

Beslutningsforslag nr. B 56. Fremsat den 27. januar 1981 af Birgith Mogensen (CD) og Bollmann (CD)

Forslag til folketingsbeslutning

om vedtagelse af en reform til bekæmpelse og behandling af ungdomsnarkomani

Folketinget opfordrer regeringen til hurtigt at iværksætte en ungdomsnarkobehandlingsreform.

I helbredelsesforløbet skal indgå lægekontrolleret langtidsmetadonbehandling, sideløbende med effektiv socialpædagogisk behandling.

Bemærkninger til forslaget

I løbet af en 2-årig periode opbygges på landsbasis et behandlings- og resocialiseringsprogram, der omfatter 40 små ambulante metadonklinikker, hver med plads til 25–50 klienter. De eksisterende nedtrappingsprogrammer udvikles til anvendelse såvel for nye misbrugere som til anvendelse for ældre misbrugere der har været i langtidsmetadonbehandling og ønsker afgiftning. Endelig opbygges et specielt revalideringsprogram med plads til både stroffrie unge i resocialiseringsfasen og ældre misbrugere, der er i langtidsmetadonbehandling.

1. Metadonklinikkerne

I Københavns og Frederiksberg kommuner og i de større byer med alvorlige narkotikaproblemer opbygges over en 2-årig periode 30 ambulante behandlingssteder, hver med plads til maksimalt 50 klienter.

Desuden iværksættes 10 behandlingsprogrammer for misbrugere, der ud over misbruget frembyder sociale, psykiske eller kriminalitetsproblemer. Disse afdelinger skal begrænses til en kapacitet på 25 misbrugere. Halvdelen af disse behandlingsprogrammer indplaceres under kriminalforsorgen.

Til hvert behandlingssted bør knyttes en reserve-læge samt socialpædagogiske medarbejdere. 4–5 overlæger samt et tilsvarende antal psykologer bør tilknyttes hele organisationen, som bør styres centralt, men dog have visse decentrale beføjelser.

De praktiserende læger, som har stofmisbrugere i behandling, skal ydes den fornødne rådgivning og støtte fra én eller flere af de omtalte behandlingssklinikker.

Behandlingsklimaet må fastlægges efter »hjælp til selvhjælpprincippet«, fordi narkomanen nødvendigvis må genvinde noget af sin tabte selvrespekt, hvis et helbredelsesresultat skal opnås.

I tilslutning til metadonprogrammerne oprettes en døgnlægevagt i hovedstadsområdet og i de større byer for at tilsikre enhver misbruger relevant behandling i en akut situation og for at give de offentlige myndigheder (politi, bistandskontorer o. lign.) mulighed for at få akut assistance i nødsitu-

tioner. Døgnlægevagten skal have adgang til et af sundhedsstyrelsen oprettet døgnnarkoregister.

Det er metadonprogrammernes opgave at foretage visitation og herunder tage stilling til, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte langtidsmetadonbehandling i det enkelte tilfælde, og endvidere at bistå misbrugerne med at skaffe arbejde eller uddannelse eller placere dem i en revalideringssituation. Det vil formentlig være nødvendigt at knytte særlige revalideringsfunktioner til en del af behandlingsprogrammerne til brug for de misbrugere, der er så psykisk syge og socialt dårligt stillede, at de ikke kan klare almindelig beskæftigelse eller de eksisterende revalideringsinstitutioners krav. Det er også nødvendigt, at der sideløbende med behandlingen foregår en vis forskningsaktivitet, således at behandlingen i fremtiden kan foregå på et sikrere grundlag.

2. Nedtrappingsprogrammer

De eksisterende nedtrappingscentre og -institutioner anvendes til korttidsmisbrugere og til afgiftning af misbrugere i længerevarende metadonbehandling, når dette bliver påkrævet. Nedtrappingsprogrammerne differentieres i højere grad, end tilfældet er i dag, således at yngre, henholdsvis ældre, misbrugere behandles separat, og således at nedtrapping af familier med én eller flere misbrugere kan foregå i dertil egnede behandlingsprogrammer.

3. Revalideringsprogrammer

Hidtil har revalideringsinstitutioner og -centre været lukket for stofmisbrugere i metadonbehandling. Denne restriktive holdning er u hensigtsmæssig, og det foreslås, at revalideringsinstitutionerne åbnes for tilgang af revalidenter i kontrolleret og velfungerende behandling, idet det må anses for væsentligt, at misbrugere får mulighed for gentilpasning til samfundet på lige fod med andre borgere.

Familieplejeordningen bør fortsætte, men kun hvis arbejds- eller undervisningstilbud kan etableres fra eller på de udvalgte plejehjemssteder. Lige-

ledes er det en forudsætning, at familieplejerne har tæt kontakt med et af fornævnte behandlingssteder. Som tidligere omtalt er 20 pct. af alle straffasonere i danske fængsler narkomaner. Disse personer er spredt over et stort antal fængsler. Det forhold bør ændres. Dels er en narkomans psyke og adfærd ikke egnet til omgang med såkaldt »normale« indsatte. Dels er der stadigvæk risiko for, at narkomanen – ved hjælp af indsmuglet narkotika – vil »smitte« ikke-narkomanstraffasonere.

Alle narkomaner bør have »egne fængsler«, hvor et helbredelsesapparat kan etableres. F. eks. er anstalten i Herstedvester særdeles egnet til nævnte brug.

Indsmugling af hårde stoffer ville også kunne kontrolleres mere effektivt i specielle narkofængsler. I øvrigt vil brugen af udefra kommende, illegale stoffer mindskes, når den indsatte narkoman omgående glider ind i et behandlingsforløb, der indeholder langvarig metadonnedtrapning.

Med hensyn til bagmænd og andre typer narkohandlere bør det være en selvfølge, at disse personer, som meget sjældent selv er narkomaner, skal afsone frihedsstraf i »egne fængsler«, hvor de ikke har mulighed for at kontakte andre indsatte.

4. Regeringens kontaktudvalg vedrørende alkohol- og narkotikasporøgsmål

Regeringens kontaktudvalg har hidtil ensidigt været sammensat af modstandere af langtidsmetadonbehandling. Såfremt der skal skabes et samarbejde mellem de forskellige opfattelser af behandlingen af stofmisbrugere, er det nødvendigt, at dette etableres på alle niveauer. Det foreslås derfor, at kontaktudvalgets sammensætning ændres ved, at der optages medlemmer i udvalget, der går ind for andre behandlingssynspunkter end de eksisterende korttidsnedtrapninger.

De hidtidige erfaringer med samrådene har vist, at de ikke fungerer hensigtsmæssigt. Beslutningsprocessen i samrådene har været særdeles langvarig, og afgørelserne i samrådene har helt overvejende været afslag, når der skulle tages stilling til, om ansøgerne skulle i langtidsmetadonbehandling.

Endvidere har samrådene hidtil henvist de få ansøgere, der har fået bevilget langtidsmetadonbehandling, til de praktiserende læger, idet der ikke eksisterer egentlige behandlingsprogrammer, hvori indgår langtidsmetadon. Derved har klientelet af gamle misbrugere ikke opnået den fornødne sociale og psykologiske støtte, som der lægges vægt på i kontaktudvalgets metadonrapport fra 1979. Det anbefales derfor, at samrådene afvikles, og at visi-

tation og styring af langtidsmetadonbehandling henvises til de ovenfor omtalte metadonbehandlingsprogrammer.

5. Narkoreformforslagets økonomi

Finansieringen af narkobehandlingsforslaget afholdes stort set inden for den udgiftsramme, der allerede er afsat til behandling af stofmisbrugere (i øvrigt vil frivillige bidrag kunne forventes). I kommunalt og amtsligt regie overføres en del af ressourcerne fra de eksisterende narkoinstitutioner og hospitalsafdelinger til de ambulante metadonklinikker, og inden for kriminalforsorgen frigøres tilsvarende ressourcer fra den frie forsyng til behandling af løsladte kriminelle narkotikamisbrugere. Denne overførsel af midler fra de traditionelle systemer kan naturligt ske ud fra den betragtning, at det eksisterende behandlingssystem allerede har til opgave at varetage behandlingen både af nytilkomne unge misbrugere og de ældre misbrugere.

Talrige erfaringer viser, at gruppen af misbrugere, der har været afhængige i mange år, ikke får relevant eller tilstrækkelig hjælp, men gruppen belaster alligevel behandlingsapparatet med gentagne og ofte resultatløse nedtrapningsforsøg. Denne gruppe bør derfor ikke belaste de eksisterende narkoinstitutioner, men overføres til de ambulante metadonprogrammer. De ressourcer, der herved frigøres, overføres til anvendelse for opbygning af langtidsprogrammer.

Da det almindeligt antages, at de ældre misbrugeres antal minimalt udgør 3.000–4.000 personer ud af det samlede antal stofmisbrugere på 10.000–15.000, vil det være velbegrundet at regne med, at ca. 1/3 af de samlede ressourcer skal afsættes til gruppen af hårde stofmisbrugere.

Ud fra erfaringer i andre lande kan det anslås, at hvert metadonprogram med en kapacitet på ca. 50 klienter vil medføre udgifter på ca. 1 mill. kr. Et lignende beløb vil være nødvendigt til hvert af de 10 behandlingsprogrammer, der skal tage sig af de mest problematiske klienter (programmer med en kapacitet på 25 personer).

Udgifterne til de 30 behandlingsprogrammer med hver 50 misbrugere og 10 behandlingsprogrammer med hver 25 misbrugere skønnes således at andrage i alt ca. 45 mill. kr. Herved opnås kapacitet til behandling af 1.600–1.700 misbrugere, og kapaciteten i de eksisterende korttidsnedtrapningsinstitutioner vil skønsmæssigt kunne nedsættes med 1/3.

De praktiserende læger i kriminalforsorgen vil til stadighed have en del misbrugere i behandling.

Her åbner dette forslag en mulighed for en langt bedre tilpasning af den samlede behandlingskapacitet til de faktiske behov – i modsætning til

den foreliggende situation, hvor størstedelen af misbrugerne er uden behandlingsmæssig støtte og dermed henvist til socialt og sjæleligt forfald.