

[Sundhedsministeren]

med nogle detaljerede regler for adgang til reklamer for håndkøbslægemidler. Disse regler er baseret på saglighed og reel information, og de skal fortsat være virkelig stramme, som fru Elisabeth Arnold vist udtrykte det.

Jeg vil godt understrege, at i forhold til tv-mediet sker der ingen ændring af situationen i dag. Der har været sat spørgsmålstegn ved det holdbare i at have nogle nationalt bestemte regelsæt, og jeg må sige, at regeringen er opmærksom på, at forbudet måske med tiden kan vise sig at være illusorisk, hvis danske seere bliver bombarderet med tv-reklamer fra udenlandske eller internationale kanaler, der ikke er underlagt dansk lovgivning. Hvis det skulle gå sådan, er det givet, at regeringen vil være indstillet på at revurdere og diskutere dette spørgsmål på ny, men som situationen er nu, ser jeg ingen anledning til, at vi skulle ophæve forbudet mod reklamer for håndkøbslægemidler i dansk tv.

Der har været rejst kritik af og sat spørgsmålstegn ved det fornuftige i at overføre lægemiddelstatistikken til offentligt regi. Jeg vil godt sige, at hovedbegrundelsen for at foretage denne ændring er det forhold, at visse lægemiddelvirksomheder vægrer sig ved at indberette deres omsætningstal til Dansk Lægemiddelstatistik, og de har ikke pligt til at gøre det, når statistikken er placeret i privat regi. Men gennem lovforslagets bestemmelser om indberetningspligt for alle lægemiddelhåndterende virksomheder, apoteker og sygehusapoteker sikrer vi os det fuldstændige statistiske grundlag, som er en helt nødvendig forudsætning for en fuldstændig reel lægemiddelstatistik og dermed også et reelt lægemiddelprisindeks. Og da dette lægemiddelprisindeks jo har betydning i mange relationer, er det væsentligt, at grundlaget for udregningen er så korrekt som overhovedet muligt.

Jeg vil gerne slutte med at sige tak for de mange positive tilsagn om at arbejde konstruktivt videre med forslaget i udvalget.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

Formanden:

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den sidste sag på dagsordenen var:

5) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 17:

Forslag til folketingsbeslutning om ordination af metadon.

Af Inger Stilling Pedersen (KRF) m.fl.
(Fremsat 5/11 92).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling**Sundhedsministeren (Ester Larsen):**

Spørgsmålet om ordination af metadon til stofmisbrugere og problemerne i forbindelse hermed har jo været fremme nogle gange inden for det sidste års tid. Jeg vil godt understrege, at de centrale myndigheder er meget opmærksomme på disse problemer, og jeg forventer, at Sundhedsstyrelsen meget snart kommer med nogle helt konkrete forslag til løsning af en del af de problemer, som man peger på i bemærkningerne til beslutningsforslaget.

Jeg vil godt starte med at sige, at jeg ikke mener, at der er behov for yderligere lovgivning på området. Både i lægeloven, i bistandsloven og i loven om euforiserende stoffer er der tilstrækkelig hjemmel til at regulere de forhold, som omtales i beslutningsforslaget.

Jeg vil godt knytte nogle bemærkninger til de enkelte punkter i beslutningsforslaget. I punkt 1 foreslås det, at ordination af metadon til stofmisbrugere ikke må indledes, uden at der samtidig iværksettes sociale behandlingstilbud. Som det sikkert vil være bekendt, fremgår det af Sundhedsstyrelsens cirkulære af juni 1980 til alle landets læger – cirkulæret om ordination af afhængighedsskabende euforiserende stoffer – at hvis en læge påtænker at iværksette en behandling, der indebærer længerevarende metadonordination til en stofmisbruger, bør lægen forinden overveje, hvilke behandlingsmuligheder der er relevante, herunder henvisning til behandlingsinstitution. Og det

[Sundhedsministeren]

er Sundhedsstyrelsens erfaring, at i de amter, hvor de amtskommunale behandlingstilbud er til stede i tilstrækkeligt omfang, sker ordination af metadon til stofmisbrugere i samarbejde med behandlingsinstitutionerne.

Det er min opfattelse, at iværksættelse af længerevarende metadonbehandling af en stofmisbruger altid bør ses i sammenhæng med de tidligere behandlingserfaringer med stofmisbrugeren, men også med de muligheder, den enkelte stofmisbruger har for at få behandlet sit misbrug på lokalt plan. Jeg vil godt understrege, at det er jo for at hjælpe mennesker med et stofproblem, at man overhovedet tilbyder metadon, og jeg synes, det er vigtigt, at man tilbyder metadon i kombination med sociale foranstaltninger, når det ser ud til at være den rigtige løsning.

Men samtidig vil jeg godt gentage, hvad jeg tidligere har givet udtryk for, nemlig at der findes en gruppe ældre stofmisbrugere, som har fået mulighed for at opnå en menneskeværdig tilværelse ved hjælp af metadon uden sociale foranstaltninger. Denne gruppe er karakteriseret ved, at den enkelte stofmisbruger fungerer godt i dagligdagen og kan passe almindelige forpligtelser, nogle kan endda passe et arbejde. Denne gruppe har ikke et aktuelt behov for behandling eller omsorgstilbud, og det må vi respektere, synes jeg. Disse stofmisbrugere skal derfor fortsat have lov til at være i fred; der er ingen grund til at påtvinge dem en behandlingsplan, yderligere sociale tilbud eller lignende.

I punkt 2 og 3 i beslutningsforslaget foreslås det, at metadon skal indtages under opsyn, men at lægen i ganske særlige tilfælde kan udlevere metadon til mere end én dag uden krav om, at metadonen skal indtages under opsyn. Hertil er at sige, at når en læge iværksætter en længerevarende metadonbehandling, er det altid lægens ansvar, at behandlingen sker forsvarligt, og lægen bør derfor som hovedregel sikre, at udlevering af metadon sker under kontrol af indtagelsen. Hvis lægen ikke handler forsvarligt, har Sundhedsstyrelsen ifølge reglerne i lægeloven ret til at skride ind. I den forbindelse må jeg dog understrege, at det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en forsvarlig metadonbehandling i nogle tilfælde vil kunne foregå, uden at metadonen indtages under opsyn. Det vil afhænge af den enkelte stofmisbru-

ger, det vil afhænge af det hidtidige behandlingsforløb, og det vil afhænge af et konkret lægeligt skøn i hvert enkelt tilfælde.

På den baggrund finder jeg ikke, at der er anledning til at forsøge at fastsætte regler, som giver ringere muligheder for at stille den enkelte stofmisbruger friere i forbindelse med metadonudleveringen, forudsat at lægen vurderer, at der ikke er behov for daglig kontrol af indtagelsen.

I forslaget punkt 4 foreslås det, at amtskommuner og kommuner skal tilrettelægge en behandlingsindsats, som er afpasset efter lokale behandlingsbehov. Jeg er meget enig i intentionerne bag forslaget. Antallet af stofmisbrugere og de problemer, som knytter sig hertil, varierer fra amt til amt, og problemet er uden tvivl størst i det storkøbenhavnske område. Det er en forudsætning for en tilfredsstillende misbrugerbehandling, at længerevarende metadonbehandling får en acceptabel placering i det offentlige behandlingssystem. Det er også en forudsætning, at amter og kommuner opretholder et rimeligt antal behandlingspladser i forhold til behovet og i forhold til antallet af stoffri behandlingspladser.

Men dér, hvor der virkelig er problemer, mener jeg ikke at vi kan løse dem via lovgivning. Amternes forpligtelser til at iværksætte foranstaltninger over for grupper af stofmisbrugere er jo allerede fastsat i bistandsloven, og jeg kan tilføje, at Amtrådsforeningen netop har gennemført en høring, hvor amtskommunerne har afgivet bemærkninger til Amtrådsforeningens misbrugsrapport. Med denne rapport og de enkelte amters udtalelser foreligger der nu et godt grundlag for en fornyet stillingtagen til den lokale og den regionale indsats, og i forbindelse med regeringens redegørelse til Folketinget om narkotikapolitikken får vi i øvrigt lejlighed til en samlet narkotikapolitisk debat, hvor spørgsmålet om den amtskommunale behandlingssindsats også vil indgå.

I beslutningsforslagets punkt 5 foreslås det, at Sundhedsstyrelsens kontrol med metadonordinationerne skal styrkes. Det synspunkt er jeg ganske enig i, det er Sundhedsstyrelsen også, og det er baggrunden for, at Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe om metadonordination. Denne arbejdsgruppe skal komme med forslag til revision af Sundhedsstyrelsens cirkulære om ordination af afhæn-

[Sundhedsministeren]

gighedsskabende euforiserende lægemidler og af de metadonanmeldelser, der er knyttet til cirkulæret, og desuden udarbejde en vejledning til brug for embedslægernes kontrol med overholdelsen af cirkulæret. Samtidig arbejdes der i Sundhedsstyrelsen på at forbedre databehandlingen, så embedslægerne i deres respektive områder vil få et betydeligt bedre overblik over metadonordinationerne.

Som jeg sagde til indledning, mener jeg ikke, at der er behov for yderligere lovgivning på området. Problemerne vil kunne løses inden for rammerne af lægeloven, bistandsloven og loven om euforiserende stoffer, og som sagt vil Sundhedsstyrelsen meget snart komme med forslag til opstramning af reglerne om ordination til stofmisbrugere. Jeg vil orientere Folketinget om resultatet af dette arbejde, senest i forbindelse med den redegørelse om narkotikapolitikken, som regeringen er ved at forberede i øjeblikket.

Qvist Jørgensen (S):

Jeg er egentlig enig med sundhedsministeren i, at det havde været gavnligt, hvis vi kunne have koblet tingene lidt bedre sammen og havde behandlet spørgsmålet i forbindelse med den kommende forespørgselsdebat. Men jeg vil da gerne sige her, at hvis Kristeligt Folkeparti med fremsættelsen af beslutningsforslag nr. B 17 om ordination af metadon har haft det ideale sigte at undgå den åbenbart uhæmmede uddeling af det, man kunne kalde statsmorfin – dvs. metadon – som finder sted for tiden, er vi fra Socialdemokratiets side enige i initiativet, og vi vil endda gerne rose det.

Jeg synes nok også, at jeg må sige i samme åndedrag, at Kristeligt Folkeparti har været på strandhugst i de socialdemokratiske synspunkter, idet vi også klart og utvetydigt har taget afstand fra den omsiggribende og automatiserede uddeling af ordinationer. Vi ved, at mere end en tredjedel af landets erkendte stofmisbrugere efterhånden er gledet over i tildeling af metadon. De erfarne på området – og det er altså behandlerne, jeg tænker på her – har en klar viden om disse ting.

For det første påpeger man, at antallet af narkodødsfald, der til dels skyldes indtagelse af metadon, ser ud til at være ubehageligt stigende. Når man læser dagspressens omtale af Rigspolitiets narkoinformations foreløbige sta-

tistik for narkodødsfald, synes jeg også, at det bliver meget klart bekræftet. Pr. 1. november 1992 er der registreret 158 narkorelaterede dødsfald, mens der var 190 i hele 1991, og det var en stigning fra 123 narkodødsfald året forinden. Jeg vil også godt lige minde om, at ca. 40 pct. af disse dødsfald tilsyneladende sker i Københavnsområdet, så på det punkt kan jeg sådan set tilslutte mig ministerens udtalelse.

For det andet er forbruget af metadon steget ganske betydeligt gennem de sidste 10 år, fra ca. 800 til ca. 2.300 personordinationer, og her tales der altså udelukkende om de yngre og aktuelle stofbrugere, det vil sige at tallene er rensede for såkaldte terminalordinationer.

For det tredje ser vi, at en ubehagelig stor mængde af disse mennesker enten slet ikke modtager eller nægter at modtage socialpædagogisk behandling samtidig, altså klart imod de anvisninger, der foreligger.

Derfor kunne Kristeligt Folkeparti måske have nøjedes med at forelægge sagen i ét punkt, således som vi har sagt det gang på gang i Socialdemokratiet: Følg vejledningen! Vi kender jo Sundhedsstyrelsens såkaldte Blå Vejledning, og vi skal selvfølgelig sørge for, at disse regler gøres endnu tydeligere og bliver fulgt. Det er jo det, der er problemet; det tror jeg at forslagsstillerne er enige med mig i, og jeg synes også, jeg kunne høre, at ministeren var enig i, at det er her, det kniber en gang imellem.

Det er desværre ikke nogen ny sag, tværtimod, men Kristeligt Folkeparti skal ikke have utak for at have rejst den igen; det er godt, at vi får debatten her i salen. Debatten må så vise, om Kristeligt Folkeparti er villigt til at være med til at finde frem til en finansiering af forslaget, for tankerne kan altså ikke føres ud i livet, uden at der tilføres ressourcer. Og samme spørgsmål kan jo med fuld ret stilles til ministeren, som jeg forstod egentlig havde en positiv holdning til forslaget.

Jeg har en klar fornemmelse af, at udvalgsarbejdet kan blive kortvarigt, men interessant, og jeg håber, at det vil lykkes os at fremkalde de nøjagtige oplysninger, der åbenbart skal til, for at vi kan udsende de nødvendige signaler.

(Kort bemærkning).

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg agter ikke at gå ind på selve indholdet i

[Inger Stilling Pedersen]

talen, men jeg må lige anholde ordet strandhugst. Faktisk har Kristeligt Folkeparti i al den tid, vi har været i Folketinget, arbejdet med dette spørgsmål. Ikke mindst fru Inge Krogh arbejdede i 1970'erne meget ivrigt med det. Men hvem der tager hvad fra hvem kan være ligeegyldigt; bare vi er enige om, at vi virkelig skal gøre noget ved det, så behøver vi ikke diskutere, om det nu er den ene eller den anden.

Men selvfølgelig, Socialdemokratiet har været længere i Folketinget end Kristeligt Folkeparti, så på den måde kan man jo godt sige det.

Karen Højte Jensen (KF):

Jeg vil gerne sige til Kristeligt Folkeparti, at vi er enige i de intentioner, som jeg fornemmer ligger bag dette forslag. Vi har jo en misbrugs-situation, som er ganske alvorlig.

Vi har også i Det Konservative Folkeparti fulgt de problemer, der har været vedrørende metadonbehandling, og mener, der er behov for en opstramning af reglerne vedrørende ordination og kontrollen med metadonbehandlingen. Derfor vil jeg gerne udtrykke tilfredshed med, at Sundhedsstyrelsen er på vej med ændrede regler. Dette er at foretrække frem for lovgivning.

Som udgangspunkt er jeg også enig med forslagsstillerne i, at ordination af metadon til stofmisbrugere bør følges op af sociale støtteforanstaltninger, men jeg mener ikke, at det skal være et ufravigeligt krav, således at der ikke kan ordineres metadon uden sociale initiativer. Jeg er enig med sundhedsministeren, når hun fremfører, at vi har en gruppe såkaldt ældre stofmisbrugere, der faktisk fungerer i dagligdagen uden offentlige sociale tilbud, og det mener jeg der skal være plads til. Det er jo således, at vi senere, når regeringen kommer med en narkotikaredegørelse, vil kunne beskæftige os yderligere med dette problem.

Jeg tror, vi skal passe på ikke at foregøgle, at metadonbehandling og de problemer, der knytter sig til metadonbehandling, er en ukompliceret sag. Det er jo noget, vi alle har været optaget af gennem mange år, og jeg tror ikke, at der er nogen lette løsninger. Til gengæld mener jeg, at de initiativer, som sundhedsministeren her i dag har nævnt, vil skabe bedre forhold omkring metadonbehandlingen.

(Kort bemærkning).

Tom Behnke (FP):

Såvel sundhedsministeren som den konservative ordfører var inde på, at der er ældre narkomaner, der får metadon, og som fungerer fint og kan passe deres arbejde ved siden af, og dem var der egentlig ikke nogen grund til, at man gjorde noget ved.

Jeg vil godt høre, om jeg har forstået det rigtigt. Er det virkelig regeringens politik, at staten skal fungere som pusher over for narkomaner og udlevere metadon, som er et narkotisk stof, blot fordi folk fungerer fint? Er det så rimeligt? Jeg vil gerne spørge specielt den konservative ordfører.

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Jeg vil gerne sige til hr. Tom Behnke, at jeg er sikker på, at hr. Tom Behnke godt ved, at metadonbehandling ikke er det første, man griber til. Når en misbruger får metadonbehandling, har man jo fra systemets side, fra det offentliges side eller ad anden vej, forsøgt mange andre muligheder. Og jeg synes, det er meget vigtigt, at man har metadonbehandling som et, om jeg så må sige, sidste alternativ – i nogle tilfælde i hvert fald – hvorved man kan hjælpe en gruppe mennesker.

(Kort bemærkning).

Tom Behnke (FP):

Jeg vil gerne gøre opmærksom på, at det er muligt, at det var intentionerne, at det skulle fungere på den måde, men virkeligheden viser os, at hvis man som narkoman henvender sig til sin læge, så er det kun et spørgsmål om, hvilken læge man har, om man får metadon eller ej. Nogle læger ordinerer metadon, nogle vil ikke. Hvad fru Karen Højte Jensen her sagde, er altså ikke i overensstemmelse med virkeligheden.

Det, der er så skæbnsvangert, er, at der sidder politikere herinde, der ikke aner, hvad der foregår ude i det virkelige liv, og som fører en politik på baggrund af noget, der ikke er i overensstemmelse med virkeligheden.

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Der er noget, der tyder på, at det har forbi-

[Karen Højte Jensen]

gået hr. Tom Behnkes opmærksomhed, at jeg faktisk i min ordførertale sagde, at vi også var opmærksomme på de problemer, der har været, og fandt, at det var nødvendigt at skærpe reglerne omkring ordination. Jeg har forstået, at vi er enige om, at det er der behov for.

Mariann Fischer Boel (V):

Kristeligt Folkeparti ønsker med sit beslutningsforslag at stadfæste nogle helt konkrete betingelser for ordination af metadon. Der må ikke startes en behandling, uden at der samtidig iværksættes opfølgende behandlingstilbud. Metadon skal som hovedregel indtages under opsyn, og der skal iværksættes en behandlingsplan efter lokale behov. Og endelig skal kontrollen med metadonordination fra Sundhedsstyrelsens side styrkes.

Diskussionen om udlevering af metadon er bestemt ikke ny, og som sundhedsministeren også nævnedes det, så kommer styrelsen med et udspil og konkrete forslag til løsning af nogle af de problemer, der bliver peget på i beslutningsforslaget.

Jeg synes, det er vanskeligt at løse metadonudlevering med firkantet lovgivning, da der selvfølgelig ligger helt forskellige skæbner bag nødvendigheden af udleveringen og løsningsmodellerne følgerlig må være forskellige. Der har jo netop været en høring i amterne, og med de udmeldinger, der nu foreligger, skulle der være udmærket grundlag for lokale og regionale tiltag.

Sundhedsstyrelsen har som nævnt nedsat en arbejdsgruppe, der nærmere skal vurdere, hvordan metadonudleveringen finder sted i dag. Arbejdsgruppen skal også vurdere det gældende cirkulære om ordination af euforiserende stoffer og fremkomme med en vejledning til brug for kontrollen med overholdelse af cirkulæret.

I Venstre har vi sympati for flere af de tanker, der ligger bag Kristeligt Folkepartis forslag, men vi mener ikke, at der er brug for lovgivning på området.

Birgitte Husmark (SF):

Fra SF's side vil vi gerne sige tak til Kristeligt Folkeparti for det her forslag. Vi har ikke nogen følelser med hensyn til ophavsrettigheder i denne forbindelse. Vi synes, at det er godt, at der sker endnu et skub i retning af at

forpligte regeringen til at få gjort noget ved den fuldstændige mangel på kontrol med ordination af metadon og for den sags skyld også andre euforiserende stoffer, som vi i øjeblikket er vidne til.

Når jeg siger det så skrap, er det, fordi vi gentagne gange har fået at vide, at den registrering, der sker af euforiserende stoffer og metadon, faktisk ikke kan bruges til noget. Udleveringen bliver først konstateret i Sundhedsstyrelsen med flere måneders forsinkelse, og registreringen er i dag i en sådan form, at det kræver næsten umenneskelige anstrengelser – i hvert fald utrolig mange arbejdstimer – hvis den skal kunne bruges.

Derfor indkaldte jeg også i august til et samråd om dette spørgsmål, og ministeren lovede på det tidspunkt, at der ville komme en redegørelse i dette efterår. Ministeren lovede også, at der ville blive nedsat et par udvalg. Udvalgene er da også nedsat, spørgsmålet er så, hvornår de barsler med noget. Det glæder vi os meget til, og også i den sammenhæng kan jeg kun hilse Kristeligt Folkepartis forslag velkomment. Vi skal i hvert fald medvirke til, at det får en hurtig behandling.

Når vi mener, at det er nødvendigt endnu en gang at indskærpe over for regeringen, at det er nødvendigt at foretage sig noget på dette område, er det jo dels på grund af den økonomiske situation – og jeg vil gentage hr. Qvist Jørgensens spørgsmål til Kristeligt Folkeparti, om man er indstillet på at afsætte øgede midler til området – og dels er det på grund af den manglende kontrol.

Jeg mener ikke, at man kan ændre på tingenes tilstand med hensyn til uddeling af metadon, medmindre der sættes behandlingstilbud i værk. Derfor synes jeg, det er rigtigt, at den vejledning, der i øjeblikket gælder, hvori man siger, at lægen bør sørge for, at der bliver iværksat andre former for behandling samtidig med metadonordinationen, skal skærpes. Det skal være lægens forpligtelse, for samtidig med, at lægen får den forpligtelse, får det offentlige den forpligtelse, at der skal være andre behandlingstilbud samtidig med metadonen.

Når jeg siger behandlingstilbud, skal det selvfølgelig forstås vældig bredt; det kan godt være sociale foranstaltninger, det kan være uddannelsesmæssige foranstaltninger, det kan være en bred vifte af støtte til den person, der

[Birgitte Husmark]

er ude i et stofmisbrug. Det er den vej, vi må gå.

Jeg synes, det er betænkeligt, hvis spørgsmålet om det, man kalder ældre stofmisbrugere, skal drages ind i debatten som noget, der skal forhindre, at man går videre med at skaffe behandlingstilbud til mennesker, der har brug for metadonordination. Selvfølgelig er der personer, der i øjeblikket befinder sig i et metadonbrug, og som ikke, i hvert fald ikke uden videre, kan komme ud af det, og det er ikke SF's opgave at presse dem ud af det; men det, vi taler om, er jo personer, der fremtidig får ordineret metadon.

For personer, der fremover får ordineret metadon, skal der samtidig være et tilbud, der giver dem en mulighed for at komme ud af både deres stofmisbrug og deres metadonbrug. Det er de tilbud, der mangler, det er problemets kerne, og det er derfor, at problemet ikke løses uden en vilje til også at sørge for, at sådanne tilbud bliver sat i værk.

Jeg tror ikke, der vil være noget som helst problem i at få organisationen på plads, hvis man er villig til at indse, at det kræver et samarbejde mellem socialvæsen, sundhedsvæsen og kriminalforsorg. Hvis ikke Kriminalforsorgen kommer med, når man heller ingen vegne. Det samarbejde håber jeg at vi snart ser ikke bare en skitse, men en plan for fra Sundhedsministeriets side og da meget gerne i samarbejde med de to andre instanser.

Tom Behnke (FP):

Jeg skal starte med at sige, at Fremskridtspartiet er særdeles positiv over for forslaget. Vi synes, at det er godt, at vi nu får et papir på bordet, hvor vi kan se nogle konkrete eksempler på, hvordan der kan blive strammet op på dette område.

Der blev sagt så flot fra nogle ordføreres side, at det har man haft mulighed for at gøre efter de eksisterende regler igennem mange år. Spørgsmålet er bare: Hvorfor har man så ikke gjort noget? Det er jo, fordi der ikke sker noget på dette område. Det er, fordi det hele er ved at løbe af sporet, at der kommer sådan nogle forslag. Det er, fordi ministeren ikke har gjort, hvad ministeren kunne gøre.

Noget af det bedste i det forslag, der foreligger for os her, er, at man fastslår, at ordinationen af metadon ikke er en behandling i sig selv

– og det er det ikke, det er et andet narkotisk stof. Hvis vi kigger på det på gadeplan, ser på de narkomaner, der stadig væk går rundt på gader og stræder, så viser det sig, at de fleste af dem, som er på metadon, jævnligt får sat dosen op, og det vil sige, at man fastholder dem i narkomiljøet. Man fastholder dem som narkomaner, og det er ikke rimeligt over for de pågældende personer.

Kristeligt Folkeparti har foreslået, at det skal være sociale behandlingstilbud. Det mener jeg ikke. Jeg mener, at det er et forkert ord at bruge i den sammenhæng. Det, der efter min mening skal til, er, at man laver et afvænningsprogram, at man laver en nedtrapning og sørger for, at man ikke bare udleverer metadon og bliver ved med det i evig tid. Der skal laves en plan for en nedtrapning, således at vi får narkomanerne ud af deres misbrug.

Punkt 2 er også et virkelig godt punkt – som flere ordførere også har været inde på – nemlig at metadonen skal indtages under opsyn. Det bevirker, at narkomanerne ikke, som de gør i dag, tager metadonen med ned på gaden og omsætter den til et andet stof. Så er det, vi har problemet, som hr. Qvist Jørgensen var inde på, at der i hovedparten af dødsfald blandt narkomaner er metadon i blodet på narkomanen. Der er blandingsmisbrug, hvor metadonen går ind og bliver en medvirkende årsag til, at døden indtræder. Derfor er det allerbedste ved dette forslag, at metadonen bliver indtaget under opsyn; så ved vi i hvert fald, at de har fået den.

De forslag, der er omkring amternes og kommunernes indsats, og hvorledes de skal tilrettelægge behandlingen, finder jeg ikke er revolutionerende. Der er mange kommuner og amter, specielt de kommuner og amter, som har problemet inde på livet, især i Storkøbenhavn og de øvrige store byer, der har en række behandlingsprogrammer, så det bliver ikke synderlig revolutionerende.

Hvis vi så kigger på det sidste punkt, pkt. 5, så gælder det Sundhedsstyrelsens kontrol med metadonen. Her synes jeg, at kontrol er et lige lovlig hårdt ord. Jeg kan forestille mig, hvorledes man vil sidde og føre lange lister over, hvor meget og hvor mange ml osv., osv. Det synes jeg ikke om. Det, jeg synes at Sundhedsstyrelsen skulle gøre, er, at den skulle være meget mere opmærksom på, hvad det er, der foregår,

[Tom Behnke]

altså danne sig et overblik over, hvad det er, der foregår på området.

Vi er meget, meget positive over for dette forslag, og det kan med tiden – hvis man vil – medføre, at heller ikke staten er forhandler af narkotika. Jeg er lidt nervøs for, som det har været fremført fra flere ordføreres side, at Sundhedsstyrelsen vil komme med et forslag til, hvordan vi løser det her, og så må vi jo vente på det, selv om det bare er en undskyldning for, at man ikke har nogen seriøse argumenter imod dette her forslag. Så må vi jo vente på, hvad Sundhedsstyrelsen kommer med, men jeg vil nu vædde på, at Sundhedsstyrelsen i hvert fald ikke kommer med nogen forslag, der vil bevirke, at man med tiden får brug for mindre personale rundt om i de forskellige instanser. Det er jeg helt sikker på. Der er et godt engelsk ord, der hedder *wellfare pusher*. Der er simpelt hen mennesker, der er ansat til at tage sig af disse her problemer, og de vil selvfølgelig ikke save den gren over, de selv sidder på.

(Kort bemærkning).

Qvist Jørgensen (S):

Jeg må da indrømme, at der i hr. Tom Behnkes tale var ting, som jeg kunne være enig i, men det er ikke så meget dem, jeg vil tage fat om. Men jeg tror, at når vi meget snart får mulighed for at læse referatet i de grønne hæfter, så vil man kunne konstatere ren populisme i nogle af de ting, som hr. Tom Behnke sagde.

Jeg sad egentlig og ventede på, om vi også skulle få en relancering af Fremskridtspartiets gamle idé: ø-tanken. Jeg er glad for, at hr. Tom Behnke ikke spildte vores tid på det. Jeg kan se, at der er nogle, der er usikre på, hvad ø-tanken var. Det var dengang, da Fremskridtspartiet foreslog, at man skulle tage narkomanerne i den ene ende og den anden ende og så bære dem ud på en øde ø. Men den blev vi forskånet for.

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg vil gerne takke Kristeligt Folkeparti, fordi de kommer med dette beslutningsforslag om ordination af metadon. Metadon er en god idé som led i afvænnning, men det bliver ikke brugt efter hensigten.

Under sommerens debat kom det klart frem, at overlæger i København havde oprettet me-

tadonklinikker, hvorfra man fjernordinerede til narkomaner andre steder i landet og det for et fast beløb af 400 kr. pr. måned. Så sent som den 13. november kunne vi læse i Jyllands-Posten om det illegale pillesalg. Politiet anslår, at den beslaglagte mængde ketogan, stesolid og metadon alene i København sidste år beløb sig til ½ mio. kr., og de tilføjer, at den reelle omsætning er langt større. Denne uacceptable handel med bl.a. metadon viser, at der ordineres mere, end den enkelte har brug for, og derfor må der strammes alvorligt op.

Den enkelte skal have tilknytning til én læge, hvor ordination af metadon skal følges op med et behandlingsforløb og gerne af samme læge. Det var det, der var hensigten med metadon. Ellers er det blot at fastholde narkomanerne i misbruget.

Desværre må vi erkende, at det etablerede behandler-system ikke slår til. Der skal i høj grad bruges alternative tilbud. Jeg har i min sommerferie bl.a. besøgt Egeborg på Lolland, og jeg var dybt imponeret. Desværre har kommunerne været tilbageholdende med at sende deres narkomaner dertil, og forstå det, hvem der kan! I sommer var der 80 narkomaner på stedet, og det var ikke alle, der havde tilskud med hjemmefra. En behandling på Egeborg koster 16.000 kr. pr. måned; til sammenligning har Københavns Kommune betalt op til 60.450 kr. om måneden for en døgninstitutionsplads, og andre kommuner betaler fra 25.000 kr. til 40.000 kr. pr. måned for en familiepleje. Det siger jeg også til Socialdemokratiets ordfører, der taler om flere ressourcer. Det er et spørgsmål, om ressourcerne bruges rigtigt.

Når man tager i betragtning, at resultaterne på Egeborg viser, at ca. 70 pct. af deres klienter bliver clean, hvorimod kun 5 pct. af de narkomaner, der behandles i det offentlige behandler-system, bliver clean, så kan enhver da se, hvor ressourcerne bruges bedst.

Jeg vil gerne spørge ministeren, om ministeren vil tage med i sine overvejelser, at de alternative afvænningscentre i højere grad vil blive anvendt. Jeg ved næsten, hvad ministeren vil svare mig, men så må vi altså tage den debat også. Af de tal, jeg her har nævnt, kan alle jo se, at mange flere narkomaner kunne behandles for de samme penge, men det er, som om der værnes mere om det etablerede offentlige behandler-system, end man ønsker at værne om

[Lis Noer Holmberg]

de stakkels mennesker, der er havnet i dette ulykkelige misbrugshelvede.

Jeg vil gerne sige tak til sundhedsministeren for den redegørelse, der kom her fra starten, men jeg vil dog sige, at fine ord og en hel masse redegørelser og diskussioner gør det altså ikke. Vi må handle nu. Dette problem har været oppe mange gange, siger man. Ja, det har det i årevis. De sidste 10-15 år har jeg deltaget i høringer om alkohol og narko, og problemerne vokser; vi kan altså ikke være bekendt at lade stå til på den måde.

(Kort bemærkning).

Qvist Jørgensen (S):

Det er nærmest af hensyn til historieskrivningen, men jeg synes, det er lidt vigtigt – og specielt da vi nu hører fra CD's ordfører, at medlemmet har deltaget i debatter rundt omkring i den sidste halve snes år – at sige, at hvis man vil deltage i noget, der er så følelsesladet og så svært – og dét er det! – så skal man altså lade være med at stå og slynge de maksimale tal, man overhovedet har kunnet finde frem, ud. Så skal man, synes jeg, vide lidt om, hvilke aftaler der er indgået om, hvad taksterne kan være for f.eks. en familiepleje, og hvilke bestræbelser der udfoldes ude i amtskommunerne for at undgå, at man kommer op på de høje takster, som medlemmet nævnte.

(Kort bemærkning).

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg synes ikke, der er tale om at slynge takster ud. Det er altså en realitet, at forskellen er så stor. Jamen det er det, og det kan jeg dokumentere, det har jeg beviser for.

Jeg siger »høringer igennem mange år«, ja, men da den socialdemokratiske regering sad ved magten, tilbød forsikringsselskaberne at gå ind – fordi det også var et ressourcspørgsmål – og være med til at stille midler til rådighed, så man kunne få afvænnet disse mennesker, fordi det jo også er et problem med kriminalitet. Men på det tidspunkt sagde socialdemokraterne: Hold fingrene fra narkomanerne; dem skal vi nok selv tage os af! Og hvad er der sket?

Lone Dybkjær (RV):

Jeg vil godt takke sundhedsministeren for

den redegørelse, hun gav i anledning af dette forslag. Jeg synes, det gav en udmærket beskrivelse af, hvad det er, vi står over for, men også af, hvad der allerede er sat i gang. Jeg deler sundhedsministerens opfattelse af, at vi skal prøve på at se tingene i sammenhæng, og jeg ser derfor frem til den diskussion, vi skal have.

Når det er sagt, vil jeg også godt sige, at det helt afgørende i dette forslag, som jeg vurderer det, naturligvis er, at man ikke må ordinere metadon, uden at der samtidig iværksættes sociale behandlingstilbud. Og det ved enhver er umuligt, ikke i teorien, men i praksis er det, for hvad er det, der skal til? Der skal det til, at stofmisbrugerne kan komme ind og deltage på det normale arbejdsmarked, for kun derved kan der komme nogle normale sociale relationer, og kun hvis der kommer normale sociale relationer, kan vi regne med, at vi får taget hånd om stofmisbruget. Og selvfølgelig kommer tidligere narkomaner ikke ind på arbejdsmarkedet i dag – på linje med, hvad der gælder for alle andre handicapgrupper. Derfor er dette en illusion. Det er rigtigt, vi skal gøre det, vi skal sige det, men det er en illusion at tro, at vi kan løse problemet ad den vej.

Derfor er det en helt anden form for tænkning, der skal til. Jeg mener naturligvis, at man skal være omhyggelig med ordineringen af metadon, men at mene som CD's ordfører, at vi skal handle her og nu, det er absurd. Vi kan ikke handle her og nu, for det er ikke muligt at få iværksat disse ting her og nu, fordi vi har problemer, der generelt er vokset. Det er jo ikke bare et spørgsmål om, at problemerne for stofmisbrugerne er vokset, det er jo sandelig også et spørgsmål om, at arbejdsløsheden er vokset, og i og med, at arbejdsløsheden vokser, får vi alle de her problemer i kølvandet.

Når det er sagt, er det naturligvis ikke sådan, at vi ikke skal prøve at gøre noget. Vi skal bare lade være med at have nogen illusioner om, hvor meget vi kan opnå, eller vi skal være villige til at ofre de nødvendige midler. Det kan ikke gøres inden for det eksisterende system, det tror jeg ikke på. Det kan godt være, det kan være lidt billigere med en anden måde at organisere behandlingscentrene på og andre ting, men det er jo slet ikke det, det handler om, hvis man virkelig skal afvænne narkomaner. Det handler om helt nye sociale relationer, som i allerhøjeste grad skal være arbejdsmarkedsbe-

[Lone Dybkjær]

tingede, og arbejdsmarkedet er ikke i øjeblikket klar til at modtage tidligere stofmisbrugere i et omfang, som virkelig gør, at vi kan løse problemerne.

Jeg er i øvrigt ikke tilhænger af punkt 2 og 3. Jeg synes, det afhænger af en lægelig vurdering. Det kan godt være, at der er nogle regler, der kan strammes op, og det kan godt være, at der er for meget tilfældighed eller for lidt opsyn nogle steder; men blot at udstikke generelle regler er jeg ikke enig i.

Så er det klart, at behandlingsindsatsen skal tilpasses efter lokale behandlingsbehov. Det er lige så let sagt, som det er vanskeligt gjort. Og det mener jeg sådan set er problemet med dette her. Det er relativt nemt at skrive et beslutningsforslag, men det er relativt vanskeligt at løse de problemer, beslutningsforslaget beskriver – og det er under ingen omstændigheder gjort i en håndvending.

(Kort bemærkning).

Lis Noer Holmberg (CD):

Det er da klart, at ledighed og arbejdsløshedsproblemer ikke gør problemet mindre, men jeg vil godt spørge fru Lone Dybkjær, om fru Lone Dybkjær dermed mener, at vi så bare skal lade alle disse ulykkelige unge stofmisbrugere, som vi har liggende rundt omkring, ligge, fordi problemet altså ikke kan løses her og nu? Jeg synes, det er en falliterklæring for os herinde at sige, at vi ikke kan løse det problem her og nu, det er for vanskeligt.

Man har drøftet det. Alkohol- og Narkotikarådet kom med den ene flotte publikation og pjece efter den anden i årevis, men der skete ikke nok. Problemerne voksede. Jeg synes, det må være kedeligt for de politikere, der har siddet herinde de sidste 15-20 år, at de ikke har strammet mere op på det, end de har gjort. Det er faktisk lidt kedeligt, at fru Lone Dybkjær ikke mener, vi kan løse problemet.

(Kort bemærkning).

Lone Dybkjær (RV):

Jeg mener naturligvis ikke, vi skal lade stofmisbrugere ligge i rendestenen uden at gøre noget som helst. Det mener jeg naturligvis ikke. Og selvfølgelig kan der gøres mere, end der gøres. Der kan givetvis gøres meget mere, end der gøres, og der kan også gøres en hel del inden for det eksisterende system.

Det, jeg går imod, er, at man har en illusion om, at man her og nu kan løse problemerne. Det er snyd og bedrag at bruge den slags udtryk, for det lader sig ikke gøre her og nu. Det er på det nærmeste imod naturlovene her og nu at gå ud og løse problemerne. Jeg tror, det er medvirkende til, at folk bliver trætte af politik, at vi siger: Nu har vi så lavet et beslutningsforslag, lad os nu her og nu løse problemerne, og det er forargeligt, de ikke er løst her og nu.

Det kan ikke lade sig gøre at løse dem her og nu. Det, vi derimod kunne være koncentreret om, var, hvordan vi får en langsigtet indsats i gang, sådan at vi på længere sigt får løst problemerne. Det er rimeligt, for det kan vi overkomme, og det er realistisk; men ikke noget med udsagn om her og nu, for det kan ikke lade sig gøre.

(Kort bemærkning).

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg vil nu altså gerne slå til lyd for, at vi her og nu strammer op omkring det her og ikke bliver ved med at sætte fine ord på og udskyde det. Jeg synes, det er vigtigt, at vi tager fat i det.

Jeg synes, det var dejligt at høre SF's politiske ordfører, der jo også mente, at nu var det ikke nok med fine ord, men nu skulle der handles. Det har flere andre også været inde på. Derfor synes jeg, vi skal stramme dette her op. Så må vi jo se, hvem der vil være med.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg vil gerne takke de fleste af deltagerne i debatten for en meget positiv debat, hvor man virkelig har forstået, hvad problemerne drejer sig om. Og det er rigtigt, som det blev sagt af den socialdemokratiske ordfører: Reglerne, vi har i dag, er ikke overholdt. Så enkelt er det.

Jeg var lidt skuffet over fru Lone Dybkjær. Det var, som om hun ikke havde forstået, hvad det drejede sig om. Jeg har ingen illusioner om, at vi her og nu kan løse alle problemer, men jeg ser nogle mennesker for mig, som vi holder fast i et system ved at give dem metadon. Jamen metadon er et narkotisk stof, som man altså indtager i stedet for et andet narkotisk stof. Vores intentioner med dette forslag er at sige, at når man er kommet så vidt, at man selv er indstillet på en afvænnings – og det er man jo, når man er kommet på metadon – nyt-

[Inger Stilling Pedersen]

ter det ikke, at vi bare spiser de mennesker af med noget metadon, så må vi også hjælpe dem.

Når vi skriver »sociale foranstaltninger«, er det bredt ment. Det kan være meget forskelligt, hvordan det enkelte menneske skal stimuleres. Nogle kan måske vende tilbage til en normal arbejdstilværelse. Det er svært – det er jeg enig med fru Lone Dybkjær i – hvis man har været en mangeårig stofmisbruger. Det er måske heller ikke det, det drejer sig om. Man kan godt have sociale relationer uden om arbejdsmarkedet. Tænk, hvor mange mennesker i Danmark der er uden arbejde – tænk, hvis de ikke skulle kunne få sociale relationer på anden vis! Jeg nævnte under en anden debat, vi har haft for nylig, at arbejde ikke bare er lønarbejde på arbejdsmarkedet. Der er så meget andet arbejde, man kan påtage sig og være med i, måske til gavn for andre. Mange tidligere narkomaner er jo netop kommet ind i et socialt arbejde, hvor de er med til at vejlede andre og hjælpe dem med at komme væk fra den glidebane, de er inde på.

Det væsentlige for os er, at man ikke bare skal sige til narkomanerne: Nu får I noget metadon, og så har vi fred for jer. Det er nemlig at fastholde dem i et narkotikamisbrug; det har Kristeligt Folkeparti altid været modstander af; vi mener, det er at snyde de mennesker.

Dette forslag koster nogle penge, ja, men det koster også mange penge at fastholde mennesker i metadon. Derfor er vi villige til at se på, hvilke muligheder der er for, at vi kan spare penge på anden vis.

Jeg tror, det er meget vigtigt, at de, der skal have metadon, skal indtage det på stedet. Det er den eneste måde, man kan hindre videresalg på. Vi har været så humane i forslaget at sige, at selvfølgelig skal vi ikke afskære de mennesker fra f.eks. at tage ud at rejse. Hvis lægen skønner, at de godt kan klare det, har lægen mulighed for at udlevere metadon til mere end én dag. Jeg er enig med SF's ordfører i, at der i vejledningen ikke skal stå »bør«, men »skal«.

Så blev der talt om de ældre narkomaner. Jamen hvis vi fastholder dem på et narkotisk stof for tid og evighed, er det det samme som at sige: Du er faktisk opgivet. Det kan godt være, at alle ikke skal have samme behandling. En social plan kan jo være mange, mange ting. Det, vi mener med det, er, at der bør ske en

nedtrapning, måske over et halvt, et helt eller flere år, det kan vi ikke udtale os om, men formålet med at give metadon – hvis der ellers er noget godt i det – må være en nedtrapning og ikke en optrapning.

Jeg tror, der er mange, der er chokerede over de tal, der er kommet frem på det sidste, og som viser omfanget af problemet. Jeg synes ikke, at vi skal sige, at der er nogle, der har patent på den ene eller den anden løsning. Det er vores opgave herinde; alle partier har et fælles ansvar for, at reglerne overholdes, og at sikre, at disse mennesker ikke fastholdes på metadon, som altså er et narkotisk stof.

Jeg er glad for sundhedsministerens indlæg her, og jeg er også glad for, at man er parat til at tage nogle initiativer og undersøge tingene. Men noget siger os alligevel, at Sundhedsstyrelsen og andre måske har svigtet ved ikke at have en fornemmelse af, hvor slemt det var. Jeg tror også, at nogle amter og kommuner har fundet det billigst og nemmest at fastholde en klient på metadon frem for at betale det, det ellers kostede. Men man skal jo ikke hænge alle kommuner ud, det er klart.

Kristeligt Folkeparti vil i hvert fald i dag meget gerne takke både ministeren og ordførerne for, at man så positivt er gået ind i debatten. Og så forventer vi nogle resultater, ikke til gavn for os herinde, men til gavn for de mennesker, som fastholdes i et narkotikamisbrug gennem metadon.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagets overgang til anden (sidste) behandling vedtoges uden afstemning.

Formanden:

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Meddelelser fra formanden:

Formanden:

Der er ikke mere på dagsordenen.

[Formanden]

Sundhedsministeren (Ester Larsen) har meddelt mig, at hun ønsker skriftligt at fremsætte:

Forslag til lov om Rigshospitalet.
(Lovforslag nr. L 113).

Forslag til lov om apotekernes bruttoavance i 1993.

(Lovforslag nr. L 116).

Forslag til lov om ændring af lov om levnedsmidler m.m.

(Lovforslag nr. L 117).

Forslag til lov om ændring af lov om mærkning af tobaksvarer og om tjæreindhold i cigaretter.

(Lovforslag nr. L 118).

Trafikministeren (Ikast) har meddelt mig, at han ønsker skriftligt at fremsætte:

Forslag til lov om udbygning af banestrækningen mellem Vamdrup og Padborg.

(Lovforslag nr. L 119).

Fra medlem af Folketinget *Lotte Henriksen* (S), der har orlov, har jeg modtaget meddelelse om, at hun fra og med den 14. december 1992 atter kan give møde i Tinget.

Stedfortræderens, *Vibeke Storm Rasmussen*,s, hverv som midlertidigt medlem af Folketinget ophører herefter fra nævnte dato at regne.

Medlem af Folketinget *Jan Petersen* (S) har meddelt mig, at han ikke vil kunne give møde i Tinget i mindst 7 dage, hvorfor han anmoder om orlov, jf. Folketingets forretningsordens § 42, stk. 4, litra b, fra og med den 14. december og om, at stedfortræderen må blive indkaldt.

Jeg har modtaget meddelelse om, at Venstres folketingsgruppe har udpeget medlem af Folketinget *Mejdahl* til ny stedfortræder i Lønningrådet for den resterende del af funktionsperioden, efter at Peter Brixtofte er udnævnt til skatteminister.

Hr. Mejdahl er herefter valgt.

Jeg har modtaget meddelelse om, at Venstres folketingsgruppe har udpeget medlem af Folketinget *Helge Sander* til nyt medlem af Ligningsrådet for den resterende del af indværende funktionsperiode, efter at Peter Brixtofte er udnævnt til skatteminister.

Hr. Helge Sander er herefter valgt.

Skriftlig fremsættelse af forslag:

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Jeg skal herved tillade mig for Folketinget at fremsætte:

Forslag til lov om Rigshospitalet.
(Lovforslag nr. L 113).

Som led i aftalen om finansloven for 1993 er der indgået en budgetaftale for Rigshospitalet for perioden 1993–96. Baggrunden for budgetaftalen er, at det er regeringens opfattelse, at det er nødvendigt med et stabilt økonomisk grundlag for hospitalets drift, så det omfattende omstillingsarbejde, der er påbegyndt, kan videreføres.

Det fremsatte lovforslag understreger i overensstemmelse med grundlaget for budgetaftalen Rigshospitalets status som statens sundhedsvidenskabelige udviklingscenter for patientbehandling, forskning og uddannelse, der i samarbejde med det øvrige danske sundhedsvæsen samt andre internationale centre kan sikre det danske sundhedsvæsens høje faglige niveau.

Lovforslaget indebærer, at betalingen for Rigshospitalets ydelser med virkning fra den 1. januar 1994 sker på grundlag af omkostningsbestemte takster. Hermed sikres der en ligestilling med det øvrige sygehusvæsen. Den del af Rigshospitalets driftsbevilling, der i 1993 medgår til nedbringelse af betalingen for hospitalets ydelser samt forrentning og afskrivning af investeringer og pensionsbyrde, skal således efter forslaget fra 1994 indregnes i taksterne. Den stigning i det samlede takstniveau, som følger heraf, kompenseres ikke over de generelle tilskud. I stedet kompenseres brugerne i vidt omfang ved fordeling af et beløb, der beregnes efter forbruget i det pågældende år.

Endelig indebærer lovforslaget, at Rigshospitalets kontaktudvalg nedlægges, idet det forudsættes, at kontakten mellem hospitalet og brugerne intensiveres som led i gennemførelsen af det nye takst- og aftalesystem.

Jeg skal hermed anbefale lovforslaget til Folketingets velvillige behandling.

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Jeg tillader mig herved for Folketinget at fremsætte: