

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Samråd i Folketingets Socialudvalg den 14. april 2009 om spørgsmål V, W og X Ministeren for sundhed og forebyggelses talepapir

Med formandens tilladelse vil vi besvare de tre spørgsmål under ét. Jeg vil lægge ud, hvorefter indenrigs- og socialministeren tager over.

[Spørgsmål V: ”Mener ministrene, at det er tilfredsstillende, at Danmark har det tredje højeste antal narkotikarelaterede dødsfald per indbygger i Europa, og at det ikke er lykket at bringe antallet af narkotikarelaterede dødsfald ned i regeringens levetid?”]

Som jeg for nylig sagde i Folketingssalen, må vi desværre erkende, at det endnu ikke er muligt direkte at sammenligne de europæiske landes opgørelser over antallet af narkotikarelaterede dødsfald.

Det har Det Europæiske Narkotikaovervågningscenter selv udtrykkeligt gjort opmærksom på samtidig med, at man – i et tæt samarbejde med medlemslandene – løbende arbejder på at øge datakvaliteten og sammenligneligheden.

De europæiske lande definerer dødsfaldene forskelligt, og der er forskelle i kvaliteten af indberetningerne. Desuden er der efter alt at dømme stadig tale om varierende grader af underrapportering.

Skulle man imidlertid tage den europæiske liste over narkotikadødsfald for pålydende, er det værd at bemærke, at de lande, der som Danmark ligger i toppen af listen, benytter den samme opgørelsesmåde – en af de to måder, som anbefales af Det Europæiske Narkotikaovervågningscenter. Andre medlemslande benytter den anden opgørelsesmåde, som fører til et lavere antal dødsfald og dermed også til en placering længere nede ad listen.

I bunden af listen ligger nye medlemslande som Tjekkiet, Bulgarien, Slovakiet og Ungarn. Hvis vi virkelig skulle tage opgørelsen for umiddelbart pålydende, så skulle vi altså overveje at vende blikket mod Østeuropa for at få opskriften på en god narkotikapolitik.

De talmæssige forskelle landene imellem kan formentlig også delvis forklares med forskelle i narkomanernes gennemsnitsalder, foretrukne stoffer og indtagelsesmåder. Det har således stor betydning for dødsfaldsrisikoen, om man har været stofmisbruger gennem mange år, om man bruger heroin eller eksempelvis amfetamin, og om man injicerer eller ryger stoffet.

Endelig har det også betydning, hvilket præparat der benyttes i substitutionsbehandlingen. Således ses meta-don, som vi har haft en lang tradition for at benytte herhjemme, ofte som hovedårsag i forgiftningsdødsfaldene.

Når dette er sagt, skal der som nævnt ikke herske tvivl om, at regeringen finder, at det samlede antal af narkotikarelaterede dødsfald herhjemme er foruroligende højt. Ethvert af disse dødsfald er ét for mange.

Det er ikke tilfredsstillende, at antallet af dødsfald ikke er blevet nedbragt fra det høje niveau, som det har ligget på siden midten af 1990'erne.

Det er fortsat regeringens opfattelse, at en begrænsning i antallet af narkotikadødsfald skal opnås gennem et langt sejt træk på alle fronter.

Der findes ikke én enkelt snuptagsløsning – heller ikke oprettelsen af fixerum.

[Spørgsmål W: ”Vil regeringen opretholde sin modstand mod offentlige fixerum, som ifølge flere eksperter kan bidrage til at nedbringe antallet af narkotikarelaterede dødsfald?”]

Med hensyn til fixerum ligger det fast, at deres oprettelse vil være i strid med FN's narkotikakonventioner. Det har FN's eget narkotikakontrolorgan påpeget gentagne gange og senest i februar i år.

Konventionerne forpligter nemlig landene til kun at tillade brug af narkotika til medicinske og videnskabelige formål. Denne grundlæggende forpligtelse er helt central for dansk narkotikapolitik, som hviler på forbuddet mod brug af narkotika til andre formål end netop medicinske og videnskabelige.

Det er vigtigt at holde fast i, at vi ikke bare taler om en konventionsretlig formalitet. Bagved ligger den realitet, at oprettelse af fixerum vil være udtryk for en klar legaliseringstendens. Det vil jeg gerne forklare.

Med oprettelsen af fixerum vil man sætte hensynet til skadesbegrænsning over alle andre hensyn. Og har man først gjort det, vil det være meget vanskeligt på en holdbar og rationel måde at afvise forslag om nye tiltag, der kan begrænse skaderne endnu mere.

De fleste synes nok, at man skal afvise et efterfølgende forslag om simpelthen at udlevere heroin i kendt styrke og renhed til de stofmisbrugere, som opsøger fixerummene, uden at stille krav om lægeordination. Men hvordan skal afvisningen begrundes, når dette tiltag rent faktisk vil virke skadesbegrænsende i forhold til sundhed, kriminalitet og prostitution.

Efter oprettelsen af fixerum vil det også være meget vanskeligt med en holdbar og rationel begrundelse at afvise krav om at udvide målgruppen og slække på adgangskravene, så fixerummet kan blive til gavn for flere stofmisbrugere.

Noget helt andet er, hvordan politiet rent praktisk skal forvalte en lovgivning, hvorefter besiddelse af euforiserende stoffer er forbudt, men alligevel accepteres i fixerummet, som vil være en slags fristed.

For hvordan afgrænses dette fristed? Hvis besiddelse af heroin accepteres i et fixerum, skal man så også acceptere besiddelse af heroin umiddelbart uden for døren, når stofmisbrugeren er på vej ind i fixerummet? Og hvad så lidt længere væk, 100 meter væk, 200 meter væk, 300 meter væk, i samme kvarter, i nabokvarteret, på Vesterport Station på vej til fixerummet eller en station længere ude af byen, hvor man står på toget? Hvor skal grænsen gå for at klare frisag ved over for politiet at hævde, at man er på vej til et fixerum?

Regeringen er helt på det rene med, at fortalerne for fixerum har de bedste intentioner og slet ikke kan slås i hartkorn med tilhængere af en egentlig legalisering. Men der er ikke skygge af tvivl om, at legaliseringstilhængere vil se oprettelsen af fixerum som en landvinding af dimensioner.

Nogle vil så sige, at vi vel allerede er trådt ud på en glidebane mod legalisering med de eksisterende skadesbegrænsende tiltag. Og det kan man måske nok sige. Sandt er det i hvert fald, at de eksisterende tiltag – i forhold til en kompromisløs kamp mod narkotika – godt kan virke paradoksale.

Men blandt andet udlevering af rene sprøjter og kanyler, ordination af metadon og – som det mest aktuelle eksempel – ordination af heroin er både pragmatiske og fornuftige tiltag, der ikke er nær så vidtgående som oprettelsen af fixerum. Man kan sige det sådan, at vi med de eksisterende tiltag befinder os et sted på glidebanen, hvor vi fortsat kan stå fast, mens vi med oprettelsen af fixerum vil komme derud, hvor vi mister fodfæstet, hvilket vil føre os nærmere og nærmere en legalisering.

Med hensyn til den kommende heroinordinationsordning kan jeg i øvrigt ikke lade være at tænke på, hvordan man mon vil organisere sig, hvis der også skal oprettes fixerum.

Når man ser bort fra selve den lægeordnede heroin, så vil mange af de tilbud, der knytter sig til denne ordning, jo være de samme som de tilbud, der tænkes knyttet til et fixerum. Jeg tænker blandt andet på hele den sundhedsfaglige indsats.

Derfor, og fordi det sundhedsfaglige personale jo ikke ligefrem hænger på træerne, vil det vel være nærliggende at lægge heroinordinationsklinikken og fixerummet sammen. Lægens opgave vil så bestå i at tage stilling til, om stofmisbrugerne er kvalificerede til den forkromede model i form af heroinordination eller må nøjes med discountmodellen i form af fixerum.

Den ene stofmisbruger vil så komme ind og få den lægeordnede heroin fra den fine lægemiddelvirksomhed i Schweiz, mens den anden vil være henvist til først at begå kriminalitet og prostituere sig for derefter på det illegale marked at købe heroin fra et uhumsk laboratorium i Afghanistan.

Helt grotesk bliver det, hvis de to misbrugere bagefter kan sætte sig side om side i injektionslokalet, hvorefter den ene kan indtage det klinisk gennemkontrollerede stof, mens den anden må indtage noget, som ingen rigtig ved, hvad er.

[Spørgsmål X: ”Hvilke konkrete initiativer vil ministrene tage for at nedbringe antallet af narkotikarelaterede dødsfald?”]

Den kommende heroinordinationsordning er i øvrigt et godt eksempel på, at regeringen sætter handling bag sine ord om, at skadesbegrænsning er og bør være et integreret element i narkotikapolitikken.

Regeringen er gået aktivt i spidsen for arbejdet med at fastholde og forbedre eksisterende og udvikle helt nye tilbud, som kan nedbringe antallet af narkotikadødsfald og i det hele taget begrænse de skader, der er forbundet med stofmisbrug.

Ikke mindst med satspuljeaftalerne for 2004, 2006, 2008 og 2009 er der på regeringens initiativ sat massivt ind for at sikre flere behandlingstilbud på narkotikaområdet og for at gøre tilbuddene bedre. Jeg vil gerne knytte nogle bemærkninger til nogle få af satspuljeinitiativerne.

For knap to år siden indskærpede Sundhedsstyrelsen, at substitutionspræparatet buprenorphin i højere grad bør anvendes frem for metadon. Der er grund til at forvente en mærkbar begrænsning af antallet af narkotikadødsfald som følge af det skifte fra metadon til buprenorphin, som nu er i gang.

Med de forbehold, der som sagt må tages for den europæiske liste over narkotikadødsfald, er det i denne sammenhæng værd at bemærke, at Frankrig, som i flere år i højere grad har anvendt buprenorphin frem for metadon, ligger i bunden af listen. Selv om der også her kan være tale om underrapporteringer, kunne tallene tyde på, at vi med indskærpelsen er på rette vej.

For blandt andet at sætte yderligere skub i skiftet fra metadon til buprenorphin vil Sundhedsstyrelsen gentage indskærpelsen over for landets behandlingsansvarlige kommuner. Herudover vil Sundhedsstyrelsen afholde en konference for kommunerne – det vil sige kommunernes læger, sundhedspersonale, behandlingsledere og administratorer – med fokus på nedbringelse af narkotikarelaterede dødsfald og sygelighed blandt stofmisbrugere.

På konferencen vil Sundhedsstyrelsen gøre status for, hvordan det går med skiftet til behandling med buprenorphin. Og Sundhedsstyrelsen kan så på det grundlag tale med kommunerne om muligheder og eventuelle barrierer for at øge andelen af buprenorphinbehandlede.

På konferencen vil Sundhedsstyrelsen også følge op på den samlede vejledning med faglige retningslinjer for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, som Sundhedsstyrelsen udsendte sidste år.

Det forventes, at retningslinjerne – ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til behandlingen – vil medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugerne. Et kvalitetssikringsværktøj, som skal bruges til at følge vejledningens implementering, forventes at være klar til sommer. Sundhedsstyrelsen vil sørge for, at kommunerne på årlige audits får en tilbagemelding på og en drøftelse af de indberettede data – også om antallet af stofmisbrugere i buprenorfinbehandling.

Med det for nylig iværksatte forsøg med sundhedsrum på Vesterbro får vi mulighed for at se, hvad der kan opnås med oprettelsen af et sted, som kombinerer sundhedsfaglige tilbud med socialfaglig rådgivning og værestedsaktiviteter, og som i forhold til fixerum alene adskiller sig derved, at der ikke må indtages heroin eller andre stoffer, som ikke er lægeordnede. Der er planlagt en evaluering af forsøget, som afsluttes med udgangen af 2011.

Inden for kort tid rulles heroinordinationsordningen ud. Der vil i 2011, det vil sige to år efter behandlingsformens indførelse, blive foretaget en evaluering af behandlingens effekt. Sundhedsstyrelsen vil i den forbindelse også se på, om der er sundhedsfagligt grundlag for at udvide ordningen til at omfatte endnu flere stofmisbrugere.

Også i fængselsregi er der de seneste år sat fokus på behandling og skadesbegrænsning.

Kriminalforsorgen har således til udlevering blandt indsatte i risikogruppen udarbejdet en folder med information om den forøgede risiko for dødsfald blandt stofmisbrugere, som løslades fra fængsel.

Desuden er der nu behandlingsgaranti, så afsonere med stofmisbrugsproblemer og en afsoningstid på mindst tre måneder har krav på behandling inden for 14 dage. Det forudsættes, at der er et tæt samarbejde mellem fængsler og behandlingscentre – også i forbindelse med løsladelsen.

Hermed vil jeg med formandens tilladelse gerne give ordet videre til indenrigs- og socialministeren.