ikke i kontakt med behandlingssystemet (IIK)
  - Heroinafhængige, som er droppet ud af behandlingstilbuddene og p.t. ikke er i behandling, men har behov for behandling på grund af deres helbredstilstand eller aktuelle livssituation

Deltagelseskriterier

- Mindest 23 år gammel
- Mindest 5 års afhængighed af opiater
- Aktuel intravenøs brug af heroin
- Dårligt fysisk helbred (OTI-score >/= 13) eller
- Dårligt psykisk helbred (GSI T-score >/= 60)
- IIK: Ikke i kontakt med behandlingssystemet gennem de seneste 6 måneder
- MMB: negativt forløb med vedligeholdelsesbehandling med metadon

Forsøgsbehandling

- **Heroin**: Udeling på daglig dosis (op til tre gange dagligt), maksimal daglig dosis 1,000 mg, maksimal enkeltdosis 400 mg, mulighed for metadonindtagelse om natten (max. 60 mg)
- **Metadon**: Uddeling på daglig basis, regulering af ikke-superviseret brug, ingen dosisgrænse
- Individuel dosering justeret efter stabil tilstand
- **Case management**, struktureret og personcenteret interventionskoncept, med det integrerende element: Motivational Interviewing (CM/MI)
- Psykoedukation og narkorådgivning (PE/NR): Rådgivning efter behov og psykoedukation i manualiseret gruppefordøb
Retention Rate, first Year

<table>
<thead>
<tr>
<th>Heroin</th>
<th>Methadone</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>77.0%</td>
<td>94.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>67.2%</td>
<td>80.7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Retention rate, første år

Efter 6 måneder, efter 12 måneder

Primary Analysis (ITT) – Response Rates
(Worst case analysis, N=1,015)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Heroin</th>
<th>Methadone</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>80.0%</td>
<td>74.0%</td>
</tr>
<tr>
<td>69.1%</td>
<td>66.2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Primær analyse (ITT) – Responsrater (worst-case analyse, N=1,015)

helbred narkoforbrug

ITT-Analysis – Response in both Primary Outcome Measures

<table>
<thead>
<tr>
<th>Heroin</th>
<th>Methadone</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>57.3%</td>
<td>44.8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ITT-analyse – Respons i forhold til begge primære resultatmåliger

Statistics: Health: OR = 1.41 * (1.05-1.89), Drug use: OR = 1.85 *** (1.43-2.40)

Statistics: OR = 1.67 *** (95%-CI: 1.30-2.14)
Primary analysis ITT according to psychosocial intervention

ITT-analyse – Respons i forhold til begge primære resultatmålinger

24-Months Treatment Retention (Heroin group, N=515)

Retention gennem 24 måneders behandling (heroingruppen, N= 515)

MMB: heroin IIK: heroin

Behandlingens gennemsnitlige varighed: 514 dage

Primary Analysis (P2-Sample, N=434)
– Response in both POM

Primær analyse (2. fase-gruppe, N= 434)
- respons i forhold til begge primære resultatmålinger
Physical Symptoms (OTI Health Scale) (P2-Sample, N=434)

Fysiske symptomer (OTI Helbredsskala) (2. fase-gruppe, N = 434)

Use of Street Heroin past 30 Days (P2-Sample)

Brug af gadeheroin de seneste 30 dage (2. fase-gruppe)

Risk Behaviour last 6 Months (P2-Sample)

Risikoadfærd de seneste 6 måneder (2. fase-gruppe)

Deling af kanyle (heroin)
Deling af kanyle (heroin/metadon)
Deling af 'værktøj' (h)
Deling af 'værktøj' (h/m)
Contacts to the Open Drug Scene (P2-Sample)

Kontakter til det åbne stofmiljø (2. fase-gruppe)

Delinquency, 12-Mo-Prevalence (Total Number of Offences, P2-Sample)

Kriminalitet inden for de seneste 12 måneder (Det totale antal lovovertrædelser, 2. fase-gruppe)

Response Rates (both Primary Outcome Measures) at T12 and T24 by kind of PST

Responserater (begge primære resultatmål) efter henholdsvis 12 og 24 måneder og opdelt efter psykosocial behandlingsform
Lægefaglig vinkel på sundhedsmæssige effekter af lægeordineret heroin

Af Thomas Fuglsang, overlæge og centerchef i KABS


Her i 2007 råder der blandt behandlerne en meget mere realistisk og nuanceret opfattelse af stofmisbrug som noget, der spænder lige fra det mindre kompliserede misbrug, som har en god prognose, til dyb afhængighed der er præget af kronicitet og hyppige tilbagefald og som kræver langvarig støtte og behandling herunder medicinsk behandling.

Substitutionsbehandling gives til opioidafhængige, dvs stofbrugere som misbruger heroin, morfin eller andre forbindelser, der virker på hjernens opioidreceptorer. Formålet med substitutions-behandlingen er som navnet antyder, at erstatte virkningen af misbrugsstoffet og dermed opnå en medicinsk stabilisering af stofbrugeren, så denne ikke behøver at kriminalisere sig for at stille sin stoftrang.

Substitutionsbehandling reducerer som følge heraf injektionsmisbruget, og det betyder mindre smitte med hiv og leverbetændelse. Endelig bidrager substitutionsbehandling til den sociale stabilisering ved at muliggøre rådgivning og behandling af de mange sundhedsmæssige, psykiske og sociale problemer, der findes hos opioidafhængige.

Dødeligheden blandt danske stofbrugere

Danske stofbrugere har en dødelighed, som ligger mindst 10 gange over baggrundsbefolkningen. Dødeligheden har været jævnt stigende op til midten af 1990erne, og der efter holdt sig stabilt høj på 250-275 dødsfald årligt svarende til ca. 2% af gruppen af hårdt belastede stofbrugere.


Dødsfaldene var i 2005 fordelt over hele landet med 135, 105 og 35 på henholdsvis Sjælland, Jylland og Fyn. Der er - som blandt stofbrugerne generelt – en overrepræsentation af mænd, ca. 70% og gennemsnitsalderen ved død er omkring 40 år.

Det triste facit er altså fortsat rigtig mange tabte leveår. Lignende tal bekræftes af Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister, som dog ikke medtæller vold og ulykker.

54
Man kan undre sig over, at vi i Danmark fortsat har en høj dødelighed, i betragtning af den massive udbrygning af behandlingsindsatsen gennem de sidste 10 år. En udbrygning, der startede med amternes overtagelse af ansvaret for behandlingen i 1996, og hvor Folketinget fulgte op med en nærmest tredobling af bloktiilikuddene.

Den voldsomme stigning af metadon-relaterede forgiftninger hænger selvfølgelig sammen med den udbredte anvendelse af metadon (over 5.000 personer i behandling), hvoraf noget i sidste ende tilflyder det illegale marked. Man kunne have en forestilling om, at mindre metadon ville reducere antallet af forgiftninger, og det er baggrunden for at Sundhedsstyrelsen nu anbefaler lægerne at anvende andre og mindre giftige præparater.

Vi har desværre kun punktvise forklaringer på, hvorfor mennesker dør af overdoser. Velkendt er f.eks. de såkaldte pausedødsfald f.eks. efter endt afsoning, hvor der i den første måned efter løsladelsen er en mangedoblet risiko for død, fordi stofbrugeren lægger ud med en alt for stor dosis. Herudover formodes det, at risikoen for død hænger sammen med graden at socialt kaos og muligheden for at få behandling. Det er derfor besynderligt, at dødstallet ikke er dalet i takt med at kapaciteten er udbrygget, at langt flere er kommet i behandling. Der er i 2003 tilmed indført en behandlingsgaranti for den sociale behandling.


**Helbredsmæssige konsekvenser af stofmisbrug**


Langt mere omfattende er imidlertid de misbrugsrelaterede sygdomme, som knytter sig til stofbrugerens livsstil og risikoafhæng. Det drejer sig her primært om infektioner som sker i tilslutning til injektion og som skyldes virus og bakterier som kommer fra huden, fra urene sprøjter og fra forurennet stof.

Og så er der desværre en elendig snitflade til sundhedsvæsenet, som skyldes at stofbrugerne ikke altid søger lægehjælp i tide, at de ikke altid har overskud til at følge en behandling, at de ikke har råd til at indløse en recept og købe den ordinerede medicin og endelig at sundhedssektoren ikke altid er gearet til at behandle stofbrugerne, enten fordi de er meget besværlige, eller fordi personalet mangler viden og har for mange fordømme.

Injektionsmisbrugerne tegner sig især for følgende sygdomme:

- Blodoverførte virusinfektioner som hiv og hepatitis B & C (giver ofte kronisk leverbetændelse og skrumpelever)
• Bakterielle infektioner i form af bylder, blodfølgning, betændelse på hjerteklapper m.m. (smitte fra huden og forurenet stof)
• Dårligt blodomløb evt. amputation (følge af vævssvigtende stoffer, som giver åretændelse og blodpropper)
• Kronisk bronchitis og lunjesygdomme herunder cancer (rygning af cigaretter, hash, heroin)
• Lammelser af arme og ben (følger af afklemning af nerver i forbindelse med blackout)
• Forstoppelse og afføringssmerter (virkning af opioid)
• Kønssygdomme (og andre følger af prostitution)
• Risikograviditeter (hysppige spontane og provokerede aborter, øget børnedødelighed)
• Elendig tandstatus, smerter og tyggeproblemer (opioider nedsætter spytsekretionen, hvilket fremmer caries) og fravær af tandlægebehandling
• Overhyppighed af sindslidelser, herunder skizofreni, personlighedsforstyrrelser, depression, angst

Vi ved at både primærsektoren og hospitalsvæsnet har store problemer med at tilpasse deres ydelser til stofbrugerne. Og det er kun få steder i landet, at misbrugscentrene er udbygget med sundhedsfaglige services, der kan sikre forebyggelse, diagnostik og behandling af de nævnte sygdomme. Der sker dog punktvis forbedringer, bl.a. i form af satspuljebevillinger til vaccination mod hepatitis B og opsogende sundhedstilbud i udvalgte byer. Men det går meget trægt, og det må derfor være en politisk udfordring at sikre en udbygning af den sundhedsfaglige indsats i de nye kommuner, som pr. 1. januar 2007 har overtaget ansvaret – også for den lægelige behandling af stofbrugerne.


**Heroin og substitutionsbehandling**


Heroin/morfin dæmper ligesom andre opioider smerte, hoste, uro og diarré, og så troede man dengang også, at heroin var vidunderligt mod det omfattende morfin-misbrug, der havde bredt sig til det civilse samfund i kælingen på den amerikanske borgerkrig. Det blev imidlertid hurtigt klart, at heroin ligesom morfin er stærkt vanedannende, medfører afhængighed og kan medføre dødsfald hos ikke-tilvænnede personer (hvilket skyldes en hæmmende åndedrætsrefleksen).

Heroin’s rolle som 1. generations-substituptionspræparat blev således en fiasko, og præparatet blev hurtigt belagt med restriktioner og har siden 1920 været forbudt i de fleste lande - bortset fra England, hvor man
har anvendt lægeligt ordineret heroin til opioidafhængige, en praksis som dog i stigende omfang er afløst af metadon.


Metadons succes beror på dets farmakologiske profil, som betyder, at det hos langt de fleste kan doseres én gang i døgnet. Hos den velregulerede patient fjerner det abstinenssymptomer og dæmper effektivt stofstrangen. Men også metadon er meget vanedannende og mindst ligeså dødeligt som heroin.

Sundhedsstyrelsen presser på, for at lærerne i højere grad skal anvende 3. generationspræparatet buprenorfin (Subutex, Suboxone), som er langt mindre vanedannende og vidtgående ugiftigt. Buprenorfin er især velegnet som førstevalgs-præparat til heroinafhængige og som afslutning på et nedtrapningsforløb.

**Sundhedsfaglige argumenter for og imod lægeordineret heroin**

Når man skal vurdere de medicinske fordele ved at substituere illegal heroin med legal lægeordineret heroin skal man først og fremmest huske på, at heroin (morfin) har en relativt kort virkningstid - 4-6 timer før trang melter sig igen. Der er tale om yo-yo-agtig virkning, med op- og nedture uden ende og med krav til indtagelse så mange gange i døgnet, at det vil være svært at opnå en fuld nats god søvn, hvis heroinen skal indtages under kontrol på en døgnåben klinik x kilometer fra bopælen.

Det er med andre svært at forestille sig at lægeordineret heroin kan stå alene, og det har det da heller ikke gjort i de forskellige udenlandske forsøg. Det man har undersøgt er derimod effekten af metadon plus heroin. I både Schweiz, Holland og Tyskland har man tilbudt heroin-injektion som supplement til en basisbehandling med oral metadon, dvs. metadon indtaget gennem munden.

Jeg hæfter mig også ved, at denne kombinationsbehandling med metadon og heroin er sket med (efter danske forhold) relativt lave metadondoser. Og det er logisk nok, for det sikrer to ting: Dels at metadonen beskytter brugeren mod gennembrud af abstinens-symptomer og dels at hjernens opioid-receptorer ikke bliver overmættede, men lige akkurat stadig er følsomme for heroin. Det lyder måske lidt indviklet, men sammenlign blot med virkningen af en ekstra teskefuld sukker i kaffen: Det er svært at mærke, hvis man i forvejen har forsynet sig rigeligt. Sagt med andre ord: Virkningen er relativ.

Om heroinbehandling vil kunne påvirke dødeligheden af danske opioidafhængige kan man højst give et ukvalificeret gæt på. De hollandske heroinforsøg kunne ikke registrere nogen effekt på dødeligheden, på den anden side beskrives de hollandske stofbrugere som noget mindre kaotiske og behandlingsresistente end den formodede danske målgruppe, som fremhæves i debatten: de mest kaotiske og misbrugende stofbrugere, som ikke drager fordel af eller kan nås af de eksisterende behandlingstilbud.


Jeg har bemærket at hollænderne har formuleret nogle ufravigelige forudsætninger for den lægeordine-rede heroin, nemlig at stofbrugeren ikke har kunnet profitere af metadonbehandlingen i det almindelige behandlingssystem, der forudsættes udstyret med tilstrækkelige og relevante tilbud om somatisk og psykiatrisk behandling. Et memento til de danske misbrugscentre, hvor omfanget af sundhedsfaglige services langtfra er udbyggede og tilstrækkelige. Og hvor der i det hele taget ikke gælder nogen behandlingsgaranti for den lægelige behandling for stofmisbrug.

Resultaterne fra de udenlandske forsøg er blandet landhandel, hvor konklusionerne kan være vanskelige at overføre på en danske forhold. En eventuel anvendelse af lægeorderet heroin må derfor følges tæt, med baggrund i en videnskabelig protokol og med det bedst mulige undersøgelsesdesign. Hvis det kan opfyldes vil heroin såmænd også finde sin plads i min lægetaske.

Men det er vigtigt at forstå, at heroin ikke er noget vidundermiddel, og at medicin alene gør det ikke.
Brug af ordineret heroin i behandling af stofmisbrugere - Et socialt perspektiv

Af Preben Brandt, formand for Rådet for Socialt Udsatte

Siden 1994 har man brugt lægeordineret heroin i behandlingen af visse stofmisbrugere i Schweiz, siden har Australien, Holland, Tyskland, Spanien, Canada og Belgien fulgt efter. Der er afsluttede videnskabelige forsøg, og der er forsøg, der stadig ikke er afsluttet. I Tyskland er man i en diskussion om, hvorvidt man skal permanentgøre denne behandlingsmetode eller nøjes med at give tilladelse til, at de aktuelle forsøgsordninger fortsætter. I andre lande diskuteres det, som her i landet, om man skal supplere eksisterende behandlingsmetoder med denne særlige substitutionsbehandling, og i atter andre lande kunne man end ikke tænke sig at tage diskussionen op.

Også da jeg var formand for Narkotikarådet var min holdning[1], at en særligt belastet gruppe af stofmisbrugere ville kunne have gavn af behandling med heroin. Dengang var de forsøg, man gjorde med denne behandlingsform i Schweiz, ikke alle lige optimistiske. Men det blev de snart, og i årene siden er antallet af grundige undersøgelser steget, og langt de fleste af disse beskriver positive resultater. Det er ikke uroligt at anslå, at der i Danmark lige i øjeblikket er 10 – 14.000 personer, der er afhængige af heroin og lignende stærkt vanedannende stoffer ud af det samlede antal af brugere af illegale rusmidler på 27.000. Det vil sige knap 0,3% af hele befolkningen. Ikke i sig selv og i et samfundsperspektiv noget alarmerende antal og langt de fleste danskere kan gå i gennem hverdagen uden at blive konfronteret med denne side af virkeligheden. Men alligevel er det både set fra et velfærdsstats-synspunkt og fra et økonomisk synspunkt et relevant forhold at gøre noget ved. Og for den enkelte aktive stofmisbruger er det naturligvis af afgørende betydning, at der er adgang til gode og differentierede behandlingsmuligheder.

Alle stofmisbrugere er ikke ens


Det er netop disse mennesker med en række helt specielle sociale og sundhedsmæssige problemer, der udgør dem, man andre steder har beskrevet som gruppen, man bør tilbyde behandling med heroin enten
alene eller i kombination med metadon og naturligvis altid sammen med en psykosocial behandling og støtte.

Således anvendte man ved afgrænsning af deltagere i det schweiziske forsøg følgende definition: ”Stofmisbrugere, der på grund af deres livsomstændigheder og den fase i misbrugskarrieren (hjemløshed, arbejdsløshed, prostitution, berigelseskriminalitet etc.) de befinder sig i, er stærkt disintegrede og/eller sundheds现象el belastede, og som lever under elendighed eller er elendighedstruede og ikke kan nås – dvs. ikke stabiliseres - gennem de eksisterende behandlingsstilbud og ikke kan motiveres til at gå i stoffri- eller metadonbehandling, som er mere end 20 år og har haft et injektionsmisbrug i mere end 2 år.”[2]

Og de samme kriterier, for hvem man ikke kan nå ad anden vej, og som teoretisk set ville kunne hjælpes med en heroinsubstitutionsbehandling, beskrives i tysk litteratur[3]: ”Patienterne har et højt multiformbrug af stoffer og er desuden i betydelig højere suicidalrisiko end andre misbrugere. De falder ikke til ro på metadonbehandling, men kræver heroin-virkningen. En anden del lider af svære personlighedsstyrrelser eller viser sig at være egentlig psykisk syge.”

Den brede vifte af gode behandlingsstilbud er ikke bred nok


Hvad hvis man suppliers viften med behandlingsstilbud med heroin?

Mange af de metoder, der benyttes i socialt arbejde bygger mere på tro end på viden. Der er ikke meget socialt og socialmedicinsk arbejde, som er så velundersøgt som behandlingsforsøgene med heroin. Og der er vel at mærke tale om kvalificerede videnskabelige undersøgelser. Når man ser på resultaterne fra de forskellige lande, der har valgt at tilbyde de særligt hårdt ramte behandling med heroin, er det påfaldende så still overensstemmelse, der er mellem de forskellige tilbud.

Det kræver en ganske omfattende indsats at læse de mange rapporter, men gør man det, eller læser man den ene rapport på dansk[5], som forsøger at samle det væsentlige op over at, at de resultater, som man opnår i det schweiziske heroinprojekt, stort set også opnår andre steder, hvor heroin bruges i behandlingen af særligt belastede stofmisbrugere. Alle steder finder man, at der hos de, der behandles med enten heroin alene eller heroin i kombination med metadon sker en kraftig reduktion i forbruget af illegal heroin.


I Schweiz, hvor man har den længste periode at undersøge på, finder man, at efter 6 år fra indskrivning i heroinprojektet er hver femte (knap 20%) tilbage i et forbrug af illegal heroin, men lige så mange er i eller har været indskrevet i stoffri behandling.
I en artikel i British Medical Journal konkluderer en række forskere om det sveitsiske forsøg[6]: “In our two trials supervised medical coprescription of heroin to treatment of resistant heroin addicts was more effective than and probably just as safe as methadone alone. We saw considerable improvements in physical and mental condition and few serious adverse events.”

Nogle år senere beskrives de hollandske erfaringer med heroinbehandling[7], i en tilsvarende artikel i samme tidsskrift. Her vises, at godt halvdelen af de stofmisbrugere, der fik lægeordineret heroin, oplevede en klar fremgang i både fysisk og psykisk helbredelse sammenlignet med gruppen i metadonbehandling. Dertil kommer et markant fald i kriminalitet og en lille forbedring i sociale forhold. I den undersøgelse, der beskriver artiklen, er der også indsamlet materiale til at foretage en delvis cost-benefit analyse. Lægeordineret heroin er en dyr behandling, men da udgifterne til behandlingen kun er godt halvdelen af de beboelsespark samfundet sparer på en mindre kriminalitet, er der alt i alt tale om en betydelig besparelse. Forskerne konkluderer, at: ”The medical co-prescription of heroin is beneficial in terms of quality adjusted life years (QALYs). From a societal perspective supervised medical prescription of methadone plus heroin is less costly than methadone maintenance treatment. Medical co-prescription of heroin is cost effective in patients who have previously failed to respond to methadone treatment.”

Hvem vil have glæde af sådan et behandlingstilbud?

Som det fremgår, er der ikke bare tale om, at heroinbehandling løser alle problemer. Og slet ikke for alle stofmisbrugere. En lang række personer, der er afhængige af heroin vil hverken skulle tilbydes denne behandling, ønske det eller have fordel af at komme i behandling med heroin. Det er en behandlingsform, viser undersøgelsene, som vil have effekt, hvis den tilbydes stofmisbrugere med omfattende sociale problemer og et voldsomt misbrug, der ikke lader sig behandle på anden måde.

Hos disse misbrugere vil behandling med heroin have samme positive effekt som stoffri behandling har og anden substituptionsbehandling har til andre stofmisbrugere. Den vil reducere kriminel aktivitet, reducere omfanget af sundhedsproblemer og sygelighed, den vil reducere omfanget af hjemløshed og den vil øge den sociale integration og livskvaliteten. Og dermed ser jeg sådan en behandlingsindsats ikke bare som endnu en narkobehandling, men også som en indsats, der vil være med til at reducere antallet af massivt udsatte personer. Dertil kommer, at det er overbevisende vist, at denne behandlingsform samlet set vil være en økonomisk gevinst for samfundet som helhed.

Endelig er det umuligt at finde nogen dokumentation for, at behandlingen i sig selv over for den enkelte modtager eller i forhold til andre stofmisbrugere eller samfundet som helhed skulle have negative sideeffekter.

Noter

[3] Peter Raschke: ”Substitutionstherapie”, 19994, Lambertus Verlag, Freiburg
Fastholdelse af stofmisbrugere i deres stofmisbrug vs. afvænning. De pårørendes vinkel

Af Annemarie Outze, formand for Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere

Vi, medlemmerne af Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere, (de fleste medlemmer er forældre) har i mange år måttet stå på sidelinien og se på, hvordan det officielle behandlersystem skalter og valter med vore børns liv ved at give dem forskellige lægemidler, deriblandt metadon. Samtidig skal vi så igen høre på, at politikerne diskuterer, om Danmark skal lave forsøg med ”lægeordineret heroin”.

Forsøg med lægeordineret heroin til de hårdest belastede narkomaner for at opnå mindre kriminalitet i form af vold, overfald og indbrud, samt et forsøg på at skaffe flertal for et JA hertil i Folketinget har med jævne mellemrum været overskrifter i medierne.

Vi har stor forståelse for borgernes ønske om at være fri for kanyler og andre efterladenskaber efter narkomanerne, men vi tror desværre ikke, at problemet kan løses med fixerum og lægeordineret heroin - slet ikke.

Vi er meget betænkelige ved forsøg i almindelighed - for hvordan stopper man en forsøgsordning igen, hvis det af den ene eller anden grund ikke bliver, som man havde håbet?

"De hårdest belastede narkomaner" er de stofafhængige, som skønnes ikke at kunne nås med de traditionelle behandlingstilbud, som efter vores bedste overbevisning langt fra er tilstrækkeligt udbygget. Her tænker vi først og fremmest på:

- Systemsvigt (behandlingsgaranti)
- Kriminaliteten
- Psykiatrien
- Integration efter behandling
- Etik

Hvilke, og hvor mange behandlingstilbud skal de have haft, før de anbefales lægeordineret heroin – og hvor skal grænsen sættes for, om de kan nås eller ej? Hvor længe skal disse mennesker være i den form for "behandling", som vi alle på forhånd er klar over, ikke bringer dem ud af misbruget.

Vi håber alle på hjælp til at vores børn, uanset alder, bliver stoffri, men med lægeordineret heroin fjernes det sidste håb – så er der ingen vej tilbage og de fastholdes i afhængigheden.

En misbruger på heroin oplever et ’sus’ ved indtagelsen af heroinen, men efter et par timer begynder ’nedturen’, og trangen til et nyt fix melder sig i stigende grad. Som heroinmisbrugere er man derfor enten ’helt oppe’ eller på vej ’nedad’, og i begge tilfælde er misbrugerens stort set uden for rækkevidde, fordi han eller hun enten er i en høj euforisk tilstand, eller fordi tankerne nu begynder at koncentrere sig om det næste fix – alt andet er ligegyldigt.
Forestil jer et menneske – søn eller datter – der isoleres fra omverdenen i en sådan tilstand. Ingen, der ikke har prøvet det, kan forestille sig hvilken lykke det er, at kunne føre en normal samtale med ens barn når han eller hun er kommet ud af narkoen, eller hvilken ulykke det er ikke at kunne skabe kontakt og hjælpe sit barn.

Mange narkomaner, vi har talt med, siger selv, at de vil føle sig opgivet, hvis de får dette tilbud om læge-ordineret heroin, men at de nok vil være for svage til at sige nej-tak. Hvordan tror I, det vil føles, hvis det var jeres børn?

Vi får at vide, at forsøget med lægeordineret heroin iværksættes, for at misbrugerne kan få lægehjælp, pleje og en snak om eventuel behandling, men det skulle de jo allerede i forvejen få i rådgivningscentre- ne, når de henter deres metadon. Mennesser, der indtager metadon, er fremdeles stofafhængige, men metadonen fjerer abstinenserne, som opleves ved indtagelse af heroin. Metadonen skaber større balance i tilstanden hos misbruger, og misbruger vil muligvis være modtagelig for tilbud om behandling, der kan føre til en stoffri livsførelse.

For år tilbage udtalte Socialoverlæge Peter Ege, at et forsøg med ordineret heroin ikke ville være hensigtsmæssigt, da det ville kræve, at de stofafhængige skulle møde op 4-6 gange i døgnet for at holde sig stabile. Den snak er ligesom forstummet, hvorfor?

For metadonens vedkommende er det tilstrækkeligt med indtagelse 1 gang i døgnet. Hvad gør vi, hvis der bliver tale om indtagelse 4-6 gange i døgnet? Etablerer vi døgnbemandede fixerum over hele landet, hvor stofmisbrugerne kan henvende sig - eller skal lægerne på overarbejde? Da man jo ikke kan forestille sig, at narkomanerne får udelaveret heroin, der skal række til et døgn, hvem skal så administrere systemet i hverdagen – hver dag?

Vi er også betænkelige ved, om dette ikke giver en forkert ”signalværdi” overfor de unge. Det vil, mener vi, blive sværere at forklare farligheden ved at eksperimentere med stoffer, hvis det vil blive ordineret som et officielt tilbud.

Det er ligeledes tankevækkende, at der i denne debat ikke tales om de stofmisbrugere, der er på andre stoffer end heroin. Det er ikke kun heroinen, der er skyld i det alt for høje dødstal. Manden med leen høster også blandt kokain- og weekendnarkomaner. Vi har erfaret, at heroinen ikke længere er det foretrukne stof. De nye stofmisbrugere er på kokain, amfetamin, ecstasy osv. Disse stofmisbrugere vil ikke have ”gavn” af ”lægeordineret heroin”. Hvad kan vi gøre for dem?

Vi må stille os selv det spørgsmål ”skal vi nøjes med at passivisere de dårligst fungerende og besværlige medborgere – eller vil vi forsøge at integrere dem i medborgerskabet – og kan det lade sig gøre”? Har vi dybest set givet op som samfund, og prøver vi nu med et gutsent overlæg blot at lappe på et sår, som vi godt ved ikke vil læges, fordi kuren er forkert – fordi vi lapper på symptomer og ikke på årsager?

Når vi taler om behandling af stofmisbrugere er det vigtigt, at vi ikke blander to forskellige grupper sammen. Der er Misbruger og så er der den Psykisk syge misbruger...

Hvordan kan det være, at vi ser så mange psykisk syge blandingsmisbrugere der her i landet?

Hvordan kan det være, at vi lader så mange ulykkelige skæbner i stikken?

De, der har en dobbelt diagnose skal også have en dobbelt behandling. En ensidig behandling er en medvirkende årsag til den dårlige og misvisende behandlingsstatistik.
Misbrug er desværre blevet en hel normal og accepteret del af hverdagen hos stadig flere danskere.

Når talen i dag falder på ‘human narkobehandling’, er det desværre ikke vores indtryk, at løsningsmodel-lerne skabes ud fra et menneskeligt synspunkt, men at de er udviklet som en ‘teknisk udvej’ – skabt af tal og statistikker.

Afslutningsvis må vi fra Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere derfor på det kraftigste ved denne lejlighed, som ved tidligere lejligheder, opfordre til, at man virkelig giver sig tid til at grundigt at vurdere egne motiver, årsager og behandlingsformer for at skabe de bedst tænkelige menneskelige betingelser for disse ulykkelige personer, der mere eller mindre bevidst er kommet ud i et misbrug, hvor samfundet risikerer at spille fallit, hvis metoderne ikke er motiveret af de rette intentioner.

Vi måles alle på vores motiver....

Lis Sjøholm, bestyrelsesmedlem i Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere er bisidder på høringen.
Kriminalitet og heroinmisbrug

Af Evy Frantzsen, Dr. Jur. og kriminolog, Det Juridiske Fakultet, KU

Først vil jeg oppsummere de mest sentrale funn - sett i forhold til kriminalitet - fra studiene med heroinbehandling i Sveits, Holland og Tyskland. Deretter vil jeg gi et bilde av hvem det er som dømmes for narkotikalovbrudd og narkotikarelatert kriminalitet i København.

Sveits

De viktigste resultatene fra det sveitsiske forsøksprosjektet med heroinbehandling er:

• Etter 6 måned er var 89% av deltakerne fortsatt i behandling, og etter 18 måneder var andelen så høy som 69%. Med tanke på at dette er en hardt belastet stoffbrukergruppe, som i liten grad har kunnet nyttegjøre seg behandling tidligere, er deltakerandelen meget høy.

• Deltakerne viste store forbedringer av helsetilstand, både fysisk og psykisk. Forbruket av illegal heroin falt signifikant, fra 81% ved forsøks oppstart til 6% etter 18 måneder. Det var tilsvarende fall i konsum av kokain, fra daglig forbruk 29% til 2% etter 18 måneder, og det daglige forbruk av benzodiasepin fra 19% til 2% etter 18 måneder.

• Deltakerne sosiale integrasjon, som boligsituasjon og arbeidsevne, ble betydelig forbedret, andelen av forsøksdeltakere i fast arbeide ble fordoblet fra 14% til 32%, og deltakere med gjeldsbyrde ble mer enn halvert, fra 34 % til 15%.

• Prosjekteltakere med inntekt fra illegal virksomhet ble kraftig redusert, fra 70% til 10%.


Holland


Resultatet av studien viste at heroinunderstøttet behandling var nesten dobbelt så effektivt som metadonunderstøttet behandling. I gruppen som mottok heroin levde 56,6% av deltakere opp til prosjektets strenge krav for å bli regnet som profitør av behandlingen, mens det tilsvarende var 31,6% for kontrollgruppen som mottok metadon[1].

Tyskland


Det tyske forsøket opererer med andre kriterier for suksess enn det hollandske. De tyske forskerne uttrykte de 2 forsøksresultatmålene slik:

- Hvis signifikant flere deltakere i heroin gruppen, etter de første 12 måneder, viser en fremgang på mer enn 20% i form av fysisk og psykisk helbred, vil heroinbehandling bli ansett som en suksess.
- Hvis signifikant flere av de heroinbehandlede, i forhold til forbruk av diverse illegale rusmidler, viser en fremgang på mer enn 20%, vil heroinbehandling bli ansett som en suksess.

Konklusjonen fra Tyskland er meget klar: Heroinunderstøttet behandling signifikant bedre enn metadonunderstøttet behandling i forhold til begge resultatmål; både i forhold til fysisk og psykisk helbred, og i forhold til forbruk av illegale rusmidler.

Til den tyske studien er det knyttet kriminologiske tilleggsundersøkelser. Her blir utviklingen av delta- kernes criminalitet undersøkt i to delstudier – en kvantitativ og en kvalitativ. Den kquantitative studien deler seg i en standarlisert mørketallsundersøkelse og en undersøkelse av politiets registrerte kriminalitetshall. Den kvalitative studien er en intensiv intervjuundersøkelse av 100 deltakere i heroin gruppen. Resultatene fra disse studiene behandles nå, og er enda ikke tilgjengelige, men vi vet fra det som er publi- sert som første studie, at også det tyske forsøket med heroinbehandling viser at criminaliteten faller markant for de som behandles med heroin i forhold til kontrollgruppen som behandles med metadon.

I løpet av de 12 forsøksmånedene var halvparten i kontakt med rettsystemet. Andelen av de heroinbe- handlede som fikk fengsling var 13,8%, mens det i metadon-kontrollgruppen var 23.6% som fikk fengsling.


Stoffrelatert kriminalitet i København


Aller først et bilde av hvem disse siktede er: De fleste er danske, de er menn, de er i gjennomsnitt 30 år, de har dårlig utdannelse, de fleste er uten arbeid, de er enslige, nesten 40% er uten egen bolig, bare 11% av de siktede bruker ikke stoff (6% er uopplyst). Vi kan allerede at de siktede (og dømte) for narkotikakrimalitet i København for en stor del dreier seg om utslåtte stoffbrukere – og at det nettopp er denne grup- pen som har profitetert stort på heroinbehandling i Sveits, Holland og Tyskland. Ved å gå litt nærmere inn i
kriminalitetsbildet i mitt materiale vil jeg vise at stoffavhengige er gjengangere for domstolen: 84,4% har tidligere fått en eller flere dommer av en domstol. Og 69% har tidligere sonet frihetsstraff. Fordeling av tidligere dommer ser slik ut:

**Tabell 1. Fordelningen av tidligere dommer. Type dommer fordelt på personer siktet for grove og milde narkotikalovbrudd. Antall personer= 368. N= 2355 dommer**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle siktet</th>
<th>Derav siktet for §191</th>
<th>Derav siktet for euf</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dom for euf</td>
<td>793</td>
<td>106</td>
<td>687</td>
</tr>
<tr>
<td>Dom for 191</td>
<td>104</td>
<td>83</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Dom for annen kriminalitet</td>
<td>1458</td>
<td>314</td>
<td>1144</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt antall dommer</td>
<td>2355</td>
<td>503</td>
<td>1852</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Her vil jeg bemerke at dommer for annen kriminalitet dreier seg stort sett om typisk berikelseskriminalitet.

Også i forhold til frihetsstraff er det dommer for annen kriminalitet som dominerer:


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alle siktet</th>
<th>Derav for §191</th>
<th>Derav for euf</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frihetsstraffer for euf</td>
<td>490</td>
<td>64</td>
<td>426</td>
</tr>
<tr>
<td>Frihetsstraffer for 191</td>
<td>98</td>
<td>78</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Frihetsstraffer for annen kriminalitet</td>
<td>649</td>
<td>160</td>
<td>489</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt antall frihetsstraffer</td>
<td>1237</td>
<td>302</td>
<td>935</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Det er ingen tvil om at de mest marginaliserte stoffavhengige i Danmark vil profittere sterkt på heroinbehandling, som vi ser de gjør i Sveits, Holland og Tyskland. For om vi ser på frihetsstraff i lys av forhold til stoff kan vi trekke følgende generelle slutning: Jo mer avhengig av stoff, jo flere dommer og fengselsstraff.

Diagrammet ovenfor viser med all klarhet at de avhengige stoffbrukerne også er de som nås oftest av straffeapparatet. De som oppgir av de er avhengig av stoff, har et gjennomsnitt på 10,3 tidligere dommer. De som bruker stoff noen ganger, har et gjennomsnitt på 3,9 tidligere dommer, mot et gjennomsnitt på 3,6 dommer for dem som ikke bruker stoff. Også fengselserfaringene er atskillig mer omfattende blant stoffbrukere, med et gjennomsnitt på 5,9% for tidligere fengselserfaringer.

Samlende om tidligere kriminalitet i materialet er det svært mange gjengangere i straffeapparatet. Og jo større avhengighet av stoff, jo mer gjengangeri. Til sist vil jeg gjenta vår viden: Erfaringene med heroinbasert behandling er vitenskapelig gjennomkontrollert og resultatene entydige: De som behandles med heroin har markante fall i narkotika- og narkotikarelatert kriminalitet. Dette er ikke en kriminalitet som flyttes til andre områder.

Noter

Litteratur:

Löbmann, Rebecca (2006): Der Einfluss der Heroinvergabe auf die Delinquenz Opiatabhängiger. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachen (PPP)


Papendorf, Knut (2004): Narkotikapolitikk og tanken om skadereduksjon. Tidsskriftet Materialisten nr. 2/3

Papendorf, Knut (2006): Heroinbasert behandling av tungt belastede rusmiddelbrukere. Tidsskriftet Materialisten nr 2/3


Lægeordineret heroin set i lyset af heroinmisbruger-nes hverdag og gadebilledet generelt

Af Liese Recke, Cand. psyk., udviklingschef i KABS, bestyrelsesformand Gadejuristen

Hvad er heroin?

Hvad karakteriserer gruppen af heroinafhængige og deres hverdag?
Det rester stadig at afgrænse den gruppe af heroinafhængige, som kunne komme i betragtning til et dansk behandlingstilbud, men der er en række omstændigheder, som vil være ens for alle, som dagligt er afhængige af, at skulle købe heroin på et illegalt marked.

For det første er der fremskaffelsen af heroinen, hvilket som regel foregår i stærkt kriminelle miljøer, og/eller under stærkt stressende omstændigheder på gadeplan, hvor muligheden for konfiskation fra politiet og en efterfølgende sigtelse konstant er til stede. Prisen på heroinen er uforudsigelig og svingende, og det er umuligt at kontrollere, hvad den illegale heroin indeholder af affaldsstoffer og tilsætningsmidler. Ikke få heroinbrugere har mistet lemmer eller er på anden måde blevet invaliderede som følge af at have injiceret bakteriefyldt stof, og leverancerne er så ustabile at det i sig selv umuliggør planlægning af mere end en enkelt dag af gangen.

Og selvom den illegale heroin ikke i sig selv indeholdt sundhedsskadelige tilsætningsstoffer, så er illegale heroinbrugere overladt til tilfældige og usikre omgivelser, hvori man kan indtage stoffet. For nogle betyder det, at der injiceres i egen lejlighed eller i andres hjem, og for andre betyder det, at indtagelsen foregår på gaden eller i andre offentlige rum. Selve indtagelsen, som i Danmark traditionelt foregår intravenøst, er i denne situation forbundet med store sundhedsfarlige risici. Eftersom næsten alle opioidafhængige har lært at injicere fra andre opioidafhængige er viden om den rette teknik og hygiejne baseret på myter og forestillinger, som reproduceres i stofmiljøet uden mulighed for korrektion fra fagpersoner, typisk sundhedsfagligt personale. Den manglende viden om den korrekte injektionsteknik manifesterer sig ikke sjældent som sår, bylder og overførsel af smitsomme sygdomme, men eftersom opdagelse af injektioner og heroinbrug i nogle behandlingssystemer er forbundet med sanktioner for den enkelte opioidafhængige, er det sjældent at disse tilstande kommer til behandlingsystemets kundskab, hvorved den nødvendige behandling forsvares. I øvrigt kan det tilføjes, at en del kommunale behandlingssystemer i beklagelig grad mangler det relevante sundhedssaglige personale og den viden, som er en forudsætning for at varetage de opioidafhængiges behov for rådgivning, undersøgelse og evt. behandling af skader opstået i forbindelse med injektioner og den dertil knyttede risikoadfærd. Konsekvenserne af ubehandle-
de følgesygdomme og infektioner er øget belastning på det almene sundhedsvesen med mange gentagne kortere hospitalsindlæggelser med uplanlagte udkrivninger.


Behandlingssystemet
Beskaffenheden af det nuværende behandlingssystem er konsekvensen af mere end fyrre års behandlingsindsats overfor stofbrugere i Danmark. I årenes løb er der sket en positiv udvikling i retning af en mere liberal holdning til medicinsk understøttet behandling, hvilket er i overensstemmelse med den viden om behandlingsresultater, der er tilgængelige i den vestlige verden. Men det betyder ikke, at der ikke stadig er væsentlige udfordringer i forhold til den gruppe af heroinafhængige, som af mange grunde enten ikke ønsker kontakt til behandlingssystemet, eller som er ekskluderede derfra eller som ikke (i tilstrækkelig grad) profiterer af de aktuelt tilgængelige behandlingstilbud.


Men kort sagt, så findes der en gruppe opioidafhængige, som har brug for behandling, men som enten ikke kan profitere af de eksisterende tilbud eller som aktuelt slet ikke er indskrevet i medicinsk behandling. Denne gruppe karakteriseres i de fleste tilfælde af elendige levevilkår, kriminalitet, en kaotisk dagligdag og dårlig helse. Gruppen udgør en stor samfundsøkonomisk belastning både i sundhedsvesenet og i retssystemet.
Bekymringer


En anden bekymring retter sig mod angsten for, at heroinbehandling vil medføre en forøget rekruttering af nye heroinbrugere, således at f.eks. unge mennesker vil forsøge at kvalificere sig til behandling med heroin ud fra forventningen om at tilbringe et bekymringsfrit liv i en konstant eufori. Men her er det vigtigt at slå fast, at uanset behandlingens indhold i øvrigt, vil det altid i sig selv blive oplevet som en belastning og en forringelse af livskvaliteten, at skulle underlægge sig de rammer og kontrol som behandling indebærer. Og det er også vigtigt at huske, at rekrutteringen aktuelt sker i de kriminaliserede miljøer, hvor omsætning og brug af heroin kun er en del af mange forskellige kriminelle aktiviteter, og hvor deltagerkredsen er ganske bred. På en heroinklinik kommer der netop kun opioidafhængige heroinbrugere, som i kraft af tildeling af lægeordineret heroin så ikke længere i samme omfang behøver at deltage i et kriminaliseret miljø med henblik på at indkøbe eller indtage heroin.


Hvad kan opnås med heroinunderstøttet behandling?

Først og fremmest vil muligheden for at blive behandlet med heroin være attraktiv for nogle af de opioidafhængige, som aktuelt er indskrevet i metadonbehandling, men som ikke trives med medicinen, ligesom den vil være attraktiv for de opioidafhængige, der insisterer på at injicere deres medicin. Og ikke mindst vil behandling med heroin sandsynligvis være attraktiv for den gruppe borgere, som aktuelt slet ikke har kontakt til behandlingssystemet. Fra tyske, spanske og canadiske heroinforsøg ved vi, at netop
gruppen, som ikke ønsker kontakt med behandlingssystemet når der tilbydes behandling med metadon, er interesserede, når de tilbydes behandling med heroin. Og det bør måske lige nævnes, at den canadiske undersøgelse estimerer via en cost-of-illness analyse, at en enkelt opioidafhængig koster samfundet 45.000 årligt, når vedkommende ikke er i behandling.

Attraktionsværdien vil højnes i det omfang heroinklinikken samt specialiseret sundhedsfagligt persona-
le er tilgængeligt. Og eftersom virkningstiden for heroin er væsentligt kortere end den er for f.eks. meta-
don, kræver heroinbehandling en høj grad af tilgængelighed for de indskrevne patienter, dvs. lang daglig åbningstid. Ligeledes må man forvente, at kontrollen med heroinbehandlingen ikke vil rette sig mod kontrol af hvilke rusmidler, den pågældende i øvrigt bruger, eller at kontrollens formål er at sanktionere rusmiddelbrug, og endelig må man formode, at der dagligt vil være sundhedspersonalet, dvs. både en læge, men også sygeplejersker, som er behjælpelige med injektionsanvisninger og som kan tilbyde akut undersøgelse og behandling af skader og infektioner. Den forøgede tilgængelighed i forhold til medicinsk behandling og i forhold til veluddannet sundhedspersonalet samt en nedtoning af kontrolaspektet vil være attraktivt både for den gruppe opioidafhængige, som aktuelt ikke er indskrevet i medicinsk behandling, og for en del af den gruppe, som aktuelt ikke kan profitere af den traditionelle medicinske behandlingsindsats med metadon og buprenorphin. Ligeledes vil det være muligt gennem den opioidafhængiges formodentligt hyppige fremmøder på en heroinklinik at formidle kontakt til og invitation til øvrige psykosociale tilbud, som behandlingssystemet råder over.

Konsekvensen af at flere opioidhængige introduceres til og fastholdes i en adækvat behandling vil for en kommune typisk være reducerede udgifter til det almene sundhedsvæsen, reduceret omsætning af ille-
gale rusmidler, reduktion af den samlede lokale kriminelle aktivitet, mindre prostitutionsaktivitet på gadeplan samt reduktion af injektionsafærd i det offentlige rum. Konsekvenserne for den enkelte opioidafhængige at have muligheden for at modtage en heroinunderstøttet behandling, som er tilrettelagt ved fra et individuelt behov er bedre helse, bedre integration i ikke-kriminelle og ikke-stofbrugende miljøer og mulighed for at tilrettelægge sit liv på lidt længere sigt end bare fra dag til dag.

Henvisninger


Lægeordineret heroin og Vesterbro

Af Michael Lodberg Olsen, talsmand for Foreningen for narkoløsninger på Vesterbro

Narkoløsninger på Vesterbro
- er en forening der arbejder på at løse de narkotikarelaterede problemer på Vesterbro.

Vi består i dag af over 500 medlemmer; beboere, erhvervsdrivende og institutioner. Foreningen arbejder for at udvikle løsninger, der skal forbedre forholdene for stofbrugerne – og dermed for lokalområdet. Vi andre er blevet byfornyet – det skal stofbrugerne også. De skal have sundhedsrum og brugerrum og den hjælp de har brug for, så de ikke er overladt til gaden som vilde hunde. Læs mere på www.narkovesterbro.dk

Mellem kanyler og børn
I over 30 år har der været en konflikt mellem lokalområdet og nogle af de mest udsatte i Danmark – de hårdest belastede stofbrugere. Konflikten har fyldt meget gennem de sidste 30-35 år. For 31 år siden blev dette billede taget på Vesterbro:


**Situationer fra Vesterbro:**

- Aggressive sælgere der larmer, truer og er voldelige.
- Stofbrugere der fixer, hvor som helst og alle de steder der er tilbage med lidt læ, anonymitet og fred – eller blot på gaden for at få fixet inden politiet kommer. Indre Vesterbro er et stor åbent fixerum.
- Efterladte sprøjter og kanyler.
- Stofbrugere der får en overdosis.
- Stofbrugere der dør.
- Stofbrugere der ikke har adgang til toiletter på de få væresteder for dem og derfor tisser og skider på åben gade, i kældernedgange eller bag en busk.
- Kvinder der tilbyder sig - og mænd fra provinsen og København der køber.
- Biler i pendul fart for at købe.
- Slagsmål mellem stofbrugere – mellem sælgere.
- Danmarks største døgnåbne apotek, hvor pensionister og andet godtfolk med ‘for meget’ medicin sælger til gode penge.
- Mennesker der har det dårligt. Der kun har stoffet og jagten på det. Med åbne sår, tynde og blege går de duknakket rundt mellem grupperne af folk der forsamler sig – der heller ikke vil have noget med de dårligste stofbrugere at gøre.

**Betydningen af lægeordineret heroin for Vesterbro**

At tilbyde lægeordineret heroin til de dårligste stofbrugere (måske mellem 900 og 1.200 på landsplan) vil betyde at en stor del af de dårligste stofbrugere, der kommer på Vesterbro, vil få hjælp. Det er selvfølgeligt svært at vide med sikkerhed, hvad der kommer til at ske, men nogle scenarier kan være:

- Mindre salg og dermed færre sælgere.
- Færre kanyler på gaden.
- Nogle af de dårligste stofbrugere komme væk fra det hårde gadeliv og ind i en værdig ramme, hvor de får hjælp.
- Færre dødsfald og overdosis.
- Færre forarmede mennesker i gadebilledet.
- Færre af de mest marginaliserede kvinder, der skal sælge sig selv.
- Mindre følgekriminalitet – i butikker, hotelgæster, overfor beboere etc.
- Et brud på en over 30-årig konflikt mellem de mest udsatte og lokalområdet.
- Et mere værdigt Vesterbro og Danmark.

**Alternativer**

Der er svært at se, at der er alternativer til at tilbyde lægeordineret heroin til de dårligste stofbrugere, der er afhængige af heroin.

MEN der er en række tiltag, der også vil nå en del eller hele målgruppen og vil være en mærkelig forbedring for Vesterbro:

- Brugerrum (fixe og rygerum for alle stofbrugere).
- Fixerum light – et fixerum, hvor stofbrugere kan fixe lovlige stoffer (ikke hårde stoffer).
- Åbne toiletter for stofbrugerne.
Nye løsninger – nu

Over 30 års narkotika politik har fejlet for de dårligst stillede. Det er vores bydel et klart bevis på. Vi bliver nødt til at arbejde med nye former og nye tiltag for at nå nogle af de dårligste og mest udsatte mennesker i Danmark.

Nedenfor er der billeder fra Danmarks største fixerum Vesterbro. Hverdag for en hel bydel, med familier, børn, unge, pensionister, erhvervsvirkende, turister og marginaliserede stofkræver (nogle af dem målgruppen for lægeordineret heroin):

Billederne er taget af Sprøjte-Patruljen.
Lægeordinerer heroin i et samfundsmæssigt og etisk perspektiv

Af Uffe Juul Jensen, professor og centerleder ved Center for Sundhed, Menneske og Kultur, AU

Der er god grund til at diskutere, hvordan lægelig praksis influerer moralske forestillinger og etiske normer i samfundet. Kunne man f.eks. tænke sig at lægeordineret heroin betød en moralsk legitimering af narkomani?

Gennem hele den vestlige kulturs udvikling har moralske forbillede i lægekunst og medicinsk praksis haft indflydelse på såvel statslige (politiske) som folkelige (lægfolks) holdninger til centrale menneskelige og samfundsmæssige problemer. Det mest markante eksempel herpå er den biologisk orienterede medicins betydning for tilbagevisning af forestillingen af sygdom som synd, som guddommelige kræfters afstraffelse etc. I takt med at medicinen kortlagde mulige biologiske årsager til sygdom, kunne patienter fritages for forestillingen om, at sygdommen havde ramt dem som en straf for overtrædelse af moralske eller religiøse forskrifter.


Forestillinger om, at sygdom er hver mands eller kvindes herre blev også af afgørende betydning for den moderne velfærdsstat og dens sundhedsvæsen. Det grundlæggende ideal, at alle borgere har lige adgang til blive behandlet, når de rammes af sygdom, bygger dybest set på et ideologi om, at vi alle som enkeltpersoner kan rammes af sygdom og ulykke, som vi ikke selv kan hæfte for, men som fællesskabet (samfundet og staten) har et moralsk ansvar for at afhjælpe.


Sproget som spejl af vore holdninger og værdier. Hvad udtrykker vi med ordet 'narkoman'?


Narkoman og narkomani er imidlertid ikke værdi-neutrale betegnelser. Er man i tvivl kan man bare slå op i Politikens Nudanske Ordbog: En narkoman er “en person der er forfalden til brug af euforiserende stoffer”; narkomani er “en sygelig trang til bedøvende eller euforiserende stoffer”. At være forfalden er andet og mere end offer for en patologisk biologisk tilstand. Ordet signalerer en personlighedsbrist. Tilsvarende har den, der er offer for en sygelig trang, en svag vilje og er således hjemfalden til moralsk kritik.

Narkomani, medicinens humaniserende indflydelse og det personlige ansvar

Hvad er forklaringen på, at den humanisering, som medicin og lægelig praksis har resulteret i, ikke også er trængt igennem på rusmiddel området? Spørgsmålet er forkert stillet. For det giver indtryk af, at vi her har at gøre med et område, hvor forestillinger om rusmiddel brugerens personlige ansvar og skyld er så rodfæstet, at humaniseringen ikke har kunnet trænge igennem. Spørgsmålet kunne med andre ord give det indtryk, at vi her står med et område, hvor det vi undertiden kalder medikaliseringen (den læggelykke eksptmæssige overtagelse af et problem), endnu ikke har fundet sted.


Dette korte historiske tilbageblik skal blot tjene til at vise, at forståelse og håndtering af stof-afhængighed har været genstand for vedvarende diskussion, strid og forandring gennem de seneste 200 år. Aktuelle bestræbelser for at en praksis med læge-ordineret heroin er ikke nogen nyskabelse i international sammenhæng. Men kan historiske erfaringer hjælpe til at besvare spørgsmålet, om en praksis med læge-ordineret medicin er kulturelt og moralsk forsvarlig?

Kan vi tillade os at se til på sidelinjen mens stofmisbrugere dør af deres stofmisbrug? Hvordan adskiller stofmisbrug sig fra andre fysiske og psykiske lidelser, hvor staten normalt griber ind (og bl.a. giver behandlingsgaranti)?

Det er altid et åbent spørgsmål, hvad vi kan lære af historien med henblik på løsning af aktuelle samfundsmæssige problemer. Den skitserede historiske udvikling kan i det mindste fortælle os, at den aktuelle diskussion og strid er en variation af diskussioner og konflikter, der har udspillet sig gennem flere hundrede år. Vi kan muligvis lære af fejl, vanetænkning, fordomme eller forhastede beslutninger i forinden. Men historien kan ikke fortælle os, hvad der er den rette politiske løsning netop nu.
Vores viden om straffe- og behandlingsperspektivs vekslende indflydelse gennem de sidste 200 år kan imidlertid begrunde følgende spørgsmål: Hvordan kan det være, at stof-afhængighed i en vis eller stor udstrækning stadig forbindes med personlig brist (og dermed moralsk kritisk adfærd), som det fremgår af de citerede definitioner fra Nudansk Ordbog? Hvordan harmonerer det med den stadig mere omfattende forskning i medvirkende biologiske (herunder genetiske) årsager til afvigende adfærd? Og hvordan harmonerer det med vor viden om sociale vilkår – betydning for personlighedsudviklingen? Sagt mere enkelt og ligetil: Hvorfor overlader vi det ikke slet og ret til sundhedsvæsenets lægefaglige og øvrige professionelle ekspertise (sammen med den enkelte afhængige) at afgøre, hvordan hans eller hende problemer skal behandles, sådan som vi gør ved sygdomme i almindelighed (herunder også ved sindslidelser)?

Der er ikke noget enkelt svar på disse spørgsmål. Faglig uenighed og diskussion om i hvilket omfang man har eller kan udvikle evidens-baserede interventioner er givetvis en del af forklaringen på, at der fortsat er meget delte meninger om, hvorledes stof-afhængighed skal forvaltes samfundsmæssigt. Men dette er næppe hele forklaringen.


Holdninger formes og ændres ikke bare gennem tilfældige modestrømninger. Vore holdninger til rygning, fedme etc. formes bl.a. gennem lovgivning vedrørende rygning på offentlige steder, gennem lovgivning vedrørende annoncering og lovgivning vedrørende mærkning af fødevarer etc. Lovgivning og ændret praksis bidrager i disse år til at gøre den enkeltes ansvar for egen livsstil til et moralsk forbillede i samfundet. Det sundhedsfaglige, det juridiske og det politiske på nyhår. Dette bidrager bl.a. til en ændret forståelse af hvad humanisme er, og hvad et humant sundhedsvæsen er. Rygning kriminaliseres under bestemte betingelser. Ordet 'kriminalisering' skifter i sig selv valør. Fra at have en negativ klang bliver (visse former for) kriminalisering nu et positivt bidrag til personlig ansvarliggørelse. Dette er i det lys, man må forsøge at forstå bekymringen hos dem, som eventuelt ser lægeordineret medicin som en bevægelse i den forkerte retning. Som en akkumulering i en situation, hvor kriminalisering er et redskab til at mindre os om vort personlige ansvar. Lægeordineret heroin kan fra en bestemt samfundsmæssig og kulturel synsvinkel fremstå som lige så malplaceret, som hvis vi delte vodka ud til alkoholikere og pommes frittes til de alt for overvægtige.
Sundheds- og socialvæsenets bærende etiske værdi: helhedsorienteret behandling. Hvad betyder det for narkomaner?

Én ting er at forstå en bestemt holdning og dens baggrund. Det er en ganske anden sag at tage stilling til, om man er enig i holdningen (i dette tilfælde afvisning af lægeordineret heroin), og om holdningen er holdbar?

Hvordan kan man afgøre en sådan sag? Der findes ingen facilitiste til den slags spørgsmål. Og vi kommer ikke ret langt, hvis vi bare siger, at her står holdning over for holdning (nogle er for, nogle imod, nogle er indifferentere). Enten vil der så ikke ske noget, eller der vil måske blive truffet forhastede beslutninger. Hvad kan vi så gøre? Det mest nærliggende vil være at søge at få rede på, hvad der er de mest grundlæggende værdier (den fremherskende etik) i det sundhedsvæsen, som er en af pillarerne i den bestående danske velfærdsstat.


Danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin

Af Christian Hvidt, klinisk overlæge i Københavns Kommune

Ved indførelse af lægeordineret heroin som behandlingstilbud til stofafhængige indføres et paradigmeskift. Man vælger at behandle stofafhængigheden ved at udskrive det stof patienten er afhængig af. For udenforstående kan dette behandlingstilbud fremstå mærkeligt og uforståeligt. Set med skadesreduktions øjne kan behandlingen godt give mening; men det er klart at tilbuddet ikke kan stå alene. Uanset hvordan man vælger at udforme tilbuddet om lægeordineret heroin skal det ledsages af et tilbud om psykosocial hjælp.

Farmaceutudgaven af heroin diamorphine har mange indbyggede dilemmaer. Stoffet har, som heroin, en kort virkningsvarighed (ca. 4-6 timer) og skal derfor indtages flere gange dagligt for at undgå abstinenssymptomer. Indtagelsesmåden er problematisk, enten skal stoffet ryges eller injiceres og selve indtagelsestid udgør i sig selv et sundhedsproblem. Der er således risiko for rygerlancer eller skader på karsystemet og hjerteklapper ved indtagelse af heroin. På trods af disse ulemper ved stoffet vælger mange stofafhængige, også de der modtager medicamentel substitutionsbehandling (Metadon, buprenorphin), at supplere deres substitutionsbehandling med heroin. Heroinen er således kommet for at blive. Selv en massiv politimæssig indsats vil ikke løse problemet, kun gøre prisen på gadeniveau højere, og dermed fastholde misbrugeren i en jagt på stoffer og penge til stoffer.

Det er vigtigt, at det omkostningstunge tilbud om lægeordineret heroin ikke er standardbehandling; men kan være et behandlingstilbud som kan overvejes, hvis behandlingen med Metadon og buprenorphin ikke har været succesfuld. Fra studier i udlandet ved man at tilbuddet om lægeordineret heroin kan gavne nogle stofmisbrugere. Behandlingstilbuddet med lægeordineret heroin bør vurderes i forhold til de behandlingsmuligheder der allerede er etableret. Man kan således ikke umiddelbart, på baggrund af udenlandske erfaringer, konkludere at et tilbud om lægeordineret heroin vil gavne danske stofafhængige.

At anvise et behandlingstilbud med lægeordineret heroin til de mest kaotiske, evt. hjemløse og psykisk syge stofafhængige, vil være vanskeligt, hvis ikke umuligt. Behandlingen kræver tæt samarbejde mellem lægen og misbrugeren for at sikre en behandlingseffekt og for at imødekomme problemet, for at undgå at misbrugeren kan undersøge det medikamentet og misbrugere forskellige stoffer.

Et egentligt dobbeltblændet, randomiseret forsøg vil rent forskningsmæssigt være at foretrække, men praktisk lader det sig næppe gennemføre. Det der, i et dansk forsøg med lægeordineret heroin, vil være interessant at få belyst er, hvem der ønsker tilbuddet og hvem der profiterer af behandlingen.

Det er vigtigt at tilbuddet lanceres som et forsøg med nøje overvågning af konsekvenser for misbruger og for resten af samfundet. For at sikre at både misbruger og behandleren er fortrinlig med behandlingstilbuddet bør der indføres en forperiode på mindst 3 måneder, hvor patienten udføres sundhedsmæssigt samt modtager undervisning i hygiejnisk korrekt injektionsteknik. Perioden kan også bruges til at vurdere om misbruger kan overholde de nødvendige aftaler, som er en forudsætning for den egentlige behandling. Der bør vi denne forperiode gøres brug af anerkendte monitoreringsredskaber (Addiction Severity Indeks = ASI, selvrapporteret helbred osv.). Forekomst af ev. sidemisbrug bør belyses ved interviews suppleret med urinanalyser for misbrugsstoffer. Misbrugerens egen vurdering af behandlingseffekt bør også tillægges stor værdi.
Der bør, under behandlingen, ske et fald i omfanget af sidemisbrug og en bedring af almentilstanden. For at vurdere effekten af behandlingen skal der regelmæssigt, i starten månedligt udfyldes skema med ASI parametre og selvvurderet helbred, samt spørges til misbrugerens tilfredshed med projektet.

Projektpérioden med lægeordineret heroin bør strække sig over en 3-5 år, også for at sikre sig at en evt. initial effekt også vedvarer over tid. Da tilbuddet om lægeordineret heroin stiller store krav til organisering af arbejdet, er det vigtigt, at der er en klar positiv effekt af behandlingen før den indføres som supplement til det allerede eksisterende behandlingstilbud.

**Behandlingskriterier**

For at komme i betragtning til behandling med lægeordineret heroin er det vigtigt at forbruget af heroin har et vist omfang såvel tidsmæssigt som størrelsesmæssigt. Som minimumskrav for at komme i betragtning til behandling skal følgende kriterier være opfyldt:

- Rapporteret intravenøst/ryge heroinforbrug > 3 år
- Heroin indtagelse min. 3 dage ugentlig
- Fortsat brug af heroin trods konventionel substitutionsbehandling (metadon, subutex), selv i høj dosering.
- Alder > 21 år (Myndig + min. 3 års misbrug)
- Samtykke i at deltage i relevante helbredsundersøgelser, urin, mv.

Foruden disse minimumskrav bør der også være bæredygtigt samarbejde mellem misbruger og behandleren så den fornødne tillid er til stede.

Behandlingen bør forestås af de kommunale misbrugscentre som har ekspertise i behandling af, og kendskab til, misbruger. Det er vigtigt at man, før behandlingen iværksættes, har forsøgt intensiv behandling med Metadon eller Subutex for at imødeçå sidemisbruget af heroin.

Patienterne skal være indgående udredt for at udelukke forekomst af specielt behandlingskrævende psykiatriske lidelser. Erfaringen viser at psykisk syge ofte selvbehandler med misbrugsstoffer for at lindre deres lidelser. Patriner med behandlingskrævende psykiatriske sygdomme skal henvises til relevant behandling.

Gravide kan ikke tilbydes behandlingen. Kvinder i den fødedygtsige alder bør være i relevant antikonceptionsbehandling før behandlingen tilbydes. I tilfælde af graviditet skal heroinbehandling stoppes og patienterne omstilles på relevant Metadonosis.

**Rammer for behandling**

Før start af behandlingen med lægeordineret heroin skal misbruger nøje udredes for forekomst af såvel somatiske som psykiske sygdomme. Desuden skal der undersøges for forekomst af HIV og smitsom lever-betændelse.

Misbrugeren skal, før start på behandlingen, gennemgå kursus i injektionsteknik med fokus på optimal hygiejne for at undgå infektioner eller vævsskade som følge af behandlingen. Når tilfredsstillende injektionsteknik er opnået kan patienten foretage injektionerne uovervåget.

Misbrugeren skal, afhængigt af funktionsniveau, have mulighed for at få medicin udleveret til indtagelse i hjemmet.

Lægeordineret heroinbehandling kan gives som supplement til igangværende substitutionsbehandling med Metadon. Misbrugeren kan i perioder, efter aftale med ordinerende læge, vælge udelukkende at få Metadon eller udelukkende få Heroin. Tilbuddet skal således være fleksibelt.

Eksklusionskriterier

1. Videresalg af den lægeordinerede heroin.
2. Graviditet
4. Udeblivelse fra skemalagte helbredsundersøgelser
5. Sygdom opstået som følge af behandlingen
6. Pause i behandling af andre årsager

Ad. 1: Den lægeordinerede heroin er til personligt brug og må ikke videresælges. Ved den grundige selektion af patienter, hvor tilbuddet kommer på tale, vil problemet med videresalg formentlig kun yderst sjældent opstå.

Ad. 2: Hvis en misbruger i behandling bliver gravid, skal behandlingen stoppes, og patienten omstilles til konventionel Metadonbehandling. Man har endnu ikke erfaringer med behandling af gravid stofmisbrugere med heroin.

Ad. 3: Behandling med lægeordineret heroin kræver patientens fulde medvirken for at tilfredsstillende resultat kan opnås. Patienter med behandlingskrævende psykiatrisk lidelse skal henvises til behandling for denne lidelse før behandling med lægeordineret heroin kan komme på tale.

Ad. 4: Da behandlingen med lægeordineret heroin er kontroversielt, og behandlingen er på forsøgsbasis, skal misbrugeren for at få tilbudt behandlingen have foretaget skemalagte undersøgelser af helbred.

Ad. 5: Opstår alvorlig sygdom som er udøst af behandlingen, f.eks. hjerteklapbetændelse, blodpropper i ben etc., skal risikoen ved fortsat behandling overvejes. Er der risiko for forværring af helbredsstillstanden som følge af behandlingen skal den stoppes.


Misbrugeren som har fået tilbudt behandlingen kan til en hver tid ønske at stoppe behandlingen. Relevant behandling for opiatafhængigheden skal da tilbydes (ofte konventionel Metadonbehandling).

Ændringer i nuværende sundhedssystem

Behandlingsinstitutioner som tilbyder behandling med lægeordineret heroin skal have de nødvendige faciliteter for at kunne tilbyde behandlingen:
• Der skal være hensigtsmæssig lokalitet med undersøgelsesleje, passende belysning samt fornøden fred og ro til at udføre behandlingen.
• Passende udvalg af sprøjter, kanyler, remedier til desinfektion af hud, samt øvrige fornødenheder til at indtage den lægeordinerede heroin skal være tilgængelige.
• Der skal være mulighed for håndvask før medicinen indtages.

Personalet som assisterer ved behandlingen skal have relevant uddannelse i steril injektionsteknik samt have viden om behandling af eventuelle komplikationer til behandlingen, f.eks. svær blødning eller pludseligt ildebefindende. Alt personale skal kunne yde første hjælp hvis situationer som kræver dette oppstå.

Modgift mod heroinoverdosering skal være umiddelbart tilgængelig.

Instrukser for behandling af kritiske tilstande som kan opstå som følge af behandlingen skal udfærdiges, og personale skal være oplært i henhold til disse instrukser.

Behandlingen af stofafhængige varierer fra kommune til kommune. Nogle kommuner har fuldtidsansatte læger og sygeplejersker, andre kommuner lægekonsulent et par timer om ugen. Hvis man indfører behandling med lægeordineret heroin skal man have ansat det fornødne personale som kan assistere med behandlingen samt yde akut hjælp, når dette er nødvendigt. Der bør således som minimum være 1 læge og 1 sygeplejerske ansat de steder, hvor man overvejer at tilbyde behandlingen.

En løsning på problemet kan være, at hver region har institution, som har fornødent personale og uddannelse til at begynde behandlingen. Når misbruger har fået den nødvendige oplæring kan behandlingen overtages af det kommunale misbrugsbehandlingssystem, som forestår ordinerings, lægesamtaler samt den ledsagende psykosociale indsats. Hvis der opstår problemer under behandlingen, skal misbruger kunne henvises til den regionale institution for hjælp.

Alle landets apoteker bør kunne tilbyde at udlevere den lægeordinerede heroin.

Der skal være tæt samarbejde omkring misbrugsbehandlingssystemet og hospitaler/kriminalforsorg når fælles patienter overføres. Dette er specielt vigtigt når patienter i heroinbehandling som følge af overførslen evtl. skal omstilles til anden substitutionsmedicin.

Konsekvenser - Resume

Tilbuddet om behandling med lægeordineret heroin bør i første omgang tilbydes rimeligt stabile, ikke kaotiske stofafhængige. Behandlingen skal tilbydes som en ‘yderligere mulighed’ til den gruppe der, trods massiv konventionel misbrugsbehandling, inklusiv højdosis Metadon/Subutex behandling, fortsat bruger heroin.

Behandlingen vil ikke kunne løse problemerne for den kaotiske stofmisbruger på gaden.

Mange stofmisbrugere har blandningsmisbrug af såvel heroin, kokain som benzodiazepiner og hash. Det er uklart om denne gruppe, hvis de i øvrigt opfylder kriterierne for behandling, vil profittere af et tilbud om lægeordineret heroin.

Samlet set kan man sige at tilbuddet formentlig vil komme en lille gruppe misbrugere med relativt højt funktionsniveau til gode.
Tilbudet fra en sikring af acceptabel injektionsteknik til en velfungerende bruger på lægeordineret heroin udleveret fra apotek er dyrt og ressourcekrævende.

Prisen på den lægeordinerede heroin er høj, (4-5 gange højere end Metadon) og kravene til behandlings-tilbudet er store og omkostningstunge. Hollandske undersøgelser tyder på at merudgiften til heroinbehandling, som supplement til igangværende Metadonbehandling, opvejes af besparelser i sundhedsvæsnet og kriminalforsorgen. Ydermere synes de patienter der fik tilbudt behandlingen at være glade for den.
Succeskriterier for en dansk forsøgsordning med lægeordineret heroin

Af Mads Uffe Pedersen, centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, AU

Det er forholdsvis enkelt at opstille kriterier for, hvad der kan betegnes som et succesrigt udkomme af behandlingen med lægeordineret heroin (BLOH). I det følgende skal den forventede effekt gennemgås for hvert område.

Effekten overordnet: Det kan forventes, at omkring 56% af målgruppen på 600 (gruppe 5 i baggrundsartiklen forrest i mappen) reagerer positivt på én eller flere af følgende områder: fysisk, psykisk og/eller socialt (jævnfør 40% kriteriet, se igen baggrundsartikel).

Forbrug af illegale stoffer: Forbruget af illegalt heroin reduceres til stort set ingenting. Kokainsmisbruget reduceres med 17%, hvilket i den danske målgruppe på 600 (gruppe 5 i baggrundsartikel) betyder en reduktion fra 8,7 dage om måneden til 7,2 dage om måneden. For de udvidede målgrupper (se baggrundsartikel målgruppe 3 og 4) vil forbruget af kokain reduceres til godt én dag om måneden.

Kriminalitet: Det kan forventes, at de illegale aktiviteter for målgruppe reduceres med 75%, hvilket svarer til en reduktion fra ca. 13 dage med illegale aktiviteter om måneden til ca. 3 dage om måneden. For de udvidede målgrupper svarer det til en reduktion fra ca. 2 dage med illegale aktiviteter om måneden til 0,5 dage om måneden.


Fysiske sundhedstilstand: I injektionseksperimentet forbedrede hele heroin-gruppen deres fysiske belastning med 30% af, hvad den var ved baselineinterviewet. Også her skal der tages en anden test i anvendelse, som ikke tidligere er anvendt. Dette er dog relativt uproblematisk.

Ovenstående effekter vil meget hurtigt indtræde. Efter allerede et par måneder vil man være tæt på optimal effekt.

Hvis BLOH ophører: I det hollandske forsøg blev den lægeordinerede behandling med heroin efter aftale afsluttet efter 12 måneder. To måneder efter dette ophør blev klienterne igen vurderet ud fra de tidligere gennemgåede målemetoder. 84,4% af de klienter, der havde reageret positivt på heroinbehandlingen, var på dette tidspunkt faldet tilbage til stort set udgangspunktet ved baselineinterviewet. I nogle tilfælde blev der endog fundet en tendens mod forværring. Der er med andre ord tale om en meget ustabil forbedring, som fuldstændigt kan forsvinde på to måneder efter ophør med BLOH. At tilbyde BLOH kræver med andre ord en høj grad af etik og en høj grad af påpasrelighed. At eksperimentere med ordinering og ophør er ikke acceptabelt.

Skadelige sideeffekter ved BLOH i det hollandske forsøg: For at sikre den medicinske sikkerhed ved BLOH, blev alvorlige skadelige hændelser (severe adverse events = SAE) registreret. Af hændelser under kategorien SAE kan bl.a. nævnes hændelser, der medfører død, hændelser der er livstruende, hændelser der kræ-
ver hospitalsindlæggelse eller forlængelse af hospitalsindlæggelse, og hændelser der afstedkommer en vedvarende signifikant funktionsnedsættelse. Der blev ikke fundet signifikant flere SAE i BLOH-gruppen end i metadongruppen.

**Kan det betale sig og kan det fungere?**


**BLOH som en mulighed set i lyset af andre muligheder for behandling af heroinafhængige**

Der findes i dag en gruppe af metadon-klienter, som tydeligt ikke profiterer af de tilbud, der i dag gives. Hvis denne gruppe skal nås, må der tænkes i en bredere ydelses-paraply end den, vi har i dag. BLOH er her en mulighed for at nå denne gruppe, og der synes ikke i øjeblikket at være andre alternativer. Der er tale om en gruppe med massive stof-kriminalitetsproblemer, som i tilgift sædvanligvis har svære psykosociale problemer. De psykosociale problemer kan reduceres med psykosociale indsatser, men disse har kun begrænset virkning på stof-kriminalitetsproblemerne. Hvis ikke metadon, Subutex eller Suboxone virker, og hvis stoffrihed ikke synes en realistisk mulighed, synes der derfor i øjeblikket kun at være BLOH tilbage. Det må også erkendes, at BLOH antageligt kan motivere en gruppe af heroinafhængige, som ellers ikke ønsker kontakt til behandlingssystemet, til at komme i behandling. Hermed hjælper en gruppe, der ellers har levet et stærkt selvdestruktivt liv og ofte også været til stor skade for andre.
Heroinunderstøttet behandling set fra en brugervinkel

Af Jørgen Kjær, formand for BrugerForeningen, foreningen for aktive stofbrugere

Fortsat ekstremt høj, og igen stigende, dødelighed
Det er snart 9 år siden vi sidst mødtes til en høring om heroinforsøg i Danmark, her i Landstingssalen. Siden er mere end 2.000 stofbrugere registreret i politiets statistik som narkotikarelaterede dødsfald (1998-2005: 2.041) – det svarer til flere personer end der kan være i fem kæmpestore jumbojet tilsammen.

Vi har endda i de seneste år konstateret, at dødstallet atter stiger, og at det nu ligger på det samme høje niveau som i midten af 90erne. Dette på trods af øget økonomisk prioritering af behandlingsindsatsen. På trods af behandlingsgarantien.

Vi må nu kunne enes om, at der mangler noget. At det er på tide, at der forsøges noget nyt. Et tilbud med heroinunderstøttet behandling kan ikke løse alle vores problemer, men det vil være et stort og vigtigt skridt på vejen.

Hvordan virker stofmisbrugsbehandling?

Det er nemlig bare 2-3 pct. der bliver stof- og medicinfrie hvert år. Det er ikke ret mange, men dog alligevel 20-30 pct. over 10 år.


I mellemtiden må vi passe på og skadesreducere for stofbrugerne

Skadesreducerende tiltag er dermed ikke primær forebyggelse, som handler om at få mennesker til helt at lade være med at prøve stoffer. Primær forebyggelse er naturligvis værdsættet vigtig, men spørgsmålet er, om ikke den helt afgørende primære forebyggelse, er den mere skjulte forebyggelse, nemlig den, som gemmer sig i, at vi som samfund søger for, at børn vokser op under trygge og gode forhold, at de har gode
oplevelser med skolegang, at de – hvis de ikke selv lige finder ud af det – får relevant hjælp til at sætte sig nogle mål, finde en plads på arbejdsmarkedet og opnå meningsfulde positioner i samfundet.


En parallel subkultur, hvor de for en del vedkommende for første gang nogensinde oplever accept og anerkendelse. Hvor de ikke er anderledes og ikke oplever sig ved siden af. Mødet med denne subkultur og alt hvad den indebærer og byder på, bliver det bedste de nogensinde har oplevet, hvilket siger en del mere om, hvad de kommer fra, end om subkulturen og gadelivet.

Hvor vi, uanset de bedste viljer, ikke formåede at passe på og rumme disse mennesker, mens de stadig befandt sig indenfor det etablerede hjælpeapparats rækkevidde, formår de skadesreducerende tiltag at træde til og at favne. Hvis vi vel også tillader det … På et tidligere tidspunkt, kunne de former for omsorg og social indsats, som vi i dag anerkender måske have gjort det.

Når stofafhængigheden først er blevet en realitet, er det en helt anden form for omsorg og andre former for social og sundhedsfaglig indsats som er relevante og absolut nødvendige. Fordi de redder liv. Fordi de redder helbred. Fordi de indebærer et tilbud om at bevare - eller generhverve – den menneskelige værdighed. I et civiliseret samfund, hvor vi gerne vil kendes på, hvordan vi behandler de allersvagste og udsatte, må vi finde ud af at møde dem dér, hvor de befinder sig og på deres præmisser.

Vi har taget enkelte rigtige og vigtige skridt i den retning. Der er, i hvert fald visse steder i landet, rimelig let adgang til steril injektionsudstyr, som når det anvendes korrekt kan sikre imod smitte med hepatitis, HIV og en lang række andre infektionssygdomme. Men der findes ikke nogle sterile steder at indtage stofferne. De mest udsatte og mest udstødte har simpelthen kun den åbne gade, beskidte baggårde samt skure og kælderskakter.


Vi har for mange år siden lykkeligvis introduceret metadonbehandlingen og det har mange reddet livet på. Men for nogle er metadon ikke det rigtige præparat. Det er dem vi skal forsøge at favne med den heroinunderstøttede behandling. Hvis vi prioriterer deres overlevelse, prioriterer deres velfærd, prioriterer at de skal kunne bevare - eller rettere generhverve - deres værdighed, må vi tillyde den heroin. I dag fra vælger de helt enkelt kontakten med behandlingssystemet. Som den kvinde, som på nu 17. år sælger sex i
Skelbækgade, for dagligt at skaffe til et gram hvid heroin, som hun fixer i kvarte mål fordelt over hele døgnet. Hun bryder sig ikke om effekten af metadon, hun oplever sig ligefrem invalideret af metadonens bivirkninger, særligt af den massive svedproduktion, som ganske mange metadon-brugere plages af. Hun er bange for, hvor længe hun kan klare den endnu. Alderen begynder at trykke i forhold til dette ”er-hverv”. Hver dag, årets 365 dage, står hun der og spejder efter kunder. Også i regn og slid og det selv om hun er forskillet, har influenza eller lungetændelse. Eller også lader de sig indskrive i det etablerede behandlingsapparat, og kommer i Subutex eller metadonbehandling, også selv om de ikke har den store tiltro til denne behandlingsform. Mest fordi alternativet er værre.

Linda


Hvis I kendte hendes baggrund og hendes opvækst, ville I - det tror jeg virkelig – kunne forstå hende. Men et heroin-liv er under de nuværende forhold ganske brutal og i hvert fald utroligt hektisk, og derfor indlader hun sig også i perioder på Subutex eller metadonbehandling. Der går bare ikke ret lang tid, før disse præparater ikke overhovedet lever op til den funktion, som heroinen tjener for hende. Her kan hun så vælge at forlade behandlingsapparatet og igen starte med at indtage gadeoffer og blive opslugt af gadelivet. Hun kan også, hvilket er sket stort set hver gang, fordi gadelivet alligevel ikke er så tiltrækkende, begynde at supplere medicinen med benzodiazepiner.

For en periode kan man nemlig forledes til at tro, at metadon + benzodiazepiner = heroin. Også benzo’erne er hun imidlertid henvist til at skaffe sig på det illegale gademarked. Det starter i det små, men forbruget kan hurtigt vokse. Og benzo’erne er dyre. Et dagligt forbrug af fx F2’ere, Rohypnoler (kraftige sovepiller), kan nemt koste mere end 20.000 kr. om måneden.

Hun har mange gange sagt klart nej til den 71-årige mand, som betaler kvinderne i piller fra benzodiazepin-gruppen, men til gengæld kræver, at de bedøver sig med selv samme type piller, før han har sex med dem. Stærkt påvirket af frygten for de potentielt livsfærdige abstinenskramper, som kommer af benzo-abstinenser, kan det være vanskeligt at stå fast. Og det lykkedes hende desværre heller ikke altid.

Linda’er i Schweiz, England, Holland, Tyskland, Spanien, Canada og Belgien


Dette er blot en enkelt helt forfærdelig beretning blandt mange i stofmiljøet, hvor stofbrugere lever under så afskylelige og kummerlige vilkår, og hvor deres liv alt for ofte afsluttes alt for tidligt. Vi kan ganske enkelt ikke være det bekendt. Særligt ikke, når vi ikke længere behøver at familie os frem i blinde, men hvor vi blot behøver at vende blikket mod syd og se, at selv de tungeste skæbner kan imødekommes og rummes af behandlingssystemet. Hvis vi vil.
Heroinunderstøttet behandling: Færre døde, færre heroin-brugere

Schweiz er et af de mest interessante lande i denne sammenhæng, fordi de allerede for mere end 20 år siden gik i gang med for alvor at satse på skadesreducerende tiltag i forhold til de hårdest belastede stofbrugere. Og fordi de siden 1994 har haft heroinunderstøttet behandling med i en bred virfe af behandlingstilbud.


Jeg vil naturligt nok være mindre forskrækket over en genintroduktion af heroin i lægemiddelkataloget end så mange andre, al den stund, at det er hele 30 år siden, at jeg personligt stiftede bekendtskab med dette morfinpræparat første gang. Men jeg kender også heroinens historie.

Jeg ved, at det for mindre end 100 år siden blev solgt i håndkøb, og det endda uden at der udviklede sig en narkotikascene, som vi kender den i dag. Jeg ved, at det er et morfinpræparat, som vi i forvejen har i mange variationer og former på apotekernes hylder. Jeg ved af egen erfaring, at det er lettere at trappe ud af heroin end fx metadon.

Jeg ønsker ikke for min værste fjende, at han/hun begynder at bruge heroin og glæder mig også usigeligt over, at schwæzerne kan fortælle os, at introduktion af heroin i behandlingsapparatet ikke på nogen måde får flere til at begynde at bruge heroin. Tværtimod endda.

Heroinunderstøttet behandling: En ny vej til bedre liv, og måske endda til stoffrihed ...

Fra Schweiz ved vi også, at et tilbud om heroinbehandling ikke fastholder stofbrugerne. Herhjemmem fra ved vi, som nævnt allerede, at heroinbrugerne i meget ved udstrækning allerede nu er ”fastholdte” i stof afhængigheden. At kun et fåtal formår at blive og fastholde stoffrihed. Dette faktum kan i hvert fald ikke lægges en dansk heroinbehandling tilligt. Men for den findes som bekendt ikke.


I løbet af de første 6 års heroinbehandling i Schweiz er 1.071 af de i alt 2.000 heroinbehandlede igen udskrevet af behandlingen. En stor del af dem, er nu blevet i stand til at indgå i andre behandlingstilbud, som de forud for heroinbehandlingen, ikke havde været i stand til at profitere af. Hele 59 pct. var nu i andre behandlingstilbud. Heraf var 37 pct. indskrevet i metadonunderstøttet behandling og 22 pct. i stoffri behandling.
Fra mine kolleger i landene med heroinunderstøttet behandling, lyder det samstemmende: Den heroin-
understøttede behandling giver de heroinafhængige bedre livskvalitet, ligesom det forbedrer deres fysi-
ske såvel som psykiske tilstand. Hjemløshed afløses i høj grad af etablering i bolig. En stor del påtager sig
endda arbejde eller studier. Forbruget af illegal heroin reduceres kraftigt, ligeledes forbruget af andre
rusmidler, såsom kokain og benzodiazepepin. Involvering i kriminelle aktiviteter falder markant.

Lad os vise os som et civiliseret samfund, hvor vi også reelt tager os af de allersvageste, de mest udsatte
medborgere. Også selv om og når de ikke lige opfører sig ligesom vi kunne drømme om, at de ville gøre.
Det er her de har allermest brug for rummelighed og imødekommenhed. Vi skal huske på, at de med de-
res brug af heroin isoleret set og i bund og grund allerhøjst skader sig selv når de selvmedicinerer.

Når de skader andre, fx gennem kriminalitet eller gennem høj belastning af sundhedsøkonomien, er det
ikke en indbygget skadevirkning i selve stoffet heroin, men en skadevirkning som følger af den måde,
som vi har valgt at regulere heroin. Nemlig med den hårdeste, mest indgribende og dermed også den
mest skadelige reguleringsform; kriminalisering uden så meget som en lille åbning af bare den mindste
kattelem for de allermest udsatte, som kriminaliseringen ikke har den fjerneste positive virkning på.

Det er kostbart at lade være. På alle måder ...

Det er kostbart at lade være. Først og fremmest i menneskelige omkostninger og lidelser. Elendige stoff-
brugerliv og alt for tidlig død. Men det er sandelig også dyrt i kroner og ører. En canadisk analyse har fx
vist, at en heroinafhængig, der ikke er i kontakt med behandlingsystemet årligt koster det canadiske
samfund en kvart million kr. ($ 45.000).

En hollandsk analyse (Dijkgraaf, 2005) viser, at metadonbehandling isoleret set koster godt 10.000 kr.
årligt, mens heroinbehandling koster 130.000 kr. årligt. Men når omkostninger ved kriminalitet, kriminal-
itetsbekæmpelse og retsforfølgelse indregnes, koster heroinbehandling 280.000 kr. årligt, mens meta-
donbehandling beløber sig til hele 370.000 kr. Der er således ikke alene menneskelig lidelse at spare, men
også temmelig mange penge. Dagens Medicin (10. juni 2005) har beregnet, at heroinbehandling til 1.000
danske heroinafhængige på baggrund af disse tal vil give en samlet årlig nettogevinst på hele 100 mio.
kr.

Vi ved med sikkerhed at en del stoffbrugere ikke magter at gennemføre en stoffri behandling.
De skal bestemt have tilbuddet og efter min opfattelse også have det langt lettere end i dag. Er politikerne
enige kan loven ændres og man kunne fx give stoffbrugerne ret til tilbud om stoffri behandling. Men for
en ikke uvæsentlig del af stoffbrugerne må vi konstaterre, at skridtet ganske enkelt er for stort. På et split-
sekund skal vedkommende gå af fra det vildeste gadeliv, med illegale stoffer, til en benhård struktur
og dybdegående psykoterapi, uden noget lindrende stof. Man skal som bekendt kunne krybe, før man
can gå...

Nogle af de hårdest belastede, i både nutid og for tid maltrakterede stoffbrugere, må vi gøre os i stand til
(først) at tage imod og ind i behandlingsystemet som de er. Linda er en af dem. Og så derfor må vi se
hvad tiden kan bringe, hvad den enkelte kan bære. Det er min erfaring at vi opnår allermest ved at sigte
lidt lavere end mod total stoffrihed – først at stabilisere vedkommende medicinsk og så sker det ofte ef-
terfølgende at ønsket om at blive stoffri opstår indefra og mere eller mindre spontant.

Vi må træffe et valg. Et for de mest udsatte stoffbrugere helt afgørende valg. Et valg, som illustreres ganske
glimrende med disse to billeder:

Farmaceutisk ren heroin, eller diacetilmorfin som den ordineres netop nu i det engelske forsøg med heroinunderstøttet behandling i The RIOTT.
Redigeret udskrift af høringen

Ordstyrer formiddag, Pia Kristensen (DF, formand for Folketingets Socialudvalg):

Jeg vil gerne på Socialudvalgets og Sundhedsudvalgets vegne byde jer alle sammen velkommen til høring i dag om lægeordineret heroin. Vi ser frem til en spændende og en udbytterig dag. Velkommen til oplægsholderne og særlig velkommen til de udenlandske oplægsholdere, som har taget sig tid til at komme her i dag. Velkommen til de politiske ordførere og velkommen til deltagerne. Og jeg må sige, vi er meget glade for det store fremmøde, for det viser, at det er et emne, der har stor interesse. Det er jo som sagt et vigtigt emne, der er sat på dagsordenen i dag, og formålet med denne her høring, det er at få belyst en række af de centrale problemstillinger omkring lægeordineret heroin. Vi vil derfor i løbet af i dag fokusere på de udenlandske erfaringer, de sociale og sundhedsmæssige effekter, de sundhedsmæssige eller samfundsmæssige konsekvenser og endelig de konkrete muligheder og barri-er for at etablere en dansk model.


Vi har inviteret tre udenlandske oplægsholdere, der alle holder deres oplæg på engelsk. Så hvis man har brug for at høre oplæggene på dansk, så kan man låne hovedtelefoner og her høre de tolkede oplæg. Hovedtelefonerne ligger henne ved indgangsdøren. Og spørgsmål til de udenlandske oplægsholdere kan også stilles på dansk, som så bliver oversat til engelsk. Høringen bliver optaget på band, så jeg skal minde alle om at tale ind i mikrofonerne og selvfølgelig også huske at trykke på knappen, så den virker. Optagelserne bliver lagt ud på Teknologirådets hjemmeside, og Teknologirådet arbejder
derudover også en rapport efter denne høring. Det var så de praktiske oplysninger.

Jeg vil først give ordet til den første oplægsholder, og det er Mads Uffe Pedersen, der er centerleder ved Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet. Han vil holde et introduktionsoplæg om de væsentligste problemer omkring heroinmisbrug. Og jeg skal gøre opmærksom på, at der er ikke afsat tid til spørgsmål her. Jeg vil give ordet til Mads Uffe Pedersen, værsgo.

**Introduktion - lægeordineret heroin på dagsordenen**

*Mads Uffe Pedersen (centerleder ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet):*  
Ja, tak for invitationen. Jeg er blevet bedt om at give sådan et introducerende overblik over den problematik, som vi skal tale om i dag, og det betyder, at jeg vil tale om de heroinafhængige, noget om, hvor mange der er, hvilken type der er tale om, hvem der er målgruppen; jeg vil tale om, hvad det er for en behandlingsindsats, som de tilbydes, og så som en del af den paraply vil jeg meget kort opriåde noget om de heroinforsøg, som indtil videre har været gennemført rundt omkring i forskellige lande. Jeg vil ikke komme så meget ind på resultaterne der. Men jeg har 20 minutter til det, så jeg vil gå lige på og hårdt. Først noget om de heroinafhængige.

I Danmark har vi skønsmæssigt et sted mellem 9.000 og 11.000, der er afhængige af heroin. 7.000 eller mere end 7.000, men i hvert fald mindst 7.000 er i behandling i det danske misbrugsbehandlingssystem. Og den her gruppe på 7.000, den kan man dele op i tre grupper. Man kan dele den op i den gruppe, som er en gruppe, som faktisk slet ikke hører til målgruppen for behandling med lægeordineret heroin. Der er en gruppe, der er en mellemgruppe, som faktisk har et ret elendigt liv, men som faktisk heller ikke hører under målgruppen, og jeg skal nok lige komme tilbage til, hvad der kendtegn dem. Og så har vi så til sidst den gruppe af heroinafhængige, som helt klart hører ind under målgruppen for behandling med lægeordineret heroin. Den allerførste gruppe, dem, som ikke hører under målgruppen, ja, det er jo bl.a. dem, som kommer i stoffri behandling. Og det har vi et præcist tal for. Det er også den gruppe, hvor at substitutionsbehandling eller metadonbehandling, det har en god virkning, og hvor at de faktisk fungerer i dagligdagen, og hvor de ikke har noget nævneværdigt forbrug af illegale stoffer ved siden af. Så er der en mindre gruppe, som heller ikke kommer inden for målgruppen til behandling med lægeordineret heroin, som er så dårligt fungerende, det kan være fysiske sygdomme eller funktionsnedsætTELSEn, som gør, at de ikke kan indgå i den behandlingsform. Det kan også være, at de er så psykisk dårligt fungerende, at de ikke kan samarbejde omkring en sådan behandling. Så det er den, som faktisk ikke tilhører målgruppen. Den består af omkring 2.700 eller deromkring. Så har vi en gruppe, som har et stort sidemisbrug af alkohol, altså de er i metadonbehandling, de har et stort sidemisbrug af alkohol, af nerve/sovemedicin, af hash, nogle enkelte tager
lidt heroin indimellem eller andre opiate, en fjerdedel af dem, en ud af fire har faktisk selvmordstanker på det tidspunkt, hvor vi interviewer dem, de er kriminelle og har illegal aktiviteter et sted mellem 2 til 5 dage om måneden og bruger en 5.000 kr. på illegale stoffer om måneden. De tilhører faktisk ikke rigtig målgruppen for de her forsøg. Heroinforsøgene har helt i overvejende grad koncentreret sig om den gruppe, som har ved siden af deres metadonforbrug et massivt misbrug af heroin eller andre opiate, og det har den her gruppe faktisk ikke. Men de er faktisk en meget dårligt fungerende gruppe. Den tredje gruppe, dem, som så klart hører inden for målgruppen, det er en gruppe, der er i metadonbehandling, de har ved siden af metadonen, så tager de heroin 20-25 dage om måneden, de tager hash, de ryger hash næsten dagligt, de har et stort alkoholforbrug, hver tredje af dem har selvmords tanker på det tidspunkt, hvor vi snakker med dem, de bruger 18.000 kr. om måneden til illegale stoffer, så de skal få ... det er på deres kontanthjælp, der skal betale det, de har illegale aktiviteter 13 dage om måneden cirka. Det er en massivt belastet gruppe, og det er også den gruppe, som jeg kan se de fleste steder at man indrager i forørgene i udlandet. Den består af ca. 600 personer i Danmark. Men derudover så vil der være nogen, som slet ikke er indskrevet i behandling. Så et eller andet sted mellem 600 og 1.000 personer tilhører den her målgruppe.

Hvad er det så at de tilbydes, de heroinafhængige i Danmark? Ja, for det første så tilbydes de jo, som jeg nævnte, stoffri behandling. Det er omkring 1.000 af de 7.000, der tilbydes stoffri behandling. Det er helt primært stoffri døgnbehandling. Og der kan vi så set i øjeblikket, at antallet, der kommer i stoffri døgnbehandling, er faldet de sidste par år med 25 pct., og vi kan ikke se helt, at der skulle være ... alt så, det kunne så være, ikke betyde så meget, hvis der så var tilsvarende mere ambulant stoffri behandling, men det ser der ikke ud til at være. Så lige i øjeblikket ser det ud til, at der faktisk er færre, der kommer i stoffri behandling. Men det er omkring 1.000 af den gruppe, der kommer i stoffri behandling. De andre 6.000 er i metadonbehandling, de er i metadonvedligeholdelsesbehandling. Og de får så eller skal have tilbudt ambulant behandling ved siden af deres metadonbehandling. Og hvad får de så? En ting er, hvad de får tilbudt; en anden ting er så, hvad de modtager. Og det er sådan, at en ud af tre faktisk ... at for en ud af tre er der faktisk slet ikke registreret nogen behandlingssamtale overhovedet af de her, der er i metadonvedligeholdelsesbehandling. Så det vil sige så, at de får faktisk slet ikke noget psykosocial støtte ved siden af. Der er en gruppe på en ud af fem, eller 22 pct. lidt mere end en ud af fem, som får mere end en samtal om måneden, og hvor vi kan tale om, at de får ambulant behandling. De resterende får omkring en samtal om måneden. Så man kan sige, at omkring 78 pct. af deres gruppe faktisk ikke modtager, hvad man vil definere som ambulant behandling. Det skyldes jo ikke kun, at behandlere ikke tilbyder dem det. Der er et meget stort ... der er en meget stor gruppe, som simpelt hen ikke kommer til aftalerne. Og det, der så sårskelliger er, at hvis de får tilbudt en samtal, så kommer de ikke, og så får de ikke en ny tid, og så sker der ingenting. Så man kan diskutere, hvad det er, de får, og det er måske, det skal jeg komme lidt tilbage til også, at det kan så måske...
også forklare, hvorfor de har ... at vi har den gruppe, der er så belastet.


Ja, nu har jeg slet ikke styr på tiden ... der er et kvarter igen, okay. Gud, har jeg kun snakket i 5 minutter? (Kommentar fra salen). Eller også taler jeg bare for hurtigt. O.K., men en af de ... en anden gruppe eller noget andet behandling, som selvfølgelig - eller det er jo ikke behandling, men andre psykosociale indsatser, som gives til den her gruppe af heroinafhængige, er jo ikke at betragte som behandling, men mere som omsorg og støtte. Og det vil sige så, at ganske vist er det kun 22 pct., som får, hvad der kan svare til ambulant behandling, på en intensitet, som svarer til ambulant behandling, men der er jo rigtig mange andre, som kommer på væresteder og i forskellige, bliver støttet på forskellige måder, f.eks. hjælp til at gå til egen læge og til at gå til sagsbehandler osv. Så en ting er selvfølgelig behand-
ling, og man kan skelne imellem behandling her og omsorg og støtte. Men stadig væk, så er det ikke flertallet. En stor gruppe har ikke lyst til at komme i behandling og har ikke lyst til at bruge behandlingssystemet. Så det handler jo også om: Hvordan kan vi få denne gruppe i tale og få dem overhovedet til at synes, at det er en god idé at komme i behandling, og at de oplever, at de får noget ud af det? Og der bliver vi så nødt til måske, altså, der bliver vi jo nødt til at have en paraply af behandlingsindsatser og omsorgs- og støtteindsatser, hvor man kan få den her gruppe i tale og få dem til at møde op og synes, at det her er værd at komme til. Og en del af den paraply - og det har så været diskuteret i mange år - er, om en del af den her paraply skal være behandling med lægeordineret heroin. Og der har så igennem årene, første gang i 1970’erne blev der foretaget et forsøg i England, Hartnoll stod for det; og derefter varede det så, ja, 20 år, før at det næste forsøg kom i Schweiz, hvor resultaterne også foreligger, og det har de gjort i mange år i øvrigt; så kom Holland ved årsindskiftet; og Tyskland, hvor resultaterne er kommet her for nylig; Spanien, hvor resultaterne også er kommet her for nylig; og Canada er gået i gang og har fået en hel masse heroinafhængige indskrevet i behandling og er ved at slutte indtagsperioden; og derudover så er man ved at forberede et forslag i England. Så der kommer flere og flere forsøg, og de har lidt forskellige perspektiver og forsøger at undersøge det, som man ikke fik undersøgt i de tidligere forsøg. Det, som jeg synes er interessant i de her undersøgelser, er specielt to ting. Den ene side er selsværgelige forskningsdesignene. Hvad fortæller de her undersøgelser, og hvad fortæller de ikke? Og den anden interessante ting, det er de praktiske modeller for behandling med lægeordineret heroin, som der anvendes. Kan det overhovedet overføres til en dansk sammenhæng? Og det vil jeg godt lige tale lidt også om.

Først lidt om forskningsdesignene. Jamen der er jo ikke nogen af de her undersøgelser, som ikke, hvor der ikke er problemer med forskningsdesignene også, og hvor man jo selsværgelig kun kan sige noget og ikke alting. Der har også været, der har været problemer f.eks. med dosis, metadondosis. Hvem fik ... når man både fik metadon og heroin, hvor meget metadon fik man så i forhold til dem, som kun fik metadon osv.? Der har også været nogle problemer omkring selvrapportering og urintest. Man skulle også have de rigtige oplysninger osv. Der har været en række forskellige problemer, som man aldrig slipper af med, med den type undersøgelser - som næsten er indbygget i dem. Ingen af de her undersøgelser viser rigtig: Hvad betyder så en optimal metadonbehandling? Det er faktisk det spørgsmål, de stiller sig i England i øjeblíkket. Hvis man nu siger, at vi giver optimal metadonbehandling, og med det mener de faktisk metadonbehandling plus udvidet psykosocial støtte, i forhold til heroinbehandling plus udvidet psykosocial støtte. Det, som de i hvert fald argumenterer for i England, er, at de undersøgelser, der har været kort indtil nu, har haft ... har ikke i den samme grad været fokuseret på den psykosociale støtte, som man ville være i England nu her i det forsøg, de forsøger at skrue sammen der. Det var jo ikke sådan en undersøgelse, vi lavede i Danmark. I Danmark lavede vi en undersøgelse af, hvad udvidet psykosocial støtte for klienter i metadonbehandling ville betyde i forhold til stan-
standardpsykosocial støtte i forhold til også klienter, der var i metadonbehandling. Og der fandt vi jo klart, at udvidet psykosocial støtte havde en effekt på de psykosociale problemstillingere, men ikke på de stof- og kriminalitetsmæssige problemstillingere. Så jeg kan måske godt, og det ved jeg jo ikke, men jeg kan jo godt være i tvivl om, hvordan vi udvidet psykosocial støtte vil betyde det store for - selv om de er i metadonbehandling - vil betyde det store for reduktionen i stof- og kriminalitetsproblematikkerne. Og der tror jeg, at heroinen vil have den største effekt. Men det er jo så det, de forsøger at vise i den engelske undersøgelse. Så er det også sådan, at de forskellige undersøgelser, stort set alle undersøger denne her gruppe af meget belastede heroinafhængige, den gruppe, som er i heroin, som har et heroinmisbrug over 20 dage om måneden ved siden af deres metadon. Det vil sige så, at den gruppe af metadonklienter, som udgør den største gruppe, i Danmark omkring 4.000 eller knap 4.000, som faktisk har et meget lille forbrug af opiater ved siden af deres metadon, men som misbruger meget nerve/sovemedicin og meget hash, de er slet ikke involveret i den her slags undersøgelser. Så der har vi stadig væk et problem. Og det er jo den store gruppe. Så det her er slet ikke, hel- ler ikke for behandlingsystemet, nogen løsning generelt på heroinafhængighedsproblemer, hverken deres psykosociale problemer eller på deres stofkriminalitetsproblemer generelt.

Så kan man sige: De praktiske modeller for behandlingen med lægeordineret heroin, hvordan kan de overføres til Danmark? Danmark har jo et meget andet system, end de har f.eks. i Holland. Og man kunne måske dele det her op i nogle forskellige praktiske modeller for, hvordan man kan etablere behandling med lægeordineret heroin. Den ene, det kan være den her, der hedder den praktiserende læge-tænkning, som man faktisk havde i England i 1970’erne og Hartnolls forsøg, hvor at det var meget tæt på den enkelte heroinafhængige, at de kunne komme hen og få deres heroin hos den praktiserende læge, som havde lov til at ordinerer heroin. Man havde nogle sikkerhedsproblemer. Man fandt, at omkring 15 pct. af dem, som fik ordineret heroin, også videresolgte det til andre steder. Så der var nogle sikkerhedsproblemer omkring det. Samtidig var det faktisk, var det, som om det skred, sådan at det var ikke de mest belastede, der fik ordineret heroin, men efterhånden en hel del, som faktisk var vældig godt fungerende også, men selvfølgelig havde været heroinafhængige i mange år. Så den praktiserende læge-model er næppe anvendelig, fordi den har en lav grad af sikkerhed, der er lav grad af struktur og kontrol omkring den, så man ved ikke rigtig, hvor det løber hen. Den anden model, er det, jeg vil kalde den medicinske centermodel, og det er den model, som man finder i Holland ikke mindst, hvor det er nogle centre, der er opbygget, og hvor der er ... det, som jeg kan huske fra heroinforsøget, det var, at der var omkring, ud af otte behandlede var de syv af dem sundhedspersonale, sygeplejersker og læger. Så det er sundhedspersonale, der er ansat. Og det tror jeg bliver fantastisk vanskeligt i et dansk system, hvor man i forvejen har brug, har meget store problemer med at rekrutere læger og sygeplejersker, ikke bare ude i de små kommuner, der er det helt umuligt stort set, men faktisk også i storbyerne. Så måske skal vi til at tænke anderledes for en dansk model, hvis det er så-
dan en, vi skal have, som jeg ikke kan give nogen endegyldig idé til, hvordan den skal være. Men det skal i hvert tilfælde være en model, hvor man kommer forholdsvis - hvis vi skal have fat i de mest belastede misbrugere, så skal vi også forholdsvis tæt på dem, fordi de jo skal møde op et par gange eller flere om dagen for at injicere heroinen. At give dem det med hjælp har vist sig at give nogle sikkerhedsproblemer, som jeg nævnte også med den praktiserende læge. Så hvordan den skal skrues sammen, det må komme an på en diskussion. Man kan sige, at hvis vi så skal ... hvis man går videre og siger: Hvad vil så være succeskriterier for en behandling med lægeordineret heroin? Jamen så er det jo efterhånden ikke så vanskeligt at sætte nogle succeskriterier op. Man har i de forsøg, man har ... der har foregået i de lande, jeg har nævnt, opstillet tydelige og klare mål og brugt tydelige og klare test for, hvordan man kan måle både den psykiske og sociale belastning, fysiske belastning og stof- og kriminalitetsbelastning, og det kan man for så vidt bare gå ud fra. F.eks. kan man jo se, at forbrug af illegale stoffer, f.eks. forbruget af illegalt heroin, det reduceres til stort set ingenting, når man giver ... når man kan blive behandlet med lægeordineret heroin plus metadon - man får også metadon ved siden af. Og man har også set en vis reduktion i kokainmisbrug og andre stoffer, selv om det har været lidt mere begrænset. Det kan også forventes, at de illegale aktiviteter falder med omkring 75 pct. - også for den her gruppe af meget svært belastede. Så det har helt klart en stor effekt på den her gruppe. De psykiske belastninger, fysiske belastninger, sociale funktioner, især de fysiske belastninger har det en stor effekt på, og psykisk belastede sociale funktioner forbedres i nogen grad, men kun i begrenset grad. Og de her effekter, de vil indtræde ret hurtigt, faktisk inden for 1 til 2 måneder vil man opnå optimal effekt og i løbet af ... den dårlige side af den her historie er så, at hvis man tager heroinen væk, så vil man også se, at den her gruppe, i hvert fald en meget stor del af gruppen, faktisk falder tilbage til næsten det samme niveau, som de var på, før de startede behandlingen med lægeordineret heroin. Så det her er altså heller ikke noget, vi skal gøre for sjov skyld og for et eksperiments skyld; det her er noget, som skal være gennemtænkt, og det er ikke bare noget, man kan tage væk igen. Ja ...
Blok 1: Udenlandske erfaringer med lægeordineret heroin

Ordstyrer:
Tak til Mads Uffe Pedersen. Nu vil jeg kort præsentere de udenlandske oplægsholdere, der vil give os et indblik i de udenlandske erfaringer med lægeordineret heroin. De udenlandske oplægsholdere har hver 10 minutter til rådighed, og så åbnes der for spørgsmål fra panelet i ca. 30 minutter.

Fra Schweiz der har vi Professor Dr. Jürgen Rehm, der er leder af Institut for Misbruag- og Sundhedsforskning i Zürich. Han vil holde et opslag om erfaringerne fra Schweiz med fokus på lægeordineret heroin samt permanent behandlingstilbud. Fra Holland har vi Dr. Vincent Hendriks, leder af Misbrugsforskningscenteret i Haag. Han vil tale om de hollandske erfaringer med fokus på de samfundsøkonomiske analyser. Og endelig fra Tyskland Dr. Uwe Verthein, der er seniorforsker ved universitetet i Hamburg og tilknyttet det tyske pilotprojekt om heroinstøttet behandling af opiatafhængighed. Han vil indvie os i de tyske erfaringer med fokus på de psykosociale faktorer. Endnu en gang tak til jer, fordi I ville komme her til Danmark. Den første, jeg vil give ordet, det er professor Dr. Jürgen Rehm, værsgo.

Jürgen Rehm (Professor, Dr., leder af ISGF/Research Institute for Public Health and Addiction, Zürich):
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Tak til professor Dr. Jürgen Rehm. Så vil jeg give ordet til Dr. Vincent Hendriks, værsgo.

Vincent Hendriks (Dr., leder af Parnassia Addiction Research Centre (PARC), seniorforsker ved National Committee on the Treatment of Heroin addicts (CCBH)):
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Tak til Dr. Vincent Hendriks. Og så vil jeg give ordet til Uwe Verthein, værsgo.

Uwe Verthein (Dr., seniorforsker ved Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg Universitet):
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).
Spørgsmål og svar til blok 1

Ordstyrer:
Mange tak. Tak til Dr. Uwe Verthein. Så er der så mulighed for at stille spørgsmål fra det politiske spørgepanel, og jeg må bede om, at spørgsmålene bliver så korte og så præcise som muligt. Den første, jeg har på listen, det er Karin Nødgaard, værsgo.

Karin Nødgaard (DF):
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin)

Jürgen Rehm:
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin)

Ordstyrer:
Ja tak. Så er det Pernille Frahm, værsgo.

Pernille Frahm (SF):
Ja tak. Jeg tror, jeg vil snakke dansk. Tak for oplysterne, også de skriftlige, vi har fået. Denne diskussion har jeg i hvert fald deltaget i siden begyndelsen af 1990’erne i Danmark, og jeg har oplevet, hvor stor effekt meget forskellige holdninger spiller ind i, hvad det er, forskere siger til os politikere. Og derfor er jeg sådan lidt nysgerrig efter at høre, fordi jeg synes, at Mads Uffe, du var meget ... det var en meget eksklusiv gruppe du mente skulle være mål for de her forsøg, mens derimod så synes jeg jo faktisk, Jürgen Rehm var mere ... det lød, som om det var en lidt bredere gruppe, en lidt relativt større gruppe i hvert fald, man mente kunne gå ind under de her forsøg. Jeg kunne godt tænke mig at høre: Hvad er det for nogle ting, der virker ind? Hvor høj grad virker sådan noget som offentlige, den offentlige mening, den offentlige moral ind? I hvor høj grad virker økonomi ind? I hvor høj grad virker, ja, det enkelte menneskes skæbne ind på, hvordan I vurderer størrelsen af den gruppe, det kunne være relevant at tilbyde det her?

Ordstyrer:

Jürgen Rehm:
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).
Ordstyrer:
Ja tak. Mads Uffe Pedersen.

Mads Uffe Pedersen:
Altså, når jeg definerer målgruppen, så gør jeg det jo ud fra de undersøgelser, som jeg har set, hvor den gruppe, som man tager med ind i undersøgelserne, er en gruppe, som har et meget stort forbrug af heroin eller andre opiatere ved siden af deres metadon, altså den kommer op omkring mere end 20 dage om måneden. Og hvis vi skal tage den gruppe, så er det omkring 600 eller deromkring af dem, som er i behandling nu. Og det ser jo så ud til at passe meget godt i virkeligheden, procentmæssigt med andre lande.

Ordstyrer:
Ja tak. Så er det Charlotte Fischer.

Charlotte Fischer (RV):
Ja, det er ikke for at gøre det til en stor tal-diskussion, for jeg bed mærke i det samme, at Mads Uffe Pedersen sagde, at det var 2-3 % af de narkomaner, der er i behandling, mens sådan ...

Mads Uffe Pedersen:
Nej, de 2-3 pct., det var 2 % af de narkomaner, der findes i Danmark, og det er det perspektiv, det skal sættes i.

Charlotte Fischer (RV):
O.k. (Fortsætter på udenlandsk, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Vincent Hendriks:
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Tak for det. Så er det Tom Behnke, værsgo.

Tom Behnke (KF):

Ordstyrer:
Ja, hvem vil svare på det? Uwe Verthein, værsgo.

Uwe Verthein:
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Ja tak. Dr. Vincent Hendriks.

Vincent Hendriks:
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Ja tak. Tiden løber, og den løber stærkt. Men vi har stadig væk to spørgere, der står på listen, og som jeg sagde til politikerne, korte og præcise svar ... eller spørgsmål, så må jeg også bede eksperterne om korte og præcise svar. Den næste på listen er Hans Andersen.

Hans Andersen (V):
Tak for det. Et konkret spørgsmål, der skal prøve i hvert fald at ... jeg synes, vi mangler noget oplysning om, når vi sammenligner lægeordineret heroin med metadonbehandling, så er spørgsmålet: Hvad er det for noget, hvad er det for en metadonbehandling, vi yder i de enkelte lande, inklusive Danmark? Fordi handler det alene om at udlevere i og for sig noget, man kan drikke, og til en dags forbrug eller til flere dages forbrug, eller har man sammenlignet med metadonbehandling, der består i, at man kan injicere metadonen? Det synes jeg er afgørende at vide for at kunne se fordele og ulemper i det her. Og det er også et spørgsmål til Mads Uffe.
Ordstyrer:
Ja, Mads Uffe Pedersen.

Mads Uffe Pedersen:
Så vidt jeg ved, er der ikke nogen undersøgelser, hvor man har undersøgt med injektion af metadon ved siden af injektion af heroin, men det er faktisk det, som man er ved nu at forberede i England, undersøgelser, hvor man så også sammenligner det med, hvad de kalder optimal metadonbehandling, hvilket er det samme stort set, som vi kalder udvidet psykosocial indsats. Og det er klart, at hele diskussionen om optimal psykosocial indsats, også i forlængelse af det oplæg, jeg lavede tidligere, hvor det er en tredjedel, der slet ikke modtager nogen samtaler, af dem, der er i metadonbehandling, at det er et væsentligt spørgsmål. På den anden side så har de undersøgelser, jeg kender til, også vist, inklusive metadonundersøgelsen, at den psykosociale indsats overvejende virker på psykosociale problemstillinger og har en forholdsvis begrænset effekt på stof- og kriminalitetsproblemer. Og der kommer metadonen så ind og reducerer stof- og kriminalitetsproblemerne, og for en gruppe, som ikke profiterer af metadonen, der er det så, forsøget med heroin kan være en nødvendighed for den gruppe, som er behandlingsresistente, som det er blevet kaldt. Ja.

Ordstyrer:
Tak for det. Den sidste spørger er Sophie Hæstorp Andersen. ... Hans.

Hans Andersen (V):
Jeg var interesseret i at høre enkelte af jer, dr. Jürgen Rehm, er det almindelig metadonbehandling? Og har I sammenlignet med metadonbehandling, som består i, at man kan injicere det?

Jürgen Rehm:
(Udenlandsk tale, kan downloads som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Ja tak, så er det Sophie Hæstorp Andersen.

Sophie Hæstorp Andersen (S):
Ja, ved at høre på nogle af de tidligere spørgere kunne man jo godt få den tro, at hvis bare man bliver ved med at have et behandlingssystem, der ikke fungerer hundrede procent godt, så behøver man aldrig at beskæftige sig med lægeordenet heroinbehandling. Det håber jeg ikke er konklusionen i dag. Derfor, mit første spørgsmål må være til nogle af de udenlandske ekspertter: Kan man nogen sinde forestille sig at behandling med metadon vil blive så perfekt, at man kan inkludere de menne-
sker, som er målgruppen for lægeordineret heroin? Et andet spørgsmål, jeg ville stille til hr. Jürgen Rehm, det var: Den succes, man har haft i sine forsøg, her 6 år senere, hvor der ikke længere er tale om et forsøg og den entusiasme, der kan være i et forsøg, er det så stadig muligt at fastholde de her meget høje succesrater i forhold til fysiske og psykiske forbedringer, cost-benefit osv.? Og så vil jeg bare spørge til brugen af tabletter, herointabletter, i behandlingen - til dr. Vincent Hendriks: Hvorfor har man ikke forsøgt sig med herointabletter i det hollandske forsøg, når det lyder, som om at det er noget, man prøver andre steder? Fordi i sidste ende er det vel på et tidspunkt vel hverken optimalt, at man injicerer eller ryger heroin. Og så bliver jeg bare nødt til at spørge både Schweiz og Holland, der måske har været længst med: Hvor mange ... hvad er succesraten for, at folk kommer videre, ikke bliver parkeret, som nogle siger, men at gå videre til stoffri behandling på et tidspunkt? Kan man sammenligne den med succesraten for metadonbehandling? Findes der nogen tal for det? Og til allersidst til dr. Uwe Verthein: Det lyder, som om - jamen jeg kan jo høre, det er det allersidste, vi får tid til, vi får jo ikke tid til en spørgerække mere - hr. dr. Uwe Verthein, er det muligt at ... kan man sige, at det tyske forsøg har inkluderet nogle mere udsatte grupper, altså heroinbrugere, end det hollandske og det schweiziske har efter din mening?

**Ordstyrer:**
Tak. Ja, der var sådan set et spørgsmål til hver oplægsholder, men jeg må anmode om, at det bliver så korte svar som overhovedet muligt. Jeg ved godt, det er vanskeligt, men hvis hr. Jürgen Rehm vil star-te, værsgo.

**Jürgen Rehm:**
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

**Ordstyrer:**
Værsgo.

**Vincent Hendriks:**
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

**Ordstyrer:**
Ja tak. Uwe Verthein.

**Uwe Verthein:**
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).
Ordstyrer:
Tak for det. Nu er vi kommet igennem den første blok, så det er tid nu til en kort kaffepause. Og jeg må sige, det bliver en kort kaffepause, fordi tiden er skredet. Det bliver ca. 10 minutter, vi holder en pause, så vi skal mødes her igen sådan 5 minutter i 12, og jeg vil gerne bede om, I overholder tiden.

Blok 2: Sociale og sundhedsmæssige effekter af lægeordineret heroin

Ordstyrer:

Thomas Fuglsang (overlæge og centerchef i KABS):
Tak for ordet og tak for invitationen til at komme i dag. Det er jo spændende at følge den her debat, som jo er meget fællesløv, kan man nok sige. Det er spændende at følge sådan en debat, når man er læge selv og tror, at det er, hvad skal man sige, rationalet, og det er dokumentationen og forskningen og ikke så meget fælser og holdninger, der skal styre tingene. Men det er helt o.k., fordi jeg tror, at det her jo på en eller anden måde rammer ind i sagens kerne, nemlig diskussionen om: Hvad er formålet med hele stofmisbrugsbehandlingen? Det blev nævnt fra politikerside her under sidste session: Jamen betyder det så ikke bare, at man kan få lov til at blive ved med at være narkoman eller stofafhængig, som jeg vil kalde det? Jo, lige præcis, det er det, det betyder for den her særligt udvalgte målgruppe, som altså har meget svært ved at komme ud af det. Hvad er meningen så med den lægelige behandling? Jamen der kan måske sige, at det her er en form for sekundær forebyggelse på linje med substitutionsbehandling i andre lægelige discipliner. Lad mig nævne sådan noget som insulinbehandling, hvor vi substituerer med insulin udefra, fordi kroppen ikke selv kan producere det, eller det måske mest ultimative: substitution af et hjerte, en hjertetranplantation. Det kan vi ligesom forstå og acceptere.

Nå, heroin er jo både drønningestoffet blandt misbrugsstofferne, og så er det et gammelt probat læ-
gemiddel, og det forvirrer jo så yderligere tingene, et førstegenerationspræparat fra omkring år 1900 til behandling af morfinafhængighed. Og dengang troede man, man havde fundet det ultimative stof til at behandle morfinisme, som jo havde bredt sig til de amerikanske storbyer efter borgerkrigen. Det viste sig hurtigt, at man kom fra helvede, fra asken til ilden, fordi heroin i virkeligheden er en slags supermorfin, som er afslindig afhængigheds skabende. Grunden til, det er så attraktivt for stofmisbrugere, er jo, det giver et susp, og bagsiden af medaljen er jo, at det er fantastisk til at udvikle afhængighed og i værste fald død ved overdosis, fordi åndedrættet simpelt hen hører op. Det har en masse fortrinlige lægelige egenskaber, behandlingsmæssige egenskaber. Det stillede smerte; det kan vi godt lide. Det kan også dæmpe hoste; så kan vi sove om natten. Så kan det stilne diaré; det er rart, hvis man er ude at rejse. Og endelig så kan det også dulme angst, og det gjorde det jo for 100 år siden hos borgerskabets neurotiske kvinder i form af Hoffmannsdraaber. Se, det fik jo altså en meget kort - hvad skal man sige - succes som substitutionspræparat, og siden har vi jo her i Danmark, siden 1970’erne anvendt metadon, som er et syntetisk opioid. Det sætter sig på de samme receptorer, som morfinet gør, og udøver samme virkning, men det har en helt anderledes gunstig farmakologisk profil, fordi det kan for praktiske formål gives én gang i døgnet og ikke som heroin og morfin, der brænder af i løbet af 4-5 timer. Så det er altså meget nemmere at håndtere og giver altså også stofmisbrugeren en mulighed for at lave andet end at slutte frem og tilbage på cykel eller med S-tog til en heroin klinik for at få en ny sprøjtet hver 4-5. time. Det sidste skrig på stammen er jo tredjegenerationspræparatet buprenorfin, som Sundhedsstyrelsen nu anbefaler at vi læger anvender i langt højere grad, fordi det ikke er giftigt. Der er uhyre sjældent beskrevet dødsfald i den forbindelse, og det må jo glæde enhver, der bekymrer sig over dødsfaldene blandt narkomanerne.


Se, jeg vil tillade mig at køre lidt op i helikopteren og så se ud på de andre hængepartier, vi har med danske i.v. misbrugere. Først og fremmest er der et stort hændegapart, som handler om den helbrede mæssige tilstand, hvor jeg synes at vi behandler danske stofmisbrugere ganske stedmoderligt. Det handler jo ikke så meget om stofferne, men her handler det om selve adfærd, f.eks. injektion med
snavset værkstøj, hvor der overføres virus i form af hiv- og hepatitisinfektion, som ofte bliver kroniske. Det er bakterielle infektioner fra hud, snavset værkstøj og snavset stof i øvrigt også. Her kunne rent, sterilt heroin selvfølgelig være en fordel. Og så er der en lang række sygdomme, som knytter sig til livet som stofmisbruger. Vi gennemførte i min organisation sidste år en gennemgang af 200 tandsæt hos 200 levende danske metadonbehandlede stofbrugere. De blev undersøgt af tandplejer og tandlæge, og de havde i snit et tandlægebehandlingsbehov på 50.000 kr., og der er ikke tale om titaniumimplantater, der er tale om ganske almindelige porcelænskroner, broer og gebisser efter vestjysk standard. Så de 18.000 kr., som Mads Uffe siger de bruger om måneden på heroin, de kan altså hurtigt få ben at gå på. Og så lad mig lige minde om, at de 18.000 kr. er selvfølgelig ikke nogen, de får i hånden.

også sige, at så er det nødvendigt, at der dels kommer noget mere kul på den lægefaglige behandling og den sundhedsfaglige behandling i form af en behandlingsgaranti for den lægelige behandling for stofmisbrug. Det mangler vi nemlig, selv om alle er så vilde med at snakke om heroin. Og så mangler vi også nogle standarder for den sociale behandling. Nu er der jo sket det, at kommunerne har fået det samlede ansvar, og det kunne være en god anledning til at koble de psykosociale indsatser for misbrugsbehandlingen sammen med de lægefaglige, som kommunerne også har ansvaret for - jeg forstår ikke, hvorfor der ikke er sundhedsaftaler på det her område, den gælder nemlig ikke for stofmisbrugeren - og så endelig til den egentlige misbrugsbehandling og substitutionsbehandling.


**Ordstyrer:**

Jeg beklager, jeg må afbryde, men tiden er løbet ud for længst.

**Thomas Fuglsang:**

Jeg nåede også min pointe.

**Ordstyrer:**

Det var godt. Tak til Thomas Fuglsang. Så skal Preben Brandt have ordet. Værsgo.

**Preben Brandt** (formand for Rådet for Socialt Udsatte):

Ja, og jeg skal prøve at gøre det relativt kort, bl.a. fordi jeg var lige ved at tænke: Nej, jeg orker det ikke en gang til, det her. For 10 år siden havde vi diskussionen, og jeg synes faktisk - og det skal jeg argumentere for - at det er en skandale, at vi i de 10 år ikke har brugt heroin i behandlingen. Så er det slået fast, hvad mit synspunkt er på det her. Og så vil jeg minde om, altså, nu er jeg jo ikke den ældste her i forsamlingen, men jeg hører til blandt de ældre, og jeg kan huske, dengang metadonen skulle disku-
teres ind i det. Da havde vi om ikke den samme så nogenlunde den samme debat, og jeg husker tydeligt, jeg blev formand for Regeringens Narkotikaråd i 1994, og da var jeg inviteret op for at se en lille-skole for mennesker, der var kommet i metodonbehandling. Jeg tænkte, det må være et kriminelt sted, for meta... altså, når man er i metadon, det hjælper jo ikke alligevel, altså, det siger vi jo alle sammen, og det er et farligt stof og sådan noget. Og så kom jeg op og så en skole, hvor der var lærlere, og hvor der var nogle, der var i metadon, og jeg kunne ikke se forskel, hvem der var lærerne, hvem der var i metodonbehandling. Det behøver ikke at gå ligesådan, hvis der er nogle, der kommer i heroinbehandling, men jeg har lidt en mistanke om det.

Dernede, 2 km den vej dernede i den retning dér, der er der nogle, der går og tror, at heroin er et vidndermiddel; bare man tager det, så får man det godt. Og så er der nogle andre, der går dernede og tror, det er Døvelens parat. Og det er jo begge dele, når det er ude i den kontekst, i den sociale kontekst. Men jeg vil vove den påstand, at heroin, hvis det bliver flyttet ud af den kontekst, bliver brugt i behandling, så er det jo et lægemiddel ligesom alle mulige andre lægemidler med nogle meget potente egenskaber. Det kan noget, det virker, det virker stærkt, men det er dog et lægemiddel. Så det flytter sig, afhængigt af hvor man er. Sådan gør menneskene også. Det er jo ikke alle stofmisbrugere, vi kan slå over en kam og sige, at de er blevet stofmisbrugere af ét og den samme årsag. Det er heller ikke alle stofmisbrugere, der - uanset årsagen til det - har de samme muligheder for at agere i verden. Der er himmelvid forkal på, om man bliver stofmisbruger på baggrund af at have haft en elendig opvækst, hvor man aldrig har fået nogen uddannelse, ikke kender noget til sociale regler, man nu skal kunne betjene sig af for at leve i det her samfund, eller om man bliver stofmisbruger på baggrund af en uddannelse og en masse sociale kompetencer. Så vi bliver nødt til også, når vi skal diskutere, hvem er det, der skal have det, at se på, at folk er altså forskellige. Jeg er lidt ked af, når man prøver at afgrænse gruppen ud fra nogle meget sådan fænomenologiske beskrivelser, altså: Hvordan er det nu lige her? Selvfølgelig skal man da give heroinbehandling til dem, der har gavn af det. Det må være dér. Og det ved vi en del om, hvem det er, der har gavn af det, og det er det, der skal være afgrænset, fordi sådan er det jo med behandling. Man giver en behandling til den, der har gavn af det, og den, der ikke har gavn af det, får en anden behandling. Det kan være metadonbehandling, det kan være substux behandling, det kan være stoffri behandling, og det må være vores mål at kunne det. Men der er en gruppe stofmisbrugere, dem jeg vil kalde de meget udsatte stofmisbrugere - og nu remser jeg det op; det er jo sådan set blevet sagt, men jeg vil gerne sige det med en lidt anden vægt på ordene - en række stofmisbrugere, som lever en så kummerlig tilværelse, at det næsten ikke er til at holde ud. De har somatiske sygdomme stort set alle sammen, synlige bylder, hvad ved jeg, hepatitis, ting, man ikke ... psykiske problemer af en eller anden art, er hjemløse, er arbejdsløse, prostituerede, begår berigelseskriminalitet, har en overdødelighed, har en høj suicidalrisiko, for nu at nævne, det er jo ikke dem alle sammen, der gud være lovet har det hele, men meget af det. Dem bliver vi også nødt
til ... blandt dem er der mange, som efter min opfattelse er i den situation, fordi de dels har nogle tunge sociale problemer i forvejen, dels ikke får den behandling, de skal have, synker ned i det. Forskellige årsager igen, men der er en sammenhæng mellem tunge, tunge helbredsmæssige og sociale problemer og det ikke at få den rigtige behandling. Der synes jeg, vi sviger groft, hvis vi ikke prøver at give dem den behandling, de har brug for. Jeg tror, jeg tror, at vi kan måle det i statistikken, hvis vi laver statistik på hele det her område. Lad mig bare tage et eksempel: I løbet af de 10 år, hvor jeg synes, vi skal skamme os over, at vi ikke har prøvet den her behandling, ikke har givet den her behandling, der er der 3.000 stofmisbrugere, knap og nap 3.000 stofmisbrugere, der er døde af overdoser - formentlig er der flere, som vi ikke kender til, men lad os bare sige knap 3.000. Ud over det er der formentlig 3.000, sådan et lidt hurtigt slag på tasken, der er døde af alle mulige følgesygdomme til det. 6.000 mennesker er døde, hvor vi måske kunne have forhindret det i 10 pct. af tilfældene - det er mit bud, det kan jeg ikke dokumentere - men hvis det nu var sådan, så er der altså 600 mennesker, der har fået lov til at dø i løbet af 10 år, bare på grund af at de ikke får den behandling, de skal have. Tænk så, hvis så vi også lægger til det, at det at flytte fra at være hjemløs til ikke at være hjemløs, det at flytte fra at være kriminel og skulle ud at stjæle til ikke at være kriminel, tænk at flytte fra det at have en kaotisk hverdag, hvor man jagter stoffer til en hverdag, hvor man har ro på det. Måske vil de også begynde at gå på en eller skole, lære noget, måske ville de oven i købet glæde Claus Hjort ved at komme i arbejde på en eller anden måde. Det ville ikke være så dårligt, og det tror ... når jeg læser de undersøgelser, der findes, så bliver jeg overbevist om, at det vil være resultatet af det, hvis vi indfører sådan en behandling.

Jeg har, efter jeg skrev mit indlæg, det skriftlige indlæg, så har jeg jo selvfølgelig tænkt, og så kom jeg til at ... jeg bemærkede, at jeg ikke havde skrevet noget som helst om den udvidede psykosociale indsats, som skal til, og som jeg kan forstå kostet mange penge. Og når jeg ikke skrev det, så vil jeg godt delagtiggøre jer i, hvorfor jeg ikke skrev det. Det var, fordi jeg troede da, at der var sat ressourcer af, at det var en almindelig del af behandlingsindsatsen over for stofmisbrugere, at vi gav dem alle sammen den optimale psykosociale behandling. Altså, hvis det kostet ekstra, hvis der skal laves noget ekstra, så synes jeg, vi skal skamme os alvorligt. Og jeg tror, hverken det har været politikernes intention, at der ikke skulle gives den bedste psykosociale behandling, også når det kombineres med metado, også når det combineres med en stoffri behandling, det må dog være hele grundlægget for vore indsats, at vi giver det allerbedste, vi har, med så mange ressourcer, som det nu er nødvendigt til at give det, også til den gruppe, som ... at det potentielt i hvert fald er muligt for den gruppe, som fejer rundt og ikke kan komme i behandling, at få det, hvis de kom og bad om behandling. Så derfor kan jeg slet ikke forstå, at det skulle være noget, vi skulle spekulere på her i landet, fordi det måtte vi da have til rådighed. Ja.
Ordstyrer:
Jeg er meget ked af at afbryde folk, der siger nogle kloge ord, men jeg er simpelt hen nødt til at gøre det.

Preben Brandt:
Jeg lovede ellers at sige det kort, men jeg kan godt høre ... Jamen jeg var også lige præcis færdig nu.

Ordstyrer:

Annemarie Outze (Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere):
Vi, medlemmerne af Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere, de fleste er forældre, har i mange år måttet stå på sidelinjen og se på, hvordan det offentlige behandlesystem skalter og valter med vores børns liv ved at give dem forskellige lægemidler, deriblandt metadon. Nu skal vi så igen høre politikere diskutere, om Danmark skal lave forsøg med lægeordineret heroin.


Vi får at vide, at forsøg med lægeordineret heroin skal iværksættes, for at misbrugerne kan få læge-

Afslutningsvis må vi fra Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere derfor på det kraftigste opfordre til, at man virkelig giver sig tid til grundigt at vurdere egne motiver, årsager og behandlingsformer for at skabe de bedst tænkelige menneskelige betingelser for disse ulykkelige personer, der mere eller mindre bevidst er kommet ud i et misbrug, hvor samfundet risikerer at spille fallit, hvis metoderne ikke er motiverede af de rette intentioner. Tak.
Spørgsmål og svar til blok 2

Ordstyrer:

Karin Nødgaard (DF):
Ja, to korte spørgsmål. Fuglsang, du siger noget omkring kommunerne og det amtslige system, der ikke helt har fungeret sammen, og vi har hørt tidligere fra de udenlandske indlæg, at når først sådan en ordning er gennemført, så vil det nok - selv om man kalder det et forsøg, så vil det nok være svært at trække det tilbage. Der kunne jeg godt tænke mig at høre: Hvad er din holdning, og har du nogle tanker omkring, nu har vi fået en kommunalreform, hvor vi har fået nogle større kommuner, kunne man forvente, at der vil være en større - hvad skal man sige - åbenhed over for, at det vil blive mere smidigt og administrativt set, at kommunerne nu skal ligesom står for det her? Og skulle man så måske egentlig så vente og så sige, jamen lad nu de her kommuner, de har jo kun arbejdet siden den 1. januar 2007, skal man lige lade dem komme i gang og så se, hvordan det fungerer, men så skrider til det her med at indføre lægeorderneret heroin? Det andet er til Annemarie Outze. Der må jeg sige, det gør et dybt indtryk på mig, når jeg hører din beretning, også fordi man ved, hvad din og foreningens baggrund er. Det, jeg godt kunne tænke mig at høre, er: Når I nu siger, I er så meget modstandere af det her, så kan jeg selvfølgelig godt forstå det ud fra det følelsesmæssige. I snakker om, at det er en teknisk udvej af tal og statistikker, men har I så ikke ... altså, det har jo ikke været, det har ikke været virkningsfuldt, kan man sige, det, der har været tilbudt til jeres børn. Har I skitseret, hvad det var, I så havde som drøm, der kunne være en god model og måske kunne have reddet jeres eller i hvert fald i fremtiden kan redde andre?

Ordstyrer:
Ja tak. Vil Thomas Fuglsang svare først?

Thomas Fuglsang:
Ja, kort til det med kommunalreformen. Nu har vi jo så allletiders chance, synes jeg, til at forpligte kommunerne på dels at - hvad skal man sige - tage handsken op med misbrugsbehandlingen, som de har fået ansvaret for, men også forholde sig gennem sociale handleplaner til stofmisbrugerernes andre lidt triste og hverdagsagtige problemer med penge, med bolig, med uddannelse, og arbejde. Og der vil jeg sige, det bliver en udfordring for kommunerne, for der har været langt mellem de sociale handleplaner i årene, der er gået. Det har vi jo kunnet se fra amternes misbrugscentres skrivebord. Det var det ene. Det andet, det er: Er kommunerne klar til at - hvad skal man sige - løfte en opgave med læge-
ordineret heroin? Og der vil jeg sige, hvis vi skal se på muligheden for at igangsætte almindelig behandling, ikke forsøg, men lovlig behandling med injicerbar steril metadon, det har været tilladt siden den 1. januar, Sundhedsstyrelsen har skrevet en vejledning, kommunerne har fået DUT-penge, der er ingen, der har sat noget som helst i gang. Kommunerne står efter min mening meget fældende omkring den lægefaglige behandling, og jeg ser frem til, at Sundhedsstyrelsen senere på året får præciseret kommunernes pligter og opgaver i den henseende gennem udgivelse af en faglig vejledning med nogle standarder for den lægelige behandling af stofmisbrug. Det handler ikke kun om at skrive recepter på metadon eller heroin, men om en masse andre ting, tage sig af de her mange sygdomme, som Preben Brandt omtalte.

Ordstyrer:
Tak. Annemarie Outze. Ja værsgo.

Annemarie Outze:
Ja, jeg vil starte med at sige, jeg vil give Preben Brandt ret. Vi skulle skamme os, for vi skulle nemlig skamme os over den behandling, vi har givet stofmisbrugerne indtil nu. Du spørger om, hvad vi vil ønske. Vi vil ønske et behandlingssystem, der virkede, for det gør det ikke. Det er ... de sidste ... eller noget af det, vi fik nævnt i dag, det var f.eks., at antallet af stoffri døgnbehandling er faldet, vi får at vide, at stofmisbrugere på metadonbehandling og næsten ikke får nogle samtaler. Vi ved, at det, på trods af at det er ulovligt, så bliver de løsladt til gaden fra fængslerne. De bliver fuldstændig overladt til sig selv. Man kunne jo spørge sig selv: Hvorfor når nogen derud, som Preben Brandt beskriver? Jamen det gør de, bl.a. fordi behandlingssystemet svigter. Og det er, fordi der ikke bliver givet den psykosociale behandling sammen med eventuel substitutionsbehandling, og der har metadon jo i hvert fald vist sig at kunne stabilisere nogle. Men jeg synes simpelt hen, det er en skændsel, at man i den grad har ladet stofmisbrugerne sejle i deres egen sø. Hvis man ikke havde gjort det, så havde vi ikke siddet her i dag og haft den diskussion om lægeordineret heroin eller ej.

Ordstyrer:
Tak for det. Så er det Sophie Hæstorp Andersen.

Sophie Hæstorp Andersen (S):
Først vil jeg gerne stille et spørgsmål til Thomas Fuglsang som læge. Det er jo sådan, at det er accepteret jo, at al medicin har bivirkninger, både hvad enten der er tale om metadon og buprenorfin og heroin. Kan der være nogle mennesker, som simpelt hen ikke både fysisk, men måske også psykisk simpelt hen har meget, meget svært ved f.eks. at aftrappe af metadon eller buprenorfin, men vil have lettere ved det for heroin? Kan man forestille sig, at der dels altså ... at ligesom at man anerkender, at
nogle folk har nogle smerte, som måske mere er psykisk forklarlige end fysiske, men at man så alligevel giver dem smertebehandling, at man også kan have sådan nogle forhold til f.eks. metadon? Det er så den lægelige del. Den anden del er til Annemarie Outze. Jeg vil spørge om ... jeg synes, at det er fint indlæg. Jeg har rigtig mange spørgsmål til det, men som jeg vil afholde mig fra at stille lige nu, for det vil tage lang tid, men jeg vil bare høre Annemarie Outze, om du anerkender, at der er andre pårørende og andre pårørendeorganisationer, som har en anden holdning til brugen af både sundhedsrum, fixerum og brugen af lægeordineret heroin, og om du anerkender den argumentation, de bruger for, at de mener, at der er en vej, man godt kan gå, for de børn, de også har mistet, fordi de var stofafhængige? Og så vil jeg bare sige til Preben Brandt, at det var et godt indlæg.

Ordstyrer:
Tak. Thomas Fuglsang først. Værso.

Thomas Fuglsang:
Ja, nu skal jeg forstå det ret: Om det er acceptabelt, at metadon kan have smertestillende virkning? Jamen det er da i høj grad. Metadon er et meget probat smertestillende middel, og det bliver brugt til behandling af cancersmerter. Det er desværre lidt miskrediteret blandt cancerpatienter, fordi det bliver sådan associeret med, de måske er stofmisbrugere, men det er et vældig godt smertestillende middel. Heroin er også vældig probat smertestillende middel. Jeg tror stadig væk, de engelske læger kører rundt med heroin i lægetasken, og (kommentar fra salen) ... undskyld ....

Sophie Hæstorp Andersen (S):
Altså, så vil jeg være meget konkret. Jeg har mødt en stofmisbruger, som siger, at gang på gang på gang, hun forsøger at gå ind i en behandling, hvor hun får metadon, i det øjeblik, hun skal aftrappe, så siger hun, at hun får ondt i knoglerne, at hun har fysiske, altså men af de bivirkninger, der er ved metadon. Og det, jeg spørger til, er: Kan du ikke fortælle lidt om bivirkningerne, der kan være ved, når man aftrapper af metadon - kan de være både fysiske, men også psykisk oplevet?

Thomas Fuglsang:
Jamen det har du fuldstændig ret i, og det er jo en typisk historie: En alt for hurtig udtrapning af metadon vil give anledning til det, man kalder for abstinenssymtomer. Og det er stærke influenzaligende symptomer i form af smerter i muskel og led, mavekramp, sved, nysen, irritation, uro og angst, søvnløshed, diarre og sådan nogle ting. Og det kan være temmelig langvarigt. Det er derfor, at vi i stigende omfang, når patienter ønsker at nedtrappe på metadon, skifter til et andet præparat, nemlig buprenorfin, som sikrer en mere glidende og smertefri udtrapning, hvis det er det, der er behov for. Jeg har mødt enkelte stofbrugere i mit liv, som fortæller, at de har trappet sig ud på rygehero-
in, altså i vigende doser, og det skal jeg slet ikke bestride. Alt kan lade sig gøre i den her verden. Men hvis man skal sige noget pænt om heroin, så vil jeg sige, lægeordereret heroin, det er jo ikke heroin, fyldt med pølseforgiftningsbakterier og streptokokker og stafylokokker og skidt og møg og snavs og jord fra de varme lande, som egentlig er beregnet til at ryge, det er jo en farmaceutisk specialitet, som er hyper steril og beregnet til at injicere. Så må vi så håbe, at det sker under tilpas hygiejniske omstændigheder med rene sprøjter og rent skyllevand og alt det her.

Ordstyrer:
Ja tak. Annemarie Outze.

Annemarie Outze:
(Lydudfald) ..., vi respekterer da de andre, men så vi også bede om, at I respekterer vores synspunkter og holdninger.

Ordstyrer:
Ja, tak for det. Pernille Frahm.

Pernille Frahm (SF):
Ja, men jeg er da meget enig i noget, der blev sagt derppefra, at det er en skandale, vi sidder her i dag, og at denne her debat, den kører stadig væk, og det er en skandale, at vi har lavet stofmisbrugere sejle deres egen sø, og det er en skandale, at vores behandlingssystem ikke fungerer, og det er en skandale, at vi har en behandlingsgaranti nu, som tilsyneladende heller ikke fungerer, at det mest er ... der er mere ord end handling bag den. Men når vi nu så konstaterer alt det her og så sidder i den situation, vi er i, så kan jeg ikke lade være med at spørge, om det så stadig væk er rigtigt, fordi man vil bevare håbet om en fuldstændig helbredelse fra misbruget, at afskære sig selv fra muligheden for at redde nogle menneskers liv. Fordi nu har vi i så mange år sagt, nu skulle vi vente på, at der blev gjort forsøg andre steder f.eks., og så skulle vi vente på, at vi fik erfaringerne fra de forsøg andre steder, så skulle vi vente på, at de kunne sammenlignes med noget andet andre steder, og nu hører jeg, nu skal vi vente på, at kommunalreformen bliver en succes. Så begynder jeg virkelig at blive bekymret, må jeg sige, meget stærkt bekymret. Så jeg hører de forskere, vi har haft heroppe ... vi har heroppe fra tre forskellige lande med tre forskellige forsøg, tre forskellige kulturelle baggrund, tre forskellige historier sige stort set det samme, når det stort set samme resultat. Og så kan jeg ikke lade være med at spørge mig: Hvad er det, der gør Danmark så markant anderledes kulturelt eller historisk eller ... ? Er vi en anden race, eller hvad er det, der gør, at man slet ikke kan forvente, at man vil opnå noget, der ligner det resultat, man har opnået andre steder? Det er jeg altid nødt til at høre nogle bud på.
Ordstyrer:
Jeg er nødt til at afbryde nu og spørge Pernille Frahm, hvem spørgsmålet skal stilles til.

Pernille Frahm (SF):
Det kan f.eks. være til Fuglsang, der sagde det her med, at vi skulle lave en særlig dansk model, fordi vi var jo helt anderledes. Nu sætter jeg dig lidt sådan på spidsen, ikke?

Thomas Fuglsang:
Jamen der synes jeg man skal hæfte sig ved de hollandske anbefalinger. Hollænderne har jo fortsat med lægeordineret heroin efter de afsluttede forsøg. Men som jeg har bemærket mig, sker det inden for rammerne af et nøje beskrevet og kvalitetsbetonet koncept, at der er indbygget kvalitetssikring i det, at der er en meget præcis visitation af målgruppen til lægeordineret heroin, nemlig at der er tale stofbrugere, opioidafhængige, som ikke har været i stand til at drage fordele af den hidtidige metadonbehandling i et behandlingssystem, som er optimalt, forstået på den måde at det er udstyret med diverse somatiske og psykiatriske services. Og her er det så, jeg siger: Jamen hvis vi kan få sådan noget på banen i Danmark, så er jeg med på den værste.

Ordstyrer:
Tak for det. Så er det Tom Behnke.

Tom Behnke (KF):
Tak for det. Indledningsvis vil jeg godt lige sige, at mine spørgsmål er ikke af politisk karakter. Det er ikke meningstilkendegivelser, jeg kommer med, når jeg stiller spørgsmål; jeg gør det for at blive klogere. Det er derfor, vi har en høring, for ellers så havde jeg bedt om at få ordet som oplægsholder. Det var, fordi i pausen var der nogle, der mente at vide, hvad jeg mener om det her, ud fra de spørgsmål, jeg stillede i formiddags, og det vil jeg gerne advare imod. Det her, det er for at blive klogere. Til Thomas Fuglsang vil jeg gerne høre, fordi du bruger et argument som jo vil være utrolig fristende at bruge, nemlig at sukkersyge, som får insulin, er jo heller ikke en behandling, men det er jo noget, de får for at overleve, men der er jo ikke tale om egentlig behandling, men altså et stof, de får for at holde livet ud. Du sagde også, i forhold til ... en hjertetranplanteret er jo heller ikke en behandling, det er jo en erstatning: For det gamle hjerte får man et nyt eller relativt nyt. Men hvis det argument skal holde, så er jeg lige nødt til at prøve dig, fordi du er jo ikke bare læge, du er jo overlæge, og så er jeg nødt til at spørge: Hvis en narkoman, der er afhængig af heroin, undlader at tage heroin, dør han så af det? Faldert man død om? På samme måde som den hjertetranplanterede uden et nyt hjerte ville falde død om, eller sukkersygepatienten - så vidt som jeg ved, men det kan være, jeg kan blive korrekt - ville dø, hvis ikke man får sin insulin, vil en heroinmisbruger så dø i det øjeblik, han holder op med at tage...
sin heroin? For hvis ikke det er tilfældet, så holder argumentet vel ikke. Det var det ene spørgsmål. Det andet er til Annemarie Outze, som jeg gerne vil høre: Hvis forudsætningen for at komme i den her forsøgsordenning eller permanent ordning med lægeordineret heroin, hvis det er for de narkomaner, der ikke kan eller vil i behandling, som har været igennem adskillige behandlingsforløb uden succes, hvis det er den målgruppe, vi taler om, så er jeg nødt til at spørge, hvis vi ikke giver dem lægeordineret heroin, hvad er så alternativet for dem? Er det, at de skal ligge og dø i rendestenen? Fordi de kan jo ikke blive afvænnet, de kan ikke komme over i behandlingssystemet. Så hvis de ikke er i behandlingssystemet, hvis ikke de får den lægeordinerede heroin, hvor de så hører, når det er den gruppe, vi taler om?

Ordstyrer:
Tak for det. Thomas Fuglsang.

Thomas Fuglsang:

Ordstyrer:
Tak. Så går vi videre. Så er det Annemarie Outze ... Ja, Lis vil lige...

Lis Sjøholm (Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere):
Altså, når du spørger om med de svageste, så vil jeg sige: Vi ønsker ikke nogen, der skal dø, og vi har, tro mig, vi har vel nok også stor medlidenhed med nogle af dem, der ligger i rendestenen, nogle af vores egne har været der, og nogle af vores egne er også kommet ud af det igen. Det, som vi så bare siger, er: Selvfølgelig skal de have hjælp. Det, man foreslår nu, er, man siger: Jamen de kan, de vil ikke komme ind i behandlingssystemet. Og så vifter man dem om nærset med noget lægeordineret heroin for at lokke dem ind i behandlingssystemet. Spørgsmålet er, om man kunne nå dem ad anden vej. Jeg lagde mærke til, at blandt de udenlandske oplægsholdere, der blev der sagt, at i det øjeblik, man holdt op med at give dem den lægeordinerede heroin, så var der et markant tilbagefald. Og det vil sige, jamen det er jo, ligesom vores begrundelse har været: Jamen man fastholder. Er det så ikke ligesom det, man siger: Jamen hvis man giver dem lægeordineret heroin, jamen så fastholder man dem, for i det
øjeblik, man holder op med at give dem lægeordineret heroin, så falder de tilbage igen? Så skal man bare vide, man skal gå ind i det med åbne øjne.

**Ordstyrer:**
Tak for det. Charlotte Fischer.

**Charlotte Fischer (RV):**
Ja tak. Også jeg synes, at det gør jo indtryk, når pårørende også taler imod det her. Det synes jeg det gør. Og jeg forstår det på sin vis godt et stykke ad vejen, men så alligevel ikke, fordi på mange måder så kunne man jo argumentere og sige: Ville det være det naturlige - også for pårørende - at kæmpe for, at der kommer så mange redskaber i tasken som muligt i forhold til at løse problemerne for narkomaner? Altså, at i virkeligheden, jo flere instrumenter, der er, jo bedre, også i anerkendelse af, at gruppen af narkomaner er meget forskellige og med forskellige behov. Og så vil jeg spørge, måske også, fordi jeg synes også på baggrund af indlæggene, det kan være svært at forstå, at den der meget principielle insisteren på, at metadon er i orden, men heroin er helt forkert. Annemarie Outze nævnte, at der var praktiske problemer med at indføre heroin, fordi - og det var Thomas Fuglsang også inde på, det helt praktiske i, at man skal møde op hyppigere i løbet af døgnet - fordi rusen kun varer nogle fåere timer. Men det, jeg spørger til, også landsforeningen, det er at prøve at forstå, altså er jo det praktiske, det har jeg nær sagt, det må man jo finde ud af, det andet er jo det helt principielle. Som jeg forstår landsforeningen, så går man jo ind for at udlevere metadon, men ikke for at udlevere heroin. Og så er det, jeg vil spørge om det helt principielle: Hvad er den store principielle forskel set med landsforeningens øjne? Hvorfor er det sådan, at man kan godt udlevere metadon i årevis, men man kan ikke udlevere heroin, fordi det bliver på en eller anden måde, som jeg hører det, til, at så opgiver man. I det øjeblik, der bliver tale om heroin, så opgiver man, men det er ikke at opgive stofnarkomaner, når man udleverer metadon. Det synes jeg faktisk kræver en ledsagende forklaring. Og så vil jeg spørge Thomas Fuglsang bare for at få det helt sådan klart: Med hensyn til de problemer, der er i forhold til heroin, der kun varer ... rusen varer kortere, og det er mere besværligt, vil det sige, at hvis man kombinerer metadon og heroin i et forsøg, så kan man komme ud over det problem i høj grad? Er det rigtig forstået?

**Ordstyrer:**
Tak for det. Jeg ved ikke, hvem der vil svare. Annemarie Outze eller Lis Sjøholm.

**Lis Sjøholm:**
Altså, jeg vil lige sige et ting. I virkeligheden så synes vi slet ikke, metadon er nogen særlig god løsning på noget som helst, fordi det er faktisk blevet en parkeringsplads, lige så vel som vi er bange for,
at heroinen bliver en parkeringsplads. Så hvis du spørger os, hvad vi synes, så synes vi, stoffri døgnbehandling er det bedste. Du sagde også noget med en bred vifte af tilbud, og det er jo det, vi har efterlyst i årevis. Nu kom behandlingsgarantien her for nogle år siden, og der blev sagt, at det skulle være en psykosocial indsats, der skulle være en del af det. Det, der er sket, er, at rigtig, rigtig mange, de kommer ind, får en kop kaffe og deres metadon og så farvel igen. Og nu hørte vi jo lige her Mads Uffe Pedersen sige, hvor få der egentlig får en samtale. Så vi ... der er ikke nogen mere end os, der går ind for: Lad os få en bred vifte, fordi alle stofmisbrugere er ikke ens, og alle stofmisbrugere har ikke brug for den samme slags behandling. Og så er der jo altså også det ved det, ved den lægeordinerede heroin, hvis man kigger på de skriftlige oplæg her, så er der jo en masse, der vil blive ekskluderet allerede. Altså, folk der har hepatitis C f.eks., de kan ikke tåle det, for det er den rene gift. Hvordan vil man forholde sig til ... i udlandet, der har der været noget med de mennesker, der har haft en aggressiv adfærd, de har været ekskluderet, læste jeg i noget af det - eller andre sygdomme. Så der vil være nogle af de svageste, som heller ikke vil kunne profitere af heroinbehandlingen, så vidt jeg har forstået det, hvis jeg ellers har forstået det rigtigt.

**Ordstyrer:**
Tak. Thomas Fuglsang.

**Thomas Fuglsang:**

**Ordstyrer:**
Tak. Annemarie Outze, du markerede.

**Annemarie Outze:**
Nu er jeg ikke læge, men vi har også ... vi har fundet noget her fra Medicine Evaluation Board fra Holland. Følgende skal man være opmærksom på, når man udleverer heroin: Må ikke udleveres til patienter med hovedskader eller forhøjet tryk i kroniet; forsigtig brug til folk med åndedrætsbesvær eller luftvejsygdomme, da det kan forværre tilstanden; forsigtig brug til folk med epilepsi eller hudallergi; forsigtig brug til folk med leverlidelser; forskningen har vist, at heroin kan fremkalde forhøjet blodtryk eller gøre det vanskeligt at opretholde et normalt blodtryk - og sådan kører den - forsigtig brug til folk med centralnervesystemlidelser, prostatalidelser, akut alkoholisme, delirium og alvorlig diarré.

**Ordstyrer:**

**Per Clausen (EL):**
Jamen to spørgsmål: Det ene er til Thomas Fuglsang. Jeg vil godt spørge dig, om ... du taler om, at anvendelse af heroin, det kunne være sådan et godt supplement, hvis man havde et optimalt fungerende behandlingssystem i øvrigt. Jeg vil godt spørge dig, om du ikke mener, at det godt kunne være et supplement, selv indtil vi får etableret et optimalt behandlingssystem i øvrigt. Man kan jo have forskellige grader af optimisme i forhold til, hvornår det bliver optimalt jo. Det andet er til Annemarie Outze eller i hvert fald landsforeningen: Når I nu hører en række undersøgelser, der er lavet i andre lande, der tilsyneladende viser, at ganske mange mennesker har fået et bedre liv ved hjælp af det her lægeordinerede heroin, altså, giver det jer så ikke anledning til nogen overvejelser om, hvorvidt det her kunne være et supplement? Lige så vel som man kan sige, at metadon jo heller ikke for jer er noget egentlig løsning, hvad der jo kan være rigtigt nok, men som alligevel er det, vi bruger for under de givne omstændigheder at give mennesker et liv, der måske er en lille smule bedre, end det ellers ville være, hvilket jo kan have stor betydning for de mennesker, det handler om. *(Lydudfald)*.
Ordstyrer:
Tak for det. Thomas Fuglsang.

Thomas Fuglsang:
Det kan jeg svare kort på: Jo, det kan man da sagtens gøre. Man skal bare ikke forvente sig de helt store resultater.

Ordstyrer:
Så er det Annemarie Outze ... Lis Sjøholm.

Lis Sjøholm:
Jo, men jeg sidder bare og undrer mig over en ting: Altså, nu har vi jo haft misbrugere i masser af år, og vi har etableret et behandlingssystem, som også har været konstateret i masser af år, at det fungerer ikke. Nu er der lige pludselig forslag om lægeordineret heroin, og lige pludselig er det, som om pungen er fremme. Nu skal vi altså lige pludselig have etableret en hel masse. Hvor har alle de penge været henne i alle de år, der skulle gøre det, at vi undgik at komme i den her situation? Der er blevet talt om, hvor dyrt det er at etablere det her. Det bliver ikke alle misbrugere, som vil komme i lægeordineret heroinbehandling. Vil det være så dyrt, så nu bliver det så nedprioriteret med al den anden behandling? Eller hvor skal alle pengene komme fra? Jeg undrer mig lige pludselig over alle de her psykosociale og optimale tiltag, der bliver omtalt, hvor har de været henne? Og hvorfor er de der lige pludselig nu? Eller hvorfor er man lige pludselig villig til nu at finansiere dem?

Ordstyrer:

Hans Andersen (V):

Thomas Fuglsang:
Til det første, potentialet ved anvendelse af intravenøs, sterilt metadon, der kan jeg huske for 9 år
siden, da vi sad - var det i Landstingssalen? - at der fik vi refereret sådan en blindtest fra erfarne stof/opioidafhængige, som fortalte, at det var altså med bind for øjnene ligesom forskellen på Hof og Tuborg. Og det er jo ikke underligt, fordi morfin og metadon klæber jo altså til opioidreceptorerne. Det er fuldstændig de samme steder, de sætter sig og udspiller nøjagtig den samme virkning. Der kan være en minimal forskel i hastigheden, hvormed effekten indtræder, fordi heroin som sagt er fedtopløseligt og trænger meget hurtigt ind i selve hjernen og hjerneecellerne fra blodbanen. Så det har mere noget med hastighed at gøre. Intravenøs metadon har været anvendt på forsøgsbasis herhjemme siden starten af dette årtusinde, havde jeg næv sagt, i Københavns Kommune på et ambulatorium, som hedder Stæren, til en gruppe opioidafhængige i metadonbehandling, som blev ved med at injicere ikke bare heroin, men i høj grad også metadonmikstur, altså sirup fyldt med sukkerstads og snaks, som blodårerne absolut ikke kan lide; det giver årebetændelse, det giver blodpropper, det skaber en masse ulykker. Så det har været ideen i det, at man så har villet give dem en mulighed for at injicere noget steril, et steril præparat. Det anvendes jo i forvejen i sundhedsvæsenet, i sygehusvæsenet i forbindelse med smertestillende injektioner osv. Og det har man haft gode erfaringer med. Det nedbringer så infektionsrisikoen, og det giver lidt mere stabilitet på bagsmækken. Så jeg vil sige, potentiålet i det, jamen det er, at her har vi altså en mulighed for - helt legalt, uden nogen folketingsbeslutning - at sige: Jamen I kan da bare gå i gang med det, fordi det kan købes på danske apoteker per lægeordination, og så kan man sætte brugere i gang med den behandling, hvis de ønsker det. Og jeg kan sige, hos mig selv, der er der flere, der ønsker det, og vi har startet de første op. Så det er der et stort potentiale i. Med hensyn til lægeordineret heroins effekt på dødeligheden vil jeg sige, det hører til i afdelingen for ukvalificerede gæt. Det er umuligt at sige noget som helst om. Det er jo ikke kun de der 600 mennesker, Mads Uffes snakker om, eller 1.000 mennesker, der producerer 250 døde om året. De kommer mange andre steder fra. Men jeg vil sige, god behandling i et veludbygget behandlingssystem vil altid få dødeligheden ned. Men det er ikke kun på grund af medicinen eller det erstatningsstof, man bruger; det er på grund af en samlet, combineret og integreret lægelig og psyko-social indsats, som i høj grad også må og vil forpligte kommunerne til at tage hånd om det, som i virkeligheden ligger bag ved stofmisbruget, nemlig at det er et fattigdomsproblem.

**Ordstyrer:**
Tak for det. Nu er vi kommet igennem blok to. Så inden vi går videre til den næste, holder vi frokostpause, og jeg skal sige til tilhørerne i salen, at der er frokost i lokalet inde ved siden af. Så vil jeg gerne bede jer alle sammen om at være tilbage igen klokken 13.40, og så tager vi hul på den næste blok.
Blok 3: Lægeordineret heroin i et samfundsmæssigt perspektiv

Ordstyrer eftermiddag, Birthe Skaarup (formand for Folketingets Sundhedsudvalg, DF):
Jamen velkommen igen tilbage fra frokost, og nu går vi så i gang med tredje blok, der sætter fokus på lægeordineret heroin i et bredere samfundsmæssigt perspektiv. Og der er nogle forskellige spørgsmål, der er knyttet til den blok, og det er koblingen mellem kriminalitet og stofmisbrug og de særligt belastede områder og de moralske overvejelser i forbindelse med lægeordineret heroin. Det er sådan, at hver oplægsholder har 5-7 minutter, og så bliver der åbnet op for spørgsmål fra panelet. Spørgerunden er også igen 30 minutter.


Evy Frantzsen (dr. jur. og kriminolog, Det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet):
(Norsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Ja, tak til Evy Frantzsen. Liese Recke, værsgo.

Liese Recke (cand. psyk., udviklingschef i KABS, bestyrelsesformand Gadejuristen):
Dav. Ud over den udmærkede præsentation af min person og mine funktioner, så har jeg lyst til at tilføje, at jeg også er gammel heroinbruger og er en af dem, som ikke blev fastholdt i metadonbehandlingen ud over de 10 år, som jeg modtog metadon. Når det så er sagt, så vil jeg nok forsøge at holde mig inden for de 5-7 minutter. Først og fremmest vil jeg slå fast, at det er medicinsk behandling af opioidmisbrugere eller opioidbrugere en ganske fortrinlig idé. Vi bruger aktuelt i den medicinske behandling hovedsagelig metadon og buprenorfin - subutex, som de fleste kender det under - og det vil være en rigtig stor fordel at få endnu flere valgmu-
ligheder, for det er jo sådan, ligesom det er med andre behandlingssystemer, andre behandlingsmåder, at der er noget, der passer til nogle, og noget andet, der passer til andre. Og når det så er sagt, så tænker jeg også tilbage for 9 år siden, da vi sad herinde i den større sal - der var endnu flere mennesker på det tidspunkt. Situationen i dag er anderledes på den måde, at vi har nogle mere entydige forskningsresultater fra udlandet, end vi havde for 9 år siden. Jeg tænker også, at siden de 9 år ... eller i løbet af de 9 år - fordi dengang, der talte vi også meget om, om ikke at en oprustning af den psykosociale behandlelsesindsats kunne suspendere det der behov for heroinunderstøttet behandling. Hvis vi bare gave psykosocial behandling nok af tilstrækkelig kvalitet, kunne det så ikke gøre det samme, som heroin kunne gøre? Det var også en diskussion, vi havde dengang. Og derfor gav Folketinget jo også en masse penge til nogle forsøg, hvor Center for Rusmiddelforskning har undersøgt en række forsøg med udvist psykosocial behandling af en gruppe stofmisbrugere. Og disse forsøg havde ganske udmærkede resultater. Der er to problemer omkring de resultater. Det ene er, at de slet ikke kunne ... altså, undersøgelsesdesignet og projekterne var ikke designet på en måde, så det faktisk sagde noget om heroinbehandling overhovedet. Det var det ene problem. Det andet problem er, at de udmærkede resultater, vi har derfra, ikke er implementeret noget som helst sted i Danmark på nuværende tidspunkt. Hvilket også giver mig anledning til at sige, at om vi skal bruge heroin i behandling af opioidafhængige, eller om vi overhovedet skal bruge og i hvilket omfang vi skal bruge ressourcer på behandling af stofmisbrugere i Danmark, er altså en politisk beslutning, der ligger her på Christiansborg. Den kan ikke uddelegeres til administrative systemer i kommunerne, som den er blevet efter kommunalreformen, hvor der ikke er garanti for noget serviceniveau, men hvor det er individuelt kommunalt serviceniveau, der sætter standarden for det her.

Så vil jeg så adressere nogle af de bekymringer, som andre har rejst i forhold til det her fænomen, heroin i anvendelse af behandlingen. Og den første bekymring går netop på: Jamen vil det betyde en udfoldning af andre behandlingsmidler, altså vil det betyde en reduktion, at så vil vi ikke sætte på andre tilbud, hvis vi bruger penge på heroinunderstøttet behandling? Og hvis vi kigger på udlandet, så har det jo ikke været tilfældet. Tværtimod har det at satse på heroinunderstøttet behandling betydet en oprustning af det samlede behandlingsystem. Det kunne man også håbe på var tilfældet her i Danmark. Den anden bekymring, jeg har hørt, drejer sig om fastholdelse. Fastholdelse, det er jo et sådan lidt løst begreb. Men der bliver fra nogle sider udtrykt bekymring for, at man fastholder stofbrugere i et behandlingsystem, eller man fastholder dem i en afhængighed, eller man fastholder dem i et misbrug. Jeg kan ikke rigtig finde rede i, hvad det er man er mest bekymret omkring. Men den diskussion handler jo om, at man har en antagelse om, at alternativet til den her behandling, til den her medicinske behandling, det er et rusfrit liv, hvor man er afvænnet, som det er blevet sagt, og kan indgå på normale vilkår i samfundet, og det er jo ikke tilfældet for den her gruppe. Vi ved for det første, at succesraten, når vi snakker stoffri behandling, ikke er særlig høj, der er rigtig mange, der
ikke kan profitere af stoffri behandling - dermed ikke være sagt, at den ikke skal være til stede og oprustes, selvfølgelig skal den det - men det er altså ... heller ikke det er et mirakelmiddel. Og når jeg så har sagt det, så vil jeg sige, at man kan også se fastholdelse på en anden måde. Alternativet til fastholdelse over en periode, fastholdelse i en medicinsk understøttet misbrugsbehandling; det er en fastholdelse i et fortivvlet stofmisbrugende liv i dagligdagen, som består af kriminelle aktiviteter, prostitutionsværkshederne, og som Evy lige var inden på, jamen en konstant cirkulation omkring fængsler og elendighed; det er en fastholdelse i et kriminelt miljø, hvor man er nødt til at bevæge sig hele tiden for at købe sine stoffer; det er en fastholdelse på en åben gadescene, hvor nogle er nødt til at tage deres stoffer, inden de bliver arresteret af det stedlige politi; det er en fastholdelse også i et overoptimistisk og nogle steder fuldstændig indadækket behandlingssystem, hvor man altså slet ikke har de tilbud til lige præcis den her gruppe. Så det er alternativet til fastholdelse i en fornuftig, medicinsk understøttet behandling, det er altså fastholdelse i en særlig elendig dagligdag. Den tredje bekymring, jeg vil adressere, er den, der handler om: Jamen hvis vi giver metadon, vil vi så fratage disse stoffbrugere motivationen til at ænde livsstil? Og den bekymring bliver jo genereret ud fra en forestilling om, at hvis man presser folk længe nok ud i elendighed, så holder de jo nok op med det her. Det ved jeg ikke rigtig hvad jeg skal sige til. Jeg tænker sådan: Ja, det gælder jo i et vist omfang mennesker med overskud. Vi kan jo se, at når vi presser rygere til, at de skal ryge udenfor, og de skal underlægge sig alskens besværigheder, altså gør livet surf for dem, jamen så er der også en stor del af dem, der holder op, det er rigtigt. Jeg tror også, at mange vil give mig ret i, at skal man holde op med at ryge, eller skal man ændre livsstil i det hele taget, så kræver det altså et overskud, det kræver et overskud at om lægge sit liv. Det er næppe nogen, der vil planlægge væsentlige livssilsændringer i perioder, hvor de har det rigtig, rigtig skidt og er bekymrede over rigtig mange ting og måske endda også er fysisk og psykisk syge. Det kan enhver jo sige sig selv, det er fuldstændig vanvittigt. Så den motivation til en livssilsændring skal jo ske på et tidspunkt og i nogle sammenhænge, hvor der er et overskud til at ænde sig i, og det kan man passende give ved at give mennesker et fornuftigt og stabiliserende behandlingsstilbud, som passer til den livssituation, de er i. Og den antagelse understøttedes jo også af de udenlandske forsøg, hvor det jo viser sig, at en ikke uvæsentlig del af de mennesker, som har været i heroinbehandling, har været, netop fortsætter i abstinensrettede behandlinger eller afholdenhedsbehandlinger eller andre typer af behandling, som ikke er heroinunderstøttet. Tak for mig.

Ordstyret:

Det kom lige til at passe. Ja, tak til Liese Recke. Og så er det Michael Lodborg Olsen, værsgo.

Michael Lodborg Olsen (Talsmand, Foreningen for Narkoløsninger på Vesterbro):

Tak for det og tak, fordi I tager lokalområdet og beboervinklen på debatten. Nu er det lidt en skam, at der er lidt mandefald, fordi jeg har brug for nogle gode råd fra de ansvarlige politikere: Hvad skal jeg
sige til min søn på 6 år, hvad skal jeg sige til min datter på 4 år, når vi ud af vinduet, når vi går ud af hoveddøren ser stofbrugere, der står med bukserne nede og fixer sig i lysken, ser stofbrugere - og nu må I undskyde mig, men - skider på bagtrapper, på kælternedgange bag en busk, fordi de ikke må bruge toilettet på de få væresteder, der er for dem; stofbrugere, der ligger livløse, måske er de døde, måske når en ambulance at kommer derhen? Jeg forsøger at forklare, at det er nogle mennesker, der har det dårligt, og nogle af dem er syge, og så spørger mine børn jo, fordi de ved godt, hvad der sker, når de kommer til skade, det gør de jo, så kan de jo komme til læge, eller de kan komme på sygehus.

Og så rækker mine pædagogiske evner ikke længere, så jeg tilbyder dem en is. Men det er sådan lidt det, vi oplever på Vesterbro, og det er ikke noget, vi oplever i dag, det er noget, vi har oplevet i over 30 år. I materialet, jeg har, der er et billede fra 1976 af en demonstration, hvor der står mødre med bannere og barnevogne, hvor der står »Kanylefr i barndom« - en konflikt, der har været i over 30 år, som tager meget tid, den tager rigtig meget tid for nogle mennesker, som har det rigtig, rigtig dårligt, tager meget tid for et lokalområde, som i stedet for at jagte løsninger og jagte politikere, så kunne man jagte en god folkeskole f.eks.


I forhold til det, jeg har hørt i dag og har læst i aftes, så vil jeg helt klart mene, at nogle af de dårligst stillede stofbrugere vil blive berørt af at tilbyde lægeordineret heroin. Skønsmaessigt, jeg aner det jo ikke, men altså skønsmaessigt ved at kigge ud af vinduet i forhold til, hvem der er, og hvor gamle de er, og nogle, man kender gennem mange år, og nogle, man ikke gør, og måske 20-30 pct. af dem, der færdes inde på Vesterbro, kan have gavn af det her. Det vil betyde mindre salg, færre sælgere; det vil betyde færre kanyster i gaden; det vil betyde, at nogle af de dårlige stofbrugere kommer væk fra det hårde gadeliv og ind i en mere værdig ramme; færre dødsfald og overdosis højst sandsynligt; færre forarmede mennesker i gadebilledet, mindre følgekriminalitet, og meget, meget vigtigt også et brud

Ordstyrer:
Ja, tak til Michael Lodberg Olsen, og så i den her blok, der er den sidste taler Uffe Juul Jensen, værsgo.

Uffe Juul Jensen (professor og centerleder, Center for Sundhed, Menneske og Kultur):
Ja tak. Jeg er statsansat dansk filosof, så jeg kommer altså sådan set fra en anden del af verden end den lægefaglige, men jeg har brugt det meste af min tid til at arbejde med sundhedsvæsen og medicin. Men det, jeg er blevet bedt om, er at sige noget om i dag, er altså ikke det, som jeg egentlig har brugt mest tid på, sygdomsbegreb og behandlingskvalitet og sådan noget, men nogle spørgsmål omkring moral og etik, og det har jeg heller ikke spor imod, og jeg synes også, det er relevant at tage det ind her. Det er noget, som filooffer tit i disse år både fra politisk hold og fra anden side bliver involveret i, og det siger jo noget om, at der er nogle fundamentale konflikter i vores samfund eller holdningsfor-skelle, som somme tider bliver til konflikter. Og jeg synes faktisk, det er meget nyttigt, at vi også, nu når er det en samtalde med politikere, tager etikken op, fordi etiske diskussioner i samfundet, selv om de somme tider kan synes frugtesløse og umulige at komme ned i, så kan de i hvert fald, tror jeg, både for politikere og andre være en slags spejl på grundlæggende diskussioner, der foregår i vores samfund. Og det mener jeg også kommer frem allerede i den overskrift, jeg har ikke selv fundet på dette moralsk legitimering af narkomani, men allerede i spørgsmålet ligger der jo også forskellige holdninger; holdninger, som svarer meget godt til, hvad man sikkert kan ... at den almindelige forståelse også af begrebet narkomani - jeg har slået op i nudansk ordbog, som I kan se, hvis I læser det, jeg har skrevet, og der er det klart, at den negative ladning om ... forfald, man er forfalden til, sygelig trang, og det er jo noget andet end at have en sygdom at have en sygelig trang, det er noget, der invol-verer personlighed, der er en moralsk kritik, der ligger i det. Og det tror jeg, det er jo selvfølgelig ... det er naturligt for politikere og os alle andre at forholde os også til, hvis det er sådan, at det er det, vi
forbinder med de ord, vi taler om her, at så overveje, hvad betydning det ville have, og hvilke konsekvenser det ville have, hvis vi i stedet for diskuterede eller talte om narkomani talte om stofbrug.

Men nu er det ikke en semantisk analyse, jeg skal gå ind i, så derfor vil jeg hellere gå lidt videre med at tage stilling til det spørgsmål, jeg så har fået stillet: Er det i hvilken forstand moralsk legitimering af narkomani? Og der er to ting, jeg vil sige. For det første kan man sige, at hele lægevidenskabens historie eller lægekunstens historie, senere lægevidenskaben kan ses som en humaniseringsproces, hvor forestillinger om menneskelig adfærd, som blev betragtet som unormal og sygelig og netop som moralske karakterbrist, igennem den videnskabelige udvikling blev demystificeret, den negative klang kom af begreberne, og man fik et mere nøgternt forhold til de menneskelige problemer, som lå bag. Og så kunne man sige: Er det ikke også det, som det her, hele heroindiskussionen her kunne være et bidrag til - og sådan har jeg egentlig også hørt mange af de lægelige ekspertier her, også hvad vi læser om det - som et led i en sådan vedvarende humanisering? Der er bare det problem, synes jeg, ved det, at så bliver det ... den negative side ved det er, at der bliver en sygleggørelse stadig væk, det bliver gjort til et medicinsk problem. Jeg forstår meget godt, det er også det, Fuglsang sagde, men jeg tænker altså alligevel, at der er lidt en risiko med det der med hjertetransplantationerne og de andre ... og diabetes, fordi stofbrug er noget andet. Somme tider færer det til noget forfærdeligt, det har vi hørt en masse om, men det er nok vigtigt alligevel at tænke på det på en lidt anden måde. Så kunne man sige: Kunne vi sammenligne det med, kan man sige, den moralske legitimering af abort, som jo er forholdsvis ny i vores kultur? Det er sådan et eller andet, som nogen så forsøger på nu? Og det er også en dårlig analogi, fordi da vi fik den moralske legitimering af abort, var det jo ikke bare noget, som medicinen førte frem, men det var et udtryk for nogle grundlæggende kulturelle forandringer i hele den vestlige verden eller i store dele af den vestlige verden, med en stærkere betoning af den enkelte borgers, den enkelte kvindes ret til at forvalte sit eget liv og sin egen krop.

Men når vi kommer tilbage nu til det, det drejer sig om her, stofbrug, misbrug, narkomani, hvad vi end kalder det, så er situationen jo en anden. Der er ikke rigtig, hvis vi kigger ud i samfundet og kulturen og de undersøgelser, der er lavet af forskellige holdninger til det, så er der stor usikkerhed. Der er mange, der stadig væk knytter vældig negativt, fordi vi har negative erfaringer fra Vesterbro og mange andre steder, også Aarhus, hvor jeg kommer fra. Og nogle har så ud fra videnskab et andet og mere nøgternt forhold til det. Og det, som jeg egentlig hører også - det var et privilegium at komme på lidt senere, så man har kunnet siddet også og lyttet til og kommentere lidt på det, som er blevet lagt frem. Jeg kan egentlig godt forstå, at mange af de lægefaglige ekspertier her, så - og det gælder i noget det skriftlige og i mange undersøgelser - de forsøger at give en ganske bestemt form for moralsk legitimering, som er det, vi i mit fag kalder utilitarisme eller nytteetik. Så derfor har vi hørt om omkostningseffektivitet, om mindre kriminalitet, og det er jo også, kan man så sige, skulle være gode, salgbare
argumenter. Det hørte vi jo fra Schweiz, at det var godt at sælge det på, og at det ikke bare er en salgs-
vare, men hvis resultaterne er sådan, så er det noget, som vil måske ændre nogle menneskers hold-
ning til det. Det var en rød tråd igennem. Der er bare et problem i det, synes jeg, at det fører jo let til
igen en stereotypisering af hele det felt af stofbrugere, misbrugere, andre bliver slået i og bliver
flyttet sammen med kriminalitet og afkriminalisering, hvor jeg tror, at vi ville kunne vinde vældig
meget ved netop at begynde at tænke om de problemer, som vores samfund og som familier og pårø-
rende og de enkelte mennesker selv står overfor, på samme måde, som vi jo egentlig gerne vil tænke
om helbreds- og sundhedsproblemer i vores samfund i øvrigt. For hvad er kernen i vores danske stats
sundhedsstyring for øjeblikket, den, som de herrer og damer har været med til at formulere? Det er jo
for det første et ideal om at tænke i en helhedsvis sammenhæng og se på ikke bare at afgrænse
isolerede indsatser med medicinsk behandling eller noget andet, men at sige, at det er et menneskes
liv, og det drejer sig om at få mest mulig sammenhæng med patientforløb, som der står på Sundheds-
styrelsens og ministeriets osv. hjemmesider.

Men en anden vigtig ting, nemlig en involvering af borgerne, borgeren som en aktiv deltager i plan-
lægningen af udførelsen af den politik, der vedrører de problemer, som den enkelte borger har,
det er den overordnede danske sundhedsstyringsvæsenet. Og den har ændret sig over det ene
år, vi har gået, i løbet af bare 30 år har et meget ekspertstyret, meget paternalistisk, meget stereotypi-
sende system til et med en sådan højere grad af ja, humanisme i en bred forstand. Og jeg tror - og
det er jo en lang proces, og det er ikke noget bare politikere eller ekspert kan ændre på, for det er
noget med, hvad der foregår ude i folkekøyet, og hvad der diskuteres der, men jeg tror, at både politi-
kere og ekspert kan være med til at fremme en sådan nuancering af det. Og jeg er bange for, og det
var lidt, det sidste her, jeg siger nu, er lidt i forlængelse af noget det, Preben Brandt var inde på også,
eller lå i noget, han sagde, at der bag denne, altså, og talen om det hele som en hel stor klump, narko-
maneri eller andet og stigmatiseringen osv., at der ligger jo en, det, som en norsk filosof, Ofstad, skrev
om i efterkrigstiden, en foragt for svaghed. Jeg synes, man kan mærke - jeg har deltaget i mange kon-
ferencer også med brugere og andre, og beboerkrig i rundtomkring, hvor der bor narkomaner i nær-
heden - at denne stereotypisering af gruppen der, den er også forbundet med en foragt for netop
svaghed, for et ønske om ikke at diskutere fattigdomsproblemer. Så det, der er blevet sagt også af
andre her i den tidligere session om nødvendigheden af at knytte denne diskussion, som er lægefaglig
selvfølgelig, men også knytte den til en samfundspolitisk diskussion og med højere grad af lighed i
vores samfund, det har næsten været ude af diskussionen om sundhedsstyring i de senere år, det er
heldigvis ved at komme frem igen, og jeg tror, det er vigtigt, også når vi snakker netop de spørgsmål,
som er på dagsordenen i dag. Tak.
Spørgsmål og svar fra blok 3

Ordstyrer:
Ja. Tak til panelet her. Og så går vi over til politikerne. Jeg vil godt lige sige, at jeg forstår udmærket, hvis der er mange af jer, der sidder og brænder med nogle spørgsmål nede fra salen, og hvis der bliver tid til det, så vil vi tage spørgsmål ind også fra salen. Og nu skal vi så se, hvor spørgelysten panelet er, om der bliver lidt overskud i denne her blok, men først er det Sophie Hæstorp Andersen, så er det Tom Behnke og derefter Pernille Frahm. Værsog Sophie.

Sophie Hæstorp Andersen (S):
Evy Frantzsen, du kom ind på - også i dit materiale, du har udsendt - at de fleste af dem, der er dømt for narkarelateret kriminalitet, det samtidig er udsatte stofmisbrugere, som så ender i vores fængselssystem i stedet for. Derfor vil jeg gerne have dig og også Lise til kort at skitsere lidt, om man kunne forestille et forsøg med lægeordineret heroin i fængsler, ligesom at man har været med til at udvide behandlingsgarantien til fængslerne, også under denne her regeringstid. Og så vil jeg bare sig til dig, Uffe Juul Jensen, at jeg synes, at det er et rigtig spændende indlæg, du kommer med, og jeg vil spørge dig om, man også kan snakke om, at det kan være decideret uetisk ikke at gøre noget for en gruppe, som har det så dårligt og lever et så uværdigt liv på gadeplan, så man kan snakke, om noget er decidert et uetisk på det her område. Og helt kort vil jeg bare spørge Michael Lodborg, om han føler, at der ligger en foragt for svaghed, når han som borger bor på Vesterbro, og i det, du fremlagde her.

Ordstyrer:

Evy Frantzsen:
(Norsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Tak. Lisce Recke. Har du ...?

Lisce Recke:
Jeg skulle svare på noget af det samme. Jamen jeg mener det samme som Evy. Ja. Ud over det, så vil jeg da godt bidrage med at sige, at jeg deler Evys holdninger. Jeg mener også, at i det omfang, vi snakker medicinsk undersøgelse og behandling, at der er jo mange, rigtig mange, alt for mange stofbrugere, der sidder i fængsel, og at den behandling, som de har været i, altså, når jeg siger behandling, så mener jeg hovedsagelig her medicinsk behandling, de har været i, inden de blev fængslet, selvfølgelig skal fortsætte i Kriminalforsorgens regi, og det uanset om det er metadon, om det er subutex eller det
er heroin. Det kører ikke på skinner og har ikke gjort det hidtil nu. Der er store problemer i samarbejdet med Kriminalforsorgen, men det er en anden agenda. Og i forhold til, jeg er meget enig med Evy, at psykosocial behandling i fængsler er i sig selv et problematisk aspekt, men ... ja, det var det, jeg ville sige om det.

**Ordstyrer:**

**Jürgen Rehm:**
*(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin)*

**Ordstyrer:**
Tak for det. Og så er det Michael Lodberg Olsen. Der var lige et kort spørgsmål, som jeg hørte det.

**Michael Lodberg Olsen:**
Ja, men et langt svar. Nej, altså, det er jo aldrig rart at se, når nogle bliver efterladt, og det er det, det handler om. Vi er jo vidner til det dagligt. Nogle, der er efterladt og, ja, så det ...

**Ordstyrer:**
Ja tak. Uffe Juul Jensen.

**Uffe Juul Jensen:**
Og det kunne også blive langt. Nu skal jeg gøre det meget kort, fordi det er jo let at slå, og sådan er det tit, man kan slå hinanden oven i hovedet med etiske idealer, og jeg vil heller ikke bare så sidde og sige, at f.eks. under ingen omstændigheder kunne jeg finde på at sige, at det at tænke i termer af omkostningseffektivitet og altså nytteetik, at det ikke er rigtig etik, for selvfølgelig er et samfund og en stat nødt til hele tiden at have orden i sin husholdning. Men der er et problem, ikke, når vi så samtidig ved festlige lejligheder holder fast i en af de store kanoner i mit fag, Emanuel Kant, altid at behandle næsten ikke alene som middel, men altid som mål i sig selv. Det er jo det, som hele ... vi lovpriser vores egen kultur og den form for nation, som vi er, for at stå inde for. Så derfor må det afgørende være, hvordan man kan finde en balance der, og altså en etik, som ... og så tilbage til dit spørgsmål, helt direkte, der kunne være problemer, som er så omkostningstunge og praktisk videnskabelige umulige at løse, så man må sige: Vi må give op. Og det kan der være legitime grunde til. Men hvis vi har grunde til at tro, at der er faktisk vældig mange ressourcer, nu taler jeg fra et samfundsmæssigt synspunkt, i den gruppe her, hvis vi tænker den mere differentieret og ikke bare denne stofmisbruger, hvad ... tænk, hvis vi talte om alkoholforbrug på samme stereotypiserende måde og begyndte at gøre op, hvor
meget rødvin nogle af os her drikker, det er mere at få den ind, og så altså få peget på, at det her berører jo et problem i hele vores sundhedsvæsen. Jeg har deltaget i så mange konferencer i de sidste par år om mangelen af gennemført rehabilitering på en lang række områder i det danske sundhedsvæsen. Vi taler om det, men på det psykiatriske område, på en lang række andre områder, der er vi på en fantastisk forhenvendte måde, når vi tænker på, hvor høj en professionel kultur vi har, som når det drejer sig om rehabilitering, er vi så langt bagved i et samfund, der kigger på arbejdskraft, som kigger på at involvere mennesker på mange forskellige niveauer. Og det er en form for etik, jeg mener skulle kunne forene både de, som må tænke på penge, og de, som vil holde fast i de gamle, humanistiske idealer.

**Ordstyrer:**

**Tom Behnke (KF):**

**Ordstyrer:**
Ja tak. Værsgo Liese Recke.

**Liese Recke:**
Inden jeg stiller spørgsmålet videre til Mads Uffe, som er den rigtige til at svare på det her, for det er ham, der sidder i en forskningsinstitution og har indsamlet de data her, så har jeg da ... altså, så vil jeg da sådan lige kort stille dig et modsprogsmål og sige, når du siger: Jamen målet er vel stoffrihed. Så spørger jeg: Hvad er stoffrihed? Jeg ved det ikke. Betyder det fuldstændig afholdenhed, betyder det hvor længe afholdenhed, betyder det, at man ikke må få medicin, og hvilken medicin må man så ikke få? Det er et fuldstændig uklart begreb, jeg forstår det ikke. Når du siger ambulant behandling, hvad

Ordstyrer:
Så må jeg lige høre Mads Uffe Pedersen, om du har lyst til at komme med en kort kommentar. Du skal nok få ordet igen Tom Behnke, hvis du ønsker det. Eller hvad?

Mads Uffe Pedersen:
Jamen de undersøgelser, vi har lavet, og de er efterhånden ved at være af en vis alder, de er 5-6 år gamle, der fandt vi, at 80 pct. faldt tilbage, 80 pct. af de heroinafhængige faldt tilbage efter stoffri døgnbehandling inden for det første år. Det betyder ikke, de faldt tilbage til det gamle mønster, men det betød, at de enten kom i metadonbehandling eller tilbage i heroin, de 80 pct. Noget af den samme effekt har man kunnet se i den ambulante stoffri behandling, hvis den er intensiv nok, så har man set nogle af de samme effekter. Men når jeg sagde også i mit oplæg, at det er faldet, antallet, der kommer i stoffri behandling, så er det jo ikke, fordi der er kommet flere i ambulant stoffri behandling. Så det ser ud, som om der er færre, der kommer i stoffri behandling. Hvis man så ser på metadon, jamen det er omkring 15 pct., deromkring, som egentlig får et stabilt liv, og som ikke har noget sidemisbrug, og som klarer sig rimelig godt, når de er i metadonbehandling. Så det er egentlig nogetlunde den samme effekt som stoffri døgnbehandling. Men det er jo to forskellige grupper, og det er jo derfor, vi skal have en paraply til de forskellige grupper. Og i øjeblikket mangler vi en paraply, en del i den paraply til de allertungest belastede.

Ordstyrer:
Ja, tak. Jeg ved ikke, om det kræver respons, Tom Behnke?

Tom Behnke (KF):
Ganske kort, så er det kun, fordi det er rigtigt, i gamle dage syntes vi også, at succesraten var meget, meget lav. Så tog Socialudvalget til Italien og så på, hvordan man der i Projekt Menneske laver en
2-årig døgnbehandling, hvor 80 pct. er stoffri 1 år efter, behandlingen er afsluttet. Og så tænkte vi: Det var da en god måde at gøre det på. Og så har vi prøvet at kopiere den ind i det danske behandlingssystem. Og det var derfor, jeg godt ville høre jer som praktikere, jer, der nu har muligheden for at få ordet her og give os noget, vi kan jo ikke sidde og svare på spørgsmål, det var derfor, jeg gerne ville høre en nuancering af det, der bliver sagt, at til trods for, at man altså bruger nye behandlingsmetoder, er det så stadig væk lige skidt? Og det var det, jeg kan forstå, at det er det, og så hjælper det jo ikke meget, at vi kopierer gode modeller fra udlandet, hvis de ikke virker i Danmark. Så er det noget helt andet, der skal til.

**Ordstyrer:**
Ja, så er der lige en replik fra Liese Recke. Værsgo.

**Liese Recke:**
Meget kort. Jeg vil sige, at succesraten i stoffri behandling, hvad det så end er, men en behandling, som er målrettet afholden i et eller andet omfang, den ville blive kvalificeret ganske gevaldtigt, dels hvis vi fik, som Thomas Fuglsang har efterspurgt, nogle mere sådan overordnede succeskriterier for, hvad det her område skal føre hen til, men også hvis vi fik nogle uddannelser af vores behandlingspersonale og vi fik nogle kommunale incitamenter til at implementere den ganske omfattende viden, vi efterhånden har opsamlet.

**Ordstyrer:**
Ja, tak for det. Så er det Pernille Frahm. Værsgo.

**Pernille Frahm (SF):**
Jamen jeg tror, jeg frafalder, fordi så kan det være, der er nogle andre, der kan komme til at spørge.

**Ordstyrer:**

**Alice Larsen:**
Jeg hedder Alice Larsen. Jeg har en søn, der har været narkoman i 30 år, og jeg mener, at jeg ved en del om det. Og det, der var så vigtigt for mig, var, når jeg hører Landsforeningen af Pårørende til Stofmisbrugere, det er slet ikke sådan noget, som mødre går ind for, som det, jeg hørte i dag. Og jeg har været i alle de forældreforeninger, der fandtes, og jeg må indrømme, uden jeg vil kritisere nogen, det hjælper
ingenting, fordi alle er kede af det; alle græder, alle mister deres børn. Det, som var så vigtigt for mig at sige, var, vi skal have en større vifte. Min Søren, for 30 eller mere end 30 år siden begyndte han. Han er forsøgt nedtrappet 30 gange, og nu må der altså noget andet til. Og når vores sundhedsminister taler om signalværdi og sådan noget - vi må videre; vi må prøve noget andet. Og nu jeg har hørt også - og det betog mig meget - det der med etik: Ja, svage, dem er der ingen stemmer i, og de bliver ikke regnet for så meget. Men nu, jeg kunne tale længe, men der er mange andre, der skal til, men den mening, som landsforeningen kommer med, mødre, mener ikke det der, de mener, der skal en bred vifte til. Der skal al den hjælp til, der kan komme. Tak.

**Ordstyrer:**
Ja tak.

**Ole Thiemer** (Daglig leder, Narconon):
Mit navn er Ole Thiemer, og jeg kommer fra et behandlingscenter, der hedder Narconon. Jeg har været misbruger i 20 år. Og jeg kunne godt tænke mig at vende den her diskussion en lille smule, fordi vi snakker meget om, skal vi have heroin i stedet for metadon, men der er faktisk nogle døgnbehandlingscentre, som producerer de 80 pct., Tom Behnke snakkede om, her i Danmark, og jeg forstår ikke helt, hvorfor politikerne ikke sætter noget i værk, så vi får de her behandlingscentre, som er meget effektive, får dem brugt meget mere og så finder ud af, hvad det er for nogle metoder, som er effektive, og så implementerer de metoder bredt i samfundet i stoffri døgnbehandling. Tak.

**Ordstyrer:**
Ja, er der et tredje kort spørgsmål? Det er heroppe.

**Knud Christensen** (overlæge, Københavns Fængsler):
Jeg hedder Knud Christensen, og jeg er overlæge ved Københavns Fængsler. Tom Behnke sagde, at formålet med behandling er at gøre folk stoffri, og der vil jeg gerne henlede opmærksomheden på Preben Brandts udsagn for nu snart 10 år siden, hans ønske om at få politikerne til at ændre formålet med misbrugsbehandling til at være at forbedre livskvaliteten. Vi må gøre os klart, at vi har en række tilstande og sygdomme, som vi ikke kan helbrede. Vi har bl.a. kræftsygdomme og andre lidelser, vi ikke kan helbrede, men vi kan i hvert fald prøve at forbedre de pågældende syge menneskers livsvilkår. Og derfor vil jeg foreslå, politikerne nu langt om længe ændrer formålet med misbrugsbehandling til at være en livskvalitetsforbedring, og formålet skal ikke være det utopiske, det langt hyppigst utopiske at gøre folk stoffri. Kan jeg få jer til at gå med på den?
Ordstyrer:
Ja, tak for det. Så skal jeg høre: Er der nogle af politikerne, der vil svare her? Og der er også åbent for panelet for korte svar.

Pernille Frahm (SF):

Ordstyrer:
Ja tak. Og Tom Behnke, værsgo.

Tom Behnke (KF):
Og så skal vi passe på, at det ikke bliver til en diskussion mellem os heroppe, og det er jo ikke en politisk diskussion, det var jo nogle ekspert er, der skulle gøre os klogere. Men bare lige for at sige: Jeg er fuldstændig enig i det, som Preben Brandt har sagt, men derfor må man jo godt have et ønske om, et mål, vi kan gå efter. Og på vej mod det mål kan vi selvfølgelig godt lave væsentlige forbedringer af livskvaliteten, men jeg synes da, at man skal have et mål at køre efter, også vel vidende, at vi kan ikke gøre 100 pct. af narkomanerne stoffri, det ved jeg da godt, at vi ikke kan. Men derfor kan man da godt have en ambition, der går i den retning, og så lad os se, hvor langt vi kan nå.

Ordstyrer:
Ja tak. Og så har Jürgen Rehm bedt om ordet, værsgo.

Jürgen Rehm:
(Udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Ordstyrer:
Hans Andersen (V):

Tak for det. Jeg tror, det handler om, at vi først og fremmest får mere for de penge, vi allerede bruger i øjebl flicket i hele det her område. Der er nævnt kvalitetsstandarder, det er jeg meget enig i. Vi skal blive meget, meget bedre til at dokumentere det, vi gør, og bruge eksempelvis de behandlingssteder, der faktisk præsenterer resultater, og så må undlade at bruge dem, hvor man kan sige at det er spild af penge og spild af livskvalitet at sende mennesker hen, hvor vi godt ved at det her hjælper ingenting. Det er det ene. Det andet er, at jeg er også meget enig i, at vi kunne gøre meget mere i at uddanne det personale, der agerer på hele feltet, bredt. Og nu har vi jo en mulighed. Nu er der én myndighed på det her område i fremtiden, det er kommunerne, og kommunerne har her en stor, stor opgave i at levere varen. Og der kan man sige, bl.a. med at ... bare det her med, at man kan injicere metadonen nu, det er en mulighed. Pengene er givet fra statens side. Det er ikke sådan, at kommunerne kan sige: Vi har ikke fået betaling. Nej, pengene er givet. Og der vil jeg bare sige, det er bare at gå i gang, for så kan man faktisk løse nogle af de problemer, som Michael påpeger på Vesterbro, både med sundhedsrummet, som der er givet penge til, og med at injicere metadonen. Det kunne faktisk løse en række af de problemer, som Michael påpeger.

Ordstyrer:
Ja, tak for det. Og Preben Brandt, værs go.

Preben Brandt:
Jeg synes bare lige, jeg vil bekræfte, at jeg stadig væk mener det, som jeg blev citeret for, for 10 år siden. Men jeg tror snart, det er lige så stor en utopi som, at vi kan gøre alle stoffri. Men derfor skal vi ikke opgive det ....

(Lydudfald)

Michael Lodberg Olsen:
Det er rigtigt, hvad Hans Andersen siger: Vi er i gang med at lede efter lokaler til et sundhedsrum, hvor vi så får toileetter til stofbrugerne på Vesterbro, og det er jo et skridt på vejen. Nu får vi forhåbentlig også snart lægeordineret heroin. Om nogle år får vi sikkert også fixerum; en række tiltag, som for os på Vesterbro og for Københavns Kommune, der har været flertal i Københavns Kommune siden 2002, de har sat penge af til det siden 2002, et lokalområde vil gerne have nogle tiltag, men må ikke for regeringen. Jeg synes, det er ... Det her, det handler ikke om - for 9 år siden, da I sad her, jeg var ikke med, var det en anden regering - det her handler ikke kun om partipolitik, men det handler om politisk vilje, og det handler om, hvordan vi organiserer vores samfund. Vi skal have langt større kompetencer ude lokalt, og der kan man så sige: Vi har kommunalreformen. Jamen så giv os lov; giv os lov til
at agere, som vi gerne vil lokalt. Tak.

Ordstyrer:
Ja tak. Uffe Juul Jensen, værsgo.

Uffe Juul Jensen:
Det var lige ganske kort til det overordnede, som jo vedrører hele dagen med forholdet mellem eksperter og politikere. Det er selvfølgelig rigtigt nok, at der er nogle, der får løn på den ene side og nogle på den anden side, nogle bliver valgt. Men jeg synes alligevel også, dagen i dag for mig bekræfter det, som jeg også egentlig mener vi i forskerverdenen er temmelig enige om, at der er selvfølgelig involveret politik også i al forskningsmæssigt arbejde. Og det er der ikke noget odioست i. Det er jo en storartet ting at diskutere politik også i forskningsverdenen. Jeg synes bare, hvis vi tager diskussionen, hvilke standarder, hvilke parametre man trækker ind, når man laver undersøgelser, er klart, at det også i en bred forstand er politik, er politiske spørgsmål; hvilken vægt man lægger på omkostningseffektivitet i forhold til andre, livskvalitet i forhold til livslængde - alle disse diskussioner. Så jeg tror måske for om 10 år, eller hvornår nogen nu vil mødes her igen og diskutere de her ting, at der vil det måske være en fordel, hvis man altså også fra vores side herovre klarere meldet ud og siger, at det er selvfølgelig også politisk ladet, det, man kommer med, og står ved det, som er ens politiske standpunkt.

Ordstyrer:

Liese Recke:
Jeg har en ganske kort kommentar. Jeg tror, jeg har sagt det før. Jeg har i hvert fald ... synes jeg har sagt det i rigtig, rigtig mange år nu, og jeg vil sige det en gang til. Hans Andersen, du sagde noget omkring, at det var vigtigt at dokumentere, og kompetenceudvikling er du enig med mig i. Men jeg efterspørger så, at man politisk forholder sig til nogle incitamenter til at implementere den omfattende viden, vi efterhånden har samlet gennem et utal, et hav af projekter igennem de sidste 10 år på det her område, hvor vi har, jeg ved ikke hvor mange hundrede rapporter efterhånden. Men den viden, vi har, bliver jo ikke implementeret. Vi får ikke uddannet vores medarbejdere. Hvem skal sikre det? Vi kan ikke lægge det op til kommunernes administration, fordi de har så mange andre ting, som de skal bruge penge på lige nu. Så hvem skal sikre den implementering og den omsætning af den knowhow, som vi har i hvert fald teoretisk?

Ordstyrer:
Så rejste der sig et nyt spørgsmål, men jeg tror, vi skal skylle det her ned med en kop kaff. Jeg tror, der
er noget at tænke over. Jeg synes, der har været mange interessante indlæg både fra panelet, men også gode spørgsmål fra politikerne. Så lad os holde en kaffepause til kl. 15. Så er vi tilbage her, og så skal vi kigge lidt på danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin.

**Blok 4: Danske forsøgsordninger med lægeordineret heroin**

**Ordstyer:**


**Christian Hvidt** (klinisk overlæge, Københavns Kommune):
Jeg vil tilslutte mig de andre oplægsholderne og sige tak til jer, fordi I tog initiativ til denne her meningstidssatsing, og vi har jo bemærket, at der er rum for diskussion, og det er godt. Jeg vil sige, at det, jeg er blevet bedt om, er at redegøre for et forsøg: Hvordan skal man strikke et forsøg sammen? Det er jo meningen, at det så skal munde ud i nogle konklusioner, som så måske kan være grundlag for at lave et fortsat heroinlud, men det her, når jeg snakker om det, så er det altså en forsøgsordning. Da
jeg sad og forberedte mig, så tænkte jeg, at jeg skulle opleve det helt store heroinhus herinde, og jeg skulle være den uundgåelige nedtur, men jeg tror ikke rigtig, der har været et sus i salen endnu. Vi får se, hvad det ender med, når vi når i mål.


Det giver ikke mening at starte lægeordineret heroinbehandling af en misbruger, som ikke er forsøgt behandlet med subutex eller metadon. Metadon/subutex-potentialet skal være opbrugt, både hvad dosisstørrelse og dosisinterval angår. Vi ved, at der er en formentlig lille restgruppe, som trods lempeilig metadonpolitik fortsætter med et sidemisbrug af illegal heroin. Det er denne gruppe, det umiddelbart synes muligt at tilbyde lægeordineret heroin. For at kunne tilbyde behandlingen skal diacetylmorfin, som er det farmaceutisk fremstillede heroin, være tilgængeligt i landet. Stoffet bør indledningsvis kun kunne udleveres på de behandlingssteder, som deltager i et forsøg med lægeordineret heroin. Behandlingen med lægeordineret heroin er en specialistopgave og skal varetages af læger med lang erfaring i at behandle stofmisbrugere. Der skal på de institutioner, der ønsker at anvende lægeordineret heroin, være læge- og sygeplejerskedækning i det tidstrum, medicinen udleveres/indtages. Der skal desuden være et egnet lokale til at indtage den lægeordinerede heroin. Personalet skal sikre sig, at de misbrugere, som tilbydes behandlingen, er fortrolige med optimal hy-
gjenn i forbindelse med injektionen af heroinen. Og for at være rentable skal behandlingsstederne have et vist patientgrundlag. Behandlingen skal bl.a. derfor centraliseres. I forøgelsesperioden bør ordningerne nok være forbeholdt 1 af 2 steder i Danmark. Hovedstadsregionen er oplagt, og Region Midtjylland bør vel også kunne overvejes. Misbrugsbehandlingen er aktuelt et kommunalt anliggende, men det er vel de færreste kommuner, der med patientgrundlaget taget i betragtning ser sig i stand til at gennemføre denne behandling med lægeordineret heroin. Man bør overveje, om behandlingstilbudet med lægeordineret heroin skal være en regional opgave frem for et kommunalt anliggende.

Misbrugerens samlede livssituation skal løbende evalueres dels ved interviews og registrering af relevante data for at følge effekten, dels ved systematiske sundhedsstjek samt udspørgen om tilfredshedsgraden ved projektet. For at vurdere effekt af behandlingen skal man registrere omfanget af sidemisbrug. Specielt er køb af illegal heroin interessant at undersøge, men omfanget af misbrug af andre euforiserende stoffer bør også registreres. Man må formode, at tilbuddet om lægeordineret heroin også vil ændre på dette sidemisbrug. Data indhentes ved interview af patienten supplere med regelmæssige urinprøveanalyser. Misbruger skal til enhver tid have mulighed for at afbryde forsøget og overgå til konventionel substitutionsbehandling. Tilbuddet skal være så fleksibelt, at misbruger kan få dele af eller hele behandlingen som heroin, alternativt metadon.


kun vil komme på tale hos en lille restgruppe af misbrugere, som ikke har profiteret af standardbe-handlingen med subutex og metadon. Tak.

Ordstyrer:
Ja, tak til Christian Hvidt. Og så er det Mads Uffe Pedersen, værsgo.

Mads Uffe Pedersen:
Tak. Ja, men jeg vil tale lidt om, hvad vi bør opnå, for at der kan tales om succes, og så vil jeg tale allermest om, hvilke barrierer der kunne være for, at vi opnår succes med behandling med lægeordine-ret heroin. Altså, jeg har allerede været inde på, hvad der er succeskriterier for behandling med lægeordineret heroin. Der findes jo alle de her fremragende, gode undersøgelser rundtomkring, som er publiceret, og der har vi standardiserede instrumenter til at måle succes, og vi har fået en base line for at finde ud af: Hvad er det så, vi kan forvente at opnå? Så det er slet ikke noget problem overhovedet at stille sådan nogle kriterier op. Der synes jeg vi skal tage udgangspunkt i de undersøgelser, der findes. Derimod så kan der være en række forskellige barrierer for, at vi kan opnå den forventede succes eller den succes, som man kan forvente der er.

Den ene barriere er, at vi i øjeblikket faktisk slet ikke har et monitorerings- og dokumentationssystem, som måler, hvilke ydelser klienterne får, og hvor belastede de er. Hvor belastede de er, der tænker jeg på f.eks. psykisk belastning, social belastning, fysisk belastning, stofkrimimalitetsbelastning, sådan at vi løbende kan måle, om de får det bedre eller de får det dårligere. Ved ydelser tænker jeg på, at den måde, som ydelser i dag måles på, er, og som bliver sendt ind til Sundhedsstyrelsen, er, at man giver en tilbagekendelse om, hvad den første ydelse var, på det tidspunkt hvor de blev indskrevet. Men en stofmisbruger er jo indskrevet ofte i meget lang tid med rigtig mange ydelser, og det vil sige så, at der kun fremgår 1 ydelse, mens de måske har fået 20, og det er kun den første ydelse. Vi bliver nødt til at have et system, hvor man kan se, hvilke nogle ydelser der er givet, og det bliver nødvendigt for overhovedet at kunne identificere målgruppen for at kunne se: Hvem er de mest belastede, og hvad er det, de skal have? Det er også nødvendigt for at måle effekt, for at man får en base line for at måle effekt, og det er også nødvendigt for at sige: O.k., det her fungerede ikke helt; vi bliver nødt til at ændre strategi. Man er i gang med at arbejde med sådan et registreringssystem, og det hilser jeg meget velkommen, men det har altså ikke været der indtil i dag. Et af kritikpunktene fra behandlerne for sådan en ydelsesregistrering og belastningsregistrering er, at så mister vi jo kontakten til klienterne. Og jeg kan jo være lidt flabt, og så kan jeg jo spørge: Hvilken kontakt? Det er i hvert fald forholdsvis begrænset, hvor mange samtaler man giver stofmisbrugerne. Samtidig kan vi se i vores undersøgelser - og det kan man også se i internationale undersøgelser - at der, hvor kontakten faktisk er mest intensiv, er det i visitationsfasen. Det vil sige så, det er lige præcis, når man laver samtaler for
at registrere og for at kortlægge, for at få en anamnese osv. Det er på det tidspunkt, den er allermest intensiv. Med andre ord, faktisk er monitorerings- og dokumentationssystemer med til at intensivere kontakten. Og det er der faktisk også både internationale og faktisk også nationale undersøgelser, der viser.

Et andet krav til succes, det er, at jeg blev spurgt i det her materiale, jeg fik tilsendt, om behandling med lægeordineret heroin måske kunne sikre en højere kvalitet af behandlingen. Og jeg vil godt vende den om og sige, at det er også til Tom Behnke; jeg tror ikke, du fik svar helt på dit spørgsmål, da du stillede det tidligere i dag - nej, behandlingskvalitet sikrer en ordentlig behandling af lægeordineret heroin. Så det kræves, at det er en ordentlig behandlingskvalitet for at opnå en ordentlig effekt på behandling med lægeordineret heroin. Og hvad mener jeg så med det? Ja, jeg mener, at der skal erfarne behandlere. Jeg mener, der skal veluddannede behandlere. Der skal være ordentlige arbejdsforhold, ledelse og ordentlige ressourcer. Der skal arbejdes ud fra et evidensbaseret grundlag; det vil sige, så man arbejder ud fra den viden, som man ved giver effekt, og hvor man ved at det her virker - altså forskningsbaseret viden. Og nu lyder det vældig negativt, det hele, men rent faktisk, så er det jo sådan, at i dag, så har man - eller ikke bare i dag, men igennem de sidste 10 år har man i tiltagende grad arbejdet hen imod en evidensbaseret behandling, og det gør man også stadig væk. Og det er noget, der efterhånden er en helt almindelig diskussion inden for behandlingsområdet. Det kræver en ordentlig paraply af behandlingsindsatser, og når vi taler om den medicinske, så er det jo subutex og metadon og suboxone måske, og så er det også heroin. Når vi taler om metadon, så kan det være injektion, og det kan være peroral. Og jeg vil godt her slå fast - fordi jeg tror, der var nogle misforståelser; der har været nogle misforståelser om, at injektion med metadon kan være lige så effektiv som injektion med heroin. Jeg har aldrig set den type undersøgelser. Jeg har godt nok hørt om, at der har været lavet forskellige forsøg på at lave sådan nogle ting. Men det, jeg kender til, er en engelsk undersøgelse, som er et egentligt eksperiment, der viser, at oral metadon - altså, i munden - og injektion af metadon, det er akkurat det samme, det er den samme effekt, man får ud af det. Så det tyder ikke på, at injektion med metadon er lige så effektivt som injektion med heroin. Men det betyder ikke, at det ikke skal være en del af paraplyen, fordi der er jo nogle, som profiterer, som gerne vil have metadon ved hjælp af injektion. Og hvis vi kan fastholde dem i behandling, fordi de kan få det, jamen gør vi da det. Der er også noget, der hedder pragmatisme i det her med at få stofmisbrugerne ind i behandling. Det er næsten det allersværeste, det er at få dem ind i behandling. Og derudover skal man også tænke mere i opsøgende arbejde. Den meget tunge del af stofmisbrugerne; vi kan ikke få dem til at komme i behandling. Vi bliver nødt til at ud og tage fat i dem ind imellem, og det er der fokuseret alt for lidt på efter min mening.

Stoffri behandling er der selvfølgelig, og det kunne jeg tale meget om. Jeg vil kun sige, den sidste ...

146
Altså, centre desværre, centre, der laver deres egne undersøgelser: Hold jer langt væk fra dem. Altså, det er det eneste, jeg kan sige til det. 80 pct. effekt er fuldstændig galimatias, og jeg er fuldstændig enig med professor Rehm i ... og jeg vil også godt give 1.000 dollars. Så strukturreformen vil jeg lige slutte en lille smule af med, at for at lave en behandling med lægeordineret heroin, så kræves der jo en vis grad af masse, en vis grad af organisering, og det er klart, at det findes jo ikke i alle de kommuner, som i dag har fået ansvaret for behandlingen. Der findes kommuner, hvor der sidder to mand og står for stofmisbrugsbehandling, og det er klart, at sådan nogle steder, der kan sådan noget ikke fungere. Det kræver en masse og en organisering og en viden, for at det overhovedet kan lade sig gøre.

**Ordstyrer:**
Er det slut?

**Mads Uffe Pedersen:**
Jeg vil lige sige til slut: Vi skal ikke vente på noget som helst, Pernille Frahm. Er hun gået? Vi skal gå i gang med det samme, fordi kvalitet er noget, der udvikles hen ad tiden, og vi kan altid diskutere, hvornår vi har nået hvilken kvalitet. Der skal gås i gang med det samme. Ja, det var slut.

**Ordstyrer:**
Tak for det. Og så er det Jørgen Kjær. Værsgo.

**Jørgen Kjær** (formand, BrugerForeningen - for aktive stofbrugere):
Ja tak. Først vil jeg gerne starte med at takke for invitationen til at være med her i dag ved denne her heroinhøring, hvor jeg som formand for BrugerForeningen, foreningen for aktive stofbrugere hedder vi, er blevet bedt om at give vores synspunkter omkring heroinunderstøttet behandling. Det er jo sådan, at langt de fleste af os, vi drømmer om at blive stoffri, selv om vi har været med i 30 år, men realismen trænger sig jo på, når man har prøvet at blive stoffri gennem 30 år. Så er det sandsynligt, at man begynder at se efter måder, hvor man kan leve livet på fornuftige, almindelige præmisser, og det vil heroin være.

havde en dødelighed blandt stofbrugerne, som var en af de allerhøjeste i Europa. Det har vi desværre stadig væk. Dengang havde vi ikke som nu massive data omkring de positive følger af forskellige skadereducerende tiltag som fixerum og heroinunderstøttet behandling. Usikkerheden og tilbageholdenheden over for at gribe tingene an på nye måder var derfor også til at forstå. Men i dag mangler vi jo hverken data eller viden; nu mangler vi handling.

Siden heroinhøringen i 1998 er mere end 2.000 danske stofbrugere afgået ved døden. De blev end ikke 40 år i gennemsnit. Alt for mange af dem har levet deres korte liv under forfærdelige omstændigheder: Ind og ud af fængslerne, ind og ud af behandlingsinstitutioner. Vi må ikke fortsat lade år og dag gå, og hvor vi mere eller mindre passivt ser til, at de tiltag, som iværksættes og udbygges, utvivlsomt i de allerbedste motiver, bare ikke virker efter hensigten. Stofbrugere har ikke den tid til at vente i. Nu må vi trække på den erfaring og viden, som andre lande har høstet og lagt for fødderne af os. Vi må ryste posen og gøre det med åbent sind og grundigt overveje både mål og midler. Vi kan vel sagtens blive enige om, at dødeligheden skal reduceres markant. Vi kan sikkert også blive enige om, at stofbrugere skal gives mulighed for at leve anstændige liv; liv, hvor de er i stand til at overleve; liv, som lever dem mulighed for at bevare både helbred og værdighed; liv, som reelt giver dem mulighed for at slippe for at krænke andre også selv om, de er heroinafhængige, og også selv om, de ikke her og nu magter at blive stoffri. Kan vi også blive enig om, at benhård kriminalisering, straf og repression rettet direkte mod stofbrugerne selv, ikke på nogen måde synes at være vejen frem i forhold til de heroinbrugere, som selv efter utallige forsøg endnu ikke har profiteret af det etablerede behandlingssystem?

har kunnet genetablere sig med hustru og deres fælles børn. Han er nu velintegreret og tilbage på arbejdsmarkedet. Det har han ikke været i mange år. Som Gino, der ikke længere er hjemløs. Han glæder sig usigeligt over ikke længere at skulle snyde og bedrage og hulde sig igennem tilværelsen. Han har sparet op til en computer og bruger nu tiden på at erosion internettet og computerfærdigheder i det hele taget. Som Stan, der efter mange år med utallige mislykkede forsøg på at blive stoffri blev indskrevet i en heroinbehandling og efter nogle års ordination oplevede, at han spontant fik en trang og lyst til at komme videre i tilværelsen. Han oplevede, at den ro, han havde fået med heroinbehandlingen, simpelt hen gav ham kræfter til at tage kampen op igen. Og han blev på ganske kort tid udtrappet af heroinen, og han er nu i dag stoffri, og om 2 måneder skal han være far for første gang.

Det er farligt at være bruger af illegal heroin. Der er uhyre mange risici forbundet med sådan et liv. Der findes mange og alvorlige skadevirkninger. Blandt de absolut alvorligste findes de skadevirkninger, som er en direkte følge af heroinens illegale status. Skadevirkninger, som kan afværges med tilbud om heroinbehandling til de heroinafhængige, der har brug for det. Især for de stofbrugere, som vil kunne reddet livet på et heroinbehandlingstiltag på dansk grund, skal jeg afslutte med dette store ønske: Lad os nu komme i gang med skadereducerende heroinforsøg i Danmark. Tak.

**Spørgsmål og svar til blok 4**

**Ordstyrer:**

Ja, tak til Jørgen Kjær. Og så åbner vi op for spørgsmål fra politikerne. Og i følgende orden: Karin Nødgaard, Sophie Hæstorp Andersen, Charlotte Fischer, Tom Behnke og Hans Andersen. Værsgo til Karin Nødgaard.

**Karin Nødgaard (DF):**

Ja, det retter sig både til Mads Uffe Pedersen, men egentlig også dr. Hendriks, som er inde på noget omkring de her centre. Mads Uffe Pedersen, du siger, at det sværeste er at få dem ind i behandlingen. Det næst sværeste, det kunne jeg så måske forestille mig, det var så at beholde dem i behandling. Og der kunne jeg godt tænke mig at høre, om I har gjort jer nogle tanker her, altså hvordan det skal fungere i Danmark, hvor mange centre vi skal have. Vi hørte, at i Holland har man, var det 8 til 10 centre i dag, og man vil op på 15 centre som et mål, havde regeringen sagt. Og der kunne jeg godt tænke mig: I Holland er de placeret ud over hele Holland, eller er de centreret nogle steder? For hvis man skal tale om det med at fastholde narkomanerne i behandling, så er det jo også noget med, at de skal vel være bosat i nærheden af de centre, også ud fra det vi i dag har hørt om, at de faktisk efter få timer har brug for yderligere heroin. Hvilke tanker har man gjort sig for at få dem til at kunne komme derhen, altså,
fysisk? Nu har man jo, når man ser på Vesterbro bare, hvor svært det er egentlig at få dem over nogle få kilomters afstand, hvis det var, man havde lavet et sundhedsrum lidt uden for området, så mente man ikke - på det tidspunkt, da jeg var der ude i hvert fald - at det var muligt, at de ville transportere sig så langt. Så om ikke I kunne forholde jer til de geografiske afstande. Tak.

Vincent Hendriks:
(udenlandsk tale, kan downloades som lydfil på www.tekno.dk/ordineret-heroin).

Mads Uffe Pedersen:
Jamen jeg tror jo også, at der skal jo etableres så mange centre som muligt, når det så er ... fordi afstanden er en betydelig faktor, og det er et stort problem, tror jeg. Når det så er sagt, så kan det jo ikke lade sig gøre at etablere den type centre i små byer. Man har simpelt hen ikke ... hvis det skal være medicinsk personale, altså sygeplejersker og læger, så kan man simpelt hen ikke bemande dem. Altså, det skal være i de større byer, og det kan være en række centre i København, et par stykker i Århus og et i de lidt større byer rundtomkring. Men altså, den bemanding, jeg også kan huske, jeg læste, nu må Hendriks korrigere mig, hvis det er forkert, men det er, at det er noget med 1 behandler til 10-12 kliener, som kommer i behandling. Det er jo en fuldstændig anden klientbehandlerratio end den, vi normalt ser. Så, altså, at etablere den slags centre kommer jo til at kræve noget altså, som er en udfordring.

Ordstyrer:
Ja tak, og Christian Hvidt har en supplerende bemærkning, værsgo.

Christian Hvidt:
Jeg tror, hvis det her skal kunne bruges, så bliver vi nødt til at acceptere, selv om det er kontroversielt, tag hjem-doser. Man kan forestille sig de her centre, hvor man initialt skal igennem nåleøjet, man skal vise, at man har den tilstrækkelige disciplin, men det kan jo ikke være meningen, at folk skal transporte sig frem og tilbage til det her heroininjektionssted. Jeg tror, de får et stof med hjem, som de meget gerne vil have. Jeg tror, risikoen for, at det ender andre steder end i dem selv, er minimal, og vi har jo valgt dem ud igennem en minimum 3- til 6-måneders-periode, hvor vi lærer hinanden at kende. Hvis vi laver det her tilbud helt uoverkommeligt, så er der jo ikke nogen, der gider gøre brug af det, og jeg tror faktisk, der er nogle, der kan profitere af det. Så vi bliver nødt til at arbejde med den model, tror jeg.

Ordstyrer:
Ja tak. Kort, Jørgen Kjær, har du en supplerende bemærkning?
Jørgen Kjær:
Vi kan konstatere, at det injicerbare metadon, som gives hjem til brug hjemme, det ser vi ikke til salg på det store apotek, og det giver jo så en fornuftig grund. Altså, det er det, folk vil have, ganske enkelt. Det er fuldstændig utopi at forestille sig, at folk ville sælge deres heroin, også fordi det er kortere virkende, så altså, får de det ikke, så bliver de ganske enkelt hundesyge, og det er jo ikke nogen option.

Ordstyrer:
Ja tak. Og så er det Sophie Hæstorp Andersen. Værsgo.

Sophie Hæstorp Andersen (S):
Ja, mit spørgsmål går over til Christian Hvidt. Du var selv lige lidt inde på det også. De her 3 til 6 måneder, hvor man skal udvælge folk, i de papirer, som vi også har fået, på side 63, tror jeg det hedder, der skriver du også, at der skal indføres en forperioder på mindst 3 måneder, hvor man udreder vedkommende sundhedsmæssigt - det er jo det, der allerede sker i dag på misbrugscentrene eller burde ske i hvert fald overalt - og så skal de også modtage undervisning i hygiejnisk korrekt injektionsteknik. Lige da jeg læste det, så tænkte jeg: O.k., skal de bruge 3 måneder på det? Er det ikke noget, man også kunne træne, når folk kommer ind for at modtage, at man er til stede og kan snakke sådan nogle ting igennem? Og jeg har det også lidt sådan: Hvordan forventer man at man skal kunne fastholde folk i de her 3 til 6 måneder, før de indgår i forsøget, hvis vi i dag i nogle metadonbehandlingssystemer ikke engang kan holde på dem i denne her periode? For jeg går ud fra, de er på metadon, indtil heroinforsøget går i gang. Kan du ikke sige lidt om det? Fordi indimellem så dukker der sådan nogle lidt skræmmeseksempler op i mit hoved, hvor jeg kommer ind for at modtage, at jeg har talt med en misbruger, som egentlig hører til i Slagelse, men bor inde i København, og hun får at vide, hun hver dag skal møde op for at hente sin metadon i Slagelse, og det sker jo ikke, altså. Og hvordan får vi den her kontakt, hvordan fastholder vi den her kontakt til folk, hvis de har det så dårligt, at de faktisk er i målgruppen?

Ordstyrer:
Ja tak. Christian Hvidt, værsgo.

Christian Hvidt:
Det, vi snakker om her, er en forsøgsordning, og det er vigtigt, at vi har et basisniveau af nogle gode observationer. Og det kan godt være, at ... jeg kan godt forstå, hvis man bor i Slagelse og skal ind på Forchhammersvej hver morgen og stå og snakke med en læge. Men man behøver ikke at være til stede hver dag i indkøringsperioden. Den skal bruges til, at vi sikrer os at have i henhold til den protokol,

Ordstyrer:
Ja tak. Og så er det Charlotte Fischer, værsgo.

Charlotte Fischer (RV):
Ja, egentlig blot måske sådan en slags opsummerende spørgsmål i forhold til, hvem der skal tilbydes en sådan behandling i givet fald. Er det rigtigt forstået - er det rigtigt forstået, at det ikke er noget problem at udvælge? At der i virkeligheden ikke ... det er jo noget af det, der har fyldt en del i den politiske diskussion, det er med gråzone, og hvordan kan man trække strege, og når jeg har lyttet til det i dag, så virker det, som om det er i hvert fald ikke der, det helt store problem ligger, i at afgrænse den personkreds, som det handler om. Og så bare lige et andet spørgsmål. Det der med injektionen af metadon, det suser lidt rundt i mit hoved i hvert fald. Du sagde tidligere, at man i starten af det her årtusind, for nogle år siden i hvert fald, er gået i gang med at lave forsøg med injektion af metadon. Kan det være rigtigt, man ikke ved mere? Hvornår ved vi noget om, hvor godt det virker? For det er klart, sådan havde jeg også hørt det tidligere, den her misforståelse med, at man kan samme ... altså, i virkeligheden er effekten den samme, når man injicerer metadon, som hvis man injicerer heroin. Men hvornår ved vi noget mere præcist om det? Er der et bud på det?

Mads Uffe Pedersen:
det for nogle grupper af stofmisbruger e, vi har i behandling, og hvem er mest belastet? Og som det også blev sagt fra de udenlandske talere, at det skred heller ikke tilsyneladende, altså, det var ikke noget med, at der lige stå stille begyndte at komme nye målegrupper ind, og lige pludselig var der en hel masse flere, der skulle have lægeordineret heroin. Så det holdt tilsyneladende et stabilt niveau.

Ordstyrer:

Thomas Fuglsang:
Det var blot for at supplere Mads Uffes bemærkning om de engelske forsøg, der pågår i øjeblikket under ledelse af John Strang, som jo var gæst her i Folketinget for 9 år siden. Mig bekendt foreligger resultaterne i 2008 fra de nye engelske forsøg. Jeg kunne godt tænke mig, hvis jeg kunne få lov af ordstyreren, at stille Christian Hvidt et kort spørgsmål, for det forek om mig, Christian, at du ligesom ekskluderede en del af det, vi har siddet i dag og snakket om som værende målgruppen, nemlig de mest kaotiske. Hvad mener du med det?

Ordstyrer:
Ja. Christian Hvidt. Vil du ikke svare med det samme?

Christian Hvidt:
Altså vi skulle jo nødig ende om 3 til 5 år igen og sidde og se, at mange af dem, vi inkluderede, dem fik vi aldrig givet den behandling, vi gerne ville give dem, og de mødte aldrig op til kontrollerne. Vi bliver nødt til, hvis vi skal kunne vurdere det her, så bliver vi nødt til at have et forløb med patienterne, så vi ved, om de scorer på de parametre, som vi nu ønsker at opnå bedringer på. Og der tror jeg det er meget svært at have den gruppe, som er meget kaotiske, og jeg tror ikke, tilbuddet er noget, man kan bruge af og til, i hvert fald ikke i en forsøgsordning. Hvis vi finder ud af, at vi har gode erfaringer hos en udvalgt gruppe, kan man jo ikke udelukke, at man kunne brede det ud til de kaotiske på gadeniveau.

Ordstyrer:
Ja tak. Og så er det Preben Brandt. Værs go.

Preben Brandt:
Altså, det er faktisk både et spørgsmål og en kommentar til Christian Hvidt, fordi jeg blev helt bleg, da jeg hørte hans oprensning af alle de krav, der skulle være til sådan en behandling. Og så kom jeg til at tænke på, om det er, fordi det er heroin, og heroin altså har en særlig farlig karakter, eller om det er

Christian Hvidt:
Jeg tror, dig og Thomas, sidder ved siden af hinanden, kan jeg høre. Men jeg vil sige her, Preben, at denne her behandling er jo meget mere kompliceret end subutex og metadon, som kunne gives en gang i døgnet. Hvis vi vælger at give dem heroin, så er behandlingen meget mere krævende. Altså, man kan ikke sammenligne subutexbehandlingen med heroinbehandling på den måde. Og det er vigtigt, hvis vi indfører det her, og det tror jeg der er meget fornuft i at gøre, at vi får nogle oplysninger. Jeg startede også mit oplæg med at sige, at det her er et rigtig svært dilemma. Der bliver stillet nogle krav til os om, at vi kan redegøre for, om det her hjælper eller ej. Omvendt, så skal vi heller ikke skræmme kunderne væk, og jeg kan godt forstå din bekymring for, at vi har skræmt dem alle sammen væk ved det her set-up. Men jeg tror, det er nødvendigt at have så mange data, så vi kan gøre det op på et tidspunkt. Så ... Og med hensyn til det sociale arbejde, så skal det jo selvfølgelig optimeres også, men nu var det heroinen, vi snakker om lige i dag, ikke? Men jeg giver dig da ret i, at der skulle være lige så formelt stramme krav til den del af behandlingen.

Thomas Fuglsang:

Ordstyrer:
Ja tak. Og Sophie Hæstorp Andersen, har du en replik til det her, de her svar, der er kommet?
Sophie Hæstorp Andersen (S):
Jo, men altså det er jo lidt tilbage til det spørgsmål, jeg også stillede indledningsvist, det var jo netop, at jeg synes, det virkede meget voldsomt med sådan en meget lang forperiode og fastholdelse. Og noget af det, jeg ikke fik spurgt til også, det var egentlig, at du også selv nævnte brugen af urinprøvekontroller, hvor jeg egentlig har det indtryk, at det er man gået væk fra på metadonbehandlingssiden, fordi det havde en så dårlig effekt, at stofmisbrugerne ofte brugte mere tid på at prøve at omgå en urinprøvekontrol end at være aktiv i forhold til at bruge al det her overskud, man har, når man pludselig ikke skal drøne rundt efter stof, at så pludselig drønede man rundt i stedet for at finde ud af, hvordan man skulle omgå en eller anden urinprøvekontrol, som man syntes var dybt krænke. Så derfor ... jeg hørte dig lidt sige det, og så kom jeg ikke ind på det selv, så kan du ikke også lige kommentere den del: Hvorfor skal det lige være på det her område, når vi ikke bruger det på metadon mere?

Ordstyrer:

Christian Hvidt:
Jeg bliver nødt til at vende tilbage til: Det her er en forsøgsordning. Altså, det er jo ikke ... Jeg kunne aldrig forestille mig, at en eventuel standardbehandling skulle være så firkantet, som et forsøg nødvendigvis må være. Urinprøvekontrollerne er jo international valuta, når man skal gøre det her op, og jeg vil sige, jeg behandler masser af narkomaner til daglig, hvor jeg slet ikke synes, at de urinprøver har nogen værdi. Men i det her projekt, der tror jeg, vi er nødt til at have det. Det skal suppleres med selvrappporteret misbrug, men der er en - det kan godt være, den er minimal - men der er en kvalitetsforskel imellem det, du siger, når du kan få ændringer i din behandling, kontra det, der er i din urin, det ved vi. Og det er som sagt en forsøgsordning; det er ikke det endelige tilbud. Det tror jeg ikke vil ende med at ligne det, jeg beskriver her.

Ordstyrer:
Tak for det. Og så er det Tom Behnke, værsgo.

Tom Behnke (KF):
Jeg vil godt høre Mads Uffe Pedersen som det ene spørgsmål - så har jeg et spørgsmål mere bagefter - men det første spørgsmål er: Er der ikke en vis risiko for, at vi helt glemer muligheden for, at nogle stofafhængige faktisk kan blive afvænget, ved at vi nu indfører endnu en substitutionsbehandling? Er der ikke en vis risiko for, at vi sådan bevæger os i retning af, at vi nærmest har helt opgivet troen på, at bare én narkoman kunne blive stof uafhængig, ved det, at vi får en ny? Og når jeg spørger til
det, så er det, fordi at Christian Hvidt sagde jo, at standardbehandlingen er metadon eller subutex. Det er sådan standard, og det vil sige, at man er altså i behandlingssystemet gået helt væk fra troen på, at man kan afvænne en narkoman. (Kommentar fra sa len) Nej, nej - nu bliver der sagt nej. Jeg spørger for pokker; det er jo for at få svaret derovrefra. Jeg regner heller ikke med at blive bekræftet. Men det er jo det, jeg hører, og så regner jeg med, at det bliver afkræftet, og så er vi glade alle sammen igen. Så det er derfor, jeg spørger. Det er jo ikke for at tilkendegive min egen mening. Det er for at blive kloge re. Men jeg hørte også tidligere i dag ledende medarbejdere i behandlingssystemet, der savner definitionen på stoffri behandling f.eks. Og så bliver jeg sådan lidt skræmt, hvis det er tilfældet, at man slet ikke ... at det er så længe siden, man har set en narkoman, der er afvænnet, at man overhovedet ved, hvad det vil sige at være stoffri. Men lad det nu ligge. Jeg savner svaret på, om endnu en substi tutionsbehandling ikke gør, at vi bevæger os længere og længere væk fra håbet om, at nogle narkom aner kan blive stoffri? Det andet spørgsmål er til Christian Hvidt så til gengæld, og det er sådan mere direkte, fordi med alle de udenlandske forsøg, der har været, hvis vi så skal lave lægeordineret heroin i Danmark, hvorfor skal vi så gøre det som et forsøg? Altså, hvorfor går vi ikke bare i gang - stadig væk - men hvorfor lave det som et forsøg? Hvorfor ikke bare gå i gang? Fordi hvis tilfældet er, at der er så mange internationale erfaringer, der siger, det her, det er super godt, og det er jeg enig i, at der er række parametre, der viser, der er noget ved det her, der er super godt, jeg tror også, der er noget, der er superdårligt, men lad det nu ligge, men hvis det er tilfældet, hvorfor går vi så ikke bare i gang? Hvorfor kalde det et forsøg?

Ordstyrer:
Ja, tak. Mads Uffe Pedersen, jeg tror, vi starter med dig, og så Christian Hvidt bagefter, ikke?

Mads Uffe Pedersen:
Christian Hvidt:
Nu var temaet for dagen - eller på indkaldelsen stod der, at det her var en forsøgsordning, Tom. Så jeg giver dig da ret langt hen ad vejen, at hvis vi havde heroinen, så ville jeg også være frisk på at bruge den. Det er formentlig stadig væk de samme patienter, der vil få den, som dem, jeg har beskrevet her. Men nu er det jo jer, der kaldte det her en forsøgsordning, så det bliver vi jo nødt til at leve op til. Og i et forsøg er der et strengere krav, end der vil være til en standardbehandling, fordi et forsøg er en tidsbegrænset periode, hvor vi opstiller nogle hypoteser, som vi skal be- eller afkræfte, og det bliver meget formelt. Og det er jo meget lettere at gå i gang med lidt heroin hist og her, og så kan vi sidde om aftenen og fortælle hinanden, hvor godt det er gået. Men jeg tror ikke, I bliver bedre udrustede som politikere med den model. Men du har en pointe.

Ordstyrer:
Ja. Og så har Preben Brandt markeret og derefter Jørgen Kjær. Værsgo, Preben Brandt.

Preben Brandt:
Altså, jeg synes, man skal gøre regnestykket lidt længere med hensyn til det, om færre kommer i stoffri behandling, fordi hvis det nu er sådan, at antallet, der kommer i behandling, daler, men at dem, der bliver stoffri af at være i stoffri behandling, det bliver en større andel, altså, at man bliver bedre til at visitere dem ind i behandlingen, som har glæde af den, så er det jo sådan set godt for alle. Det er godt for økonomien i det her, det er godt for dem, der ikke skal lide et nyt nederlag, det er godt, at der er flere, der kommer ind i behandlingen og bliver stoffri. Så det skal måles på to områder, før man kan begynde at bekymre sig, synes jeg. Og så vil jeg sige, for 10 år siden syntes jeg, at heroin skulle være en forsøgsbehandling. I dag vil jeg da godt støtte en betragtning, der hed: Vi ved så meget, at det kan aldrig gå rigtigt, rigtig galt, det viser alting jo, så lad os da gøre det til en del af behandlingen i stedet foruden alt det andet. Så kan man lave forsøg, man kan lave dokumentation osv. Det er fint nok, det kan man jo godt gøre, selv om det er en lovlig behandling, at heroinen bliver registreret til behandling.

Ordstyrer:
Ja, tak. Jørgen Kjær, værsgo.

Jørgen Kjær:
Jamen jeg vil da gerne støtte Preben Brandt i også, at lad os komme i gang. Fordi som stofbruger kan jeg da godt sidde og have den tanke, med alle de her antagskriterier og med alle de her videnskabelige dokumentationskrav, der bliver stillet, hvornår skal vi så til at redde stofbrugerne? Altså, det var jo derfor, vi skulle i gang med heroinbehandlingen. Ja, det var det.
Ordstyrer:
Ja tak, Jørgen Kjær. Og så, Tom Behnke - det var i orden, ikke? Godt. Og så er det Hans Andersen, værsgo.

Hans Andersen (V):

Ordstyrer:
Ja, tak. Og værsgo til Mads Uffe Pedersen.

Mads Uffe Pedersen:
Tak. Det er noget af et spørgsmål. Men jeg vil jo sige, at vi taler om 1.000 stofmisbrugere, som er en enorm belastning for samfundet og for behandlingssystemet. Og man har jo vist både i det hollandske og, så vidt jeg husker, også det tyske forsøg, at det i høj grad er kosteffektivt. Det vil sige, at man tjener faktisk penge på det her. Nu er det så, så ulykkeligt, og det har man også vist i en norsk undersøgelse af metadonbehandling, det er, at hvor pengene går hen, ja, det er uransagelige veje. Altså, faktisk fandt man i den der norske undersøgelse, at dem, der virkelig tjente kassen på det her, det var forsikringsselskaberne, som faktisk tjente halvdelen af de her penge. Men hvis bare misbrugscentrene kunne få en del af de penge, som de nu tjente ind til samfundet, ved at få den her meget belastede gruppe til at fungere bedre. Så jeg kan smide den lidt tilbage i hovedet på jer, om hvordan vil I sørge for, at det, som samfundet faktisk får gavn af i sådan en behandling, at det kan komme tilbage til dem, som har brug for hjælp?
Ordstyrer:
Ja, det har ...(kommentarer fra salen) Ja, man så har vi jo lidt at tale om, om ikke bagefter, så i dagene efterfølgende.

Men vi er faktisk nået til vejs ende nu, og jeg vil godt sige tak, mange tak til tilhørerne, til panelet. Det har været nogle meget fine svar, I har givet, synes jeg, og også tak til politikerne. Det er en tak på vegne af Social- og Sundhedsudvalget. Vi synes som sagt, det tror jeg er alle, at det har været en udbytte- rig høring, og nogle af alle de centrale spørgsmål, som vi nok har gået og haft i hovedet i lang tid, synes jeg, vi har fået et godt svar på her i dag. Jeg vil godt sige selvfølgelig en særlig tak til panelet, og jeg vil sige, at der er en lille ... eller der er, jeg ved ikke, om den er lille eller stor, men I får tilsendt en vingave hjem til jeres privatadresse. Jeg har sagt tak til panelet, og jeg har også sagt tak til salen her, og rigtig mange tak vil jeg i øvrigt sige, fordi der er så mange, der er blevet her sådan en fredag eftermiddag. Dem, der har arrangeret den her høring, er Teknologirådet, og også en stor tak til dem, fordi de er ... det har simpelt hen været veltlrettelagt, synes jeg.

Nu skal vi så igen tage fat på en politisk behandling af spørgsmålet, hvorvidt vi også herhjemme skal have en forsvaretsorden med lægeordineret heroin. Og jeg er helt overbevist om, at drøftelserne vil fortsætte i relation til det beslutningsforslag, en række partier har fremsat, og som blev behandlet her for ca. 14 dage siden, hvor vi havde en debat i Folketingssalen, men selvfølgelig også i relation til den her debat, der har været her på konferencen i dag. Så er der nogle, der har været inde på, at indenrigs- og sundhedsministeren har lovet os en redegørelse fra Sundhedsstyrelsen. Den forventes at ligge på vores borde her sidst på året. Og den redegørelse skal belyse den aktuelle viden om lægeordineret heroin, bl.a. i lyset af de seneste og nyeste internationale erfaringer. Jeg tror også, at debatten vil foregå i partierne, så det bliver ret spændende at se, hvad det hele bliver udmøntet i.

Så vil jeg også lige sige, at Teknologirådet udarbejder et nyhedsbrev om høringen, og det vil blive sendt til alle deltagere i høringen her. Der vil også blive udarbejdet en rapport, og den vil indeholde alle de skriftlige opslag og en udskrivning også af de spændende, synes jeg, opslag, der har været her i dag. Så vil jeg også sige, at på Teknologirådets hjemmeside, der vil man i løbet af næste uge kunne genhøre hele høringen her og opslag osv.

Til allersidst vil jeg så sige rigtig mange tak for i dag og så ønske jer en god pinse.
Deltagerliste

Allan Bang Christensen  Den Sociale Højskole i København
Alice Larsen  Teknologirådet
Anders Jacobi  Statens Institut for Folkesundhed
Anette Kornerup-Nielsen  Socialpsykiatrisk Klinik
Anette Rix  Reden København
Anja Fallenkamp  Rådgivningscenter Amager
Anna G. Andersen  Region Midtjylland
Anne Marie Blichfeldt  Københavns Kommunes Socialforvaltning
Anette Reumert  Brøndby Kommune
Anne Mette Vestergaard  Radius Kommunikation
Annette Lindberg  Vestre Fængsel
Annette Poulsen  Socialministeriet
Arnvør á Torkilsheyggi  RUC
Bente Borg  SCT. Hans Hospital
Bente Helweg Mikkelsen  Center for stofmisbrugsbehandling
Berit Aadal  Teknologirådet
Birgit Bonnichsen  Misbrugscenter
Birgitte Winge Sloth  Specialinstitutionen Forchammersvej
Birgitte Jensen  STOF
Birthe Povlsen  Styrelsen for Social Service, Udsatteenheden
Bjarne Bisgaard Jensen  Herlev Kommune
Bjørn Medom Nielsen  Medlem af Folketinget (S)
Bodil Jensen  Region Midt
Bodil Stavad  SundhedsTeam
Britt Roslyng  RUC
Børge Dandanell Thomsen  Misbrugscentret
Camilla Wallin  Lunds Universitet
Charlotte Olsen  Gadejuristen
Christine Astrupgaard  Sig nej til stoffer, sig ja til livet
Claus Hansen  Danske Omsorgshjem
Cliff Kaltoft  Landsforeningen af Væresteder
Connie Iversen  Specialinstitutionen Forchammersvej
Dee Shields  Tolksekretariatet
Ditte Blædel  Dagbladet Information
Dorte Hecksher  Center for Rusmiddelforskning
Ellen Manelius Knudsen  Region Sjælland
Emil Kiørboe  Gadejuristen
Eric Allouche  Psykologernes selskab for misbrugspsykologi
Esben Houborg  STOF
Eva Glejtrup  Teknologirådet
<table>
<thead>
<tr>
<th>Name</th>
<th>Organization/Institution</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eva Juncker</td>
<td>Brugerforeningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Finn Danø</td>
<td>Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter</td>
</tr>
<tr>
<td>Flemming Balvig</td>
<td>Det Juridiske Fakultet, KU</td>
</tr>
<tr>
<td>Flemming Nørgård Pedersen</td>
<td>Center For Stofmisbrugsbehandling</td>
</tr>
<tr>
<td>Grete O. Nielsen</td>
<td>Center for afhængighed, Guldborgsund Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Hanne Olsson</td>
<td>Brugerforeningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Hans Buhl</td>
<td>Lægeforeningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Heidi Sloth Hingelberg</td>
<td>Reden Århus</td>
</tr>
<tr>
<td>Helle Petersen</td>
<td>Sundhedsstyrelsen</td>
</tr>
<tr>
<td>Helle Sylvest Broberg</td>
<td>Vestre Fængsel</td>
</tr>
<tr>
<td>Helle Vibeke Dahl</td>
<td>Center for Rusmiddelforskning, AU</td>
</tr>
<tr>
<td>Henrik Quist</td>
<td>Region Midtjylland</td>
</tr>
<tr>
<td>Henrik Staade</td>
<td>Brugerforeningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Henrik Steinmetz</td>
<td>KABS</td>
</tr>
<tr>
<td>Henrik Thiesen</td>
<td>Københavns Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Ida Kunov</td>
<td>RUC</td>
</tr>
<tr>
<td>Inge Larsen</td>
<td>Vordingborg Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Inge Lissau</td>
<td>Vordingborg Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Ingelis Langgaard</td>
<td>KABS</td>
</tr>
<tr>
<td>Ivan Christensen</td>
<td>Socialforskningsinstituttet</td>
</tr>
<tr>
<td>Jacob Blichfeldt</td>
<td>Region Midtjylland</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan Als Johansen</td>
<td>Tolkesekretariatet</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan Herforth</td>
<td>Odsherred Kommune Sundhedsafdeling</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan Jørgensen</td>
<td>Esbjerg Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan Møller</td>
<td>Køghuset - Herlev Kommune Misbrugscenter/Sundhedscenter</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan Tonny Hansen</td>
<td>KRIS</td>
</tr>
<tr>
<td>Jeanett Bjeness</td>
<td>Reden Århus</td>
</tr>
<tr>
<td>Jens Hansen</td>
<td>Socialforvaltningen Københavns Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Jens Peter Verneser</td>
<td>Medlem af Folketinget (S)</td>
</tr>
<tr>
<td>Jette Tobiassen</td>
<td>Foreningen af kommunalt ansatte læger</td>
</tr>
<tr>
<td>Joan Erlandsen</td>
<td>Medlem af Folketinget (V)</td>
</tr>
<tr>
<td>Joan Thanning</td>
<td>Rådgivningscentret i Ringsted</td>
</tr>
<tr>
<td>John Birk</td>
<td>Brugerforeningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Johnny Grivne</td>
<td>Center for afhængighed, Guldborgsund Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Julie Nissen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jytte Baagø</td>
<td>Brugerforeningen</td>
</tr>
<tr>
<td>Jørgen Anker</td>
<td>RUC</td>
</tr>
<tr>
<td>Jørgen I. Jensen</td>
<td>Dagbladet Information</td>
</tr>
<tr>
<td>Jørgen Madsen</td>
<td>Teknologirådet</td>
</tr>
<tr>
<td>Kaj Bengtsen</td>
<td>Vordingborg Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Kamal Qureshi</td>
<td>Medlem af Folketinget (SF)</td>
</tr>
<tr>
<td>Karen Groos</td>
<td>Landsforeningen for Human Narkobehandling</td>
</tr>
<tr>
<td>Karen Rude</td>
<td>Gladsaxe kommune</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TEKNOLOGI-RÅDET 161
<table>
<thead>
<tr>
<th>Name</th>
<th>Organization/Position</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kari Grasaasen</td>
<td>Sundhedsstyrelsen</td>
</tr>
<tr>
<td>Karin Dahl Hansen</td>
<td>Kristeligt Dagblad</td>
</tr>
<tr>
<td>Karin Raahauge</td>
<td>Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter</td>
</tr>
<tr>
<td>Karsten Brøndmark</td>
<td>Gladsaxe kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Kasper Juel Larsen</td>
<td>Teknologirådet</td>
</tr>
<tr>
<td>Kate Runge</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ketty Gammelgaard</td>
<td>Socialudvalget</td>
</tr>
<tr>
<td>Kirsten Thornval</td>
<td>Embedslægeinstitutionen</td>
</tr>
<tr>
<td>Klaus Schenfeld</td>
<td>Højløkke Behandlingscenter</td>
</tr>
<tr>
<td>Knud Chr. Christensen</td>
<td>Københavns Fængsler</td>
</tr>
<tr>
<td>Lars Holmberg</td>
<td>Det Juridiske Fakultet, KU</td>
</tr>
<tr>
<td>Lars Petersen</td>
<td>Indenrigs- og Sundhedsministeriet</td>
</tr>
<tr>
<td>Leif Hansen Thunberg</td>
<td>Team Broen Middelfart Jobcenter</td>
</tr>
<tr>
<td>Leif Lykke Rasmussen</td>
<td>Team Broen Middelfart jobcenter</td>
</tr>
<tr>
<td>Lena Skifter</td>
<td>Teknologirådet</td>
</tr>
<tr>
<td>Lene K. Dalsgaard</td>
<td>Lejre Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Lene Munthe</td>
<td>Afd. M</td>
</tr>
<tr>
<td>Lene Tanderup</td>
<td>Københavns Kommunes Sundhedsteam</td>
</tr>
<tr>
<td>Lilian Singh</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lis Sjøholm</td>
<td>Landsforeningen af pårørende til Stofmisbrugere</td>
</tr>
<tr>
<td>Lisbeth Faurby</td>
<td>Brøndby Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Liza Christensen</td>
<td>Sundhedsudvalget</td>
</tr>
<tr>
<td>Lone Ekstrøm</td>
<td>Teknologirådet</td>
</tr>
<tr>
<td>Maja Jørgensen</td>
<td>SVID</td>
</tr>
<tr>
<td>Malene Horup</td>
<td>Rådgivningscentret, Holbæk</td>
</tr>
<tr>
<td>Marie Naun</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marianne Skriver</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marion Pedersen</td>
<td>Medlem af Folketinget (V)</td>
</tr>
<tr>
<td>Martin Koch Pedersen</td>
<td>Dansk Erhverv</td>
</tr>
<tr>
<td>Martin Henriksen</td>
<td>Medlem af Folketinget (DF)</td>
</tr>
<tr>
<td>Martin von Magius</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>May-Britt Stief Grundahl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Merete Naidu</td>
<td>Socialforvaltningen, Roskilde Kommune</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette Ellerkær</td>
<td>Værestedet Frederiksberg</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette Frederiksen</td>
<td>Medlem af Folketinget (S)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette Juul</td>
<td>Specialambulatoriet</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette Kronbæk</td>
<td>Styrelsen for specialrådgivning og social service</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette Lauridsen</td>
<td>Styrelsen for specialrådgivning og social service</td>
</tr>
<tr>
<td>Mette Marie Nordentoft</td>
<td>Center For Misbrugsbehandling, Århus</td>
</tr>
<tr>
<td>Mia Lynard</td>
<td>Gadepigerner</td>
</tr>
<tr>
<td>Michael Jourdan</td>
<td>STOF</td>
</tr>
<tr>
<td>Michael Wraa Kristensen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mie Saaby</td>
<td>Indenrigs- og Sundhedsministeriet</td>
</tr>
<tr>
<td>Mikkel Jarle Christensen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mogens Jørgensen</td>
<td>Indenrigs- og Sundhedsministeriet</td>
</tr>
<tr>
<td>Morten Egeskov</td>
<td>Kongens Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Morten Hesse</td>
<td>Århus Universitet</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Nanna Kappel  RUC
Nanna Salicath  Samsø Kommune
Nanna W. Gottfredsen  Gadejuristen
Nicole Christiansen
Niels Løppenthin  Direktoratet for Kriminalforsorgen
Nina Brünés  Rådet for Socialt Udsatte

Ole Thiemer  Narconon Danmark

Palle-Michael Pedersen
Peer Aarestrup  Middelfart Kommune Sundhedsafdelingen
Per Holmen Jensen  KABS / KASA
Per Mikkelsen  The Clean House
Pernille Boyner  Gadepigerner
Peter Sindal Lundsberg  KABS
Pia Basie  Ringsted Kommune Rådgivningscentret for stofmisbrugere
Preben Rudiengaard  Medlem af Folketinget (V)

René E. Petersen  KABS Glostrup

Sam Nour  KABS
Sarah Polhaus  RUC
Silas Schotte Bendixen  Socialdemokratiet
Simon Leth  Schering-Plough A/S
Simon Pihl-Sørensen  Medlem af Folketinget (S)
Sissel Vedel-Petersen  Værestedet Frederiksberg
Sofie Louise Hansfort  Teknologirådet
Steen Nielsen  Brugerforeningen
Steffen Ipland  Kofoeds Skole
Steffen Pedersen  Cenarps Danmark - Behandlingscenter
Stina Løfqvist  Schering-Plough A/S
Susanne Villumsen  Center for Rusmiddelforskning, AU
Svend Aage Germannsen  Københavns Kommune
Søren Hauge Germannsen  Gentofte Kommune Afd. for Social og Handicap

Thomas Frandzen  Helsingør Kommune
Thomas Skov  Kongens Ø
Tina Nørreskov  Special ambulatoriet for dobbeltdiagnoser SHH
Tom Linnert Jensen  Brugerforeningen

Vinnie Thomsen  Center For Misbrugsbehandling, Århus
Winnie Jørgensen  Brugerforeningen

Yvonne Garlin  Brøndby Kommune

---

TEKNologi-RÅDet

163
Oplægsholdere:
Annemarie Outze Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere
Christian Hvidt Københavns Kommune
Evy Frantzsen Det Juridiske Fakultet, KU
Jürgen Rehm Research Institute for Public Health and Addiction, Zürich
Jørgen Kjær Brugerforeningen
Liese Recke KABS, Gadejuristen
Mads Uffe Pedersen Center for Rasmiddelforskning, AU
Michael Lodberg Olsen Foreningen for narkoløsninger på Vesterbro
Preben Brandt Rådet for Socialt Udsatte
Thomas Fuglsang KABS
Uffe Juul Jensen Center for Sundhed, Menneske og Kultur, AU
Uwe Verthein Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg
Vincent Hendriks Parnassia Addiction Research Center (PARC), Holland

Ordstyrere:
Birthe Skaarup (DF) Formand for Folketingets Sundhedsudvalg
Pia Kristensen (DF) Formand for Folketingets Socialudvalg

Politikerpanel:
Hans Andersen (V) Medlem af Folketinget
Sophie Hæstorp Andersen (S) Medlem af Folketinget
Karin Nødgaard (DF) Medlem af Folketinget
Tom Behnke (KF) Medlem af Folketinget
Pernille Frahm (SF) Socialistisk Folkeparti
Charlotte Fischer (RV) Medlem af Folketinget
Per Clausen (EL) Medlem af Folketinget
Teknologirådets udgivelser 2004 – 2007

Teknologirådets rapporter:
“Lægeordineret heroin”
Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring i Landstingssalen, Christiansborg 25. maj 2007
Teknologirådets rapport 2007/4

“Biodiversitet 2010 – hvordan når vi målene?”
Redigeret udskrift og resumé af høring i Landstingssalen den 15. maj 2007
Teknologirådets rapport 2007/3

“Energibehov med potentiale – danske aktører i spil”
Idékatalog om innovationsbehov på energiområdet
Teknologirådets rapport marts/2007

“It-sikkerhed på tværs af grænser”.
Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2007/1.

“Perspektiver ved indførelse af gratis offentlig transport”.
Teknologirådets rapport 2006/16.

“Morgendagens transportbrændstoffer”
Danske perspektiver.
Teknologirådets katalog 2006/15.

“Internationalisering af uddannelse”.
Redigeret udskrift og resumé af høring i Landstingssalen den 30. august 2006.
Teknologirådets rapport 2006/14.

“Tilsætningsstoffer i tobaksvarer”
Teknologirådets rapport 2006/13.

“Regulering af miljø- og sundhedsaspekter ved nanoteknologiske produkter og processer”
Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet, juni 2006.
Teknologirådets rapport 2006/12.

“Sundhedsydelselser med IT –Pervasive Healthcare i den danske sundhedssektor”
Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2006/11.

“Høring om terrorbekæmpelse”
Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskift af høring i Landstingssalen, onsdag den 10. maj 2006.
Teknologirådets rapport 2006/10.

“Velfærd fremover –en udfordring”
Teknologirådets rapport 2006/9.

"Lille Land hvad nu?"
-Information og debat om Danmarks situation i lyset af globaliseringen.
Teknologirådets rapport 2006/8.

"Københavns Cityring"
Høring for Borgerrepræsentationen i København den 30. marts 2006.
Teknologirådets rapport 2006/7.

"Grøn transport – kan vi, og vil vi?"
Resume og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 5. april 2006.
Teknologirådets rapport 2006/6.

"Høring om Miljøteknologi"
Teknologirådets rapport 2006/5.

"RFID fra produkt til forbrug
-muligheder og risici ved RFID-teknologi i værdikæden"
Teknologirådets rapport 2006/4.

"Hvordan skal vi bruge den nye viden om menneskets hjerne?"
Europæiske borgere i dialog om hjerneforskning.
Teknologirådets rapport 2006/3.

"Dansk energiforbrug i fremtiden"
Resume og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 25. januar 2006.
Teknologirådets rapport 2006/2.

"Dansk energiproduktion i fremtiden"
Resume og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 17. november 2005.
Teknologirådets rapport 2006/1.

"Offentlig forplejning"
Resume og redigeret udskrift af høring for Folketingets Fødevareudvalg den 12. oktober 2005 i Landstingssalen.
Teknologirådets rapport 2005/14.

"Retssikkerhed og aktivt medborgerskab i digital forvaltning"
Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.

Andre udgivelser:
BIOSAM videndeling og samarbejde i den bioteknologiske debat.
Teknologirådet december 2004.
Nyhedsbrevet "Fra rådet til tinget":
Nr. 243 06/07: Lægeordineret heroin nu
Nr. 242 06/07: National strategi for biodiversitet nødvendig
Nr. 241 05/07: Biogas – en forsømt mulighed
Nr. 240 05/07: Fjernvarme får ny betydning
Nr. 239 05/07: Meget mere energi kan spares
Nr. 238 04/07: Aktion mod resistente bakterier
Nr. 237 04/07: Dobbelt gevinst med elbiler
Nr. 236 03/07: 50 procent vindkraft er mulig
Nr. 235 02/07: Katastrofeberedskabet mangler klar kurs
Nr. 234 01/07: It-kriminalitet overskrider grænser
Nr. 233 01/07: Biobrændstoffer til transport

TeknologiDebat Fokus:
TD2/2007: Varme hænder og kolde chips
TD1/2007: Årsberetning 2006
TD4/2006: Teknologivurdering i EU
TD3/2006: Fremtidens energikilde
TD2/2006: Patient i fremtidens it-sundhedsvæsen
TD1/2006: Årsberetning 2005

Alle Teknologirådets udgivelser kan læses og hentes gratis fra Rådets hjemmeside www.tekno.dk

Gratis nyhedstjenester:
Abonner på Teknologirådets elektroniske nyhedsbrev TeknoNyt, der orienterer om, hvad der sker i Teknologirådet og i teknologiens verden. Send en mail til teknonyt@tekno.dk

Abonner på Teknologirådets nyhedsbrev til Folketinget "Fra rådet til tinget" ved at sende en mail til rtt@tekno.dk