

Politisk spilfægteri eller reelt kvalitetsløft ?

Kvalitetsløft til gavn for klienterne kan vi alle gå ind for, men var behandlingsgarantien det situationen kaldte på? Kunne der være andre problemstillinger der var mere oplagte at tage fat på? Liese Recke og Michael Jourdan optræder her som djævlens advokater og gennemgår faldgruber og udfordringer på området.

AF LIESE RECKE OG MICHAEL JOURDAN

Første januar 2003 trådte loven om behandlingsgaranti til stofmisbrugere i kraft. Dermed er det nu bestemt, at der senest 14 dage efter henvendelsen til behandlingssystemet skal foreligge en behandlingsplan. Det er også bestemt at misbrugeren har frit valg mellem det behandlingstilbud som amtet tilbyder og andre lignende tilbud.

Hvorfor disse nye bestemmelser? Der er ingen tvivl om at, det har været vigtigt for socialministeren at signalere, at regeringen mener det alvorligt når det drejer sig om at styrke indsatsen i forhold til særligt udsatte grupper. De fleste vil da også have sympati med hensigten i denne lovgivning. Hvem vil dog indvende noget mod en indsats mod ventelister? Hvem vil dog indvende noget mod at socialt udstødte borgere i lighed med alle andre skal have muligheden for at vælge mellem forskellige behandlingstilbud indenfor såvel offentlige ambulante tilbud som mellem forskellige private døgntilbud. Og hvem vil dog indvende noget mod det økonomiske tilskud regeringen lader følge behandlingsgarantien ?

Mange stofbrugere i misbrugsbehandling er utilfredse med deres nuværende behandlingstilbud. Det er der sikkert mange gode grunde til. Spørgsmålet er bare om den måde man retter op på forholdene er at udstede en behandlingsgaranti, for hvad er det en garanti til og hvad er det en garanti for? Er en indsats mod ventelister og indførslen af det frie behandlingsvalg det situationen nøgternt set kalder på i det danske misbrugsbehandlings-



KIRSTEN BILLE, BAM

ER FORUDSÆTNINGERNE FOR AT MISBRUGERNE SELV KAN FORETAGE FRIE VALG PÅ ET INFORMERET GRUNDLAG EGENLIG TIL STEDE?

RUMMER DET FRIE VALG FALDGRUBER OG UTILSIGTEDE FØLGEVIRKNINGER?

HVILKE ADMINISTRATIVE FORVIKLINGER HAR BEHANDLINGSGARANTIEEN ÅBNET OP FOR?

ER FRIE VALG VEJEN AD HVILKEN MAN BEDST KVALITETSUDVIKLER BEHANDLINGSINDSATSEN?

system? Er det den optimale måde at kvalitetsudvikle indsatsen på? Vi har vores tvivl, og vil i det følgende - som djævlens advokater - gennemgå nogle af de problemstillinger, som det er påtrængende at få taget hul på.

Tid, hastværk og kvalitet

Et ordsprog siger at det gælder om at smede mens jernet er varmt. Loven om behandlingsgaranti foreskriver ligefrem at misbrugscenteret, i samarbejde med brugeren, skal udarbejde en behandlingsplan inden fjorten dage efter første henvendelse. En og anden vil måske tænke, at misbrugeren skal i (stoffri) behandling hurtigst muligt når motivationen dertil er tilstede, så ikke chancen forpasses. Hvor realistisk er denne antagelse og hvor hensigtsmæssige er regler der bygger på denne forudsætning?

For det første ved enhver der har beskæftiget sig med stofmisbrugsbehandling, at udfærdigelsen af en realistisk og holdbar behandlingsplan er en umulig opgave på fjorten dage.

De mest påtrængende problemer for stofmisbrugere der henvender sig i misbrugsbehandlingen er oftest en broget sammensætning af psykosociale problemer, hvoraf en hel del hører hjemme hos den kommunale sagsbehandler og i nogle tilfælde i det psykiatriske system. Umiddelbart ville man være tilbøjelig til at tillægge bopælskommunen ansvaret for koordinering af planarbejdet og sagsbehandlingen, men eftersom kommunerne ikke er underlagt et krav om hurtig sagsbehandling eller produktion af en social handleplan⁽¹⁾ indenfor en bestemt tidsramme, vil det ofte i praksis være misbrugscentret der kommer til at påtage sig ansvaret for udfærdigelsen af en overordnet social handleplan. Men eftersom amtslige misbrugscentre ikke kan foretage dispositioner på kommunale gebeter vil en social handleplan udarbejdet af misbrugscentrene naturligvis ikke have nogen relevans.

Et lignende problem gør sig gældende for samarbejdet med psykiatrien. En del af de stofmisbrugere der henvender sig i misbrugsbehandlingen

har alvorlige psykiske problemer uden at de af den grund tilbydes afklaring og behandling i det psykiatriske system. De henvender sig udelukkende til misbrugscenteret for at få substitutionsmedicin, og det bliver misbrugsbehandlernes opgave at håndtere de pågældendes belastende adfærd i misbrugscenteret, og i bedste fald forsøge at motivere den pågældende klient til at acceptere kontakt til den lokale psykiatri. I givet fald er der efterfølgende ventetid hos psykiateren som skal forestå en diagnostisk udredning, hvilket igen forudsætter at klienten er motiveret lige den dag og i stand til at overholde en fast aftale. Og det er ofte tilfældigheder der afgør om klienten indstilles til behandling i distriktspsykiatrien eller om den pågældende psykiater vurderer de psykiske problemer som stofrelaterede og afviser psykiatrisk behandling⁽²⁾. I sådanne (relativt hyppige) tilfælde, må misbrugsbehandleren finde alternative samarbejdspartnere eller forsøge at håndtere brugerens psykiske problemer indenfor egne rammer.

Stofmisbrugsbehandling er en langsigtet affære og ikke mindst tillid og etablering af samarbejde kræver god tid. Og med kravet om brugerinddragelse in mente skal alle planer selvfølgelig udarbejdes sammen med brugeren inden man foretager sig noget som helst, hvilket tager tid⁽³⁾. En anstændig behandlingsplan som skal omhandle behandlingens indhold, tilrettelæggelse og ansvarsfordeling, kræver koordination med en række samarbejdspartnere, som ikke har fået samme påbud om at behandle indenfor en tidsfrist trukket ned over hovedet. 14 dage forslår som en skrædder i helvede og den slags hastværk vil tit blive til lastværk.

14 dages fokuseringen forbigår også at behandlingsplaner forhåbentlig anvendes som et dynamisk redskab og ikke som en engangsforeteelse. Et krav om tidsfrister var måske mere relevant når det drejer sig om efterjusteringer af en eksisterende behandlingsplan, idet man så havde sat en standard for hvor tit misbrugsbehandleren rent faktisk

ser sin klient.

For det andet er motivationen ikke noget der minder om et varmt jern man kan smede på. Så enkelt er det ikke i virkeligheden. Det er forholdsvis sjældent at den indledende behandlingshenvendelse indbefatter et reelt ønske om stoffrihed eller ”psykosocial behandling for misbrug”, som det defineres af behandlingssystemet. I det omfang en ”reel” behandlingsmotivation optræder, er det sjældent at de første målsætninger vedrørende egen adfærdsændring er længerevarende eller permanente. Stofmisbrugeres motivation vedrørende livsstilsændringer karakteriseres i bedste fald af en høj grad af ambivalens. Der eksisterer tilmed en del forskellige grunde til at søge behandling. Man må se i øjnene at en betydelig motivationsfaktor hos mange er ønsket om medicinsk substitutionsbehandling eller behov for konkret hjælp til akutte sociale problemer.

Direkte adspurgt vil mange stofmisbrugere sige at deres primære behov er større driftssikkerhed vedrørende stofleverancer, trygge omgivelser og bedre sociale forhold og slet ikke afvænnning (et ord som alligevel bruges flittigt i regeringens socialpolitiske redegørelse⁽⁷⁾). Når vi alligevel støder på misbrugere som ønsker ”afvænnning” fra den ene dag til den anden, taler meget for at det i højere grad et udtryk for tilpasning til behandlingssystemet eller et kortvarigt lune, end det er udtryk for ønsket om en længerevarende livsstilsændring..

Hvilket bringer os til spørgsmålet om det er muligt og ønskværdigt at visitere til stoffri døgnbehandling 14 dage efter første henvendelse, som behandlingsgarantien i princippet lægger op til. Efter vores bedste overbevisning indebærer en for lav tærskel til stoffri behandling som regel en hurtig drop-out. Det er dybt problematisk, for i kølvandet på en behandlingsafbrydelse stiger risikoen for overdoser og forgiftninger, og desuden kan tilbagefaldet betyde en demoralisering af en eventuel tidligere ændringsparathed.

At det faktisk kan betale sig både

for brugere og for visiterende myndighed at give sig tid til en grundig forberedelse inden visitation til stoffri døgnbehandling viser en undersøgelse som blev publiceret på baggrund af ændringen af visitationspraksis ved Distriktscenter Indre i København. Før den 01.04.99⁽⁴⁾ var anbringelsespolitikken lagt ud til den enkelte behandler, hvilket blandt andet medførte at de fleste klienter blev sendt af sted meget hurtigt efter første henvendelse. Den efterfølgende drop-out var høj, ligesom det heller ikke lykkedes at fastholde de døgnbehandlede i ambulante efterbehandling. Efter ovennævnte dato skulle alle døgnophold forberedes i detaljer med henblik på bolig, beskæftigelse og efterbehandling inden brugeren blev visiteret til stoffri døgnbehandling. Reformen medførte en signifikant forbedring i antallet af gennemførte forløb på institutionerne, færre klienter uden beskæftigelse og bolig efter endt behandling samt en langt større tilslutning til centerets ambulante efterbehandlingstilbud.

I virkeligheden taler meget for, at det i modsætning til hvad behandlingsgarantien lægger op til, sjældent er en god ide at sende stofmisbrugere hurtigt i stoffri behandling. Derimod synes det at være en bedre ide, hvis de visiterende misbrugscentre og kommuner i højere grad benyttede døgnbehandlingstilbud med henblik på medicinsk, psykisk og somatisk behandling - i visse tilfælde også som relativt akut foranstaltning. Der eksisterer dog kun ganske få døgninstitutioner som har specialiseret sig i disse ydelser, og ofte skal institutionerne ikke findes under kategorien "misbrugsbehandling", men snarere under rubrikken "omsorgstilbud".

Behandlingskvalitet og det frie valg

Et andet ordsprog siger, at man selv bedst ved hvor skoen trykker, og i regeringens socialpolitiske redegørelse fremhæves det, at brugerne som regel ved hvad der skal til og at behandlingen derfor skal tage udgangspunkt i brugerens egne ønsker. I følge be-

handlingsgarantien kan misbrugeren i overensstemmelse hermed forkaste det tilbud som amtet har visiteret til i behandlingsplanen til fordel for et andet tilbud af lignende karakter, som vedkommende selv finder vil være bedre. En grundlæggende sympatisk tanke. Ingen er ufejlbarlige - heller ikke misbrugscentrenes visitatorer. Men fire spørgsmål presser sig på i den forbindelse:

- 1) Er forudsætningerne for at misbrugeren selv kan foretage frie valg på et informeret grundlag egentlig til stede?
- 2) Rummer det frie valg faldgruber og utilsigtede følgevirkninger?
- 3) Hvilke administrative forviklinger har behandlingsgarantien åbnet op for?
- 4) Er frit valg vejen ad hvilken man bedst kvalitetsudvikler behandlingsindsatsen?

Et informeret valggrundlag

Hvis et frit valg mellem behandlingsinstitutioner skal udgøre et kvalitetsløft forudsætter det at der eksisterer overskuelighed i tilbuddene. Det forudsætter også at hver og et af behandlingstilbudene er kvalitetssikrede, og det forudsætter en vis standardisering af behandlingsydelser, sådan at man ikke vælger i blinde, men faktisk har et sammenligningsgrundlag.

Blindtarmsoperation er en standardiseret ydelse af nogenlunde ens kvalitet fra sygehus til sygehus. Frit sygehusvalg repræsenterer derfor et kvalitetsløft, idet patienterne gennem det frie valg sikres hurtigere og mere effektiv behandling. Sagen er jo, at uanset hvilket sygehus man har valgt vil man være ret sikker på at få fjernet blindtarmen og ikke tyktarmen, og på at blive oplyst hvilke bivirkninger og risici der er knyttet til behandlingen. En blindtarmsoperation vil altid ske i fuld narkose og altid blive forestået af universitetsuddannede læger. Hvis man har blindtarmsbetændelse er det ikke muligt at vælge et sygehus hvor man udsættes for en malaysisk healer som flankeret af to trommedansere uddrager det betændte vedhæng uden brug

af skalpel eller kniv.

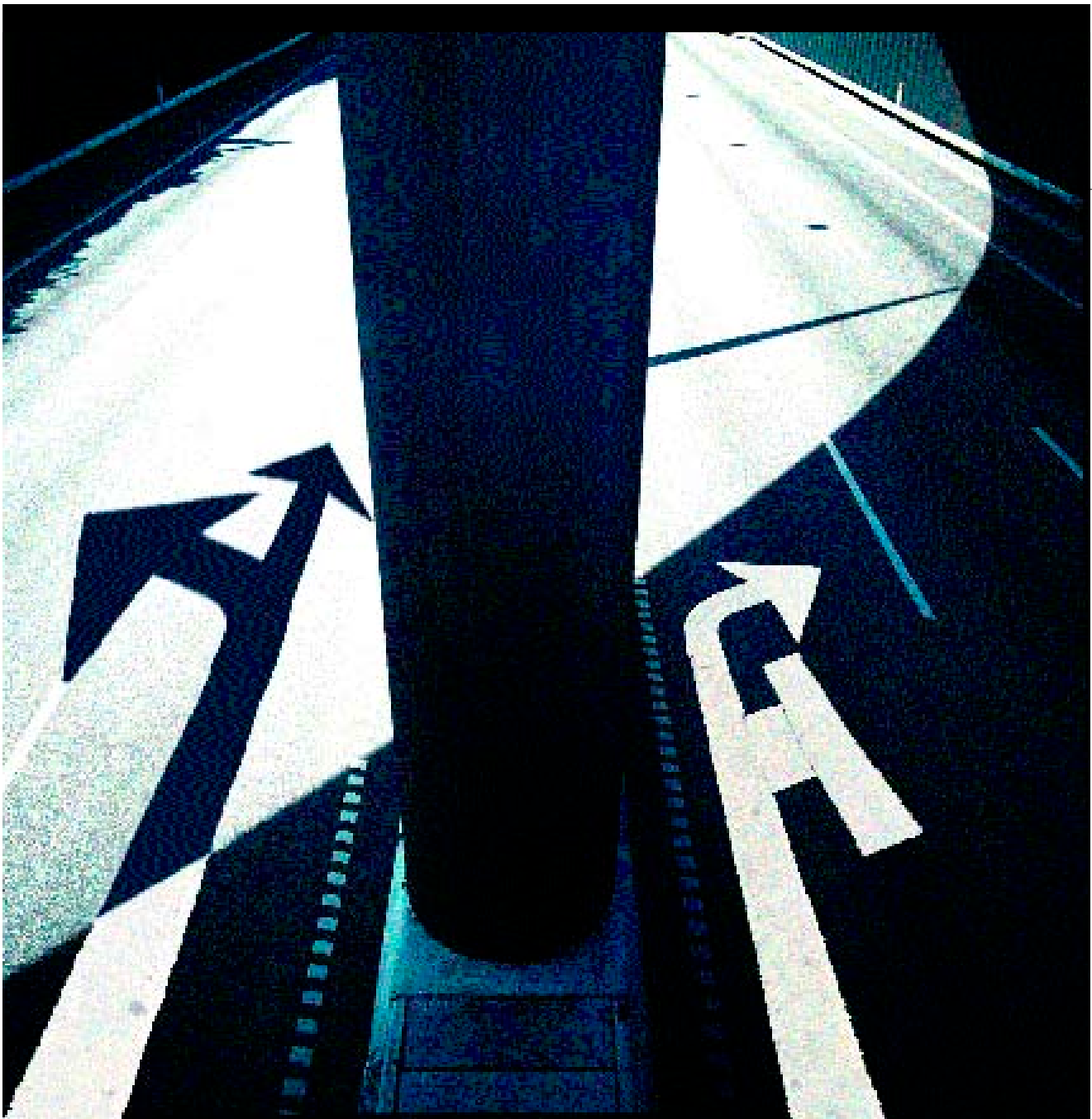
Anderledes på misbrugsfeltet. Den danske misbrugs-behandlings-virkelighed spænder fra institutioner med sobre og ordentlige tilbud, til foretagender, hvor man rent ud sagt risikerer at klienterne påføres flere lidelser end de havde inden de blev indskrevet i behandlingen.

Misbrugsbehandling er hverken præget af gennemskuelighed eller af standardiserede ydelser.

Der er overmåde stor variation i behandlingsmetoder og indhold. Behandlingen kan være organiseret på meget forskellig vis. Personalet kan have meget varierende kvalifikationer og kvalitetssikringen lader meget tilbage at ønske. Mange institutioner har produceret skriftligt materiale med beskrivelser af indsatsen, og en del har oprettet hjemmesider. Der er dog ingen der kontrollerer i hvor stort et omfang beskrivelserne stemmer overens med den konkrete praksis.

Det betyder, at såvel misbruger som visitator ikke er sikret mod at vælge terapi af tvivlsom beskaffenhed. Den mangelfulde koordinering og standardisering betyder i praksis, at hvis man er interesseret i at erhverve sig gyldig information om de private døgninstitutioner skal man selv skaffe den, ligesom det også er op til den enkelte at definere kriterierne for faglig kvalitet.

Ganske vist indsamler Center for Rusmiddelforskning informationer om institutionerne via monitorerings/kortlægningsredskabet, DANRIS⁽⁵⁾, hvor man kan aflæse data om døgninstitutionerne, såsom priser, hvem der visiterer og hvor længe klienterne opholder sig på institutionerne. Men DANRIS har begrænset anvendelighed for amternes misbrugscentre - og givetvis også for brugerne - fordi retention (i hvor høj grad beboerne bliver på institutionen) og dataindberetning (hvorvidt institutionen indleverer data) stort set er de eneste kvalitetsparametre DANRIS siger noget om. Det reelle indhold i behandlingsindsatsen - (hvordan, hvor tit og hvorfor) er informationer der leveres af institutionerne selv, og disse



KIRSTEN BILLE, BAW

oplysninger udsættes ikke for systematisk kontrol af nogen art, så i sin nuværende udgave er det ikke DANRIS der er midlet til faglig kvalitetssikring af døgninstitutionerne.

Også amterne fører tilsyn med amts lokale institutioner. Fra 2001 skal samtlige døgninstitutioner tilses og godkendes af amterne, så i princippet skulle der her være et godt grundlag at træffe valg på. Desværre er det endnu ikke muligt at få indblik i, og overblik over, institutionerne og deres godkendelsespapirer noget sted - hverken for behandlingsinstitutionerne eller deres klienter. Det forlyder, at Amdsrådsforeningen vil give adgang til en database

der rummer oversigt over samtlige botilbud i Danmark - inkl. de amtslige godkendelsesbilag - i løbet af 2003.

Ser man imidlertid i en nyligt publiceret rapport⁽⁶⁾ om amternes erfaringer med praksis, og taler man med tilsynskonsulenterne, så får man uvægerligt det indtryk, at selv med adgang til denne database vil det fortsat knibe med den amtslige kvalitetssikring som beslutningsgrundlag. Problemet er, at vi fortsat ikke har vedtaget nationale retningslinier for "best practice" således at amterne kan kortlægge og kontrollere institutionernes faglige kvalitet ud fra fastlagte kriterier. Reelt betyder det at amternes tilsyn foretages på vidt

forskellige måder og lægger vægt på vidt forskellige ting.

Også misbrugscentrene indsamler oplysninger i forbindelse med visitation og tilsyn i de enkelte behandlingsforløb. Men trods alle disse aktører i fast rutefart mellem institutionerne eksisterer der ikke på nuværende tidspunkt et koordinerende forum for udveksling af informationer om såvel gode som dårlige erfaringer. Det er altså en ressourcekrævende opgave at erhverve sig gennemsigtighed i tilbudene og sikre sig at en mindste standard for behandlingens kvalitet er opfyldt.

Hvis det er svært at gennemskue hvad der er god og hvad der er dårlig

behandling siger det sig selv, at det ikke er uproblematisk at åbne op for frit valg indenfor misbrugsbehandlingen. Det er tvivlsomt om den enkelte bruger vil kunne disponere over de ressourcer det kræver at foretage et kvalificeret valg mellem forskellige behandlingstilbud. Gør vi brugerne en tjeneste ved at sende dem på karruseltur i behandlingssystemet og tillægge dem ansvaret for at "matche" sig selv til et godt tilbud som ingen kan gennemskue? Placerer vi ikke dermed behandlingsansvaret hos misbrugeren selv, sådan at vi ikke behøver at tage ansvaret: De har jo selv valgt?

Faldgruber og udfordringer

Vi må se i øjnene, at der fortsat findes institutioner, som profilerer sig med et attraktivt serviceniveau uden at leve op til løfterne og uden at have den nødvendige kvalitet i behandlingen. Det er en nærliggende fare, at det frie valg i praksis kommer til at betyde bedre tider for mindre gode døgninstitutioner.

Vil sådanne institutioner begynde at lægge pres på klienter for at skaffe "kunder" i butikken?

Vil man i amterne begynde at møde flere provisionslønnede "konsulenter", der tilbyder sig som bisiddere med den mission at få effektueret valget af den behandlingsinstitution, som de honoreres af? Vil vi igen se hvervningsaktivitet på gadeplan efter Egeborgmodellen, hvor klienterne blev lokket i behandling med alverdens gyldne løfter på

forventet efterbevilning af de relevante amtskommunale myndigheder? Det er der en reel fare for.

I de tilfælde hvor behandlingsplanen lægger op til misbrugsbehandling i døgnregi, og hvor klienterne ifølge loven kan vælge en alternativ døgninstitution, vil det fremover være endnu en opgave for visitator at beskytte den enkelte klient mod tilvalg af dårlige eller utilstrækkelige behandlingstilbud på de private institutioner. For at sikre sig at klienten modtager behandling af forsvarlig kvalitet, kan det derfor blive nødvendigt at udarbejde en detaljeret behandlingsplan med specifik angivelse af de enkelte ydelser. Hvis man visiterer til en døgnbehandling, som tilbyder psykoterapi, kan det være nødvendigt at sikre sig, at ydelsen leveres på et passende professionelt niveau og med den ønskede frekvens. Og hvis man visiterer til behandling, som inkluderer ordination og udlevering af medicin, kan det være nødvendigt at definere det ønskede niveau - f.eks. at man ønsker regelmæssigt tilsyn ved læge og at udlevering af medicin skal foretages af uddannet personale.

Krav om en så omstændelig detailudredning i behandlingsplanen kunne friste de visiterende misbrugscentre til anvendelse af standardiserede behandlingsplaner, som er udarbejdet i samarbejde med enkelte udvalgte institutioner, en manøvre som vil neutralisere målsætningerne bag fritvalgsmodellen. Det er der en reel fare for vil ske.

For den ambulante behandling med medicinsk substitution rummer fritvalgsordningen andre farer og udfordringer. Den eksisterende lovgivning forudsætter - også efter behandlingsgarantien - at den medicinske behandling foregår i tæt sammenhæng med den psykosociale behandlingsindsats. Men på samme måde som med døgnbehandling eksisterer der signifikante forskelle omkring såvel psykosocial indsats som medicinsk behandling mellem de enkelte ambulante behandlende institutioner.

Det vil på denne baggrund være vanskeligt for den enkelte bruger at gennemskue og vælge mellem de enkelte tilbud. Ud fra brugernes perspektiv er det ønskeligt, at de får mulighed for at vælge de mest restriktive eller ukvalificerede behandlingsregimer fra, men set ud fra et kvalitetsmæssigt synspunkt kan man frygte, at de frie fødders politik vil tilgodese institutioner, der måske udelukkende satser på liberal medicinpolitik

Spørgsmålet er nemlig, om brugerens valg af behandlingslokalitet fortrinsvis vil tage udgangspunkt i hvilken slags social behandling der tilbydes, eller i hvilken form for medicinsk behandling der tilbydes. Vores bud er, at for mange stofbrugere er den medicinske behandling den væsentligste indsats, og doseringsstørrelse og udleveringsregimet det primære. Den sociale behandling betragtes i dette perspektiv af brugerne som et nødvendigt onde, der i større eller mindre grad skal udholdes og håndteres til gengæld for den medicinske behandling. Den sociale behandling, som jo egentlig skulle være i centrum, bliver på denne måde i endnu højere grad end tidligere underlagt præmisserne for den medicinske behandling. Var det meningen med behandlingsgarantien?

Det medicinske udleveringsregime kan være af meget forskellig beskaffenhed spændende fra udlevering på apotek en gang om ugen, til daglig overvåget indtagelse på klinik indbefattende regelmæssige urinkontroller. Det er et kvalificeret gæt, at mindre

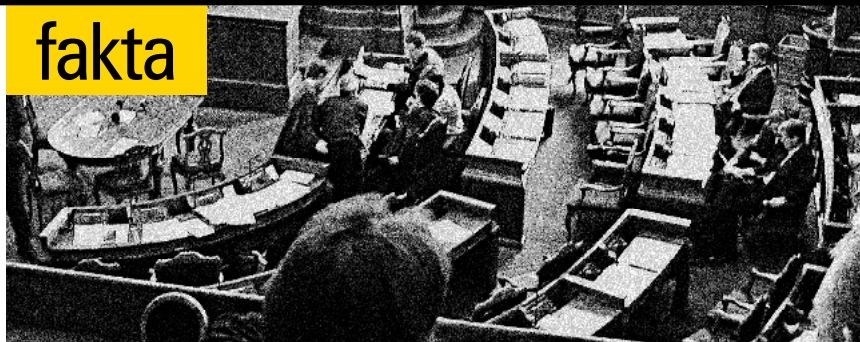
STOFMISBRUGERE I BEHANDLING 1996-2002

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

Årgang 7. Nr. 9 2003' ligger nu på www.sst.dk. Statistikken viser bl.a., at i 1996, hvor amterne overtog visitationsretten og hvor det landsdækkende register over stofmisbrugere i behandling blev etableret, var 4.473 stofmisbrugere i behand-

ling. I 2002 var tallet vokset til 10.980. I alt har 17.666 forskellige personer været i behandling for stofmisbrug i perioden 1996-2002. Heraf er 1.306 døde. Registeret afspejler variationerne i amternes tilbud, f.eks. hvor hhv. ambulante og døgnbehandling er mest udbredt, hvor meta-

donbehandling fylder mest og hvor brug af stoffri behandling er mest anvendt. Statistikken indeholder desuden oplysninger om bl.a. stofmisbrugernes alders- og kønsfordeling, forhold vedrørende familie, uddannelse, beskæftigelse, økonomi og bolig samt brug af stoffer og stofkarriere.



kontrollerende medicinske regimer vil kunne tiltrække og fastholde stofmisbrugere i medicinsk behandling i større omfang end restriktive systemer. Lægelig gavmildhed i form af meget høje metadon doser, og eventuelt hyppige benzodiazepin ordinationer, vil formodentlig også komme til at veje tungt på vægtskålen. Var det meningen med det frie valg at modarbejde en restriktiv medicinpå politik på behandlingsinstitutioner i den forstand at disse i større udstrækning nu kan blive valgt fra?

Administrative forviklinger

Alt efter hvilket amt - og hvilke samarbejdsrelationer der findes mellem det pågældende amts misbrugscentre og døgninstitutionerne - vil indførelsen af det frie valg have forskellige relevans. Nogle amter har et meget tæt samarbejde med ganske få ensartede institutioner. I sådanne amter giver det frie valg fremover mulighed for at klienterne vil kunne modtage mere differentierede døgnbehandlingstilbud end hidtil. Andre amter anvender på et enkelt år helt op til 40 forskellige institutioner beliggende overalt i landet. Her er det svært at få øje på nogle nye muligheder i kraft af det frie valg, andet end at klienten nu har mulighed for at vælge et andet sted end visitator anbefaler. Om det vil give en bedre matchning kan vi i sagens natur ikke sige noget om endnu.

Hvad der derimod er til at forudse er, at vi i forbindelse med behandlingsgarantien står over for nye udfordringer i form af administrative forviklinger med behandlingsmæssige konsekvenser, som endnu savner afklaring. Før behandlingssgarantien var det sådan, at der var en naturlig sammenhæng mellem visitationskompetence, tilrettelæggelse af behandlingstilbud og økonomistyring. Behandlingsplaner kunne og skulle justeres regelmæssigt i takt med klientens udvikling og behov, og misbrugscenteret kunne tilbyde behandlingssydelser udviklet og tilrettelagt i overensstemmelse med institutionens valgte ressourceallokering og metodevalg.

Efter behandlingssgarantien har

GARANTI FOR SOCIAL BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

Loven om behandlingssgaranti trådte i kraft 1. januar 2003 efter folketingets vedtagelse af følgende ændring af lov om social service: I lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 755 af 9. september 2002, foretages følgende ændringer:

1. I § 85 indsættes som stk. 2-5:
"Stk. 2. Tilbud efter stk. 1 skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til amtskommunen.
Stk. 3. En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet på et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til efter stk. 1.
Stk. 4. Fristen efter stk. 2 kan fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud end det, amtskommunen har visiteret til efter stk. 1.
Stk. 5. Retten til at vælge efter stk. 3 kan begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor."

Lovens sagsforløb ligger på Folketingets hjemmeside www.ft.dk/Samling/20021/lovforslag_som_fremsat/L37.htm
Socialministeriets orientering til amter og kommuner om behandlingssgarantien ligger på socialministeriets hjemmeside www.sm.dk/lovgivning/retsilder/Dokumenter/Skr_648-278.htm.

Socialminister Henriette Kjær bemærkninger ved lovforslagets fremsættelse:

"Med lovforslaget gennemføres et væsentligt initiativ i regeringens handlingsprogram for de svageste grupper i samfundet "Det fælles Ansvar", nemlig en garanti for social behandling for stofmisbrug og en ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud.

Formålet med lovforslaget er at nedbrin-

ge de eksisterende ventetider og ventelister til social behandling for stofmisbrug og at give stofmisbrugeren en ret med hensyn til valg af behandlingssted. Med forslaget pålægges amtskommunen at sørge for, at stofmisbrugere, der ønsker behandling for stofmisbrug, får et behandlingstilbud, der skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen."

Udtalelser fra folketingsdebatten ved lovforslagets 1. behandling 7.11.2002

"En behandlingssgaranti på 14 dage vil sikre, at stofmisbrugere ikke mister motivationen til behandling på grund af langsom sagsbehandling i amterne. Stofmisbrugers motivation er oftest af afgørende betydning for, om en behandling lykkes." Hans Andersen (V)

"I lovforslaget og bemærkningerne hertil er der intet anført om, at der med retten til behandlingstilbud også følger en pligt til fastholdelse i behandlingen. Hvordan sikres det, at misbrugeren fastholdes i behandlingen?" Pia Kristensen (DF)

"Vi må også kigge på, om der skal indføres et prisloft i forhold til brugernes frie valg, da man jo ellers kan frygte, at private institutioner skruer deres priser voldsomt op." Jette Bergenholz Baurup (S)

"Man skal kunne finde ud af og afklare, om 14-dages fristen i realiteten er noget, der kan bruges til at holde fokus på kvalitet og ikke kun på kvantitet. Vi lægger vægt på, at der fortsat skal være en udvikling af kvalitet i behandlingen af stofafhængige, og vil være på vagt over for, om det undertrykkes." Sanne Rubinke (SF)

Liese Recke er cand. psyk. og Behandlings- og udviklingsleder på Århus Amts Misbrugscenter
Michael Jourdan er filosof og redaktør på STOF



amterne stadig den grundlæggende visitationskompetence til behandling, men der mangler i loven en nærmere definition af rammer og indhold af behandlingsplanen i forhold til arbejdsdelingen mellem kommuner og amter og mellem misbrugscentrene og psykiatrien. Det giver nogle påtrængende problemer at få løst på det organisatorisk administrative plan, for tilsyneladende adskiller loven visitationskompetencen og økonomistyringen. Nogle eksempler:

Hvor langt væk geografisk er det forsvarligt at modtage ambulante misbrugsbehandling? Kan amtet sige nej, eller har en klient ret til at lade sig indskrive i alternativt ambulante behandling, selv om denne er beliggende i en anden landsdel? Den sociale behandling fordrer i de fleste tilfælde et tæt samarbejde med bopælskommunen, og man må i hvert fald forudse, at samarbejdet bliver besværliggjort i det omfang klienten vælger et andet tilbud beliggende langt væk fra det tiltænkte amtskommunale tilbud og eventuelt langt væk fra egen bopæl.

Loven har ikke fastsat rammer for med hvilken frekvens klienter kan vælge tilbud. Hvor ofte kan klienten benytte sig af valgfriheden gennem de oftest lange behandlingsforløb?

Kan klienten frit vælge tilbud uanset udgiftsniveau, altså vælge et andet - væsentlig dyrere - tilsvarende tilbud end det, der er visiteret til?

Hvordan skal man tilrettelægge refusionsordninger mellem amterne/kommunerne såfremt brugeren vælger ambulante behandling i et alternativt amt eller kommune?

Hvis en bruger vælger at lade sig indskrive i et alternativt ambulante behandlingstilbud, med en visitation til ambulante behandling i hånden, må man forvente, at der justeres på den lagte behandlingsplan, så den stemmer overens med den pågældende institutions behandlingstilbud. I den forbindelse er det uafklaret om den valgte institution så overtager visitationskompetencen til andre behandlingstilbud, herunder døgnbehandling?

Tag følgende eksempel: Klient Hugo Børge visiteres af amt Y til ambulante behandling i en af amtets egne institutioner, idet man her vurderer dette tilbud som det bedste alt taget i betragtning. Hugo Børge har imidlertid et ønske om et langt døgnophold på institution Z, hvor han tidligere oplever at have fået god behandling. Men i amt Y er erfaringerne med Z ikke gode. Man kender ikke til positive behandlingsresultater og ophold på Z er tilmed meget bekosteligt.

Sagen er imidlertid, at kommunen X i amt Y, har en behandlingspolitik der prioriterer lange døgnophold. Det er ikke urealistisk, for i dagens Danmark er det sådan, at der er betydelige variationer inden for samme amt fra kommune til kommune og fra institution til institution - nogen gange ligefrem fra sagsbehandler til sagsbehandler og hver institution definerer sin egen "best practice" og udarbejder behandlingsplaner i lyset heraf.

Så spørgsmålet bliver nu: Kan Hugo Børge med behandlingsgarantien i hånden vælge ambulante behandling netop i kommune X og en uge efter indskrivning få revideret sin behandlingsplan i overensstemmelse med kommune X's behandlingspolitik, og herefter blive sendt på et langt døgnophold på Z på amt Y's regning? Eller kunne Hugo Børge ifølge kommune X's efterjusterede behandlingsplan få tilbudt en særlig dyr medicinsk behandling afvænnelse under narkose eller diverse alternative terapeutiske tiltag uden dokumenteret effekt, som amtet ikke går ind for eller ikke finder passende i Hugo Børges tilfælde?

Andre veje til kvalitetsudvikling af behandlingsindsatsen

Der er gode intentioner i behandlingsgarantien, men spørgsmålet er om man har taget fat der, hvor det var mest påtrængende at kvalitetsløfte og der hvor der kommer mest ud af skattekrone til gavn for klienterne. I stedet for tidsbestemte garantier og fritvalg, der formodentlig lyder af mere kvalitetsløft end man faktisk leverer, og skaber nye

problemer som man slet ikke har taget højde for i forbindelse med udformningen af lovgivningen, kunne man pege på følgende indsatsområder:

- 1 Udarbejdelse af en overordnet behandlingspolitik som udreder hvad god behandling/best practice er og udsteder vejledninger og retningslinier herfor.
- 2 Standardisering af de meget varierende og forskelligt sammensatte behandlingsydelser, der under en hat benævnes misbrugsbehandling, med henblik på at etablere større overskuelighed og sammenlignelighed mellem forskellige behandlingsinstitutioner.
- 3 Bedre kvalitetssikring af behandlingsindsatsen.
- 4 Flere ressourcer til uddannelse og supervision af behandlerne.
- 5 Bedre koordinering, bedre samarbejdsmodeller og bedre opfølgning. ■

NOTER

1. Det er en erfaring fra flere amter at kun få kommuner tilbyder eller udfærdiger den lovpligtige § 111 handleplan for stofmisbrugerne.
2. Internationale undersøgelser dokumenterer, at der i stofmisbrugende populationer er en stor overvægt af personer med personlighedsforstyrrelser. Det er en skønssag om en patient der opfylder de diagnostiske kriterier for en personlighedsforstyrrelse hører til i det psykiatriske system, på trods af at vedkommende udviser alvorlige symptomer på psykisk lidelse. Misbruget kan være årsag til at man ikke tager pågældende i behandling.
3. At producere en anvendelig behandlingsplan med stofmisbrugere er en relativt kompliceret og langvarig proces, hvilket f. eks. dokumenteres i publikationen: "Jeg har planer, eller har jeg. Sociale handleplaner og praksis," red. af Bertil Michael Mahs for FOKUS 2002. Se den på www.fokus-net.dk
4. Morten Hesse: Program for reduktion af frafald i stoffri behandling, accepteret til publikation sept. 2002 i NAT (Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift).
5. Find oversigten på www.crf-au.dk
6. www.arf.dk/Nyhedscenter/Faktuelt/2003/Ny-RapportOmGodkendelseOgTilsynMedPrivateOpholdsstederOgBotilbud.htm
7. www.sm.dk/publikationer/index_udsatte.html Socialpolitisk Redegørelse 2002: "De udsatte grupper. Fra kanten af samfundet til kernen i socialpolitikken - socialpolitik på brugernes præmisser."