



## Skiftedag

Skiftedag er oprundet for narkobehandlingsindsatsen. Efter at amterne siden 1996 har varetaget den samlede indsats vedrørende narkoområdet, overgik det igen til kommunalt regi pr. 1. januar 2007.

Kommunalreformen har et omfang, hvor den nok ideologisk og strukturelt giver mening, men uden at garantere, at alle til kommunen overførte indsatsområder bliver udført bedre eller bare bevares af samme kvalitet.

### Da amterne tog over

Mange husker nok 1. januar 1996, da den daværende nye narkolov trådte i kraft, hvorefter amterne overtog den samlede indsats for narkobehandlingen inklusiv ordinering og udlevering af metadon.

Også den gang var der stor usikkerhed om, hvordan det nu skulle gå. Hvordan stillede de nye samarbejdspartnere sig til amtets nyvundne kompetencer? Hvordan stillede brugergruppen sig til nye krav og tilbud?

Den daværende stofmisbrugsfaglige indsats i kommunerne var præget af stor forskellighed, hvad angik den politiske prioritering af området og de dermed følgende økonomiske muligheder for en indsats, men også af de mange små kommunale enheder. Det kunne faktisk være en stor økonomisk belastning og en tilsvarende faglig udfordring for en kommune på 4.000 til 9.000 indbyggere at få et par narkobelastede familier til kommunen.

Fagligheden var ligeledes præget af de mange forskellige kommunale enheder. Ofte måtte små kommuner vælge at købe bistand hos større kommuner, og amternes misbrugscentre gav primært kun konsulentbistand. Ofte begrænsede tilbuddene sig til, at

'motiverede' misbrugere kunne tilbydes afgiftning og efterfølgende efterværn i form af bolig og eventuelt beskæftigelse..

### I amternes regi

Efter 1996 har stordriftsfordele vist sig positivt for udviklingen på narkobehandlingsområdet. Hvert amt har udviklet tilbuddene, både hvad angår fagligheden og antallet af tilbud. Misbrug er blevet et specialfagligt indsatsområde, og personalet har udviklet en kvalificeret faglighed over for de udfordringer, der ligger i mødet med brugergruppen.

Tilbuddene er blevet differentierede, og brugergruppen er blevet integreret i behandlingsarbejdet dels gennem alternative uddannelses tilbud dels gennem en stærk fokus på brugerinddragelse i behandlingsarbejdet.

Den sundhedsfaglige indsats er blevet en stadig mere tydelig del af den samlede indsats, og specielt den medicinske del af behandlingen er blevet kvalificeret gennem ansættelse af læger på amternes misbrugscentre.

De mange offentlige behandlingstilbud er blevet suppleret med godkendte private behandlingstilbud, som amterne via et solidt lovgivnings- og vejledningsmæssigt arbejdsgrundlag har godkendt og ført tilsyn med.

Forebyggelsesindsatsen har gennemgået en rivende udvikling i årene, der er gået. Det er lykkedes for amterne aflevere både spændende, anderledes og udviklingsorienterede forebyggende og behandlende tilbud til unge mellem 14 og 25 år. Specielt den forebyggende indsats har været præget af projekter og forsøg,

# STRUKTURDEBAT

som det bliver en stor udfordring for kommunerne at overtage.

Det skal ikke glemmes, at der er indført en behandlingsgaranti på 14 dage, således at ingen, der henvender sig for hjælp, skal vente længere end 14 dage for at komme i behandling. Ligeledes har alle amter udviklet en politisk godkendt kvalitetsstandard for stofmisbrugsindsatsen.

Forskningen har fået sin plads i narkobehandlingsindsatsen gennem oprettelsen af Center for Rusmidelforskning, og herigennem øges registrering og viden om indsatsområdet til gavn for udviklingen af narkobehandlingen i hele landet.

Den politiske bevågenhed, misbrugsindsatsen har haft siden lovændringen i 1996, har medført øgede økonomiske muligheder for indsatsområdet, hvilket har udmøntet sig i ovennævnte udvikling. Medfølgende har der været en markant vækst i antallet af brugere i behandling, men det har været muligt at give et behandlingstilbud til alle stofmisbrugere, som har henvendt sig med ønske om at komme i behandling.

## En stor udfordring for kommunerne

Er alt så godt? Har amternes narkobehandlingsindsats 'sejret ad helvede til', som forbundsformand Thomas Nielsen udtrykte sig.

Det er nok så meget sagt. Men der er ikke tvivl om, at kommunerne overtager fagligt stærke og velorganiserede instanser til at varetage den stofmisbrugsfaglige indsats. Men det er lige så klart, at kommunerne ved at vælge at hjemtage indsatsområdet står over for store udfordringer.

Den stordriftsfordel, som indsatsområdet har høstet gavn af siden 1996, forsvinder, og hvis ikke kommunerne har øje for, at de overtager et meget specialiseret fagområde, som stiller store krav om empati og rummelighed i mødet med misbrugeren, vil man næppe komme godt fra start.

Nu overtager kommunerne de faglige specialister fra amterne, så fagligheden skulle være dækket ind. Udfordringen ligger i, om der i kommunen er forståelse for et menneskesyn, som sikrer, at misbrugeren som borger mødes, hvor vedkommende er på et givent tidspunkt, og at personens aktuelle ståsted er udgangspunktet for relationen mellem personalet og misbrugeren.

I et personligt anarkistisk og kaotisk liv er der ikke grobund for regulering med henblik på at flytte misbrugers indsigt og muligheder. Kommunen må møde misbrugeren på det formidlingsniveau, vedkommende aktuelt har. Dette medfører, at kommunen må forholde sig til, at selv om misbrugeren skal tage ansvar for eget liv, er der tale om et magtforhold mellem misbrugeren og kommunen.

Det drejer sig om magt i forholdet mellem misbrugeren og personalet og magt i forhold til systemet, hvis tilbud misbrugeren skal udvikle sig igennem. Det vil sige, at kommunens misbrugsfaglige idegrundlag/menneskesyn skal sikre, at magtforholdet forvaltes i en form, hvor misbrugeren kan finde det rimeligt og naturligt. Dette medfører blandt andet, at kommunen må frasige sig retten til at benytte sig af kontrol og sanktionsmuligheder, men i højere grad anlægge en linie præget af forhandlinger og aftaler.

Selv om kommunerne er blevet større, er det vel at gå for vidt at kalde en kommune på mellem 30.000 og 50.000 for en stor kommunal enhed. Selv før 1996 havde mange kommuner med dette indbyggertal vanskeligt ved at forvalte det misbrugsfaglige indsatsområde.

## Et bud på fremtiden

Amternes stordriftsfordele er væk, og kommunerne overtager en langt større udfordring på misbrugsområdet, end de havde inden 1996. Kravene er på alle måder skærpet, og de nye større kommunale enheder er ingen garanti for, at de senere års udvikling på området fortsætter.

I de nye kommuner vil det misbrugsfaglige indsatsområde blive placeret meget forskelligt organisatorisk. Der vil sandsynligvis blive forskel på en misbrugsindsats placeret i arbejdsmarkedsregi og i social- og sundheds- eller psykiatriregi. Igen bliver menneskesynet afgørende for, hvordan man vil møde misbrugeren. Bliver misbrugsbehandlingen en understøttende indsats i forhold til kommunens aktiveringspolitik, eller bliver indsatsen udøvet med sigte på social udvikling og sundhed?

Kan kommunerne virkelig komme hele vejen rundt, eller vælger de at fokusere på entydige mål for indsatsen? Vælger de det sidste, er der en stor risiko for, at en del af de misbrugere, som har kunnet rummes i de amtslige tilbud, falder igennem med risiko for udstødelse.

Det ser ud til, at en del kommuner vælger at lave samarbejdsaftaler om opgaven, ligesom forhåndsaftalerne bevirker, at der som udgangspunkt bliver en række muligheder for en fortsat fælles udvikling af opgaven.

Den største udfordring for kommunerne på stofmisbrugsområdet bliver at overbevise stofmisbrugere om, at de tilbud, de hidtil har fået, fortsætter og udvikles i kommunalt regi.

**BENT JENSEN**, CENTERLEDER

TIDL. VESTSJÆLLANDS AMTS MISBRUGSCENTER –  
NU MISBRUGSCENTRET SLAGELSE KOMMUNE



## Er stoffri behandling på vej til at blive opgivet?

Flere penge til stofmisbrugsområdet har tilsyneladende ikke forbedret stofmisbrugernes forhold nævneværdigt de sidste 10-12 år. Dødeligheden blandt stofmisbrugere ligger stadig på 1995-niveauet, og mange steder i landet er det blevet langt sværere for stofmisbrugere at komme i stoffri døgnbehandling.

Er noget af forklaringen på dette, at der stadig er en konflikt mellem fortalere for hhv. stoffri behandling og substitutionsbehandling, som også slår igennem på brugerniveau? For mig at se har 'eksperterne' på stofmisbrugsområdet en tendens til at se sig selv som 'dem, der ved bedst på stofmisbrugernes vegne', hvilket i praksis gør det meget svært for brugerne at få reel og objektiv vejledning om behandlingsmuligheder. Eksperterne umyndiggør brugerne, som dermed ikke får mulighed for at træffe selvstændige valg.

Stofmisbrugsområdet er også præget af aktører fra andre områder som fx

forskning, teknologi, lokalpolitik, medicinalvirksomhed, socialfaglig virksomhed, lægefaglig virksomhed, jura, psykologi m.m. Nogle er eksterne, idet de står uden for det realitetsdomæne, der typisk defineres som området stofmisbrugsbehandling, men alle har deres egne dagsordener i forhold til feltet. Ikke alle dagsordener er lige positive. F.eks. kan lokalpolitikere ud fra ønsket om flere lokale arbejdspladser give grønt lys for etablering af flere offentlige behandlingstilbud i deres eget område, men sådanne tiltag iværksættes ofte på bekostning af de eksisterende midler til ekstern døgnbehandling i f.eks. privat regi. Dette resulterer i, at brugernes muligheder for at vælge disse behandlingstilbud bliver markant forringet. Stofmisbrugere bliver ofte de store tabere i disse beslutningsprocesser, hvilket ikke mindst skal ses i lyset af brugernes mangel på tid, mod til at klage og klageresourcer.

### Nødvendigheden af stoffri døgnbehandling

Behandlingssystemernes opgave burde bestå i at levere de behandlingsydelser, som stofmisbrugere behøver for at nå deres behandlingsmål. De bør endvidere invitere brugerne til personlig stillingstagen, hvor man i størst

mulig grad sikrer sig, at de pågældende virkelig vælger det, de vælger. Det er derfor dybt beklageligt, at det mange steder er blevet alt for besværligt for stofmisbrugere at få adgang til stoffri døgnbehandling. Dette er ikke ensbetydende med, at denne form for behandling ses som det absolut eneste 'saliggørende'. Ikke desto mindre ved vi, at døgnbehandlingsforløbet repræsenterer en absolut nødvendig 'time out-periode' for mange af de stofafhængige mennesker, der ønsker stoffrihed. For mange af dem, der ønsker stoffrihed, er døgnforløbet den eneste realistiske mulighed i den første og mest sårbare overgang til en stoffri tilværelse.

Hertil skal det siges, at man inden for døgnområdet er vel bekendt med det stigende antal misbrugere af centralstimulerende stoffer, som ønsker behandling. F.eks. brugere af rusmidler som hash, kokain og ecstasy. Dette indebærer nye behandlingsbehov, hvor det i en hel del tilfælde er tilstrækkeligt med et stoffrit behandlingsforløb i ambulant regi. Blandt denne 'nye' gruppe stofmisbrugere er der dog stadig mange, der har behov for at starte den stoffrie behandling i døgnregi. Det synes således stadigt mere relevant at kombinere døgnbehandling med ambulante forløb, hvilket dog langt fra retfærdiggør nutidens tendenser til, at det ene udelukker det andet.

### Private døgnbehandlingssteder får stadigt sværere arbejdsbetingelser

Sammen med loven om behandlingsgaranti kom der i 2003 en lovgivning, ifølge hvilken private døgnopholdssteder for voksne skal godkendes af lokale, offentlige myndigheder.

Mange af de private døgnbehandlingssteder har oplevet det aktuelle tilsyn som værende præget af et åbenbart asymmetrisk magtforhold. Dette skal ikke mindst ses i lyset af, at mange af de lokale instanser tolker den pågældende lovgivning vidt forskelligt, og desværre er der også nogle, der mangler den nødvendige viden og forståelse. Dette har medført kontroverser og et øget fokus på helt andre anliggender end behandling. Herunder et stadigt tiltagende forbrug af menneskelige og økonomiske ressourcer til f.eks. afrapportering og juridisk bistand.

# STRUKTURDEBAT

Ovenstående siger noget om flere døgnbehandlingssteders oplevelse af en udvikling, der kan vise sig at have stor betydning for effektiviteten af de private ydelser. Når disse institutioner absorberes – eller tvinges til at lade sig absorbere – af det offentlige system, mister de deres handlefrihed og muligheden for at skabe et effektivt udbytte.

## Hvorfor er stofmisbrugsbehandlingen ikke blevet bedre de sidste 30 år?

Noget af den mest relevante forskning inden for området er i de senere år varetaget af CRF (Center for Rusmiddelforskning). Ifølge CRF er behandlingsresultaterne i dag ca. lige så 'gode eller dårlige' som for 30 år siden. Det er heller ikke påvist, at nogle specielle behandlingsmodeller udmærker sig frem for andre, men det konkluderes alligevel, at behandling gør en forskel. Her er det specielt det relationelle (bl.a. forholdet mellem klient og behandler), der fremhæves som vigtigt for brugernes udbytte af behandlingen. Ifølge CRF er der alligevel grund til at spørge, hvorfor det stoffrie behandlingssystem ikke er blevet bedre til at hjælpe mennesker ud af misbruget gennem de sidste tre årtier?

Som én ud af mange mulige forklaringer på ovenstående spørgsmål nævner CRF, at stofmisbrugere i perioden er blevet udsat for flere og flere stressfaktorer. I dette lys er det betænkeligt, at de senere års udvikling også har bidraget til langt flere stressfaktorer for de private behandlingsinstitutioner. På den ene side oplever vi en tiltagende grad af økonomisk usikkerhed gennem en faldende klienttilgang. På den anden side er vi som private aktører også blevet underlagt et stadigt stigende antal asymmetriske forbindelser til forskellige offentlige systemer. Mange af disse ligner offentlige gruppeformationer, organiseret som en slags 'ekspertsystemer' med deres egne dagsordener. De befinder sig ofte langt væk fra feltets praktikere, som varetager den relationelle praksis, der skaber behandlingsudbytte. I stedet er de typisk beskæftiget med undersøgende, kontrollerende og godkendende anliggender, som typisk legitimeres som såkaldt 'kvalitetssikring'.

Der er i dag udbredt enighed om, at et godt behandlingsudbytte først og fremmest skabes i kraft af relationelle anliggender, bl.a. i forholdet mellem bruger og behandler. Den pågældende 'kvalitetssikring' synes dog oftest udmøntet i alt andet end det relationelle. Fx en stadig tiltagende strøm af skemaer og styringsdokumenter, hvortil der forventes respons i form af forskellige skriftlige redegørelser og stillingtagen. Dette kan ses som et paradoks, idet kvalitetssikringen dermed kommer til at 'stjæle' praktikernes ressourcer på bekostning af de relationelle aspekter, der skaber udbytte. Dette er næppe i tråd med de politiske intentioner med loven om behandlingsgaranti pr. 1. januar 2003.

## Sammenfattende problemanskuelse

- Hensynet til brugerne lader ikke til at være afgørende for områdets beslutningsprocesser.
- De forskellige aktører i berøring med området (interne og eksterne) har vidt forskellige dagsordener og synes ofte at læse forskningsresultater og aktuel lovgivning meget selektivt ('vi ser det, vi helst vil se').
- Områdets systemdynamik udmøntes i en praksis, hvor brugerne umyndiggøres (og fratages deres rettigheder) gennem en lang række 'ekspertsystemer'.

## Aktuelle spørgsmål til rusmiddelforskningen (CRF)

Den kritik, jeg i det ovenstående har rejst af behandlingsindsatsen på stofmisbrugsområdet, må meget gerne betragtes som en invitation til rusmiddelforskningen, som bl.a. kunne undersøge følgende spørgsmål:

- Hvad kendetegner de diskurser, der præger aktører i berøring med stofmisbrugsbehandling, og hvordan indvirker dette på de ydelser, der leveres til brugerne?
- I hvilken grad bliver områdets politisk bevilgede midler brugt til 'en form for teknokratisering', som 'stjæler' ressourcerne fra behandlingen på brugerniveau?
- Hvordan kan de ressourcer, der tilføres området, i større grad omsættes til konstruktive valg- og handlemuligheder, der giver et bedre udbytte for brugerne?

## Input til problemløsning

Ud fra en stoffri behandlingsanskuelse er der flere offentlige instanser, der ikke lever op til intentionerne med loven om behandlingsgaranti pr. 1. januar 2003. Dette giver anledning til at efterlyse lovmæssige justeringer, der sikrer brugernes ret til stoffri behandling og tydeligt definerer, hvad stoffri behandling er. Herudover efterlyses et nationalt organ, hvis opgave bør indbefatte tilsyn og akkreditering. Dette må omfatte alle behandlingsinstanser inden for området stofmisbrugsbehandling - både de offentlige og de private.

*Forkortet af redaktionen*

**TOR HARSTRUP**

Leder af behandlingsinstitutionen Sct. Ols