

Behandling af rusmiddelbrugere i Norge set fra et dansk perspektiv

En kommentar til
Astrid Skrettings artikel

Først en stor tak til Astrid Skretting for en informativ og interessant artikel. I det følgende skal jeg forsøge at forholde den norske udvikling af indsatsen over for rusmiddelbrugere til, hvordan den danske indsats vil blive organiseret efter indførelsen af den danske strukturreform.

Danmark har været et mærkeligt hybridland, hvor vi på den ene side har haft alkoholbehandlingen, som var underlagt sygehusloven (og dermed sundhedsministeriet/helsetjenesten), mens behandlingen af stofafhængige har hørt under Socialministeriet, og dermed hvad man i Norge kalder for Socialtjenesten. Om dette er et udtryk for, at man betragter afhængighed af alkohol som en sygdom, mens afhængighed af stoffer er at betragte som et socialt fænomen er et godt spørgsmål, som der næppe kan gives noget enkelt svar på. Med den nye danske strukturreform ændres det hele.

Reformerne

Som i Norge har ansvaret for indsatsen indtil i dag været delt mellem de danske kommuner og amter. Forskelligt fra Norge har rusmiddelbehandlingen i Danmark dog i mange år været at betragte som et speciale på linje med somatikken og psykiatrien. Der har således været ret så vandtætte "skodder" mellem på den ene side rusmiddelbehandlingen (ikke mindst på stofområdet) og på den anden side somatikken og psykiatrien. Ikke mindst siden 1996, hvor rusmiddelbehandlingen overgik til amterne, har man kunnet se rusmiddelindsatsen som et tiltagende synligt og selvstændigt speciale.

Med den nye danske strukturreform ændres denne amts-centraliserede struktur dog fuldstændigt (om end rusmiddelområdet fortsat vil være et selvstændigt speciale). Mens man i Skrettings termer kan sige, at alkoholafhængige i Danmark tidligere har været patienter, og de stofafhængige har været en mellemting mellem patienter og klienter, så bliver de nu alle sammen helt og aldeles klienter. Mens indsatsen i Norge centraliseres og knyttes til fem regioner og helsetjenesten, så decentraliseres indsatsen i Danmark, hvor ansvaret nu uddelegeres helt til kommunerne og det sociale indsatsystem. I Danmark opløses således de 14 amter og bliver til 5 regioner, men samtidig opløses også de fleste af de 275 danske kommuner og genopstår i 99 større kommuner. Det er disse 99 kommuner, der nu umiddelbart får det totale ansvar for rusmiddelbehandlingen. Ganske vist har man i lovgivningen ikke helt opgivet muligheden for, at regionerne har en vis indflydelse. Regionerne skal således have, hvad der kaldes for *forsyningspligt*, hvilket betyder, at der skal være et system af behandlingstilbud til rådighed for de kommuner, der måtte vælge at benytte sig af dette. Det lyder umiddelbart som en meget besværlig konstruktion, og det er den måske også. Meget tyder således på, at de fleste (hvis ikke alle) af de kommuner, der har mere end 50 000 indbyggere, vælger helt at varetage rusmiddelbehandlingen selv og dermed kun i helt særlige tilfælde vælger at gøre brug af regionale specialtilbud. I visse regioner kan det endog se ud, som om det slet ikke bliver nødvendigt at opretholde en forsyningspligt. Eftersom alle pengene, der gives til rusmiddelbehandling, tilfalder kommunerne, vil regionerne således være

afhængige af, at de kan sælge deres ydelser til kommunerne. Noget kunne tyde på, at særlige specialtilbud ikke kan varetages af kommunerne – heller ikke af kommuner med 50 000 indbyggere. Men hvor meget behandling kommunerne har brug for, at regionerne varetager, er meget usikkert og afhænger antageligt også af, hvor i Danmark vi befinder os.

Man kan altså roligt sige, at hvis Norge og Danmark organiserede indsatsen forskelligt før, så bliver det meget mere forskelligt i fremtiden. Lidt kynisk kan man sige, at dette for forskere er en ønskesituation. Her bliver der virkelig mulighed for at se, hvad det betyder, når to lande – der ellers på de fleste områder kan sammenlignes – organiserer og strukturerer indsatsen forskelligt.

Patienternes/klienternes rettigheder

Der er visse ligheder mellem den danske og norske forståelse af patientrettigheder, men der synes også at være nogle endog meget store og betydningsfulde forskelle. I Norge skal behandlingsbehovet – som jeg forstår Skretting – vurderes inden for 30 dage efter modtagelse af henvisningen. Herefter skal der, hvis det vurderes, at der er et behandlingsbehov, sættes en individuel frist for, hvornår behandlingen skal starte.

I Danmark skal der skelnes mellem stof- og alkoholbehandling. På stofområdet skal der være iværksat en form for psykosocial behandling inden for 14 dage efter patienten har henvendt sig (eller efter henvisning). Inden for denne periode skal det umiddelbare behandlingsbehov med andre ord være vurderet. Dette omtales i Danmark som *behandlingsgarantien*. Behandlingsgarantien ser ud til at blive

overholdt i Danmark, men det har samtidig givet en del diskussioner om, hvad der egentlig menes med behandling, og om den overholdes ved at "fortynde" kvaliteten af behandlingen. Det sidste er der nu ikke meget, der tyder på. Den medicinske behandling er ikke indeholdt i behandlingsgarantien. Ikke desto mindre ser man i praksis typisk behandlingsgarantien overholdt ved, at der ordineres metadon, og at klienten herefter har adgang til de psykosociale tilbud, der er forbundet med denne type behandling. På alkoholområdet blev det, lige før regeringen udskrev valg, vedtaget at indføre en tilsvarende behandlingsgaranti for alkoholbehandling. Samtidig blev der bevilget ca 60 millioner Dkr. til at muliggøre denne garanti. Også her diskuteres det, hvad der skal forstås ved behandling, og om konsekvensen vil blive en "fortynding" af kvaliteten.

I princippet har de danske klienter, som de norske, ret til at vælge, hvor behandlingen skal finde sted. I den virkelige verden er problemet betydeligt mere kompliceret. Man har nok ret til at vælge mellem "tilsvarende tilbud", men ordet "tilsvarende" bruges på mange måder, og det diskuteres, om man overhovedet kan formulere det sådan. Generelt kan det nok uden de store problemer tolkes, som man fortolker det i Norge, nemlig at en klient ikke frit kan vælge døgnbehandling, hvis behandlerne har vurderet, at det er ambulantly behandling, der vil være det rette tilbud (her er der forskel i niveauer). Man har også diskuteret, om klienten også kan sige, at han ikke vil tage imod en given metode, som amtet tilbyder, men i stedet gøre brug af en anden metode på tilsvarende niveau. Det kan klienten uden tvivl, men man har foreløbigt ikke set sådanne problemer, der

ikke kunne løses. Nogle siger, det ikke er et problem, fordi de i store træk lytter til klienterne. Andre fortæller lidt ironisk, at så længe informationen til klienterne om deres ret til frit valg holdes på et lavt niveau, så ved de alligevel ikke, hvad de har ret til, og så kommer der ingen sager.

Der er med andre ord såvel behandlingsgaranti som frit valg i både Norge og Danmark, om end "garantien" i Norge ikke ser ud til at have de samme tidsmæssige krav som i Danmark.

Hvad der til gengæld virker mere problematisk ved det norske "garanti"-system er – som jeg læser Skretting – *behandlings-systemets ret* til at vurdere, hvorvidt en given klient har ret til at kræve behandling. Man kunne f.eks. tænke sig, at behandlingsenheder, der oplever ikke at have kapacitet til flere klienter, vil have en tendens til at vurdere flere klienter som ikke havende ret til behandling. Endnu værre er, at man kunne forestille sig, at nogle klienter, som bliver betragtet som behandlingsresistente på grund af flere mislykkede behandlingsforsøg, ikke kan kræve at komme i behandling. Ganske vist kan klienten kræve en fornyet vurdering af sin helbredstilstand, men der er mange rusmiddelafhængige, der ikke har hverken energi til at kræve dette eller viden om denne mulighed. Dette kunne derfor virke som en form for system-magt, der synes unødvendig i og med det næppe står mål med problemets omfang. Denne diskussion kendes i store træk ikke i Danmark. Enhver, der oplever at have problemer med rusmidler, har ret til behandling, uanset hvor mange gange vedkommende har været i behandling før. Behandlingssystemet kan med andre ord ikke vurdere, at klienten ikke har ret til behandling (men de kan bestemme, hvad

der skal forstås ved behandling). Hvordan det bliver, når kommunerne overtager ansvaret i Danmark, vides ikke, men behandlingsgarantien gælder stadigvæk, nu også på alkoholområdet.

Hvad er god behandling

Ligesom i Norge har der i Danmark de senere år været stærkt fokus på, hvad man skal forstå ved "den gode behandling". Kravet om evidens/kundskabsbaseret behandling er blevet stærkere, og der er kommet mere fokus på uddannelse, professionalisering og forskning. Denne udvikling er ikke mindst set siden 1996, hvor amterne fik ansvaret for behandlingen. Mange er derfor også meget bekymrede for kvaliteten af behandlingen, når de 99 kommuner overtager ansvaret for behandlingen. Det kan der være mange gode grunde til, men man skal på den anden side nok også passe på med pr. automatik at se den centraliserede medicinsk-teknologiske videns-/kundskabsbaserede indsats som den eneste rigtige. Den medicinsk-teknologiske vidensbaserede indsats har således altid a) haft en tendens til at gøre brug af apparatfejlsmodellen (evidensbaserede effektive metoder → så kort behandlingstid som mulig → udskrivning), b) haft en veluddannet behandlergruppe, der til gengæld ikke er så meget sammen med patienterne, c) været gode til at selektere og d) ikke nødvendigvis været ret gode til at koordinere med andre specialer og faggrupper.

Netop *retention* i behandling, *intensitet* og en *koordinering* mellem specialer og fagdiscipliner er fuldstændigt afgørende parametre i behandlingen af de mest belastede rusmiddelafhængige, og det er bestemt ikke her, de videnstunge medicinsk-teknologiske indsatser har deres styrke. Man

kan derfor også frygte, at de meget specialiserede evidensbaserede behandlingssystemer foretrækker at behandle dem, de ved, de får bedst effekt med på kortest tid, hvilket måske i virkeligheden kan blive til stor skade for de mest belastede.

Den mere lokale, kommunale indsats kunne måske tænkes at finde sin styrke i netop en bred indsats (bl.a. knyttet til de mange væresteder, der findes i Danmark), til en høj intensitet og en høj retention. Der findes eksempler på sådanne kommunale projekter i Danmark, som bestemt ikke har været mindre effektive end de store medicinsk-teknologiske indsatser.

Ikke desto mindre er det forståeligt, at mange er bekymrede. Mange kommuner har således ikke tidligere været interesseret i rusmiddelafhængige, deres viden om indsatsen over for denne gruppe synes til tider helt fraværende, og man kan være bekymret for, at nogle kommuner vil forsøge at spare penge netop på denne gruppe. Man kan så håbe, at der findes en vis grad af intern kontrol kommunerne imellem og ikke mindst fra Kommunernes Landsforening, som vil blive den nye stærke aktør på det sociale indsatsområde i Danmark.

Krav til private behandlingstiltag

Ligesom i Norge udgør de private aktører et væsentligt indslag i rusmiddelbehandlingen i Danmark. Der findes således omkring 45 private døgninstitutioner, som er godkendt til at få alkohol- og stofafhængige henvist fra det offentlige. Igen er der forskel på alkohol- og stofområdet, hvilket jeg ikke skal komme yderligere ind på her. De ca 35 af de 45 døgninstitutioner behandler stofafhængige, og for disse gælder det, at de skal godkendes af det amt, de ligger i og

samtidig tilmeldes monitoreringssystemet DanRIS (www.danris.dk). I virkeligheden er de private institutioner underkastet større krav end de offentlige. Som i Norge kan danske institutioner risikere ikke at blive godkendt. Det ændres næppe ved den nye strukturreform, men hvem der skal stå for godkendelsen er endnu ikke afklaret.

Ændring i henvisningsrutiner og vurdering af behandlingsbehov

I Danmark ændres henvisningsrutinerne fuldstændigt med den nye strukturreform. Hvor det tidligere var amterne, der stod for alle behandlingshenvisninger, så vil det i fremtiden i princippet være kommunerne. I Danmark har det også i det amtslige system kun i begrænset omfang været læger, der har stået for henvisningerne. Lægerne har naturligvis været involveret i metadonbehandlingen og anden medicinsk behandling, men de amtslige behandlingscentre har ikke været lægefagligt ledet, med enkelte undtagelser. Forandringen er derfor mere af organisatorisk end af faglig karakter. Hvordan man i fremtiden vil håndtere henvisningen til og håndteringen af metadonbehandlingen og anden medicinsk behandling er ikke klart alle steder. I de store kommuner vil der være læger knyttet til alkohol- og stofbehandlingscentre. I de mindre kommuner vil den praktiserende læge måske igen blive inddraget, eller også vil det blive et ansvar for regionen (i kraft af deres forsyningsforpligtelse).

En af de største bekymringer ved decentraliseringen er, at henvisningen til et givent tilbud ikke i samme grad som tidligere kommer til at basere sig på en mere dybtgående viden om alkohol- og stofaf-

hængiges særlige karakteristika. F.eks. er der bekymring for, at der i mindre grad vil være opmærksomhed på psykiske og somatiske problemer, ganske enkelt fordi man i kommunerne ikke har den samme erfaring og viden, som der efterhånden er blevet opbygget i amterne. Nu har der aldrig eksisteret nogen egentlig diagnosticeringskultur (inden for rusmiddelbehandlingen) i Danmark, og der har heller ikke været megen fokus på systematisk at matche de rigtige klienter til de rigtige tilbud. Man kan derfor spørge, om skaden er så stor. Måske bliver det endda nemmere at overskue i mindre enheder. Ikke desto mindre kan der med rette være bekymring for, at forskellige psykiatriske og somatiske problemer nogle steder bliver overset, og at henvisningerne nogle steder får karakter af vilkårlighed (hvilket de nogle steder også har i dag).

Ret til individuelle planer

I Danmark skal personer med sociale problemer have udfærdiget en individuel handleplan (serviceloven paragraf 111). Man taler her om en social handleplan i modsætning til en behandlingsplan. Den sociale handleplan har altid primært været en kommunal forpligtelse, mens behandlingsplanen sædvanligvis er en amtslig forpligtelse (med visse undtagelser). Med strukturreformen bliver den sociale handleplan endnu vigtigere og måske en del af en større helhedsplan, som også inkluderer behandling (men det vil antageligt være forskelligt fra kommune til kommune). Problemet har været, at den sociale handleplan – selvom den er lovpligtig – kun sjældent er blevet formuleret. Man har således lavet undersøgelser, som viste, at det kun var 10–20 % af de stofafhængige med

vidtgående sociale problemer, som havde en social handleplan. Man må så sandelig håbe, at dette ikke er det fremtidige udtryk for kommunernes interesse for denne socialt belastede gruppe.

Vil reformerne nå deres mål

Skretting stiller spørgsmålet, om de norske reformer vil nå deres mål. Fra et dansk perspektiv er det et rent luksusspørgsmål. Den danske strukturreform har for de stof- og alkoholafhængige ikke noget mål, så spørgsmålet kan slet ikke stilles. Den danske strukturreform er således en generel meget dybtgående ændring af organiseringen af det danske samfund, og de stof- og alkoholafhængige har slet ikke haft nogen plads i denne debat. En del behandlere og ledere har i medierne forsøgt at gøre opmærksom på, hvad de mener, strukturreformen vil betyde for denne gruppe, men de er enten ikke kommet til orde, eller også er deres budskaber druknet i de mange andre spørgsmål, som i højere grad optager danskerne. Der er i Danmark altså ikke tale om en rusreform som i Norge, men om en generel strukturreform som vil få enorme

konsekvenser for rusmiddelindsatsen uden på noget tidspunkt at være blevet diskuteret.

Fra et dansk perspektiv er den norske udvikling ikke alene spændende, men den kan i længden måske også få stor betydning for den danske indsats. Hvis det går rigtigt galt i Danmark og bare rimeligt godt i Norge, er der ingen tvivl om, at Norge vil blive brugt som begrundelse for, hvorfor ansvaret skal overgå til regionerne. Men det kan selvfølgelig også være, det ikke bliver dårligere af at blive kommunalt. Det vil give stof til eftertanke.

På Center for Rusmiddelforskning har vi valgt at fokusere på de fremtidige forandringer i rusmiddelindsatsen ved at etablere et ph.d.-projekt med særligt fokus på strukturreformens betydning. Også her vil der være særlig opmærksomhed på Norge.

Mads Uffe Pedersen, Centerleder, lektor,
Center for Rusmiddelforskning
Århus Universitet,
Jens Baggesens Vej 43-45
DK-8200 Århus N
E:post: mup@crf.au.dk

REFERENCER

Service-loven (2004). [Ref. 7.3.2005. Online: [rhttp://www.retsinfo.dk/_GETDOCI_/ACCN/A20040070829-REGL](http://www.retsinfo.dk/_GETDOCI_/ACCN/A20040070829-REGL)]
Udkast til ny Service-lov (2005).