

# Høringssvar om vejledning vedr. lægeordineret heroin

Sundhedsstyrelsen,  
Enheden for Tilsyn  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Att. Anita Hansen

20. november 2008

## Høringssvar fra Dansk Socialrådgiverforening vedr. Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed

Dansk Socialrådgiverforening (DS) skal takke for, at vi har fået Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed i høring, da arbejdet med de hårdest belastede stofmisbrugere i høj grad er et socialfagligt anliggende og ikke blot et sundhedsfagligt spørgsmål. Desuden skal vi takke for den lange svarfrist for indgivelse af høringssvaret.

Som DS tidligere har skrevet i vores høringssvar til lovændringen der muliggjorde heroinunderstøttet behandling, er vi positive overfor tiltaget. Vi må dog stille os tvivlende overfor om den metode og de kriterier, der er valgt, vil gøre det muligt at opnå det, der må være formålet med dette tilbud; at ramme en målgruppe vi ikke har ret godt fat i i forvejen, nemlig de svagest stillede misbrugere.

Som udgangspunkt mener vi, at denne behandlingsform burde være et tilbud til de, der ikke kan nås med den nuværende tilbudsvifte. Det er vanskeligt at se denne gruppe være omfattet af vejledningen – De hjemløse, de misbrugende, de svage, de psykisk ustabile, dvs. de der i forvejen ikke passer ind, de vil få meget svært ved at indpasse sig i tilbuddet som beskrevet i vejledningen.

### Stærk socialfaglig indsats

Vi vil desuden gerne understrege nødvendigheden af en massiv socialfaglig indsats, og at det er væsentligt at indtænke fra begyndelsen hvilke tilbud - ud over heroinen - som brugerne skal have. Udenlandske erfaringer peger på, at den socialfaglige indsats er afgørende, for om behandlingen indvirker positivt. Derfor ser vi gerne, at det bliver beskrevet nærmere i vejledningen.

Et heroinunderstøttet tilbud må ikke blive en endestation for de brugere, som får tilbuddet. I tilbuddet skal ligge en intensiv social- og sundhedsfaglig behandlingsindsats og brugerne skal sikres, at der arbejdes med deres målsætninger for behandlingen og livet. Der skal være en opmærksomhed på, at mål – også for denne gruppe – kan variere over tid. Således kan f.eks. ønsker om stoffrihed og døgnunderstøttet behandling mod stoffrihed sagtens blive en udløber af et heroinunderstøttet behandlingstilbud.

Som vi tolker erfaringerne fra England, er der desuden ikke belæg for, at heroinbehandlingen bør styres særligt stramt (dvs. strammere end metadonbehandling). Vi undrer os derfor over at kriterierne er lavet, som de er, da det ikke virker hensigtsmæssigt.

Udover disse generelle betragtninger har vi en række konkrete kommentarer til følgende dele af vejledningen:

**Punkt 2.1 og 2.2:** Hvordan kan det være at iv-heroin skal håndteres meget strammere end iv-metadon? Vi undrer os over at reglerne/retningslinjerne ikke er de samme. Desuden mangler der overvejelser i forhold til, hvad man vil/kan bruge kontakten til socialfagligt, når man har brugerne inde to gange dagligt. Nogle generelle retningslinjer eller anbefalinger kunne med rette stå skrevet i dette afsnit.

**Punkt 2.3:** Læger skal have solid klinisk erfaring på området, står der i vejledningen, men en nærmere definition af dette mangler. Dette er særligt interessant, da mange læger der arbejder på dette felt i dag ikke har solid klinisk erfaring på området. Og man bør også overveje, hvad dette krav vil betyde for muligheden for at etablere tilbuddet i provinsen. Desuden undrer vi os over, at tilbudet ikke kan finde sted i sygehusregi eller kriminalforsorgen. Særligt da det må antages, at mange af de svage misbrugere ofte enten er på hospitalet eller i kontakt med kriminalforsorgen. Betyder det, at behandlingen med heroin så skal stoppes brat, hvis en misbruger bliver indlagt? Og I så fald er dette hensigtsmæssigt?

**Punkt 2.5:** Pga. anbefalingerne af et patientunderlag på mindst 300-600 personer for at kunne oprette et heroinunderstøttet tilbud, savner DS overvejelser omkring, hvordan dette så også bliver et tilbud i provinsen og ikke kun i de største byer. Det er et problem, hvis det kun er et tilbud, der bliver givet til nogle, hvis mange flere kunne profitere af det. Man kan derfor overveje muligheden for at etablere et mobilt tilbud, der kan understøtte flere mindre byer, såfremt et permanent tilbud ikke kan etableres.

**Punkt 3.2:** Som nævnt i indledningen er inklusionskriterierne så stramme, så meget få ikke-velfungerende misbrugere vil kunne komme i målgruppen for tilbudet. Hvorfor skal brugeren f.eks. være selvhjulpne og kunne transportere sig selv? Her kunne man igen overveje et mobilt tilbud. Desuden savnes en nærmere definition af, hvad "intet betydende benzodiazepinmisbrug" er? Problemet med disse kriterier er, at man ikke når en ny målgruppe, og derfor heller ikke muligheden for at kunne sikre en socialfaglig indsats overfor denne (nye) gruppe.

**Punkt 8.1:** Der mangler en nærmere definition af "en længerevarende substitutionsbehandling med metadon". Desuden undrer vi os over, hvorfor misbrugerne ikke kan få heroin med hjem? Vi forestiller os ikke, at misbrugerne sælger den udleverede heroin for at kunne købe gadeheroin, ligesom at problematikken ikke kan være meget anderledes end mht. det metadon de allerede har muligheden for at få med hjem.

Med venlig hilsen

Bettina Post  
Formand for Dansk Socialrådgiverforening