

# Metadonrapporten 1998

---

Indledning: .....	1
Problemstillinger:.....	2
1. Amternes behandlingsmonopol.....	2
2. Forskelle i amternes metadonpolitik.....	3
3. Indikationer for længerevarende metadonbehandling.....	6
4. Uigennemskueligt klagesystem.....	8
5. Kontrolforanstaltninger.....	10
6. Den vanskelige balance mellem lægelig og social indsats .....	12
Konklusion:.....	14

## Indledning:

Sundhedsministeren rettede den 17. februar 1997 henvendelse til Narkotikarådet med henblik på at høre, hvilke bemærkninger og synspunkter, som det hidtidige forløb af den foretagne omlægning af metadonbehandling og den aktuelle situation på området giver Narkotikarådet anledning til. Det fremgår af brevet, at ministeren i øvrigt vil give Narkotikarådet anledning til at komme med supplerende synspunkter vedrørende forholdene på metadonområdet, når resultaterne af ministeriets fornyede undersøgelse på området foreligger.

På den baggrund nedsatte Narkotikarådet en Metadonarbejdsgruppe, der i første omgang har udarbejdet nærværende rapport til rådet med henblik på en aktuel kommentar til sundhedsministeren vedrørende metadonomlægningen.

Arbejdsgruppen har følgende sammensætning:

✚ Socialoverlæge Preben Brandt, Narkotikarådet

✚ Socialoverlæge Peter Ege, Narkotikarådet

✚ Projektleder Cliff Kaltoft, Narkotikarådet

✚ Formand Steen Nielsen, Brugerforeningen

✚ Fuldmægtig Lars Toft, Amsrådsforeningen

✚ Fuldmægtig Charlotte Søderlund, Narkotikarådets sekretariat, har fungeret som arbejdsgruppens sekretær.

Arbejdsgruppen har holdt 5 møder.

---

## **Problemstillinger:**

Grundlaget for amternes og Københavns og Frederiksberg kommuners administration af metadonbehandling af stofmisbrugere er dels bestemmelserne i lov nr. 435 af 14. juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsen og lov om udøvelse af lægegerning (Lægelig behandling for stofmisbrug) og dels Sundhedsstyrelsens cirkulære af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. I cirkulærets bilag 1, afsnit 2, er der fastsat vejledende retningslinier for behandling af personer for stofmisbrug.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det overordnede formål med de nye bestemmelser er at sikre stofmisbrugere den mest hensigtsmæssige behandling ved at fastlægge et entydigt ansvar for sammenhængen mellem metadonordination og behandling af stofmisbrugere i øvrigt. Derfor skal metadonbehandling, herunder ordination, udlevering og kontrolforanstaltninger tilrettelægges under amtskommunalt ansvar.

Al metadonbehandling skal som hovedregel foregå enten ved amtskommunale behandlingsinstitutioner, eller ved at amtskommunen i konkrete tilfælde træffer særlig aftale med stofmisbrugerens egen læge. Målsætningen er, at den enkelte amtskommune herved kan sikre en formidling til de forudsatte supplerende behandlingstilbud, så der i hvert enkelt tilfælde tages stilling til en individuel behandlingsplan med mulighed for fleksible løsninger for den enkelte stofmisbruger. Herved skabes der mulighed for at tilvejebringe den nødvendige helhed i metadonbehandlingen ved at knytte den lægelige del af behandlingen til det amtskommunale behandlingssystem.

Narkotikarådets Metadonarbejdsgruppe har taget sit afsæt i målsætningen bag den ny metadonlov samt i det tilgængelige talmateriale på området. Arbejdsgruppen har valgt så vidt muligt at bruge betegnelsen "stofafhængig" i stedet for "stofmisbruger".

Trods de gode intentioner bag lovændringerne, er det arbejdsgruppens opfattelse, at der fortsat er en række problemer knyttet til metadonbehandlingen. I det følgende fremhæves en række af de hovedproblemstillinger, som metadonarbejdsgruppen ser.

---

### **1. Amternes behandlingsmonopol**

Omlægningen af metadonbehandlingen har som nævnt medført, at ansvaret for behandlingen af stofafhængige nu er samlet ét sted - nemlig hos amtet. Et væsentligt

argument for at samle ansvaret ét sted har netop været at sikre en sammenhæng og helhed i indsatsen - både i relation til den mere overordnede indsats i amterne og i relation til den enkelte stofafhængige. En helhed og sammenhæng, der efter arbejdsgruppens opfattelse er meget vigtig for den samlede indsats. Derudover har ønsket med den ny lovgivning tillige været at standse den mere eller mindre vilkårlige metadonbehandlingspolitik hos den enkelte praktiserende læge.

Ved at samle hele behandlingsansvaret ét sted har amterne fået et monopol på stofmisbrugsbehandlingen. Dette har betydet, at man i relation til metadonbehandlingen fratager den enkelte stofafhængige retten til at vælge. En holdning man ellers på en lang række områder netop forsøger at komme væk fra, eksempelvis ved "det fri sygehusvalg".

Lovgivningen medfører endvidere, at behandlingsstedet - det eneste den stofafhængige kan bruge - alene afgør, hvorvidt en metadonbehandling skal iværksættes, lægger behandlingsplanen, har kontrollen med, at den gennemføres og kan iværksætte sanktioner, herunder afbrydelse af metadonbehandlingen.

Sammenlagt forhold, der efter arbejdsgruppens opfattelse stiller store krav til de enkelte behandlingssteder og samtidig som minimum må forudsætte klare og utvetydige regler om ankemuligheder for den enkelte stofafhængige, (jf. nedenfor under pkt. II.4).



## **2. Forskelle i amternes metadonpolitik**

I forbindelse med omlægningen af metadonbehandlingen af stofafhængige, som er gennemført i løbet af 1996, har såvel sundhedsministeren som Amtsrådsforeningen søgt at skabe et overblik over, hvorledes omlægningen er forløbet. Amtsrådsforeningen ved den 1. december 1996 at udsende rapporten "*Status på amternes indsats i forhold til ny lovgivning på stofmisbrugsområdet*", og sundhedsministeren ved den 17. januar 1997 at offentliggøre resultatet af en *spørgeskemaundersøgelse* medio 1996 om amternes samt Københavns og Frederiksberg kommuners metadonbehandling.

Fælles for begge opgørelser er, at tal- og oplysningsmaterialet i meget vidt omfang er baseret på skøn foretaget af de pågældende amter og kommuner. Derfor varierer såvel metoden i indsamlingen som kvaliteten af besvarelserne meget, hvilket kan gøre materialet svært sammenligneligt på visse punkter. Der bør derfor tages visse forbehold overfor værdien af disse taloplysninger (jf. tillige Sundhedsministeriets notat i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen). Taloplysningerne er endvidere suppleret med de oplysninger, der nu foreligger i forbindelse med Socialministeriets *Opfølgingsrapport på stofmisbrugsområdet 1997*.

Arbejdsgruppen har med de nævnte forbehold valgt at tage udgangspunkt i det eksisterende talmateriale - også selvom det er 1996-tal - fordi det trods alt har været de senest tilgængelige oplysninger under gruppens arbejdsperiode og samtidig må anses for at være det bedste bud på situationen i 1996 og frem til nu, hvor Sundhedsministeriet

bearbejder de indkomne oplysninger i forbindelse med anden spørgeskemaundersøgelse. Arbejdsgruppen ønsker udfra taloplysningerne at få et fingerpeg om, hvor store de regionale forskelle i måden at gribe metadonbehandling af stofafhængige an på er, med henblik på at vurdere, om arbejdsgruppen finder forskellen rimelig.

En sammenskrivning af amters og kommuners taloplysninger fra de nævnte opgørelser er opstillet i nedenstående tabel 1.

Tabel 1.			
Amt/kommune	Antal tunge stofmisbrugere 1996	Stofmisbrugere i metadonbehandling, 1996	Stofmisbrugere i metadonbehandling i afrundet % af samlet antal
Københavns Amt	1.500	700	45 %
Frederiksborg Amt	500	134	25 %
Roskilde Amt	500	62	10 %
Vestsjællands Amt	350	110	30 %
Storstrøms Amt	500	53	10 %
Bornholms Amt	60	31	50 %
Fyns Amt	1.200	180	15 %
Sønderjyllands Amt	150	100	65 %
Ribe Amt	550	64	10 %
Vejle Amt	400	73	20 %
Ringkøbing Amt	600	29	5 %
Århus Amt	1.000	216	20 %
Viborg Amt	250	132	55 %
Nordjyllands Amt	375	106	30 %
Københavns Kommune	3.500	1.300	35 %
Frederiksberg Kommune	300	141	45 %
Total	11.735	3.431	30 %

Uden at konkludere alt for håndfast på taloplysningerne ser det på det foreliggende grundlag ud til, at der er endog meget store forskelle amterne/Københavns og Frederiksberg kommuner imellem på, hvor mange af de stofafhængige, der er i metadonbehandling.

Mest markant fremstår Sønderjyllands Amt, Viborg Amt, Bornholms Amt og Københavns Amt og Frederiksberg Kommune, hvor ca. halvdelen af amtets stofafhængige er i metadonbehandling. Modsat fremtræder Storstrøms Amt, Ribe Amt, Roskilde Amt og Ringkøbing Amt som amter, der tilsyneladende har meget få stofafhængige i metadonbehandling.

Med forbehold for, at der er en stor usikkerhed knyttet til tallene, er en del af forklaringen på de store forskelle utvivlsomt amternes/kommunernes generelle forskellighed: Geografiske forhold, forskellig sammensætning af stofmisbrugspopulation, (en deraf følgende?) forskellig måde at organisere misbrugsindsatsen på samt ikke mindst hvilke tilbud, der i øvrigt gives de stofafhængige og kvaliteten heraf. Alt sammen forhold der kan forklares ud fra den tilfældighed, der i mange år har præget området, og som den ny lovgivning gerne skulle rette op på.

Der ville muligvis vise sig et mere nuanceret billede af den samlede indsats, såfremt forskellene i metadonbehandlingen blev sat op overfor omfang og kvalitet af amternes/kommunernes socialfaglige tilbud til de stofafhængige i øvrigt. Sundhedsministeriets igangværende spørgeskemaundersøgelse vil forhåbentlig bidrage til et mere samlet billede.

Arbejdsgruppen vil ikke desto mindre tillade sig at mene noget om taloplysningerne isoleret set, fordi arbejdsgruppen under alle omstændigheder ikke finder det sandsynligt, at de nævnte forhold alene kan forklare et udsving fra 5 % til 65 %.

Arbejdsgruppen tolker således de store forskelle som et klart udtryk for det enkelte amts eller den enkelte kommunes grundlæggende holdning til metadonbehandling af stofafhængige.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de regionale forskelle i høj grad er et resultat af en historisk udvikling, og arbejdsgruppen vil som sådan ikke tilskrive forskellene den ny lovgivning. Men de regionale forskelle bliver med den ny lovgivning langt mere problematiske og iøjnefaldende, fordi amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner nu har fået monopol på metadonbehandlingen. Arbejdsgruppen mener, at det stiller særlige krav dels til den overordnede forvaltning af reglerne og dels til indholdet i de enkelte behandlingsinstitutioner.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at man som bruger må forvente en vis form for ensartethed på de mere vitale områder indenfor stofmisbrugsbehandlingen, og at de amtskommunale systemer derfor også i langt højere grad skal tilstræbe en ensartethed indenfor samme behandlingsform.

Arbejdsgruppen finder, at muligheden for at få tilbud om metadonbehandling fortsat i alt for stor udstrækning lader til at være historisk/geografisk betinget og dermed baseret på

vilkårlighed, og det er efter arbejdsgruppens opfattelse ikke acceptabelt. Sigtet med den ny lovgivning har netop været at bevæge sig væk fra vilkårligheden i behandlingen.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de reviderede vejledende retningslinier i Sundhedsstyrelsens cirkulære af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler ikke er tilstrækkelige præcise i deres nuværende udformning til at sikre den mere grundlæggende ensartethed, som arbejdsgruppen efterspørger. Dertil kommer, at cirkulærets vejledende retningslinier primært sigter mod den rent lægefaglige del af metadonbehandlingen. Efter arbejdsgruppens opfattelse mangler den del at blive sat ind i en social sammenhæng, da det netop er sammenhængen mellem metadonordinationen og behandlingen af stofafhængigere i øvrigt, der har været det overordnede formål med den ny lovgivning.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at bestemmelserne i Sundhedsstyrelsens cirkulære dels præciseres og dels bliver sat ind i sammenhæng med den sociale indsats.



### **3. Indikationer for længerevarende metadonbehandling.**

I forbindelse med drøftelserne omkring de regionale forskelle i metadonbehandlingen har arbejdsgruppen drøftet, hvilke kriterier, der efter arbejdsgruppens opfattelse er relevante for længerevarende metadonbehandling samt varigheden af metadontildelingen. Som anført er det arbejdsgruppens opfattelse, at kriterierne for tildeling, trods Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier, tilsyneladende er meget forskellige - eller i hvert fald forvaltes meget forskelligt. Det er ligeledes arbejdsgruppens opfattelse, at en del amter sætter tidsgrænser på metadonbehandlingen. Arbejdsgruppen understreger, at metadonbehandling principielt set er en tidsubegrænset foranstaltning, forstået på den måde, at man i hvertfald ikke kan sætte administrative tidsgrænser for metadonbehandlingen.

Indikationerne for længerevarende metadonbehandling bør efter arbejdsgruppens opfattelse være:

#### ***Afhængighed af opioider.***

Arbejdsgruppen karakteriserer, i overensstemmelse med WHO ICD-10 F11.2, opioidafhængighed ved en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske forstyrrelser, som har udviklet sig ved gentagen indtagelse af opioider (heroin, Ketogan, morfin, metadon, mv.), og som omfatter et stærkt behov (trang) for at indtage disse stoffer, svækket kontrol over brugen, vedholdende brug trods skadelige konsekvenser, højere prioritet for indtagelse af disse stoffer end for andre aktiviteter og forpligtelser, forøget tolerance med abstinenssymptomer ved reduktion af/ophør med indtagelsen.

Afhængighedssyndromet kan defineres ved, at mindst 3 af de nedenstående kriterier er tilstede samtidig i mindst en måned eller gentagne gange inden for 1 år:

- ✚Trang ("craving").
- ✚Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen (kontrolltab).
- ✚Abstinenssymptomer eller stofindtagelse for at ophæve eller undgå disse.
- ✚Toleranceudvikling.
- ✚Stofindtagelsen har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.
- ✚Vedblivende brug trods erkendte skadevirkninger.

### ***Ønske om længerevarende metadonbehandling.***

Dette indebærer efter arbejdsgruppens opfattelse at behandlingen skal være frivillig. Men det indebærer også, at den stofafhængiges ønske om denne form for behandling, og egen vurdering af at han/hun ikke ønsker eller p.t. ikke kan klare et stoffrit behandlingsforløb, skal tillægges betydelig vægt (jf. dog nedenfor).

### ***Andre relevante behandlingsalternativer skal være overvejet.***

Det er et vigtigt udgangspunkt, at andre relevante behandlingsmuligheder skal være overvejet ud fra det generelle princip om, at man skal vælge den behandling, som formodes at være effektiv, og som er mindst indgribende.

Længerevarende metadonbehandling er en krævende behandlingsform, hvor den stofafhængige og behandlingsinstitutionen binder sig i et forpligtende forhold over en ukendt, men ofte meget lang, tidsperiode. Længerevarende metadonbehandling kommer derfor som regel ikke på tale som første behandlingsvalg.

Gravide stofmisbrugere, der ønsker at gennemføre graviditeten, bør tilbydes metadonbehandling, hvis en afgangning for opioider ikke kan gennemføres.

Sammenfattende er det arbejdsgruppens opfattelse, at opioidafhængighed, kombineret med den stofafhængiges ønske om længerevarende metadonbehandling, er den primære indikation for denne behandling. Et mere eller mindre sporadisk misbrug af opioider er derimod ikke indikation for længerevarende metadonbehandling.

Arbejdsgruppen mener ikke, at alder, kriminell belastning, klientens oplevede "tyngde", misbrugskarrierens varighed, HIV-infektion kan danne grundlag for hverken til- eller fravalg af længerevarende metadonbehandling.





## 4. Ugennemskueligt klagesystem

Klagereglerne i relation til stofmisbrugsbehandling skal ses i forhold til, at stofmisbrugsbehandlingssystemet er bygget op omkring en blandet lægelig - social behandling, der administrativt er placeret i det sociale system, men med et væsentligt lægeligt element knyttet til.

Afgørelser om ordination af metadon, seponering af metadon, brug af metadon-pauser kan opfattes som rent lægelige beslutninger, der er omfattet af sundhedsvæsenets klageregler - d.v.s. med Patientklagenævnet som klageinstans. Og afgørelser om, hvilke sociale tilbud eller ydelser der gives i forbindelse med metadonbehandlingen, er omfattet af bistandslovens almindelige klageregler, hvor Den Sociale Ankestyrelse er klageinstans for afgørelser truffet af amtsrådet, mens det sociale ankenævn er klageinstans i de tilfælde, hvor amtsrådet har delegeret visitationskompetencen til kommunalbestyrelsen.

Hertil kommer de almindelige forvaltningsretlige regler om god forvaltningsskik, dvs. forvaltningslovens bestemmelser om offentlige myndigheders almindelige vejledningspligt, bestemmelserne om begrundede afgørelser samt bestemmelserne om klagevejledning.

### ***Klagesystemet på sundhedsområdet***

***Patientklagenævnet*** behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af en række forskellige persongrupper inden for sundhedsvæsenet. Læger, sygeplejersker m.v. er bl.a. omfattet af denne gruppe. Ved faglig virksomhed forstås bl.a. behandling og pleje m.v., information vedr. behandlingen, sundhedspersonalets tavshedspligt (kun hvor overtrædelsen er strafferetligt forældet), lægeerklæringer, spørgsmål om aktindsigt i helbredsoplysninger m.v. Lægelig ordination af metadon, herunder ændring af dosisstørrelse m.v. er omfattet af Patientklagenævnets sagsområde. Klager over andre forhold end den rent faglige virksomhed rettes som udgangspunkt til vedkommende (amts)kommune. Det drejer sig især om klager over serviceniveau, personalets opførsel, visitation og ventetider.

Patientklagenævnet kan ikke ændre en afgørelse om eksempelvis ordination af metadon til en stofafhængig, men kan alene give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik af den pågældende læge eller søge iværksat andre sanktioner. Patientklagenævnets afgørelser er endelige.

Patientklagenævnet oplyser, at der er tegn på, at flere stofafhængige end hidtil klager over den lægelige del af metadonbehandlingen. Det har været drøftet med såvel Sundhedsstyrelsen som Sundhedsministeriet, hvorledes sagerne skal håndteres, og man har indtil videre valgt, at sager, der vedrører afslag på muligheden for at fortsætte hos egen læge ikke optages til behandling i Patientklagenævnet. I stedet henvises klageren ved skriftlig vejledning til den pågældende amtskommune eller Københavns og Frederiksberg kommuner.



Sager, der vedrører afslag på metadonordination, ændring af dosisstørrelse, beslutning om udelukkelse i en periode (karantæne) er sager, man i følge Patientklagenævnet typisk vil optage til behandling i klagenævnet. Antallet af disse sager synes ifølge Patientklagenævnet at være stigende efter omlægning af metadonlovgivningen. I følge klagenævnet er den gennemsnitlige sagsbehandlingstid mellem 14 og 15 måneder, men man satser på inden årets udgang at have bragt sagsbehandlingstiden ned på 3-6 måneder.

Det er arbejdsgruppens fornemmelse, at stofafhængige hidtil kun har klaget til Patientklagenævnet i meget begrænset omfang. Det kan bl.a. skyldes, at stofafhængige er en svag gruppe, at en række af de forhold, der kan klages over, reelt er sanktioner i forbindelse med metadonbehandlingen, og mange stofafhængige frygter helt at ryge ud af systemet, hvis de klager over en sanktion. Endvidere er den lange sagsbehandlingstid samt den manglende mulighed for at få ændret en beslutning utvivlsomt også forhold, der har spillet ind.

### ***Klagesystemet på det sociale område***

Klagereglerne indenfor det sociale område er fastsat i bistandslovens § 15, stk. 1 og stk. 6. Efter §15, stk. 6 kan amtsrådets afgørelser efter bistandsloven indbringes for **Den Sociale Ankestyrelse**, med mindre andet er bestemt i loven. D.v.s. at klage over amtsrådets afgørelser om tilbud om dag- og døgnforanstaltninger efter bistandslovens § 68a, stk. 2, kan indbringes for Den Sociale Ankestyrelse. I de tilfælde, hvor visitationskompetence efter den nye lovgivning er delegeret til kommunalbestyrelsen, gælder de almindelige klageregler for afgørelser truffet af kommunalbestyrelsen, jf. § 15, stk. 1. En kommunalbestyrelses afgørelser om visitation til stofmisbrugsbehandling vil således kunne indbringes for **det sociale ankenævn**.

Afgørelser om fastsættelse af det generelle serviceniveau, herunder om hvilke pladser, der skal være til rådighed for amtskommunens indbyggere kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Har en amtskommune valgt eksempelvis kun at gøre brug af en bestemt behandlingsinstitution eller valgt kun at tilbyde eksempelvis ambulante behandling, hvorefter der gives afslag på al anden behandling med henvisning til det eksisterende behandlingstilbud, vil dette i følge Socialministeriet ikke skulle sidestilles med "det generelle serviceniveau", men blive opfattet som en afgørelse, der kan indbringes for enten det sociale ankenævn eller Den Sociale Ankestyrelse.

De eksisterende (og adskilte) klagemuligheder skal ses i sammenhæng med, at de forskellige afgørelser omkring metadonbehandling, der kan klages over, de facto træffes som led i en samlet indsats og med udgangspunkt i en samlet social-pædagogisk-lægelige handleplan, hvor måske alene dosisstørrelsen er et rent lægeligt anliggende.

Det kan derfor diskuteres, om der er behov for mere entydige klageregler på området, eventuel med fælles klageinstans. Med udgangspunkt i de store regionale forskelle i metadonpolitikken (tabel 1) samt i problematiseringen omkring amternes behandlingsmonopol er det vigtigt under alle omstændigheder at diskutere, hvorvidt de eksisterende

klagemuligheder fungerer, og om de lever op til de mere grundlæggende principper om retssikkerhed i forbindelse med afgørelser truffet af offentlige myndigheder.

Et velfungerende klagesystem bør efter arbejdsgruppens opfattelse netop stå som garant for, at der ikke udvikler sig alt for store regionale forskelle, og at der sikres en vis grundlæggende ensartethed i administrationen af centralt fastsatte bestemmelser. Arbejdsgruppen har derfor drøftet tilstrækkeligheden i de eksisterende klageveje. Hensigtsmæssigheden i, at klagesystemet på dette område er delt op på to forskellige klagesystemer, er en problemstilling, der ligger udenfor arbejdsgruppens opdrag. Arbejdsgruppen mener dog umiddelbart, at problemerne bør løses indenfor de allerede eksisterende ankesystemer.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at afgørelser om metadonbehandling ofte indbefatter foranstaltninger, der er meget indgribende for den enkelte stofafhængige, eksempelvis afslag på metadonordination, ændring af dosis mv. Arbejdsgruppen mener derfor, at de eksisterende klageregler bør gøres synlige for de stofafhængige. Arbejdsgruppen foreslår derfor, at der udarbejdes en fælles klagevejledning på stofmisbrugsområdet, hvor de forskellige klageregler indenfor såvel sundhedssystemet som det sociale system beskrives - hvad kan der klages over, hvortil, frister m.v. Arbejdsgruppen anbefaler, at oplysninger om klagemulighederne automatisk indgår i informationen om den konkrete afgørelse.



## **5. Kontrolforanstaltninger**

Kontrolforanstaltninger har fundet en nærmest naturlig plads i behandlingen af stofafhængige og især i forbindelse med metadonbehandling. Af bemærkningerne til metadonloven fremgår det da også, at kontrollen med udlevering af metadon er et vigtigt element i den ny lovgivning. Arbejdsgruppen har drøftet dels de forskellige kontrolforanstaltninger og rimeligheden i disse og dels etikken omkring de anvendte sanktioner.

Kontrolforanstaltninger kan efter arbejdsgruppens opfattelse anskues fra to sider - den positive, støttende i behandlingen og den negative, sanktionerende. Det er arbejdsgruppens indtryk, at en del af de kontrolforanstaltninger, der iværksættes, ikke har en sådan karakter, at de understøtter behandlingen, men netop mere har karakter af straffeforanstaltninger. Der kan som eksempel nævnes kortvarig karantæne ved aftalebrud, afvisning fra fortsat behandling og ikke klart medicinsk begrundet reduktion af metadondosis.

Der er efter arbejdsgruppens opfattelse en glidende overgang mellem, hvad der i den ene ende af skalaen kan opfattes som en sanktion, forstået som en straffeforanstaltning, og i den anden ende en reaktion på brud af en aftale, som er indgået som en del af det pædagogiske arbejde (grænsesætning for brugeren/konsekvens). Den førstnævnte bør under ingen omstændigheder finde sted i socialt behandlingsarbejde. Den sidstnævnte bør

omgås med varsomhed, fordi den ofte vil kunne have elementer af den straffende sanktion over sig. Især hvis reaktionen involverer metadonbehandling.

Udover at disse foranstaltninger findes uetiske, er der efter arbejdsgruppens opfattelse risiko for, at de har en negativ effekt på behandlingen, idet de i høj grad skaber afstand og mistro end kontakt og tillid.

Arbejdsgruppen mener, at der er behov for en kritisk vurdering af de negative sanktioner og straf som middel over for afhængigheden af stoffer som sådan - i modsætning til sanktioner som reaktion på adfærd (vold fx), som ikke kan rummes indenfor institutionen. Sanktioner rettet mod misbruget belaster efter arbejdsgruppens opfattelse forholdet mellem brugere og behandlerne (og behandlingen som helhed) i skadelig retning. Sanktioner eksempelvis i forhold til voldelig adfærd kan derimod under særlige forhold efter arbejdsgruppens opfattelse være nødvendige.

Arbejdsgruppen mener, at der er behov for en drøftelse af problemer med den fortsatte medicinering af stofafhængige, der er forvist fra behandlingsinstitutioner på grund af voldelig adfærd, og som dermed mister muligheden for den metadonbehandling, de ud fra en lægelig vurdering har brug for.

Det er arbejdsgruppen indtryk, at sanktioner rettet mod misbruget ikke har nogen effekt i forhold til omfanget af sidemisbruget, fordi den stofafhængiges frygt for fx at miste metadon-tildelingen ikke er tilstrækkelig til at afholde den pågældende fra at have et sidemisbrug.

Det bemærkes endvidere, at en del af kontrolforanstaltningerne bygger på en indgået kontrakt. En kontrakt, som ikke baserer sig på ligelige parter. Den stofafhængige vil som regel være i en situation hvor han/hun ikke har noget reelt alternativt valg til den kontrakt, som behandlingsinstitutionen udfærdiger (ofte en standardkontrakt). Arbejdsgruppen finder derfor ikke, at en overtrædelse af disse kontrakter i sig selv berettiger en afbrydelse af den medicinske behandling.

Det er i forhold til kontrolforanstaltninger vigtigt at gøre sig klart, at der i forbindelse med kontrol for indtagelse af rusmidler er en ikke ubetydelig grad af usikkerhed. Det kan være i form af falske negative eller positive urinprøver, almindelig usikkerhed ved skøn over klinisk påvirkethed eller manglende nidkærhed ved stikmærkekontrol. Det, at disse kontrolforanstaltninger indeholder en vis usikkerhed, indebærer selvfølgelig også en vis risiko for forkerte og inkonsistente afgørelser.

Det findes desuden særdeles u hensigtsmæssigt, at visse indirekte observationer vil kunne indgå i kontrol-sanktion reaktionen. Her tænkes på informationer fra andre klienter, observationer, der stammer fra, hvad der ses af personalet udenfor den egentlige professionelle kontaktsituation og meddelelser fra andre myndigheder som fx hospitaler, politi og egen læge.

Arbejdsgruppen har drøftet de forskellige former for kontrolforanstaltninger. Med kontrolforanstaltninger indenfor metadonbehandling forstår arbejdsgruppen: stikmærke-, urin- og fremmødekontrol samt overvåget indtagelse og overvåget adfærd.

Særligt omkring urinprøvekontrollen bemærkes det, at det er vigtigt at gøre sig klart, hvad formålet er med disse urinprøver. Urinprøvekontrollen hører i medfør af Sundhedsstyrelsens cirkulære sammen med ønsket om at ophøre med det illegale misbrug. Imidlertid har man i mange amter tilsyneladende reelt stoppet brugen af urinprøver, mens man andre steder, hvor urinprøvekontrollen anvendes, afbryder metadonbehandlingen på grund af uren urinprøve.

Der synes endvidere at være en vis vilkårlighed omkring hvornår urinprøverne tages. Ofte tages de, når den stofafhængige er tydeligt påvirket, og hvor resultatet er afbrydelse af/karantæne fra behandlingen. Efter arbejdsgruppens opfattelse er en mere logisk indfaldsvinkel til en sådan situation, at den stofafhængige netop her har brug for hjælp. Alene af den grund bør behandlingen ikke afbrydes.

Sådanne eksempler er efter arbejdsgruppens opfattelse udtryk for, at kontrolforanstaltninger bruges i sanktionerende øjemed. Arbejdsgruppen finder i den sammenhæng, at urinprøvekontrol, når den bruges som adfærdsregulerende model, kan være direkte skadelig.

Arbejdsgruppen finder, at ændring af medicineringen ikke må bruges som adfærdsregulerende instrument. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det, der er behov for i forhold til den stofafhængiges sidemisbrug, er, at der bliver responderet og ikke sanktioneret på sidemisbruget.

Generelt finder arbejdsgruppen, at kontrolforanstaltninger primært skal bruges for at hindre videresalg af metadon på gadeplan. Det taler for at anvende kontrol hovedsagelig i form af overvåget indtagelse.

Arbejdsgruppen understreger, at kontrolforanstaltninger altid bør underordnes de behandlingsmæssige hensyn. Arbejdsgruppen finder, at der med de nævnte tendenser er behov for at diskutere kontrol-elementets placering som en del af behandlingen.



## **6. Den vanskelige balance mellem lægelig og social indsats**

Arbejdsgruppen er enig om, at metadonbehandling er en lægelig indsats, der ikke kan isoleres fra den sociale indsats.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at både den lægelige og den sociale indsats generelt er utilstrækkelig - både isoleret betragtet men også set i sammenhæng.

På den lægefaglige side efterlyses det, at der foretages en relevant lægeundersøgelse inden stillingtagen til iværksættelse af metadonbehandling. Efter arbejdsgruppens opfattelse bør det være en selvfølge ved en metadonordination og ved enhver ændring af dosis, at den ordinerende læge og den pågældende misbruger/patient rent faktisk har en samtale og en reel kontakt forinden beslutning om metadonbehandling/dosisændring. Det

bør tillige være en selvfølge, at der er jævnlig (mindst hver 3. måned) læge/patient-kontakt med henblik på opfølgning af metadonbehandlingen.

Doseringen er et rent lægeligt anliggende. Arbejdsgruppen understreger, at ordination af metadon samt fastsættelse af dosisstørrelse forudsætter lægefaglig medvirken. Erfaringer fra bl.a. Københavns Kommune viser, at alle personalegrupper bruger meget tid på doseringsspørgsmålet. Den rent lægefaglige del er underlagt et administrativt system (det sociale udvalg, narko-samrådene m.v), og der er derfor risiko for, at den konkrete lægelige vurdering er trængt for meget tilbage.

Metadonbehandling er en behandlingsform, der sigter mod resocialisering og/eller forbedring af den stofafhængiges livskvalitet. Metadonbehandling forudsætter, at der udformes en handlingsplan, og denne handlingsplan skal efter arbejdsgruppens opfattelse være understøttet af tilstrækkelige ressourcer i form af personale samt relevante sociale tilbud.

Arbejdsgruppen understreger behovet for jævnlig opfølgning på den socialfaglige del, således at det sikres, at den aftalte handlingsplan følges eller justeres i overensstemmelse med den stofafhængiges aktuelle situation. Også her bør det være en selvfølge med jævnlig kontakt til den stofafhængige (mindst hver 3. måned). De anbefalinger om god behandling, som fremgår af Narkotikarådets publikation "Hvad er god behandling?", bør i øvrigt altid være en naturlig del af den socialfaglige del af metadonbehandlingen.

Arbejdsgruppen understreger, at for at såvel den lægefaglige som den socialfaglige del af metadonbehandlingen kan fungere, forudsætter det udover tilstrækkelige ressourcer tillige en ligelig vægtning mellem den lægefaglige og den socialfaglige del af behandlingen.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der trods lovændringer på såvel sundheds- som socialområdet fortsat er behov for at præcisere, at behandling af stofafhængige skal ses som en samlet læge- og socialfaglig indsats, hvor begge dele vægtes langt mere, end tilfældet er i dag. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette præciseres i Sundhedsstyrelsens vejledende bestemmelser på området, jf. ovenfor under pkt. II,2.

### ***Forholdet til egen læge i øvrigt***

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der fortsat er en række u hensigtsmæssigheder i forholdet mellem den stofafhængige og den praktiserende læge. Der er stadig praktiserende læger, der undslår sig for at have stofafhængige som deres patienter og der er stofafhængige, der, selvom de er i metadonbehandling i en offentlig klinik, har en sådan adfærd eller en sådan dårlig lægekontakt, at andre helbredsmæssige forhold bliver overset og dermed ubehandlede.

Arbejdsgruppen mener, at det bør indskærpes, at stofafhængige, hvadenten de er aktive misbrugere, er i metadonbehandling eller er aktuelt stoffrie, har særlig risiko for sygelighed og har samme ret til lægelig behandling i de almindelige behandlingssystemer som alle andre borgere.

---

## Konklusion:

Narkotikarådets metadonarbejdsgruppe har valgt i denne foreløbige tilbagemelding at koncentrere sig om de problemstillinger, der efter arbejdsgruppens opfattelse har været mest fremtrædende. Det betyder med andre ord, at de her skitserede problemer ikke skal ses som udtømmende i forhold til den samlede metadonbehandling.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de nye bestemmelser på metadonbehandlingsområdet samler op på et område, der længe har lidt under vilkårlighed og manglende sammenhænge omkring indsatsen. Arbejdsgruppen ser derfor meget positivt på lovændringerne og hele den proces, der har været og fortsat er i gang i amter og kommuner, og det er i det lys, gruppens holdninger og anbefalinger skal ses.

✚ Arbejdsgruppen har fundet det vigtigt at problematisere omkring amternes behandlingsmonopol, fordi det i særlig grad stiller krav til behandlingsinstitutionerne og til den overordnede administration af bestemmelserne på området, når der ikke er andre alternativer. Et monopol kræver efter arbejdsgruppens opfattelse, at der er særlig opmærksomhed omkring, hvordan monopollet forvaltes.

✚ Gruppen har endvidere valgt at fokusere på de åbenlyse forskelle i amternes metadonbehandlingspolitik. Forskellene er efter arbejdsgruppens opfattelse i høj grad historisk betinget men som alt andet også betinget af amters og kommuners generelle forskellighed, og forskellene kan derfor som sådan ikke tilskrives de nye bestemmelser på metadonområdet. Arbejdsgruppen finder, at de store forskelle mere skyldes en grundlæggende forskellig holdning i amter og kommuner til metadonbehandling. Denne holdningsmæssige forskellighed medfører en alt for stor grad af vilkårlighed i metadonbehandling, når adgang til metadonbehandling er afhængig af, hvilket amt/kommune man som bruger er tilknyttet, og det finder arbejdsgruppen er uacceptabelt. Arbejdsgruppen mener, at man som bruger må kunne forvente en nogenlunde ensartethed i måden at forvalte centralt fastsatte bestemmelser på indenfor et så grundlæggende område som metadonbehandling.

✚ Arbejdsgruppen finder i den sammenhæng, at de reviderede retningslinier i Sundhedsstyrelsens cirkulære ikke er tilstrækkelige præcise i deres nuværende udformning. Desuden mangler den lægefaglige del i retningslinierne at blive sat ind i en social sammenhæng, da det netop er sammenhængen mellem metadonordinationen og den sociale behandling/opfølgning, der har været det overordnede formål med lovændringerne. Arbejdsgruppen foreslår derfor, at bestemmelserne i Sundhedsstyrelsens cirkulære dels præciseres og dels bliver sat ind i sammenhæng med den sociale indsats.

✚ I forbindelse med drøftelserne omkring de regionale forskelle i metadonbehandlingen har arbejdsgruppen drøftet, hvilke kriterier, der efter arbejdsgruppens opfattelse er relevante for længerevarende metadonbehandling. På baggrund af disse drøftelser har arbejdsgruppen udarbejdet konkrete indikationer for længerevarende metadonbehandling.



✚ Drøftelserne omkring amternes behandlingsmonopol samt de store regionale forskelle omkring metadonbehandling forudsætter efter arbejdsgruppens opfattelse, at der er klare og utvetydige klageregler på området. Arbejdsgruppen har derfor kort beskrevet klagereglerne, der er delt op på to forskellige klagesystemer (Patientklagenævnet og Den Sociale Ankestyrelse/de sociale ankenævn).

✚ Hensigtsmæssigheden i at placere klageadgangene i to adskilte systemer er en problemstilling, der ligger udenfor arbejdsgruppens opdrag. Derfor har udgangspunktet været at løse problemerne indenfor de allerede eksisterende klagesystemer. Arbejdsgruppen gør i den forbindelse opmærksom på, at de forskellige afgørelser, der kan klages over indenfor metadonbehandlingen, træffes som led i en samlet indsats og med udgangspunkt i en samlet social-pædagogisk-lægelig handleplan. Med et adskilt klagesystem stiller det store krav til synligheden af de forskellige klageregler. Fra bruger-siden oplyses det, at brugerne stort set ikke har kendskab til, hvornår der kan klages over en afgørelse og til hvilken instans.

✚ Arbejdsgruppen foreslår derfor, at der udarbejdes en fælles klagevejledning på stofmisbrugsområdet, hvor de forskellige klageregler indenfor såvel sundhedssystemet som det sociale system beskrives. Det anbefales, at denne klagevejledning automatisk indgår i informationen til den enkelte bruger i forbindelse med den konkrete afgørelse.

✚ Arbejdsgruppen har drøftet de forskellige kontrolforanstaltninger i forbindelse med metadonbehandlingen, herunder rimeligheden i disse samt etikken omkring de anvendte sanktioner. Kontrolforanstaltninger kan efter arbejdsgruppens opfattelse ansues fra to sider - den positive og støttende funktion i behandlingen og den negative, sanktionerende. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at kontrolelementet med vægt på det sanktionerende har taget overhånd i de forskellige amters og kommuners fortolkning af Sundhedsstyrelsens bestemmelser. Arbejdsgruppen finder det ikke i overensstemmelse med god etik, i det omfang kontrolforanstaltninger får karakter af strafforanstaltninger i stedet for at fungere som et støttende element i behandlingen. Det indebærer desuden en risiko for at øve en negativ effekt på behandlingen, fordi det i følge brugerne i høj grad skaber afstand og mistro i stedet for kontakt og tillid. Arbejdsgruppen finder, at der er behov for en kritisk vurdering af de - efter arbejdsgruppens opfattelse - negative sanktioner og strafforanstaltninger, der bruges som middel over for afhængigheden af stofferne, eksempelvis ved karantæne eller dosisregulering ved aftalebrud o.lign. Arbejdsgruppen finder ikke, at sanktioner rettet mod misbruget har nogen effekt, fordi den stofafhængiges frygt for fx at miste metadonen ikke er tilstrækkelig til at afholde den pågældende fra at have et sidemisbrug. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at man i stedet for at sanktionere på sidemisbruget er opmærksom på, at der kan være særlig behov for hjælp. Ændring af medicinering bør derfor ikke bruges som adfærdsregulerende instrument. Omvendt finder arbejdsgruppen det nødvendigt med sanktioner som reaktion på adfærd, der ikke kan rummes indenfor institutionen (vold mv.).

✚ Kontrolforanstaltninger skal først og fremmest bruges for at hindre videresalg af metadon på gadeplan, og det taler primært for kontrol i form af overvåget indtagelse.



✚ Arbejdsgruppen understreger, at kontrolforanstaltninger altid bør underordnes de behandlingsmæssige hensyn. Arbejdsgruppen opfordrer derfor til, at der tages fat på en diskussion omkring kontrolementets placering som en del af behandlingen.

✚ Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der trods lovændringerne på såvel sundheds- som socialområdet fortsat er behov for at præcisere, at behandling af stofmisbrugere skal ses som en samlet læge- og socialfaglig indsats, hvor begge dele vægtes langt mere, end tilfældet er i dag. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette præciseres i Sundhedsstyrelsens vejledende bestemmelser på området.

✚ Ligeledes finder arbejdsgruppen, at det bør indskærpes, at stofafhængige, hvadenten de er aktive misbrugere, er i metadonbehandling eller aktuelt er stoffri, har en særlig risiko for sygelighed og har samme ret til lægelig behandling i de almindelige behandlingssystemer på linie med alle andre borgere.

