

Til lovforslag nr. L 112. Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 10. maj 1995

Betænkning

over

Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om udøvelse af lægegerning

(Lægelig behandling for stofmisbrug)

Udvalget har behandlet lovforslaget i nogle møder og har herunder stillet spørgsmål til sundhedsministeren, som denne har besvaret skriftligt.

Nogle af Sundhedsudvalgets spørgsmål til sundhedsministeren og nogle af Socialudvalgets spørgsmål til socialministeren vedrørende forslag til lov om ændring af lov om social bistand (Amtskommunalt ansvar for stofmisbrugsbehandling) (L 117) og ministrenes svar herpå er optrykt som bilag til betænkningen.

Endvidere har udvalget modtaget skriftlige og/eller mundtlige henvendelser fra:

Ambulatoriet for Stofmisbrugere,
Amtsrådsforeningen i Danmark,
Graungaard, Eva og Karl Somogyi, Rødovre, og
Kommunernes Landsforening.

Udvalget har herudover modtaget et antal henvendelser fra personer, der er i metadonbehandling, eller fra disses pårørende. Nogle af disse personer har været i foretræde for udvalget.

Der er af sundhedsministeren stillet ændringsforslag, hvorom henvises til de ledsagende bemærkninger.

Herefter indstiller et *flertal* (Socialdemokratiets, Socialistisk Folkepartis, Det Radikale Venstres og Centrum-Demokraternes medlemmer af udvalget) lovforslaget til *vedtagelse* med det stillede ændringsforslag.

Et *mindretal* (Venstres og Det Konservative Folkepartis medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til *forkastelse* ved 3. behandling.

Et flertal inden for mindretallet (Venstres medlemmer af udvalget) kan ikke støtte regeringens forslag om at inddrage de praktiserende lægers ret til at ordinere euforiserende stoffer, idet det er Venstres holdning, at den praktiserende læge skal vedblive med at være en central sundhedsperson. Dette lovforslag lægger op til en gradvis udhulning af de praktiserende lægers arbejdsområde.

Samtidig skal det slås fast, at det er overordentlig vigtigt, at der bliver grebet ind fra embedslægers og Sundhedsstyrelsens side, hvis de praktiserende læger ikke nøje følger de regler, der er beskrevet i cirkulære nr. 110 af 28. juni 1993. I dette cirkulære bliver det netop fastslået, at den praktiserende læge som hovedregel ikke på egen hånd bør iværksætte en metadonbehandling, specielt ikke en længerevarende metadonbehandling. Lægen bør forinden iværksættelsen af behandlingen forelægge spørgsmålet for de i cirkulæret nævnte udvalg, som vil kunne rådgive den praktiserende læge i disse spørgsmål. Ligeledes bliver det i samme cirkulære fastslået, at der ikke må behandles med metadon, uden at der er lagt en behandlingsplan, og at behandlingen bør varetages af patientens sædvanlige praktiserende læge i samarbejde med de amtslige og kommunale social- og sundhedsforvaltninger. Og endelig bliver det fastslået, at den behandlende læge

har en forpligtelse til så vidt muligt at sikre, at den ordinerede metadon ikke sælges eller misbruges.

Et mindretal inden for mindretallet (Det Konservative Folkepartis medlemmer af udvalget) finder, at det er vigtigt, at ordination, udlevering og indtagelse af metadon sker på en ansvarlig og kontrolleret måde for patienter i misbrugsbehandling, ligesom metadonbehandling bør følges op af tilbud om sociale støtteforanstaltninger. Målet er at få narkomaner ud af misbruket.

Med Sundhedsstyrelsens cirkulære af 28. juni 1993 skete der en nødvendig opstramning og forbedring af rammerne for metadonbehandling.

Embedslægen har tilsynet med de praktiserende lægers ordination af metadon og kan således gribe ind over for de praktiserende læger, hvis cirkulæret ikke efterleves, ligesom Sundhedsstyrelsen har det overordnede ansvar for området.

Da ministeren over for udvalget har tilkendegivet, at der ikke foreligger nogen systematisk indsamling af erfaringerne med effekten af cirkulærestramningen, finder Det Konservative Folkeparti ikke, at ministeren har belæg for nu at opbygge en helt ny organisation, således at amtskommunerne forpligtes til at ansætte læger til at varetage den lægelige stofmisbrugsbehandling. Desuden finder mindretallet, at amtslægen tillægges for stor magt, idet det er denne, der egenhændigt skal beslutte, om ordinationsretten kan overlades til en anden læge.

Endelig finder mindretallet det ikke velbegrunder, at sygehusapotekerne skal have udvidet deres leveringsområde. Mindretallet går imod, at regeringen endnu en gang giver offentlige apoteker adgang til at overtage en lægemiddeldistribution, som i dag varetages på helt forsvarlig vis af private apoteker.

Et andet mindretal (Fremskridtspartiets medlem af udvalget) indstiller lovforslaget til *vedtagelse uændret*.

Det har for mindretallet været vigtigt, at der bliver taget hånd om udlevering af metadon, og at udleveringen sker i faste rammer og under kontrol, således at metadonen indtages af den pågældende og ikke sælges med henblik på at skaffe penge til andre stoffer.

Mindretallet kan derfor støtte lovforslaget, som det foreligger, men kan ikke støtte det stillede ændringsforslag.

Mindretallet skal advare imod vedtagelsen af det stillede ændringsforslag, da det betyder en yderligere udhulning af de private apoteker. Apotekerforeningen har da også gjort opmærksom på denne urimelighed, tilsyneladende uden at det har gjort indtryk på ministeren. Udlevering og distribuering af medicin bør varetages af private apoteker og ikke gøres til en offentlig opgave.

Selv om mindretallet støtter det foreliggende lovforslag i dets oprindelige form, skal mindretallet dog påpege, at man regner med, at ministeren i sin administration af loven vil lægge vægt på, at amterne samarbejder positivt med såvel kommunerne som med de privatpraktiserende læger og lægehuse. Det betyder også, at amternes vigtigste opgave skal bestå i at koordinere og kontrollere udleveringen af metadon.

Det må være en betingelse, at amterne sørger for, at loven hele tiden administreres ud fra, hvordan man bedst hjælper narkomanerne.

Endelig skal mindretallet påpege, at udlevering af metadon ikke er nogen behandling i sig selv. Målet skal fortsat være, at narkomanerne afvænnens i seriøse behandlingsforløb på døgninstitutioner, således at narkomanerne sættes i stand til at leve en stoffri tilværelse. Metadonudlevering skal således kun være en meget midlertidig ordning, indtil narkomanen kan komme i behandling.

Ændringsforslag

Af *sundhedsministeren*, tiltrådt af et flertal (S, SF, RV og CD):

Til § 1

1) I den under nr. 2 foreslåede § 16 b indsættes efter stk. 1 som nye stykker:

»Stk. 2. Et sygehusapotek og en sygehusapoteksfilial kan til amtskommunens behandlingssteder levere euforiserende stoffer til udlevering som led i behandlingen af stofmisbrugere efter stk. 1.

Stk. 3. Et sygehusapotek og en sygehusapoteksfilial under Hovedstadens Sygehusfællesskab kan til Københavns og Frederiksberg

Kommuners behandlingssteder levere euforiserende stoffer til udlevering som led i behandlingen af stofmisbrugere efter stk. 1.«.

Bemærkninger

Til nr. 1

I det omfang, amtskommunen vælger at henlægge den lægelige behandling af stofmisbrugere med euforiserende stoffer til sygehuse eller institutioner omfattet af sygehuslovens § 3, kan sygehusapoteker forsyne sygehuset eller institutionen med de euforiserende stoffer, der anvendes i behandlingen.

Københavns Kommune har henledt opmærksomheden på, at i det omfang, den lægelige behandling henlægges til amtskommunale institutioner, der ikke er omfattet af sygehuslovens § 3, vil det amtskommunale sygehusapotek ikke kunne forsyne den pågældende institution med euforiserende stoffer.

Da behandlingen af stofmisbrugere efter lovforslaget klart vil fremtræde som en amtskommunal forpligtelse, findes det hensigtsmæs-

sig, at der åbnes mulighed for, at et amtskommunalt sygehusapotek kan forsyne de amtskommunale behandlingssteder med euforiserende stoffer til brug for behandlingen.

Det foreslås på denne baggrund i det nye § 16 b, stk. 2, at en amtskommune kan vælge at lade amtskommunens sygehusapotek levere euforiserende stoffer til amtskommunens behandlingssteder til udlevering som led i amtskommunens behandling af stofmisbrugere efter stk. 1.

Forestås selve udleveringen af stoffet efter aftale af andre på amtskommunens vegne, f.eks. en praktiserende læge, en privat behandlingssanstalt eller et lokalt redningskorps, kan leveringen fra sygehusapotek eller -apoteksfilial også ske til dette udleveringssted.

I forlængelse heraf åbnes der i det nye § 16 b, stk. 3, mulighed for, at Hovedstadens Sygefællesskab på samme måde kan levere euforiserende stoffer til Københavns og Frederiksberg Kommuners behandlingssteder. Det forventes, at der indgås en aftale herom mellem Københavns og Frederiksberg Kommuner og Hovedstadens Sygefællesskab.

Tove Lindbo Larsen (S) nfm. Lone Møller (S) Hanne Andersen (S) Martin Glerup (S)

Jytte Wittrock (S) Jørn Jespersen (SF) Vibeke Peschardt (RV) Anni Svanholt (SF)

Sonja Albrink (CD) Jørgen Winther (V) Mariann Fischer Boel (V) Ester Larsen (V) fmd.

Kim Mouritsen (V) Karen Højte Jensen (KF) Agnete Laustsen (KF) Henriette Kjær (KF)

Jan Køpke Christensen (FP)

Enhedslisten havde ikke medlemmer i udvalget.

Nogle af Sundhedsudvalgets spørgsmål til sundhedsministeren og nogle af Socialudvalgets spørgsmål til socialministeren og ministrenes svar herpå

Sundhedsudvalgets spørgsmål til sundhedsministeren og dennes svar herpå.

Spørgsmål 40:

Ad svaret på spørgsmål 2

Er det de amtsansatte læger, der egenhændigt skal beslutte, om ordinationsretten kan overlades andre praktiserende læger?

Svar:

Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, er det de amtslige læger, der i de nærmere bestemte tilfælde kan indgå en aftale med en anden læge, herunder en praktiserende læge om, at denne får overladt ordinationsretten for en bestemt stofmisbruger på amtskommunens vegne. Det vil således være de amtslige læger, der egenhændigt skal vurdere og beslutte, om der er grundlag for at indgå en sådan aftale. Det er omvendt en forudsætning for at kunne overlade ordinationsretten til en anden læge, at denne i det konkrete tilfælde indvilliger i at varetage behandlingen.

Spørgsmål 41:

Ad svaret på spørgsmål 2, 2. afsnit

»Nærmere bestemte tilfælde« bedes konkretiseret.

Svar:

Efter lovforslagets § 5 f, stk. 2, kan ordinationsretten efter konkret aftale »i nærmere bestemte tilfælde« overlades til en anden læge. Det har hermed været hensigten at præcisere, at ordinationsretten eksempelvis ikke kan overlades for en hel gruppe af stofmisbrugere, men at der skal være tale om individuelle beslutninger vedrørende den enkelte stofmisbruger. Hensynet til en stofmisbruger kan f.eks. tale for en sådan ordning i situationer, hvor den behandlede amtslige læge har konstateret, at stofmisbrugeren har vist sig i stand til at fungere i et stabilt behandlingsforløb og ønsker at fortsætte dette hos egen læge.

Spørgsmål 42:

Ad svaret på spørgsmål 3

Hvilke nærmere betingelser agter Sundhedsstyrelsen at fastsætte?

Svar:

Med omlægningen af metadonbehandlingen til amtskommunalt ansvar er det ikke hensigten at ændre i de principper for behandlingen af stofmisbrugere med metadon eller lignende euforiserende stoffer, som Sundhedsstyrelsen har fastlagt i cirkulære nr. 110 af 28. juni 1993 og i de tilhørende retningslinjer. Sundhedsstyrelsen vil tilpasse reglerne til den organisatoriske omlægning af behandlingen til fuldt amtskommunalt ansvar. Styrelsen vil påbegynde tilpasningen af reglerne i nær fremtid.

Spørgsmål 43:

Ad svaret på spørgsmål 4

Hvem i amtskommunen vil kunne overlade udleverings- og kontrolforanstaltninger til institutionerne, og hvem vil kunne indgå aftaler med institutioner m.v.?

Svar:

Aftaler om overladelse af udleverings- og kontrolforanstaltninger til f.eks. en privat behandlingsinstitution kan indgås af amtskommunen som ansvarlig myndighed for den praktiske tilrettelæggelse. Derimod kan konkrete aftaler om overladelse af ordinationsretten for en bestemt stofmisbruger til en læge på en privat behandlingsinstitution m.v. alene indgås af den amtslige læge, jf. også besvarelsen af spørgsmål 40 og 41.

Socialudvalgets spørgsmål til socialministeren og dennes svar herpå.

Spørgsmål 25:

Udvalget anmoder om ministerens kommentar til vedlagte artikler fra Socialpædago-

gen nr. 6, marts 1995 »Langt ud i skoven« og »Et ubehageligt spørgsmål«.

Hvorledes vil ministeren sikre et tilstrækkeligt offentligt tilsyn med private misbrugsinstitutioner i fremtiden?

Svar:

Socialpædagogen kan et langt stykke ad vejen have ret, når man i nr. 6 fra 23. marts i lederen og de nævnte artikler kritiserer det manglende tilsyn med private behandlingssteder. Det er således rigtigt, at der med hensyn til offentlig kontrol hidtil ikke har været særlig tilskyndelse hertil. Dette skyldes i vid udstrækning den nuværende finansieringsordning, hvor der er givet personligt tillæg efter pensionslovens § 17 eller § 46 a – hjælp til persons egne behandlingsudgifter. Selv om mange kommuner følger med i, hvordan behandlingen foregår disse steder, gælder dette næppe generelt. Men både på dette punkt og på en del andre felter sker der ændringer med lovforslaget og andre initiativer, som er på vej.

Forslaget indebærer, at behandlingsudgifterne finansieres – ikke som udgifter til personlige behandlingsudgifter – men som offentlige udgifter til lige præcis den type behandling, man finder passer til den pågældende misbruger. Dette forhold understreger i sig selv de bevillende myndigheders ansvar. De må som sagt nu tage selvstændig stiling til den rette behandling. De må følge op på, om skattekronerne bruges forsvarligt, og de må som med andre sociale tilbud sikre, at der med investeringen i penge og i mennesker er noget at bygge videre på.

Vedtager Folketinget lovforslag i sin helhed, vil der foruden den ændrede finansiering af private behandlingstilbud skabes et ansvarssystem, hvor man ud fra større regionale enheder – amterne – bedre kan tilrettelægge det samlede behandlingsudbud og få en større variation i behandlingen.

De private, ikke overenskomstdækkede behandlingsinstitutioner kommer til at indgå som en mulighed på linje med de offentlige og de overenskomstdækkede private institutioner, hvis centrale placering i tilbudene det ikke har været hensigten at ændre på med lovforslaget. Gennem de aftaler, de visiterende myndigheder træffer om behandling, kan man betinge sig samme tilsyn, som der ligger i driftsover-

enskomstsystemet, men hverken de visiterende myndigheder eller den private institution er forpligtet til at kalkere dette tilsyn.

Udgangspunktet er, når det gælder private behandlingstilbud på stofmisbrugsområdet – som når det gælder alkoholmisbrugsområdet – at der ikke er en offentlig tilsynsforpligtelse med den behandling, der foregår. Det er således op til dem, der benytter sig af tilbudet – det være sig det offentlige eller misbrugeren selv – om de finder, at tilbudet og betalingen modsvarer deres ønsker og behov. I tilfælde, hvor det offentlige visiterer til og afholder udgifterne til behandling et sådant sted, må det offentlige sikre sig, at tilbudet sammenholdt med prisen er af en forsvarlig kvalitet.

Dette må ske dels ud fra de overordnede målsætninger for indsatsen og serviceniveaet, man har lagt for lokalområdets støtte til stofmisbrugere, og dels ud fra en fastlagt handleplan for den enkelte stofmisbruger.

Den eksisterende viden om effekten af de forskellige typer behandling er ret sparsom, idet der hidtil ikke har været forsket i dette område.

Derfor har Socialministeriet bedt Center for Rusmiddelforskning om at gå i gang med en evaluering af flere private behandlingstilbud, så det offentlige kan få en objektiv beskrivelse af, hvad de kan, og hvordan behandlingstilbudet er sat sammen.

Dette forskningsprojekt er kun et af flere, hvorved stofmisbrugsområdet bredt vil blive vurderet, så der skabes større viden om, hvad der gavner misbrugerne og samfundet som helhed.

Med den nye efteruddannelse for behandlerne, der startes i år, hvor bl.a. den opprioriterede forskning kommer til at indgå, vil området gradvis blive kompetencemæssigt opgraderet.

Ligesom det er tilfældet med andre tilbud til borgerne fra det offentlige side, vil en udvikling af kvalitetskontrol og kvalitetssikring i forbindelse med stofmisbrugsbehandling være et mere aktivt og direkte instrument end det traditionelle tilsyn. En sådan proces kan indebære, at man som udgangspunkt bliver enig om rammerne for behandlingen, herunder hvilke bygningsmæssige faciliteter der kan anvendes, antallet på personalet og deres kvalifikationer, samt hvordan visitationen skal foregå.

Endelig kan der for den behandling, der tilbydes, opstilles resultatmål såsom ophør eller nedbringelse af misbruget samt andre mål for ændring af adfærden.

I en kvalitetsvurderingsfase vurderes dels løbende på det enkelte behandlingsforløb og dels samlet efter en vis tid for en gruppe brugere, om der er overensstemmelse mellem de aftalte mål for behandlingen og resultaterne, og om og hvordan man eventuelt må justere behandling eller mål for at opnå et acceptabelt kvalitetsniveau inden for de givne ressourcer.

Udviklingen af et sådant kvalitetssikringssystem vil kunne være et første skridt i en kvalitetsudviklingsproces, som ud over kvalitetssikring omfatter en egentlig kvalitetsudvikling.

Foruden de nævnte forskningsmæssige og uddannelsesmæssige initiativer, der er taget til støtte for de lokale myndigheders indsigt med behandlingsområdet, skal også i denne forbindelse nævnes Socialministeriets kvalitetsprogram, der generelt sigter på at gøre den sociale service bedre ved at udvikle metoder, der giver brugerne indflydelse på tilbudene. I 3 områder i landet skal der under dette program gøres forsøg på stofmisbrugsområdet.

En indholdsmæssig vurdering og kontrol, som der lagt op til, skal ikke blot dække de helt private tilbud, men også de mere traditionelle. I driftsoverenskomstsyste­met og i den kommunale opholdsgodkendelse lægges der nogle ret så stive rammer for de ledelsesmæssige, overenskomstmæssige og lokalemæssige forhold for behandlingstilbudene, men reelt sikres der ikke hermed en kvalitet i behandlingen. Gennem en kombination og en smidiggørelse af det kendte godkendelses- og tilsynssystem og et kvalitetssikringssystem vil kontrollen med det samlede behandlingsudbud vinde i effektivitet.

Spørgsmål 26:

Ad svaret på spørgsmål 22

Vil ministeren bekræfte, at ministeren ikke har noget overblik over, hvor store de offentlige udgifter er til stofmisbrugsbehandling?

Svar:

I besvarelsen af spørgsmål 22 henvises der til et vedlagt svar af 28. november 1994 på spørgsmål nr. S 278, stillet af Tove Fergo (V) om de offentlige udgifter til narkobehandling.

Det fremgår af denne besvarelse, at såvel Amtsrådsforeningen i Danmark som Kommunernes Landsforening oplyste, at da de ydelser, der tilbydes stofmisbrugere, også tilbydes andre borgere, og da der ikke sker registrering på klientniveau, findes der på centralt hold ikke tal, der belyser den samlede behandlingsindsats. De tal, som er oplyst i lovforslagets bemærkninger, vedrører for amternes vedkommende alene budgettal for nettodriftsudgifter til institutioner for stofmisbrugere og giver således kun oplysning om en del af de amtslige udgifter.

Spørgsmål 27:

Ad svaret på spørgsmål 24

Der ønskes en uddybning og præcisering af det skøn, der ligger til grund for den nævnte besparelse.

Svar:

Lovændringen vil medføre en statlig besparelse, idet amtskommunerne, som overtager visitationskompetencen, ikke kan hente refusion hjem efter bistandslovens § 46 a eller pensionslovens § 17, ligesom primærkommunerne kun i yderst begrænset omfang vil kunne hente refusion af sine udgifter efter disse to paragraffer.

Den statslige besparelse skal overføres til bloktilskuddet til amtskommunerne.

Da der ikke foreligger statistik, der kan belyse, hvor store udgifterne til stofmisbrugsbehandling er, bygger Socialministeriets skøn på en dataindsamling fra de tre private behandling­sinstitutioner uden driftsoverenskomst, som praktisk taget varetager den private behandling af stofmisbrugere her i landet. Fra disse behandling­sinstitutioner modtog ministeriet oplysninger om antal helårspersoner og omtrentlige omkostninger pr. person pr. år.

Der blev herfra oplyst, at der er 161 helårspersoner på § 46 a-hjælp og 11 helårspersoner på § 17-hjælp i 1994. De gennemsnitlige omkostninger pr. person pr. år varierer mellem 200.000 kr. og 350.000 kr. med en vægtet gennemsnitlig omkostning pr. år pr. person på små 206.000 kr.

Der er i runde tal på landsplan regnet med 170 helårspladser på private behandling­sinstitutioner uden driftsoverenskomst, omend det formentlig må anses for tvivlsomt, at samtlige 170 vil være berettiget til hjælp efter § 46 a i

bistandsloven. Den samlede udgift er ud fra den vægtede gennemsnitspris regnet til omkring 35 millioner kroner.

De 35 millioner kroner opsplittes i statslige og kommunale udgifter, idet der er 50 procents statsrefusion på kontanthjælpen og 75 procents statsrefusion på pensionen. Herved fremkommer de tal, der er angivet i de økonomiske bemærkninger til lovforslaget.

Det er således regnet ud, at staten sparer 18,7 millioner kroner. Men det svarer ikke til amternes udgifter, idet kommunerne, hvad an-

går pensionisterne, også får en merudgift, idet udgifterne fremover deles ligeligt mellem amterne og kommunerne, hvorved primærkommunerne skal dække forskellen mellem de 25 procent, de hidtil har dækket, og de 50 procent, de fremover skal dække. Den svarer til 25 procent af de offentlige udgifter til pensionisterne, nemlig 0,6 millioner kroner. Herefter bliver der til amterne 18,1 million kroner.

Der er enighed mellem staten og de kommunale parter om forslaget økonomiske konsekvenser.