

# GADEJURISTEN

Værnedamsvej 7A, 1. • DK-1819 Frb. C • Tlf. 33 31 00 75 • Fax 33 31 00 78 • nwg@gadejuristen.dk • www.gadejuristen.dk

Til minister for sundhed og forebyggelse, Astrid Krag og social- og integrationsminister, Karen Hækkerup samt medlemmerne af Folketingets Sundhedsudvalg og Socialudvalg

21. februar 2013

Ministerens kommentarer af 11. februar 2013 til Gadejuristens henvendelse af 12. december 2012 vedrørende B1, B16 og B24, er den primære baggrund for, at vi hermed igen må henvende os til ministeren såvel som til medlemmerne af Folketingets Sundheds- og Socialudvalg med følgende bemærkninger, spørgsmål, uddybninger mv., i det vi ikke finder, at svaret fra ministeren for sundhed og forebyggelse tager fyldestgørende højde for de foreliggende alvorlige problemstillinger.

## **Vedr. de økonomiske forudsætninger, muligheder og begrænsninger**

Vi skal her bemærke, at ministeren for sundhed og forebyggelse i sine kommentarer af 11. februar 2013 undlader at forholde sig til vores bemærkninger vedrørende de økonomiske forudsætninger for en mere kvalificeret stofbrugerindsats, hvor vi i vores henvendelse af 12. december 2012 bl.a. gjorde opmærksom på, hvor dyrt det er, når vi ikke leverer en tilstrækkelig kvalificeret indsats for udsatte stofbrugere. Man kan naturligvis vælge, at den ramme, indenfor hvilken man ønsker at komme de mest udsatte stofbrugere til undsætning, er eksempelvis satspuljerammen. Men vi ville værdsætte det stort, at man i det mindste forholder sig til det i vores seneste henvendelse refererede vedrørende en canadisk cost-of-illness analyse, som peger på, at har vi så mange som ca. 8.000 IV-stofbrugere, der befinder sig helt uden kontakt med behandlingssystemet, kan alene sundhedsudgifterne ift. denne gruppe, udgifter som vi vel at mærke har ingen som helst kontrol over, beløbe sig til over 2 mia. kr. årligt. Og det spørgsmål, om ikke et sådant beløb kunne anvendes bedre, mere kontrolleret, til langt større gavn og muligvis endda med besparelser til følge, trænger sig derfor på.

## **Vedr. behovet for etablering af akuthuse**

Vi bemærker endvidere, at ministeren for sundhed og forebyggelse ikke forholder sig til vores nærmere beskrivelse af behovet for etablering af akuthuse. En beskrivelse, vi i øvrigt havde anledning til at uddybe ved bl.a. en række konkrete eksempler under vores foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg d. 22. januar 2013. Nogle af disse eksempler er listet nedenfor i denne skrivelse.

Ministeren for sundhed og forebyggelse henviser i sine bemærkninger, og som begrundelse for sin afvisning af B1 (etablering af akuthuse), blot til det satspuljefinansierede forsøg i regi af Kongens Ø, hvor målgruppen af ministeren angives som "kaotiske stofmisbrugere, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation". På dette grundlag mener ministeren herefter ikke, at der skulle være behov for at stille lovforslag med krav om to akuthuse for den samme målgruppe. Her undlader ministeren bl.a. at forholde sig til, at det igangsatte forsøg alene modtager denne gruppe af massivt belastede og ofte også livstruede stofbrugere fra ca. 10 af landets kommuner. Ministeren skylder svar på spørgsmålet om, hvorfor det ikke er den konkrete, akutte situation der skal være afgørende for at kunne komme i sikkerhed på et sådant krisecenter/akuthus, men derimod noget så tilfældigt og egentlig ligegyldigt som den pågældendes postnummer. Ministeren skylder ligeledes svar på, hvad ekstremt udsatte stofbrugere, i tilsvarende alvorlig krise, men som blot ikke har det rette postnummer, skal gøre eller kan henvises til. Ministeren kunne samtidig redegøre for, hvorfor det akutte krisecenter, efter i hvert fald vore oplysninger, ikke er tildelt den uomtvisteligt nødvendige medicinske behandlingskompetence i forhold til de indskrevne borgere? Alene

denne komplet uforståelige delkonstruktion vidner om en afgrundsdyb uvidenhed om de faktiske forhold gældende for målgruppen, og den dermed forbundne nødvendighed af *straks* at kunne medicinere stofbrugere tilhørende målgruppen efter individuelt behov. En medicinering der som absolut hovedregel ikke kan afvente den aktuelt fornødne kommunale delegation af denne behandlingskompetence, som formentlig kan tage både dage og uger at gennemføre, og som af alle disse grunde *må* befinde sig generelt hos lægen tilknyttet det akutte krisecenter. Vi er selvfølgelig bekendt med alle lægers adgang til at abstinensbehandle, men denne adgang er i gældende vejledning begrænset til en kort periode. Hvor længe en kort periode kan vare, er der ikke nærmere instruktioner på, men efter vores erfaringer fortolkes denne adgang meget snævert.

Af øvrige ankepunkter i forhold til konstruktionen af det akutte krisecenter på Kongens Ø skal anføres, at der netop er tale om en konstruktion, som kommunerne meget let kan komme til at anvende som besparende alternativ til egne visitationer til behandling eller ophold i døgnregi, jf. servicelovens § 101, som de allerede er forpligtede og finansierede til at skulle iværksætte. Allerede før dette nye akutte krisecenter åbnede, hvilket skete for knap to uger siden, så vi i Gadejuristen den første kommunale visitation til dette krisecenter, hvor kommunen blot skulle have visiteret en yngre kvinde efter de almindelige bestemmelser. Gadejuristen er bekendt med, at kvindens mor har orienteret udvalgsmedlemmerne om denne sag, jf. mail af 20. januar 2013.

Målgruppens ekstremt akutte behov, sammenholdt med kommunernes hang til at henholde sig til alt for langsommelige standardvisitationsprocedurer og den aktuelt ubestrideligt udviste interesse i at spare penge, ikke mindst i forhold til udsatte, betyder, at det er afgørende, at målgruppen af så akut belastede, livstruede stofbrugere kan indskrive sig selv, og blive taget hånd om straks, ikke mindst medicinsk. Akuthusene, som vi opfatter dem foreslået, vil ikke være afhængige af, at kommunerne udarbejder eller får mulighed for at tilbyde handleplaner først eller af, at de får uddelegeret den medicinske behandlingskompetence til stedet forud for indskrivning eller blot hurtigt nok til at et ophold overhovedet vil lykkes. Begge dele er, efter vores oplysninger, forudsætninger for, at målgruppen kan lade sig indskrive på Kongens Øs akutte krisecenter. Uden denne delegation kan en læge, som allerede nævnt, alene abstinensbehandle for en kort periode, hvilket formodentlig sjældent vil kunne dække den enkeltes behov.

Sidst skal nævnes, som også debatteret under førstebehandlingen, at man har valgt en placering for det akutte krisecenter, som en del stofbrugere har stærk antipati imod og dårlige erfaringer med. Kongens Ø er nemlig en 12 trins-/Minnesota-orienteret institution, dvs. baseret på en behandlingsideologi, som har en række amerikanske domstoles ord for at være religiøs behandling, baseret på religiøse tekster, hvorfor det amerikanske folk i øvrigt kan påberåbe sig den forfatningssikrede religionsfrihed og undgå behandling på sådanne steder. For stofbrugere, der enten ønsker eller som vi erfaringsmæssigt ved vil komme til at opleve at have behov for substitutionsmedicin i mange år frem, evt. resten af tilværelsen, vil det være overordentligt svært at opnå gavn af ophold i et sådant regi, hvor man hyppigt, hvis ikke konstant, taler om den optimale tilstand som "clean", eller det kritikere kalder "medicinsk ubehandlet", tæller dage og år for "clean-time" og også dyrker deltagelse i NA-møder, hvor substitutionsbehandlede – uanset hvor stabile og velfungerende de så er – ikke må tale. De har nemlig ikke noget relevant at bidrage med. De er ikke "clean", og når man ikke er "clean", må man jo så være det modsatte, "dirty". Nogle (mange?) vil utvivlsomt komme fra sådant behandlingsregime med alvorlige – og helt unødige – behandlingsskader. Det skal nævnes, at vi naturligvis har forelagt denne alvorlige bekymring for Kongens Ø og det skal retfærdigvis nævnes, at man lader forstå, at man er opmærksom på denne problemstilling. Men den løses selvsagt ikke ved sådan opmærksomhed alene. Og den er kun med sikkerhed løst ved at der etableres akuthuse, gerne i statsligt regi, som foreslået ved B1, og i hvert fald helt uafhængigt af 12 trins-/Minnesota-ideologien eller andre religiøse doktriner, således at man sikrer kriseramte, livstruede stofbrugere et tilsvarende tilbud, men uden for 12 trins-regi.

Vi skal i denne sammenhæng minde om, at en meget stor andel af målgruppen for akuthusene har forskellige psykiske lidelser og dermed er (mindst) dobbeltbelastede. Som nyligt anført af ministeren for

sundheds og forebyggelse selv<sup>1</sup> vedrørende sådan 12 trins- /Minnesotabehandling (herunder også, når selvsamme kalder sig noget andet, som eksempelvis Gorski eller Cenaps), er der *"ikke i tilgangens metodik indbygget dobbeltfokus i forhold til psykisk lidelse"* og *"ingen dokumentation af effekten af denne tilgang overfor dobbeltbelastede"*.

### **Det frie valg i forhold til den substitutionsmedicinske behandling, hvor blev det af?**

Ministeren for sundhed og forebyggelse udlægger dertil en af vores væsentligste pointer i vores henvendelse af 12. december så selektivt, at også dette må præciseres. Ministeren anfører i sine bemærkninger, at Gadejuristen mener, at "behandlingsplaner for og lægesamtaler med stofbrugere" ... "vil være det vigtigste enkeltstående tiltag i forhold til at sikre kvaliteten, patientrettigheder samt udvidelse af adgangen til behandling". Men her udelades den efter vores vurdering og mangeårige erfaring absolut væsentligste ingrediens, nemlig at sikre stofbrugerne frit valg i forhold til den substitutionsmedicinske behandling. For hvad nytter det for den enkelte at have ret til en lægesamtale indenfor eksempelvis 3 dage, hvis denne lægesamtale ikke fører til et relevant medicinsk behandlingstilbud? Hvis den pågældende fortsat er voldsomt plaget af abstinenser, men overladt til selvmedicinering på det illegale stofmarked, fordi den ene lægekonsulent man i en mindre kommune kan henvende sig til afviser at ordinere den dosis man har brug for? Eller hvis lægekonsulenten i en anden mindre kommune, som kun er tilgængelig nogle timer en gang ugentligt, forvalter det aktuelt gældende monopol i substitutionsbehandlingen på en sådan måde, at vedkommende afviser ordination af søgt metadonbehandling og alene vil ordinere buprenorphin (Subutex eller Suboxone), som patienten ikke ønsker ordineret eksempelvis som følge af tidligere erfaringer med ulidelige bivirkninger (typisk kronisk hovedpine, ringe eller ingen søvn og vedvarende kvalme), hvor denne patient ligeledes er henvist til fortsat medicinering på det illegale stofmarked. I forhold til sådanne tilfælde nytter det på absolut ingen måde at påpege, at disse så ekstremt udsatte patienter har klagemulighed, derved at de kan klage til Patientombuddet, dette ikke mindst som følge af denne klageinstans ekstremt lange klagesagsbehandlingstid. Vi er aktuelt selv partsrepræsentanter i flere klagesager ved Patientombuddet, der her efter over 2 års sagsbehandlingstid endnu ikke er færdigbehandlede. Risikoen for, at man har mistet sin bolig som følge af økonomisk ruin eller at man er afgået ved døden - en unødigt og alt for tidlig død - inden Patientombuddet har talt, er for stor.

Spørgsmålet om frit valg i forhold til substitutionsmedicinsk behandling er i øvrigt ikke blevet mindre aktuelt efter Sundhedsstyrelsens nylige udsendelse af en helt horribel skrivelse til de kommunale behandlingsinstitutioner, hvor Sundhedsstyrelsen dikterer den lægelige ordination i forhold til den enkelte opioidafhængige patient, eller i det mindste i forhold til en fuldstændig vilkårligt angivet procentandel på 50, som styrelsen åbenbart mener, skal ordineres en bestemt form for substitutionsmedicin. Dygtige, ansvarlige læger vil forhåbentlig blot ryste på hovedet af denne håbløse skrivelse. Men specialfagligt mindre kompetente læger eller ekstremt travle læger, der blot et par timer om ugen på konsulentbasis varetager denne patientgruppe i hundredtal, eller den læge, som har ansvaret for flere end 700 patienter i substitutionsbehandling, vil med stor sandsynlighed komme til at gøre alvorlig skade på deres patienter. Om ikke andet, så for ikke at rage uklar med Sundhedsstyrelsen, der truer med at afkræve redegørelse fra de kommuner, der ikke retter ind og producerer det afkrævede i slutningen af indeværende år.

De første sager, hvor uønsket skift af substitutionsmedicin fra metadon til buprenorphin søges presset igennem, ikke til patientens bedste, ej heller i overensstemmelse med patientens ønske, men blot med lægens henvisning til "kravene fra Sundhedsstyrelsen" jf. denne nylige skrivelse fra styrelsen, er allerede landet hos os. Det må nødvendigvis nævnes, at vi selvfølgelig kender Sundhedsstyrelsens gode intentioner med kravet om prioritering af anvendelsen af et bestemt præparat, buprenorphin. Man forestiller sig, at dette vil nedbringe den alt for høje stofbruger dødelighed. Spørgsmålet er imidlertid, hvor fagligt velfunderet dette egentlig er? Os bekendt er dødeligheden for buprenorphinbehandlede faktisk ikke mindre end hos patienter i metadonbehandling, dette ikke mindst som følge af, at så mange dropper ud af buprenorphinbehandling, hvorefter de i stort omfang fortsætter eller genoptager illegalt stofbrug, ligesom retentionen, altså fastholdelsen, i metadonbehandling er højere.

---

<sup>1</sup> Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2011-12, SUU Alm.del endeligt svar på spørgsmål 880, <http://www.ft.dk/samling/20111/alm.del/suu/spm/880/svar/909225/1162799/index.htm>

### **At stofbehandlingssystemet har enorme udfordringer er – desværre – på ingen måde en nyhed.**

Gadejuristen har ved adskillige anledninger forsøgt at gøre opmærksom på de enorme problemer, som særligt visse kommunale enheder i landet frembyder i forvaltningen af den, endnu, monopoliserede livreddende substitutionsmedicinske behandling, dvs. behandling af den opioidafhængige med metadon, buprenorphin mv. En gennem årtier veldokumenteret behandlingsform, hvor man som velbehandlet – hvilket udover fornøden og ønsket medicinordination også kan forudsætte individuelt fornøden sociale støtte – eksempelvis kan påtage sig arbejde, gennemføre uddannelse og køre bil. Man kan også fuldt ud tage sig af sine børn. Stabil substitutionsbehandling med fx metadon eller buprenorphin reducerer ikke i sig selv forældreevne, og dette gælder uanset den enkeltes dosis, hvis blot den enkelte er ordineret, hvad vedkommende har brug for og sikres let adgang til i godt samarbejde med behandlende læge efter behov at variere dosis, i den ene eller den anden retning, eftersom dosisbehov for samme patient kan ændre sig over tid. På netop dette punkt kunne de danske retningslinjer for gravide og forældre være langt mere kvalificerede og opdaterede end tilfældet er og vi finder det i øvrigt i Gadejuristen uhyre ærgerligt, at etablering af et såkaldt videncenter for nogle år siden, ledsaget af et enormt støttebeløb via satspuljen, endnu ikke har afstedkommet fornøden kvalificering af de hjemlige retningslinjer. Som kompensation kan vi dog lykkeligvis trække på de nye og meget grundige norske retningslinjer i stedet. Af disse fremgår følgende vedrørende spørgsmålet om substitutionsbehandling og forældreevne:

”Det er to medikamenter som gis innenfor rammen av LAR [= lægemiddelasistert rehabilitering], metadon og buprenorfin (Subutex®, Suboxone®). Disse medikamentene gir ingen rusvirkning hos en opioidavhengig som er stabilisert på rett dosering og hvis det inntas som forskrevet. Medikamentene påvirker derfor ikke i utgangspunktet omsorgsevnen til personer som har en opioidavhengighet.”<sup>2</sup>

Det er vores erfaring, at en meget stor andel af sagsbehandlerne i de kommunale børneforvaltninger, men ulykkeligvis gælder det samme også mange behandlere på de kommunale behandlingscentre, og endda også læger (!), ikke er bekendt hermed og at de derfor kommer til at behandle også stabilt substitutionsbehandlede, som havde de et ”misbrug”, ligesom alt for mange af sagsbehandlerne/behandlere, som følge af denne uvidenhed, betegner lægelig substitutionsbehandling som ”fortsat misbrug” og de anvendte præparater som ”misbrugsmedicin”. Vi ser tilmed eksempler på unødige tvangsfjernelser af børn på dette uoplyste grundlag og har ikke ord for, hvor påtrængende nødvendigt det er, at der snarest overhovedet muligt sikres massiv opkvalificering på området. Dette naturligvis først og fremmest for at undgå unødige anbringelser af børn, hvilket knuser de ramte forældre, men også for at sikre, at forældre der har været stof- og medicinfrige efter opioidafhængighed og som genoptager stofbrug eller blot igen får behov for medicinering, faktisk betrygges i forhold til at søge behandlingssystemet, og at gøre det i tide – dvs. inden tilværelsen bryder sammen og børnene må fjernes. Ikke på grund af manglende forældreevne i udgangspunktet, men fordi hjælpeapparatet savner faglig viden.

At den såkaldte ”behandlingsgaranti”, jf. servicelovens § 101, stadig lider under væsentlige udfordringer af såvel forvaltningsmæssig som faglig karakter, hvilket stofbrugere med behandlingsbehov og -ønske betaler en meget høj pris for og som gør gennemførelsen af forslagene i B1, B16 og B24 til en indiskutabel nødvendighed, er på ingen måde en nyhed. Desværre. Den såkaldte ”behandlingsgaranti” er nu gældende på 11. år og forvaltes efter vores erfaringer fortsat ulovligt i alt for stort omfang

Fsva. ulovlig forvaltning af ”behandlingsgarantien”, gjorde Gadejuristen Folketinget opmærksom på konstateret ulovlig forvaltning af bestemmelsen helt tilbage i november 2006 og havde dengang også foretræde for Socialudvalget. De fra visitationsmyndighederne indberettede data viste imidlertid, at det gik ganske godt, hvorfor man – på denne baggrund vel forståeligt – var mindre tilbøjelig til at tage vores bekymringer alvorligt.

---

<sup>2</sup> Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, p. 98, <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-av-familiene-frem-til-barnet-nar-skolealder/Sider/default.aspx>.

Vi må altid tage det forbehold, at vi som gadejurister direkte går efter at befinde os og være til rådighed i de 'mørkeste hjørner' og her kan møde en overrepræsentation af ringe forvaltning samt deciderede ulovligheder. Det forbehold tog vi også dengang.

Primo 2007 bragte Berlingske Tidende en række fortællinger fra stenbroen, hvor stofbrugere i nød fortalte, hvor vanskeligt det var for dem at opnå (relevante) behandlingstilbud. Det tjener den daværende socialminister, Eva Kjer Hansen, til ære, at hun nu på denne baggrund iværksatte en undersøgelse af forvaltningen af "behandlingsgarantien". Undersøgelsen lå allerede klar ca. et halvt år senere og viste ved dens offentliggørelse d. 25. maj 2007, at vi havde mere ret i vores bekymring end frygtet. I hele 41,5 pct. af afgørelserne var behandlingsgarantibestemmelsen ikke overholdt.

I 2009 publicerede SFI en række rapporter om dansk stofbehandling, der desværre igen pegede på, at mange af de, der dog er indskrevne i behandlingssystemet, får så godt som ingen, og i hvert fald ikke struktureret og målbaseret psykosocial eller social behandling, men har ønsker om en hel del mere. De oplever allerhøjst at have adgang til diverse ad hoc hjælp, typisk i situationer af akut karakter, men heller ikke mere og de pligtige behandlingsplaner, og handleplaner, foreligger hyppigst ikke.

I januar 2012 var det nu Rigsrevisionen der supplerede med en ganske hård kritik, ikke mindst af den sociale behandling, jf. servicelovens § 101, herunder også af fraværet af handleplaner/behandlingsplaner, kommunernes manglende udarbejdelse af de lovpligtige kvalitetsstandarder mv. Det er i øvrigt vores klare vurdering, at begge ressortområder, Socialministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, slap for let gennem denne revision. Så vidt vides undersøgte man ikke, der blev i hvert fald ikke foretaget stikprøver, de indberettede og i rapporten anvendte data for visiterende myndigheders forvaltning af "behandlingsgarantien", jf. servicelovens § 101, og det ses heller ikke, at man på nogen relevant måde er dykket ned i det egentlige lægelige arbejde på området. Alene den ovenfor skitserede historik vedrørende behandlingsgarantiens manglende overholdelse, og de klare tegn på alvorlige problemer forbundet med kvaliteten af de af de visiterende myndigheder selvrappede data, burde have ført til, at man ikke blot ukritisk havde lagt det af visitationsmyndighederne selvrappede til grund.

I november 2012 konstaterede Sundhedsstyrelsen i årsrapporten "Narkotikasituationen i Danmark", som også allerede nævnt ovenfor, at et meget stort antal af de mest belastede stofafhængige, dem der nemlig injicerer, står helt udenfor behandlingssystemet. I værste fald flere end 8.000. Dette er et stort problem, af menneskelige såvel som af økonomiske grunde, jf. også vores henvendelse af 12. december 2012. At det kan være så stort et antal, er vi imidlertid ikke overraskede over. Vi ser i vores gadeplans- og øvrige arbejde, at mange har givet op. Vi ser, at mange end ikke har troen på, at det faktisk vil være en hjælp at prøve at søge hjælp. Vi ved, at mange oplever, når de prøver at søge hjælp, ikke blot at blive behandlet i strid med lovgivningen. De beretter også om at blive behandlet med mistillid, ringeagt, ydmygende og nedladende og især evindeligt at blive bebrejdet deres manglende "motivation". Selv om man kunne formode, at de behandles bedre, når vi deltager som bisiddere må vi sige, at også vi kan rystes over den grove tilgang. På denne baggrund bør man rejse det spørgsmål, om det bør opfattes og udlægges som manglende "motivation", når så mange falder fra eller viger udenom? Måske er der blot tale om, at man herved forsøger at beskytte sig selv. Mod flere overgreb. Kunne dette måske ligefrem være et sundhedstegn? Den dag, hvor ethvert møde mellem den socialt udsatte og det såkaldte "hjælpeapparat", vurderes og måles på den af den udsatte oplevede nytteværdi, bliver en overordentlig god dag.

Når man læser Folketingets førstebehandling af L37, oktober 2002, behandlingsgarantien, efterlades man ikke i tvivl om de gode politiske intentioner i et på dette felt på daværende tidspunkt ellers sjældent enigt Folketing. Men forskellen på intentionerne og den faktiske virkelighed er, set fra en gadevinkel, enorm.

#### **Hvem har brug for Folketingets gennemførelse af forslagene i disse tre beslutningsforslag (og mere til)?**

Når vi henvender os til Folketinget og regeringen, sker det på baggrund af viden oparbejdet gennem snart 14 år på gadeplan som gadejurister blandt stærkt udsatte stofbrugere m.fl. og på baggrund af erfaringer fra tusinder af sagsforløb vedrørende primært stofbrugere tilhørende efterhånden over 70 pct. af landets

kommuner. For os at se, er vi på denne baggrund i besiddelse af en viden om nød og elendighed der forpligter. Den forpligter os. Og den bør også forpligte det politiske niveau. I det følgende nogle konkrete eksempler fra vores praksiserfaringer:

Hvem har brug for gennemførelsen af disse forslag? Det har den svært lidende, livstruede stofafhængige, som ved anmodning om stofbehandling blot får besked om – i strid med behandlingsgarantien – at han må komme tilbage fx en måned senere. Der er fastsat en 14-dages frist, og retskravet indbefatter, at der indenfor disse 14 dage iværksættes et psykosocialt behandlingstilbud iht. en behandlingsplan. Hvad skal han gøre, hvis hans situation er så ekstrem og kaotisk, at han ikke kan vente denne måned? Skal han klage? Og få afgørelsen fra Det Sociale Nævn ca. 6 måneder senere – hvis han da er heldig. Hvad skal han gøre, hvis han ikke sikres mulighed for at henvende sig i et akuthus, såfremt han, sammen med udsatte borgere tilhørende helt op til ca. 90 pct. af landets kommuner, på forhånd er udelukket fra forsøgsprojektet, det akutte krisecenter på Kongens Ø, fordi han har det forkerte postnummer?

Det har det hårdt pressede menneske, som søger stofbehandling i sin kommune, og som får en afgørelse, der eksempelvis lyder sådan her: "Du visiteres til udredning og udarbejdelse af behandlingsplan. Varighed: 2 måneder". En klar tilsidesættelse af behandlingsgarantiens klare, korte frist som her egenhændigt forlænges fra 14 dage til 2 måneder.

Det har den mand, som med sin ansøgning om stofbehandling ønsker at blive ikke blot stoffri, men også medicinfri. Han ordineres metadon – og intet andet. Da Gadejuristen henvender sig på hans vegne, bliver følgende meddelt fra mellemliderniveau: "Her i kommunen siger vi, at behandlingsgarantien altså er opfyldt, når han har fået sin medicin". Dette sagt ganske nyligt og dermed over 10 år efter at behandlingsgarantien, der alene omhandler den psykosociale behandling og ikke den substitutionsmedicinske behandling, som har hjemmel i sundhedslovens § 142, blev gennemført. Vi må blot konstatere, at visiterende myndigheder fortsat ikke kender bestemmelsen i servicelovens § 101.

Det har den meget unge, hjemløse mand, som – da vi nyligt lærte ham at kende – havde kæmpet i et år for at få et behandlingstilbud, som han også ville kunne profitere af. Sagens akter viser med al tydelighed, at de tilbud han har fået i ambulant regi, hverken overholder behandlingsgarantien eller har været tilstrækkelige i det konkrete tilfælde. Men det kommunale center beskriver ham blot som "ikke motiveret". Og oplever sig vel dermed behageligt befriet for ethvert ansvar i enhver henseende. Denne unge mand var desperat efter at få fornøden hjælp – han anmoder gentagne gange, også jf. journalnotaterne, om visitation til døgnbehandling for at komme i skærmet regi – og på et tidspunkt bryder ind på en lukket psykiatrisk afdeling. For at blive indlagt. Er det ikke at vise "motivation"? Gennem dette onde år var han hospitalsindlagt i sammenlagt godt 7 måneder på 6 forskellige hospitaler, blandt andet i forbindelse med ikke færre end 10 forgiftninger/overdoser. Det er mest af alt et under, at han overhovedet har overlevet.

Det har det par, som en skruppelløs underverden hævder, er debitorer i forhold til en narkotikagæld på kr. 1.000. Parret tror, at der er indgået en aftale om betaling af denne gæld. Men det er der åbenbart ikke, eller måske er gælden blot solgt videre til endnu mere skruppelløse kriminelle? Hvem der ejer ens gæld, kan man aldrig vide i denne parallelverden. Pludselig står der folk i deres lejlighed, som stikker manden flere steder på overkroppen med en kniv og tæver ham med et støvsugerør, mens hans storbløder fra knivsårene. Hun bliver taget med til en anden lejlighed, hvor hun voldtages og ydmyges gennem flere timer. Alt sammen som afdrag på narkotikagælden. Underverdenen følger *ikke* kreditorforfølgingsreglerne. Sådan afstraffelse bliver ofte slet ikke politianmeldt. Det tør man simpelthen ikke. Man har typisk stort set ingen informationer om gerningsmændene, og hvis politiet overhovedet lykkes med at nærme sig dem under efterforskningen, bliver ondt hurtigt meget værre for ofrene. I flere uger tør dette par end ikke overveje at anmelde dette brutale overfald. De gemmer sig. Er på flugt. Og kommunen afviser blot blankt deres anmodning om at blive sendt i døgnregi, selvom de end ikke længere kan møde frem på det lokale behandlingscenter, og derfor heller ikke kan hente den nødvendige daglige substitutionsmedicin, fordi de frygter, at gerningsmændene vil vente på dem der. Først ved Gadejuristens indtræden i sagen lykkes det dem at få et døgntilbud, hvorefter de i øvrigt i dette konkrete tilfælde også finder modet til at foretage politianmeldelse. Kvinden husker adressen på det sted, hvor voldtægten mv. foregik, hvorfra

gerningsmændene ikke havde fjernet de under voldtægterne anvendte kondomer, da politiet ankom og som politiet derfor fik fat i. De blev dømt. Men de er snart ude igen. Parret er fraflyttet deres lejlighed i sikkerhedsfremmende øjemed. Men de føler sig ikke sikre nogen steder.

Det har den kvinde, traumatiseret fra tidligste færd, som gennemført usaglige årsager, pålægges ophør med brug af lægeordineret substitutionsmedicin i form af metadon som forudsætning for at opnå et inderligt ønsket psykosocialt behandlingstilbud i form af et individuelt terapeutisk forløb. Hun prøver mange gange at trappe ned, uden at det lykkes hende at blive også medicinfri. Hun vælger så officielt at trappe ud af sin medicin, men supplerer blot tilsvarende på det illegale marked. Da hun er "medicinfri", tror de, visiteres hun endelig til det så længe ønskede psykoterapeutiske behandlingstilbud, der forløber over et lille år, hvor hun dog afkræves urinprøver, hvorfor hun altid ved fremmøde har en beholder i skeden indeholdende andres stoffrie urin. Hun får megen ros for sit store engagement og udvikling i dette forløb. Og ikke mindst for at være blevet "clean"... Hun har haft stor gavn af det terapeutiske forløb, men de titusindvis af kroner, som hun undervejs måtte anvende på indkøb af illegalt erhvervet medicin ruinerer hende fuldstændig.

Det har den mand, som ringer desperat fra en provinsby, hvisker, at han gemmer sig bag en busk, "de er efter mig, de vil have mig til at gøre alt muligt, jeg vil ikke, jeg vil bare ikke". Dvs. begå indbrud, sælge stoffer, indløse falske checks mv. – alt sammen under trusler om vold, afklipping af fingre mv. Han har i flere dage ikke kunnet opholde sig i sin bolig og ej heller har han kunnet hente den lægeordnede substitutionsmedicin, der ellers kunne holde abstinenserne – og den kriminelle underverden – fra døren. Han er både metadon- og benzodiazepinafhængig, og særligt benzodiazepinabstinenserne frygter han nu. I værste fald kan der blive tale om krampeanfald med dødelig udgang. Hvor skal han gå hen? Vi har i Gadejuristens regi sidste år ved hjælp af en donation fra Bikubenfonden kunnet etablere en beskyttelsesmulighed i sådanne tilfælde. Men ingen kan mene, at det er hverken rimeligt eller hensigtsmæssigt, at vi må påtage os en sådan opgave. Men det gør vi. Som en nødløsning i en undtagelsestilstand.

Det har ham, som vi møder i København, men som kommer så langvejs fra som man næsten kan og som tog afsked med sin hjemby med udsigt fra øjenkrogen til en pistol rettet mod tindingen. Pistolen blev holdt af nogen der lød som om, de talte russisk, fortalte han. Han var massivt undermedicineret (metadon), den enlige lokale kommunelæge havde gennem måneder forvaltet det tildelte substitutionsmedicinske behandlingsmonopol på den måde, at manden blev nægtet en øget dosis metadon, trods massive abstinenser i halvdelen af døgnet, hvorfor manden var henvist til at frekventere det illegale stofmarked på daglig basis og herved havde oparbejdet en nu ubetalelig gæld. Han har efterfølgende måttet fortsætte sin flugt gennem to andre kommuner. Begge steder har lægerne imidlertid imødekommet hans, i øvrigt ganske gennemsnitlige, substitutionsmedicinske dosisbehov. Så han er da i det mindste i dag blevet fri for de ulidelige abstinenser. Men det forudsatte først en langvarig flugt og dertil flytninger til flere nye kommuner. For sådan er vilkårene i sådanne situationer, så længe stofbrugerne ikke tilkendes frit valg i forhold til substitutionsmedicinsk behandling. Og så længe de ikke kan søge ly i et akuthus.

Det har de kronisk stressede, ofte også sindslidende, stofafhængige, som ganske enkelt ikke formår at følge kommunernes alt for langsommelige standardvisitationsprocedurer, hvor de forventes at stille til samtale efter samtale, ofte hamrende abstinente, fordi de kan komme til at vente længe på den lægesamtale, der kan udløse den fornødne stabiliserende substitutionsmedicin, som i mange af sådanne tilfælde igen er en forudsætning for overhovedet at kunne deltage i den indledende udredning. En ond cirkel. Fordi den substitutionsmedicinske behandling ikke er omfattet af nogen behandlingsgaranti. Gennemførelse af såvel krav på lægesamtale indenfor maksimum tre dage og tildeling af frit valg i forhold til substitutionsmedicinsk behandling er en absolut nødvendighed for at komme disse mennesker til undsætning.

Det er sådanne stærkt udsatte borgeres behov Folketinget og regeringen må forstå nødvendigheden af at kunne imødekomme og håndtere adækvat. Og i Gadejuristen har vi ikke set bedre forslag, end disse tre aktuelle. Vi har ingen som helst grunde til at tro, at kommunerne vil formå at kunne løfte opgaverne selv,

og i hvert fald ikke, når opgaven stiller krav om afvigelse fra standardprocedurerne. De er ikke i alle tilfælde dygtige nok. Og de har heller ikke i alle tilfælde tilstrækkelig vilje.

### **Vores behandlingsindsats udviser, mildt sagt, ikke ret gode resultater – hvad kan Folketinget gøre?**

Dette spørgsmål var ét af de spørgsmål vi blev stillet under vores foretræde d. 22. januar 2013. Der er meget at gøre. Og socialminister Karen Hækkerup har lykkeligvis varslet en længe ventet national faglig standard.

Det er blot ikke nok. Langt fra. Det er nemlig helt afgørende, at denne standard som minimum udarbejdes i samarbejde med ministeren for sundhed og forebyggelse. Ellers er vi stort set lige vidt. Den konkrete behandlingsindsats vil altid være mindst lige så fragmenteret og usammenhængende i praksis, som den er ved centralt hold. Og det ansvar må det centrale hold påtage sig at løfte.

Derudover må man snarest ophøre med at stille helt urealistiske krav og forventninger om, at alle skal blive ikke blot stoffrie, men også medicinfrie. Altså blive "clean", så man er ikke længere "dirty". Faktum er, at selv i den lille selekterede skare af opioidafhængige (heroin-, metadon-, buprenorphinafhængige) der visiteres til de mest intensive og dyreste døgnbehandlingsforløb, har langt hovedparten, nemlig 8 af 10, genoptaget brug af opioider inden der er gået et år. Selv blandt den forsvindende lille skare der formår at holde sig stof- og medicinfrie i 15 år, genoptager 25 pct. herefter stofbrug. Konklusionen er, at der er en meget høj grad af kronicitet og/eller tilbagevenden over især denne form for stofafhængighed.

Det lykkelige er dog, at man kan leve et rigtig godt og stort set almindeligt liv, jf. også ovenfor, *med* substitutionsmedicin som fx metadon, buprenorphin – ja, eller lægeordineret heroin. Men det forudsætter, at man behandles som det man er, en patient, der har patientrettigheder og som et menneske, der ikke mødes af fordomme, og som ikke påføres stigma af politiske eller religiøse idealer om "det rene liv" mv. Det forudsætter, at vi i forhold til stofafhængige erklærer hele landet for stigma-fri zone og endelig inviterer stofbrugerne indenfor.

Faktum er, at vi – desværre – har en lang tradition for alene at interesse os for udkomme af stofbehandlingsindsatsen, der primært har interesse for omverdenen. Dette helt uafhængigt af, om stofbrugerne faktisk får det bedre eller værre efter at være blevet stof- og medicinfrie.

Faktum er, at stofbrugerne ikke nødvendigvis får det bedre af at blive stof- og medicinfri. Alt for mange får det værre.

Man må på denne baggrund i stedet finde frem til at måle på ganske andre, og for stofbrugerne – og også for os andre – langt mere relevante parametre. Ikke mindst på den af dem selv oplevede livskvalitet. Også stofbrugere har ofte ønsker om at komme til at leve så almindelige liv som muligt med arbejde, familie osv. De er slet på en række punkter slet ikke så forskellige fra os andre, som mange vel nok tror. Også af denne grund kunne det være hensigtsmæssigt at måle behandlingsindsatsen på, hvor mange der kommer i arbejde, eller under uddannelse, hvor mange der bliver i stand til at beholde deres børn i hjemmet, eller at få hjemgivet deres børn. Om de så er behandlet med substitutionsmedicin eller ej. Sådanne mål ville mange stofbrugere finde uhyre meningsfulde. Kunne også det politiske niveau finde sådanne mål meningsfulde, ville et væsentligt skridt allerede være taget.

Akuthuse, såvel som forslaget om en substitutionsmedicinsk behandlingsgaranti med krav på lægesamtale inden 3 dage og med retten til frit at vælge substitutionsmedicinsk behandlingssted, samt udvidelse af den heroinunderstøttede behandling i forhold til såvel antal pladser som indtagelsesmåder (dvs. rygning samt snifning, og ikke ved "næsespray"), er alle helt afgørende tiltag til gavn for forskellige grupper af meget hårdt belastede stofbrugere.

Forslagene må og skal have jeres støtte. De bør betragtes som absolut nødvendige nødløsninger i en undtagelsestilstand. Det handler om stofbrugeroverlevelse. Det handler om menneskelighed. Det handler om retfærd for nogle af vores allersvageste medborgere. Det handler om værdighed. Vores alles værdighed.



Afslutningsvis ønsker vi at kvittere for ministerens venlige velkomst af vores bidrag i anledning af Folketingets behandling af disse tre beslutningsforslag. Der er vedholdende og omfattende faglige diskussioner i både brugerforeninger og øvrigt fagmiljø på dette område, men desværre en meget svag tradition for også at tage det skridt at rette officiel henvendelse til det politiske niveau med gode forslag eller kritik af det eksisterende. Under de aktuelle faglige udvekslinger om de tre beslutningsforslag har vi modtaget en række bidrag og indlæg fra gode fagpersoner, to af disse kan vi vedlægge denne henvendelse, nemlig et bidrag fra konstitueret afdelingslæge Susanne Dam (bilag 1) samt et bidrag fra sygeplejerske Nina Brünés (bilag 2). Begge bidrager særligt i forhold til behovet for akuthuse, eller "akutte aflastningspladser", om end med hver sin faglige vinkel, viden og konkrete erfaringer.

Vi skal dertil, som også gjort ved tidligere lejligheder, tillade os at opfordre til den snarest mulige etablering af et uafhængigt nationalt narkotikaråd, ligesom vi skal appellere til, at der snarest udarbejdes en samlet narkotikapolitisk handleplan. Behovet for begge dele er enormt.

Med venlig hilsen og på vegne af

The Street Lawyers  
**GADEJURISTEN**  
HARDCOREHARMREDUCER

Nanna W. Gotfredsen  
Cand. Jur., leder  
Mobil nr.: 26 79 19 69

*Sendt pr. e-mail d. 21. februar 2013*

---

**GADEJURISTEN** blev etableret i 1999, og er en udgående specialiseret retshjælpsorganisation for socialt udsatte borgere, overvejende stofbrugere. Vi har godt 4.000 personkontakter (inklusive overlap og gengangere) på gadeplan i København, Odense og Aarhus og har over årene behandlet tusinder af sager vedrørende svigt i det etablerede behandlingssystem.

Humblebæk 21.1.2013

Vedrørende behov for akuthuse som behandlingstilbud til stofmisbrugere

Undertegnede er speciallæge i infektionsmedicin og har de seneste 19 år arbejdet på flere hospitaler i Region Hovedstaden herunder Hvidovre Hospital, Gentofte Hospital og Rigshospitalet. Som intern mediciner møder jeg ofte patienter med stofmisbrug i såvel akutforløb som skadestuebesøg eller indlæggelsesforløb. I mit speciale er der også en stor andel af de ambulante forløb, hvor stofmisbrugere kommer til behandling af infektioner som HIV eller leverbetændelse.

Det optimale patientforløb skulle gerne dække såvel de somatiske problemstillinger samt henvise til relevante misbrugscenter og psykiatriske eller sociale tilbud. Sidstnævnte er beklageligvis ofte besværligt eller decideret umuligt. Ikke sjældent opleves, at en patient med misbrug, som netop har fået konstateret en svær sygdom som HIV eller har været indlagt med svær sygdom som betændt hjerteklap, er meget motiveret for at indgå i et behandlingsforløb. Desværre er det ofte særdeles svært at efterkomme dette ønske. Såfremt personen er uden fast adresse, er det kompliceret grænsende til umuligt at finde gennem det kommunale visitationssystem til et relevant tilbud. Uanset om patienten har adresse eller ej, tager det ofte uhensigtsmæssig lang tid at finde en løsning for en patient, der har akutte misbrugsrelaterede behandlingsbehov.

Med baggrund i min erfaring fra hospitalssektoren kan jeg derfor kun bekræfte, at der er et stort behov for at etablere akutte, ikke præ-visitede tilbud til personer med stofmisbrug.

Med venlig hilsen

  
Susanne Dam Poulsen

Konst. afdelingslæge, dr.med.

Klinik for Infektionsmedicin og Reumatologi

Rigshospitalet

## Akutte aflastningspladser til socialt udsatte – fra færdigbehandlet til rask

### **Baggrund:**

Igennem en årrække har flere hospitaler i københavnsområdet haft socialsygeplejersker ansat i et udviklingsprojekt. Formålet med indsatsen var at støtte den socialt udsatte patient under indlæggelse, give faglig sparring til personalet og sikre en vellykket udskrivelse.

Baggrunden for indsatsen med en socialsygeplejerske skal ses i lyset af, at mange stofmisbrugere og andre socialt udsatte kunne berette om dårlige og til tider krænkende oplevelser, når de var indlagte. De oplevede, at de ikke blev tilstrækkeligt abstinensbehandlet eller ikke fik den smertestillende medicin de havde brug for. De oplevede, at tonen var hård og at de tit blev misforstået.

Omvendt oplevede personalet en gruppe patienter, som var svære at rumme, da de vanskeligt forstod og indordnede sig de regler og rutiner, der nu engang er på et hospital. Patienterne blev oplevet som medicinplæderende og til tider truende i deres adfærd. Når patienten skulle udskrives herskede der stor tvivl om, hvem, hvad og hvor personalet skulle udskrive patienten til, da tilbuddene til denne gruppe kan være en jungle af forskellige tilbud fra private aktører, frivillige organisationer såvel som kommunale tilbud med andre visitationsregler end de gængse.

Ved at ansætte socialsygeplejersker, der har bred erfaring indenfor misbrugs-, hjemløse- og udsatteområdet, som har en særlig ekspertise i forhold til arbejdet med denne patientgruppe og som har oparbejdet et stort fagligt netværk til øvrige tilbud i kommunen, har både patient og personalet fået en kvalificeret sparringspartner, der hjælper til at sikre kvalitet i behandlingen, øget patienttilfredshed og vellykkede udskrivelser.

Imidlertid er selv den bedste indsats og de bedste intentioner ikke altid tilstrækkelig. Socialsygeplejerskerne står fortsat ofte med et stort og til tider uløseligt problem, når den socialt udsatte patient skal udskrives.

Hospitalerne bliver mere og mere specialiserede og accelererede patientforløb er blevet et mantra. Det betyder, at når en patient er færdigbehandlet, så er patienten klar til at blive udskrevet. Men det betyder ikke, at patienten nødvendigvis er rask. Konsekvensen af dette er, at vi har en gruppe patienter, som på baggrund af deres sociale situation, må udskrives til gaden eller til en ganske uholdbar situation i eget hjem. Det kan være patienter, der netop har gennemgået en større hofteoperation eller har været indlagt med en alvorlig lungeinfektion. I begge tilfælde er patienterne færdigbehandlede, men er fortsat svækkede og har i flere tilfælde brug for sygepleje og i mange tilfælde brug for at komme til kræfter i nogle rolige, omsorgsfulde omgivelser. Det behov kan gaden eller et herberg ikke imødekomme. Det er vanskeligt at genoptage gadelivet på krykkestokke og der er stor risiko for, at den fortsatte tabletbehandling for lungeinfektionen glemmes eller at pillerne mistes, når patienten igen står på gaden. Det er en gruppe patienter, som ikke har familie eller andet netværk til at hjælpe, støtte eller give omsorg, så de kan komme sig ovenpå en indlæggelse. De er alene.

Udsatte gruppers dårlige sundhed skyldes ikke blot et risikofyldt liv med uhensigtsmæssig adfærd, men også det faktum, at systemet har svært ved at skabe sammenhæng i indsatsen. Ikke bare internt i sundhedssystemet, men også mellem sundhedssystemet og de øvrige systemer såsom det sociale. For en gruppe mennesker, der ikke i samme omfang som andre, kan trække på familie, venner og andre ressourcer i forbindelse med at komme sig over sygdom, er det særdeles vigtigt, at

systemerne arbejder sammen. I de tilfælde, hvor der ikke er et system til at samle dem op eller der ikke findes et tilbud, der kan honorere deres behov – må vi sikre en indsats, der kan støtte og hjælpe disse nødstedte mennesker. Derfor er der akut behov for akutte aflastningspladser til alle socialt udsatte borgere, som udskrives fra hospitalet uanset bopælsadresse .

I Danmark er der stor ulighed i sundhed. For gruppen af socialt udsatte er den markant på alle fronter. Til eksempel kan nævnes, at gennemsnitsalderen ved død for en stofmisbruger er 40,1 år. Inden da har han pådraget sig en lang række sygdomme. Undersøgelser fra Københavns kommunes SundhedsTeam til hjemløse, viser, at den socialt udsatte patient i gennemsnit har 13,9 forskellige diagnoser! Det betyder, at disse mennesker er alvorligt syge. De har brug for at blive behandlet på hospitalerne, men de har også brug for at modtage sygepleje og omsorg efterfølgende – og ikke bare blive udskrevet til gaden.

Mvh Nina Brünés, faglig konsulent for socialsygeplejerskerne