



Beslutningsforslag nr. B 71

Folketinget 2009-10

Fremsat den 2. december 2009 af Sophie Hæstorp Andersen (S), Özlem Sara Cekic (SF), Lone Dybkjær (RV) og Per Clausen (EL)

## Forslag til folketingsbeslutning

### om etablering af sundhedsrum for stofmisbrugere som et led i den skadereducerende og behandlingsmæssige indsats på narkotikaområdet

Folketinget pålægger regeringen senest den 1. april 2010 at fremsætte lovforslag, der etablerer de retlige rammer for en forsøgsordning med sundhedsrum, hvor stofmisbrugere uden sanktioner kan indtage medbragte stoffer under overvågning af og supervision fra social- og sundhedsfagligt personale med særlig kompetence inden for omsorg, sundhedsfremme, forandring og motivation, forebyggelse og skadereduktion.

Forsøgsordningen rettes mod de hårdest belastede stofmisbrugere, som enten er uden for behandlingssystemet eller ikke profiterer i tilstrækkelig grad af

den behandling, de aktuelt er i, og hvis eneste aktuelle reelle alternativ er at indtage deres stoffer under ekstremt uhygiejniske omstændigheder med stor risiko for både liv, helbred og lemmer.

Forsøgsordningen skal bygge på udenlandske erfaringer med sundhedsrum og forsøg med en øget indsats, der skal fremme dialog, motivation og forandringsstrategier i relation til stofmisbrugerne.

Der skal ske en løbende evaluering af forsøgsordningen med sigte på forelæggelse for Folketinget efter en 2-årig periode.

## Bemærkninger til forslaget

### Baggrund

Beslutningsforslaget har været fremsat stort set uændret flere gange tidligere, senest som beslutningsforslag nr. B 145 fra Folketingsåret 2008-09. Der henvises til Folketingstidende 2008-09, forhandlingerne side 5866 og 6809, tillæg A side 6073 og 6078 og tillæg B 1146.

Selvom der med aftalen af 27. oktober 2005 om udmøntning af satspuljen for 2006 på narkotikaområdet er taget en række væsentlige initiativer med det sigte at intensivere indsatsen imod narkotikamisbruget, mener forslagsstillerne fortsat, at der er brug for etablering af sundhedsrum for stofmisbrugere som et led i den integrerende og skadereducerende indsats på narkotikaområdet. Forslagsstillerne skal henvise til nedenstående argumenter.

Fra begyndelsen af 1990'erne har der været bred faglig og politisk enighed om, at der skal satses på en bredepektret behandlingsindsats på narkotikaområdet. Der er behov for differentierede og individuelle behandlingstilbud og øvrige indsatser.

Med den tidligere regerings narkotikapolitiske redegørelse fra 1994 (R 13, folketingsåret 1993-94) kom behandlingsindsatsen for alvor på dagsordenen, og en betydelig udbygning af behandlingsskapaciteten blev indledt. Siden er både forskningsindsatsen og behandlingsindsatsen markant udbygget, ligesom der er gennemført en behandlingsgaranti, og skadereduktion er efterhånden grundfæstet som et blandt flere bærende elementer.

Med henblik på bl.a. at sikre en større koordination skete der i 1996 en omlægning af kompetencen, således at amterne fik visitationskompetencen og behandlingsområdet økonomisk blev markant prioriteret. I løbet af ganske få år blev ressourceanvendelsen på behandlingsområdet mere end fordoblet. Amtskommunerne fulgte trop. Den politiske narkofølgegruppe, Agerschou-udvalget, kunne med Agerschou II-rapporten i 1998 konkludere, at aldrig havde vi haft så mange behandlingspladser og aldrig havde så mange været i behandling. Behandlingsgarantien, som har været gældende siden den 1. januar 2003, har yderligere bidraget til øget behandling.

På trods af denne prioriterede indsats for at forbedre forholdene for stofmisbrugere og sikre behandlingstilbud har vi fortsat mellem 250 og 350 narkotikarelaterede dødsfald om året i Danmark. De stofmisbrugere, som dør, bliver ikke mere end gennemsnitligt ca. 39 år, og en undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen viser, at de fortsat i høj grad dør af overdoser og de sygdomme, de pådrager sig på grund af misbrug. Der er således massivt behov for at intensivere den skadereducerende indsats, som er relevant for stofmisbrugere, mens de har et aktivt stofmisbrug.

Forskningsindsatsen er væsentlig udbygget herhjemme. Dette – og en fortsat udbygning af denne indsats i form af både videnproduktion, -indsamling og -formidling samt en massiv udbygning af en i dag stort set ikkeeksisterende specialrådgivningsfunktion – er helt afgørende. Der indkommer også rapporter, evalueringer m.v. fra andre lande, som vi skal og må trække på og lære af. Det tyske sundhedsministerium har udsendt en pressemeddelelse af 2. september 2004, hvoraf det fremgår, at dødeligheden blandt tyske stofmisbrugere fortsat er for nedadgående. Denne imponerende positive udvikling tilskrives den samlede tyske indsats. Særlig fremhæves den skadereducerende indsats, herunder de 25 aktuelt fungerende sundhedsrum i Tyskland. Også Internationalt Røde Kors har meldt sig på banen med klare anbefalinger om at lade det dokumenterede, det evidensbaserede, udgøre fundamentet for indsatsen på narkotikaområdet. I forordet skriver præsidenten, Juan Manuel Suárez del Toro Rivero, bl.a.: »Nowhere is the gap between a humanitarian response based on compassion and scientific evidence and the inadequacies of actual practices more evident than in the inhumane treatment of injecting drug users« og »The message is clear. It is time to be guided by the light of science, not by darkness of ignorance and fear«. Om sundhedsrum lyder det fra Internationalt Røde Kors i rapporten: »there is little doubt that such direct intervention saves lives«.

En meget stor gruppe stofmisbrugere lever under så kummerlige vilkår på de åbne stofscener i de større danske byer, at deres risiko for at dø af en overdosis eller at blive smittet (og smitte andre)

med alvorlige/dødelige infektionssygdomme er urimelig og unødvendig høj. Konklusionen må derfor være, at der er en gruppe af stofmisbrugere, som den eksisterende indsats aktuelt ikke formår at nå, eller som aktuelt ikke i tilstrækkelig grad kan profitere af indsatsen for at hjælpe dem.

#### *Forslagets indhold og formål*

Som en del af den danske indsats for at minimere de skader, der følger af et langvarigt og kompliceret stofmisbrug, ønsker forslagsstillerne derfor, at der etableres retlige rammer for en forsøgsordning med sundhedsrum, hvor stofmisbrugere uden sanktioner kan indtage medbragte stoffer under overvågning af og supervision fra sundhedsfagligt personale med særlig kompetence inden for omsorg, sundhedsfremme, forebyggelse og skadereduktion.

Det primære mål med etablering af sundhedsrum er på kort sigt at sikre hårdt belastede stofmisbrugeres overlevelse og forebygge smitte med hiv/aids, smitsom leverbetændelse og andre alvorlige infektionssygdomme samt amputationer og sygdomme, der påfører stofmisbrugeren irreversible skader, selv efter at vedkommende har profiteret optimalt af et behandlingstilbud og f.eks. er blevet stoffri – irreversible sygdomme og fysiske skader, der i unødvendig grad vil hindre den sociale (re)integration. Når reduktion af dødelighed og smitte er en prioritet, må indsatsen også nødvendigvis omfatte det øjeblik, hvor risikoen for overdosering og/eller smitteoverførelse er størst, dvs. samtidig med indtagelsen af stof. Kun etablering af sundhedsrum kan sikre dette.

Målsætningen er ligeledes, at man i det konkrete møde med de hårdest belastede stofmisbrugere i et sundhedsrum søger at motivere dem til at søge behandling og/eller at hjælpe dem til at formå at profitere af behandling, hvad enten der er tale om stoffri behandling eller substitutionsbehandling.

En positiv sidegevinst, som dog ikke er et mål i sig selv, er, at etablering af sundhedsrum på rette sted tilmed reducerer problemer for den almindelige befolkning, der bor omkring de åbne stofscener i Danmark. Problemer med forsamlinger af stofmisbrugere, der til skue for alle indtager stoffer og bortkaster brugt injektionsudstyr, kan derved minimeres. Sundhedsrum vil dermed bidrage til at skabe

en acceptabel situation også for øvrige lokale befolkningsgrupper.

Men det er nødvendigt at sikre, at forholdene i sundhedsrummet svarer til anvendelsen. Det allerede etablerede sundhedsrum på Vesterbro er med sine 70 m<sup>2</sup> for småt til at tage imod de op mod 200 besøgende om dagen. Derudover er nærområdet omkring sundhedsrum plaget af efterladte brugte kanyler på legepladser, gader og opgange. Det skyldes, at man i det eksisterende sundhedsrum ikke må tage stoffer, hvorfor misbrugerne gør det ude på gaden. Forslagsstillerne mener, at det beviser, at det er nødvendigt med sundhedsrum, hvor misbrugere kan indtage deres medbragte stoffer under overvågning fra fagkyndigt personale. Dermed kan man sikre, at misbruget foregår under kontrollerede rammer, hvor det ikke er til gene for naboer og lokalområdet.

Det skal understreges, at sundhedsrum ikke er et alternativ til den øvrige behandlingsindsats, der sigter mod at gøre stofmisbrugere stoffrie, men et supplement, fordi et sundhedsrum vil være et sted, hvor stofmisbrugere vil kunne komme i kontakt med personale, der vil kunne hjælpe dem videre i behandlingssystemet og/eller det sociale hjælpeapparat.

#### *Udenlandske erfaringer med sundhedsrum*

Det er anslået, at der nu er hele 73 sundhedsrum i Europa. Denne form for indsats er således i fortsat udvikling. Der er åbnet et sundhedsrum for crackkrygere i Frankfurt (september 2003), som bl.a. har som målsætning at reducere smitterisikoen ved deling af udstyr gennem uddeling af gummimundstykker, der forhindrer brandsår på læberne fra de varme glaspiber. Dertil kommer sundhedsrum i Australien og Canada. I januar 2005 åbnede det første sundhedsrum i Norge (Oslo). Selv om sundhedsrummene fremstår forskelligt, er der visse fælles træk: De er offentligt godkendte, adgangen til sundhedsrummene er reguleret, stofindtagelse overvåges og superviseres, der er adgang til sterilt injektionsudstyr, der er særligt uddannet personale til varetagelse af øjeblikkelig genoplivning ved overdosis, og der er adgang til viden om forebyggelse, primær sundhedshjælp og -pleje, formidling af og visitation til behandlingstilbud (substitutionsbehandling og stoffri behandling), det sociale hjæl-

peapparat og det almindelige sundhedsvæsen. Dertil har de alle til fælles, at handel med og overdragelse af narkotika selvsagt er forbudt. Flere sundhedsrum har ligeledes en række supplerende tilbud, f.eks. om mad og drikke, bad og mulighed for tøjvask.

Erfaringerne fra de mange sundhedsrum i andre lande tyder på, at sundhedsrum kan være med til at nedbringe antallet af dødsfald som følge af overdosis og reducere skader forbundet med ikke-fatale overdoser. I Frankfurt faldt antallet af overdosisdødsfald fra 150 til 30 i løbet af de første 4 år, hvor der var etableret sundhedsrum. I de schweiziske sundhedsrums første 10 år skete der ikke et eneste dødsfald. Af en forholdsvis ny evaluering af de 19 sundhedsrum, som fungerede i perioden 1995-2001, fremgår det, at der blev indtaget stof i alt 2.100.000 gange, og at der ikke skete ét eneste dødsfald. Det er ligeledes dokumenteret, at man har været i stand til præcist at nå den definerede stærkt udsatte målgruppe, nemlig den gruppe af hårdt belastede stofmisbrugere, som andre tiltag ikke har formået at nå. Det er således ikke et tilbud, der på nogen måde øger tilgangen af nye stofmisbrugere eller i det hele taget appellerer til andre end dem, som det er tiltænkt. Dertil har sundhedsrummene vist sig at kunne være udgangspunkt for tilgang til behandlingssystemet m.v. og reducere risikoadfærd. Der er i øvrigt intet, der tyder på, at etablering af sundhedsrum fører til øget følgekriminalitet i lokalområderne.

På baggrund af de udenlandske erfaringer kan det konstateres, at sundhedsrum i høj grad har vist sig i stand til at realisere målsætningerne om at nå en gruppe stofmisbrugere, som indsatsen hidtil ikke har formået at nå – den gruppe af særlig hårdt belastede stofmisbrugere, hvor først og fremmest en skadereducerende indsats har umiddelbar mening – herunder at sørge for, at deres brug af stof sker under hygiejniske og sikre omstændigheder, at reducere risikoadfærden med hensyn til både overdosisdødsfald, diverse stofrelaterede skader og smitterisiko samt at sikre stabilisering eller forbedring af deres sundhedstilstand og sociale funktionsniveau. Dertil skal nævnes, at sundhedsrum samtidig har vist sig egnede til at reducere de gener for lokalbefolkningen, som oftest er forbundet med åbne stofscener, idet de bidrager til at reducere de åbne stofscener.

Sundhedsrummene fungerer generelt med succes i et samarbejde mellem lokalsamfundet, de lokale myndigheder og politiet og har medvirket til at give stofmisbrugerne bedre livsbetingelser, fordi de både kan få udleveret kanyler og andet udstyr, som de behøver for at kunne injicere deres stoffer, og samtidig kan få hjælp og støtte fra sundhedsrummets personale både i den konkrete situation og med hensyn til identifikation af behov for øvrig social eller sundhedsfaglig hjælp.

#### *De internationale konventioner*

Det har været diskuteret, hvorvidt det er muligt at oprette sundhedsrum uden at komme i konflikt med de internationale konventioner om bekæmpelse af narkotika, som Danmark har tiltrådt. Aktiviteter, der strider imod konventionernes hensigter og mål, må ikke tolereres i lande, der har underskrevet konventionerne. De tre vigtigste konventioner er konventionen af 30. marts 1961 om kontrol med narkotiske midler (enkeltkonventionen), konventionen af 21. februar 1971 om psykotrope stoffer og FN-konventionen af 20. december 1988 imod ulovlig handel med narkotika og psykotrope stoffer.

Flere lande har ud fra ønsket om at oprette sundhedsrum undersøgt det juridiske grundlag for sundhedsrum meget omhyggeligt.

Der har imidlertid ikke været juridiske problemer med etablering af sundhedsrum i de lande, der har ratificeret og tiltrådt de samme konventioner som Danmark. Konventionerne i sig selv forpligter således ikke stater til at straffe stofmisbrugere for besiddelse af narkotika til eget brug. Gennem årtier har det da også været det primære mål for den danske narkotikakontrolindsats at ramme bagmændene, dvs. de narkokriminelle ikke-brugere. Ligeledes har det været vurderingen, at sundhedsrum, der har til formål at give stofmisbrugere et mere værdigt liv med færre komplikationer ved først og fremmest at yde overlevelshjælp og sikre de bedst mulige betingelser og forudsætninger for social reintegration og rehabilitering, ikke strider imod de internationale konventioner.

Konventionerne forhindrer således ikke, at man indretter særlige steder, hvor narkotika kan indtages, så længe dette ikke sker med et rekreativt sigte, som det tidligere er set med »shooting galleries«

eller »opiumshuler«, og så længe det ikke drejer sig om narkotika, der hører under psykotrope stoffer som f.eks. LSD.

Den schweiziske stat fik i 1999 udarbejdet en grundig undersøgelse af spørgsmålet, foretaget af Swiss Institute of Comparative Law.

Her slås det fast, at de internationale konventioner ikke omtaler sundhedsrum direkte, og at definitionen af sundhedsrummene har afgørende betydning for deres status i forhold til de internationale konventioner. Hvis sundhedsrum således medvirker til rehabilitering og social reintegration af stofmisbrugere og reducerer menneskelig lidelse, er der ifølge Swiss Institute of Comparative Law intet i de internationale konventioner, der forbyder, at man etablerer dem.

En betingelse for dette er, at der ikke foregår salg i sundhedsrum, men alene indtages stoffer, der alligevel ville være blevet indtaget, og at der er lagt vægt på den forebyggende og skadereducerende indsats. I flere lande, herunder Norge, hvor det første sundhedsrum åbnede i januar 2005, har man i øvrigt lagt afgørende vægt på, at overlevelshjælp til enhver tid må gives forrang.

Dertil kommer, at praksisudvikling udgør et væsentligt fortolkningsbidrag i folkeretten. Man må formode, at etablering af mere end 70 fortsat fungerende offentligt godkendte sundhedsrum over en så lang årrække vil have nok så afgørende indflydelse på fortolkningen af konventionsforpligtelserne.

### *Indretning af sundhedsrum*

Indretningen af sundhedsrum vil kunne foregå i kommunalt regi efter nogle nationale retningslinjer som beskrevet nedenfor:

- For det første er det ikke forslagsstillernes hensigt, at sundhedsrum skal være et åbent tilbud til alle mennesker, der blot ønsker at eksperimentere med narkotika. De udenlandske erfaringer viser da også, at sundhedsrum slet ikke opsøges af sådanne grupper. Sundhedsrum er målrettet til særlig hårdt belastede stofmisbrugere, der f.eks. har været igennem flere behandlinger uden succes, og hvis aktuelle reelle alternativ er at indtage deres stoffer på gaden eller andre steder, hvor det er muligt.

- For det andet forudsætter et offentligt sundhedsrum en midlertidig registrering af brugerne (køn, alder, stofkarriere, medbragt stof, henholdsvis sundhedsmæssig, social og behandlingsmæssig status etc.), der skal bruges i videnskabeligt øje-med som forudsætning for evalueringen af forsøget.
- For det tredje må personalet ikke direkte hjælpe med indtagelsen af ulovlige narkotika.

Et forslag kan være at indrette sundhedsrum således, at der først er et venteværelse, hvor den midlertidige registrering af data i videnskabeligt øje-med kan finde sted, og hvor der primært er socialpædagogisk personale. Dertil kommer et rum, hvor de narkotiske stoffer indtages, og hvor der er sundhedsfagligt personale, der dels kan overvåge indtaget af narkotika og i værste fald yde akut overlevelshjælp, dels kan undervise stofmisbrugeren i, hvordan narkotikaen indtages uden skader og overførelse af smitte.

Det kan være en fordel, hvis sundhedsrummet etableres i tilknytning til et interesseret og relevant værested eller andet lavtærskeltilbud, hvor stofmisbrugere også kan blive tilbudt en samtale, en kop kaffe, et billigt måltid og et bad. Derved kan værestedet eller lavtærskeltilbuddet danne rammen om det omsorgsorienterede, socialpædagogiske eller motiverende arbejde og bl.a. oplyse om behandlingsmuligheder samt yde hjælp til stofmisbrugere, der ønsker rådgivning om bolig, sociale tilbud eller andet. Dog skal man være opmærksom på, at sundhedsrum nødvendigvis må have meget lave tærskler. Jo flere tilbud der er på et og samme sted, jo større mulighed vil der som udgangspunkt også være for at hjælpe adækvat. Samtidig kan der også være en næsten proportionalt stigende tendens til et stigende antal regler, man kan »forbryde« sig imod, således at man direkte eller indirekte udelukkes fra tilbuddene.

Personalet skal i øvrigt være uddannet, så det øjeblikkeligt kan tage hånd om særlig udsatte stofmisbrugere, f.eks. gravide eller syge stofmisbrugere, og hjælpe dem ved at henvise og tilbyde følgeskab til den relevante hjælp.

### *Evaluering*

Forsøget skal evalueres i forhold til

- tilfredsheden hos brugerne af sundhedsrummet, de pårørende og borgerne i nærområdet,
- evnen til at nedbringe antallet af fatale og ikke-fatale overdoser,
- muligheden for at stabilisere eller forbedre sundhedstilstanden og det sociale funktionsniveau og
- at motivere brugerne til at søge relevante behandlingstilbud eller anden offentlig hjælp, pleje og støtte.

Afrapportering sker løbende, gerne månedligt, til de ansvarlige myndigheder.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at udarbejde de nærmere retningslinjer for etablering og evaluering, så der opnås ensartede og sammenlignelige evalueringer i alle forsøg og sker en opsamling af resultaterne med henblik på vurdering af den samlede forsøgsordning i Folketinget. Under udarbejdelsen af retningslinjerne bør brugerorganisationer og opsøgende gadeplansmedarbejdere inddrages.

Evalueringsaf forsøgsordningen skal forelægges for Folketinget efter en 2-årig periode.

### *Økonomi*

Forslaget sigter alene på at få etableret de retlige rammer for sundhedsrum, ligesom det er sket f.eks. i det norske storting og i det australske parlament. Forslaget medfører derfor ingen økonomiske udgifter for staten ud over den formentlig begrænsede udgift til Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af de nærmere retningslinjer for etablering, evaluering og opsamling af forsøgsresultaterne.

Det bliver op til kommunerne selv at beslutte etablering og finansiering af sundhedsrum efter de af Sundhedsstyrelsen udstukne retningslinjer. Dette betyder formentlig, at der ikke umiddelbart etableres sundhedsrum alle relevante steder i Danmark, men enkelte forsøg vil også kunne bidrage med konkret erfaring og videnskabelig dokumentation til brug for den fremtidige tilrettelæggelse af en bredspektret og differentieret indsats på narkotikaområdet. Der henvises bl.a. til det faktum, at Københavns Kommune tilbage i 2003 afsatte 2 mio. kr. på budgettet til at gennemføre et forsøg med sundhedsrum. Behovet for sundhedsrum er der. Viljen til at etablere dem er der. Forslaget her skal sikre mulighederne.

Beboerforeningen Dugnad Vesterbro har i samarbejde med Københavns Kommune etableret Dugnad Sundhedsrum – forsøg med sundheds- og socialfaglig rådgivning samt en cafe, hvor stofmisbrugerne kan opholde sig og få et måltid mad. Projektet er støttet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Københavns Kommune og Dugnad Vesterbro. Med lovhjemmel for sundhedsrum vil dette projekt kunne danne rammen om forsøgsprojektet i Københavns Kommune, der over de næste 2-3 år vil vise, om sundhedsrum med øget psykosocial indsats kan skabe forandring hos stofmisbrugere.

*Skriftlig fremsættelse***Sophie Hæstorp Andersen (S):**

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

*Forslag til folketingsbeslutning om etablering af sundhedsrum for stofmisbrugere som et led i den*

*skadereducerende og behandlingsmæssige indsats på narkotikaområdet.*

(Beslutningsforslag nr. B 71).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.