



Kurt Stoldt
Bjørnholt 116
8520 Lystrup
+45 60 65 90 58
kurt@bolignet-aarhus.dk

Socialudvalget (2. samling)
SOU alm. del - Bilag 59
Offentligt

Lystrup den 3. april 2005

Folketingets Socialudvalg

Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Vedr. socialministerens svar på henvendelse fra Misbrugspolitik.dk den 2. marts 2005-04-03

Dato: 30. marts 2005

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 1. marts 2005 følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på spørgsmål nr. 9 (SOU Alm. del).

Spørgsmål nr. 9:

”Ministeren bedes kommentere henvendelse fra Misbrugerpolitik.dk, jf. alm. del - bilag 19.”

Kommentar:

Som det fremgår af Socialministerens svar, er behandling for såvel stofmisbrugere og alkoholmisbrugere vederlagsfri, men såfremt en stofmisbruger er visiteret til døgnbehandling, omfatter den enkelte persons betaling også opholdsrelaterede udgifter, såsom udgifter til logi, herunder el, varme, kost og dermed forbundne personaleudgifter samt andre ydelser, herunder vask, der er en integreret del af opholdet.

Alkoholmisbrugere derimod, der er visiteret til behandling i døgnregi betaler ikke for de dermed forbundne opholdsudgifter, alene af den grund, at alkoholmisbrugere modtager behandling efter sygehusloven.

Når Socialministeren blot vælger at beskrive disse kendte forhold, som det allerede fremgik at Misbrugspolitik.dk's redegørelse, men ikke kommentere det hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige i dette forhold, finder vi det nødvendigt at understrege vores argument endnu én gang.

Som det fremgår af ”Den danske diagnosefortegnelse”(bilag 1), er de psykiske, somatiske og sociale diagnoser for begge misbrugsformer i store træk ENS, hvorfor behandlingsindsatsen ved døgnbehandling ligeledes er den samme.

Såvel alkoholmisbrugere som stofmisbrugere visiteres til døgnbehandling fra et amtskommunalt eller kommunalt misbrugscenter til samme institution, samme behandlere, samme bosted, samme kost og samme behandlingsmæssige indsats.

Den medicinske behandling varetages for begge misbrugsformer af læger, og benzodiazepinegruppen (Chlorpoxid m.fl.) anvendes til såvel alkoholikere som stofmisbrugere i døgnbehandlingsregi.

Ambulant medicinsk behandling omfatter desuden antabus for alkoholikere og typisk metadon for stofmisbrugere

Desuden fremgår det tydeligt af alle adækvate undersøgelser indenfor misbrugsområderne alkohol og stofmisbrug (Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet), at der i overvejende grad er tale om blandingsmisbrug, således at stofmisbrugere også har et misbrug af alkohol, og alkoholmisbrugere har et misbrug af stoffer (Medicin).

Ved visitationsprocessen til døgnbehandling udgør dette forhold naturligvis et stort problem, for hvordan bedømmer og vurderer amter og kommuner, hvad der egentlig skal behandles for?

I amtsrådsforeningens statistik for de seneste år fremgår det at døgnbehandlingsindsatsen for alkoholmisbrugere er under 4 %, hvor den for stofmisbrugere ligger omkring 12 %, altså 3 gange så mange med egenbetaling under serviceloven.

Konklusion:

Som det fremgår af ovenstående skal man virkelig have et brændende ønske om at finde problem og diagnose forskelle, når det handler om stofmisbrug og alkoholmisbrug, af den simple grund, at lighedspunkterne er overvældende.

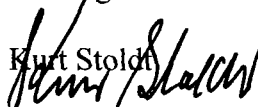
Der er heller ikke tale om videnskabelige grunde til opdeling i sociallov og sygehuslov, men derimod om en politisk beslutning, hvor man generelt betragter stofmisbrug som en "livsstilssygdom" og alkoholmisbrug som en reel sygdom.

Som Misbrugspolitik tidligere har understreget har dette forhold store psykosociale konsekvenser, og er en af de mange medvirkende årsager til tilbagefald, ekstra behandlingsudgifter og ringe resultater indenfor behandling af stofmisbrug. (Se venligst argumenter i vores oprindelige skrivelse af 2. marts 2005 – Bilag 3).

Det ville faktisk svare til, at et trafikoffer blev behandlet efter sygehusloven (vederlagsfrit) for de somatiske lidelser, og efterfølgende efter serviceloven (egenbetaling) for eventuelle post traumatisk lidelser, - og hvem i kongeriget Danmark ville finde det for etisk og lægeligt forsvarligt?

Med mindre behandlingsindsatsen for stofmisbrugere måske er et foregangseksempel for fremtidig behandling, og dermed en model og et oplæg til egenbetaling indenfor alle behandlingsområder????

Med venlig hilsen



Formand

Misbrugspolitik.dk

Vedlagte bilag:

Bilag 1 - dansk diagnosefortegnelse

Bilag 2 - Socialministerens svar af 30. marts 2005

Bilag 3 - Misbrugspolitik.dk's skrivelse af 2. marts 2005

Misbrugsdiagnoser i Dansk diagnosefortegnelse

Alkoholmisbrug

alcoholismus chronicus. Vanemæssig, umådeholden daglig indtagelse af alkohol. Den pågældende er afhængig af drikkeriet og ude af stand til selv at kontrollere dette, drikker før virkningen af den forudgående indtagelse er svundet. Alkoholmisbruget kan være betinget i vane og miljø, men kan også som årsag skyldes modgang eller psykisk lidelse (psykose, depression, neurose, psykopati). alkoholisme giver øget tolerance, men medfører nedsat arbejdsevne og social deroute, samt såvel legemlige som psykiske forstyrrelser. Af legemlige kan nævnes potatorisk udseende, mave-tarmbetændelse, leverlidelse (cirrose), nervebetændelse og epileptiske krampeanfald. Af psykiske kan nævnes hukommelsessvækkelse, forsimpning, irritabilitet, rørstrømskhed og holdningsløshed. i alkoholismens forløb kan optræde delirium tremens, alkoholforrykthed, alkoholhalluciose, Korsakoffs psykose, og slutstadiet kan blive dementia alcoholica. Ved akut alkoholisme forstås beruselse (ebrietas); se også dipsomani. alkoholisme er søgt opdelt i; 1) alkoholismus excessivus (overvejende socialt betinget); 2) a. symptomaticus (betinget af psykisk eller fysisk sygdom); 3) a. addictivus (mistet kontrol over drikkeriet) og; 4) a. complicatus (når sekundære psykiske forandringer er indtrådt). a. periodica, dipsomani.

Behandling af alkoholmisbrug

støttende psykoterapi, social støtte og antabus

psykoterapi

enhver psykologisk påvirkning, en psykoanalytisk behandling, i bred betydning til behandling af fortrinsvis neuroser, men også af andre psykiske lidelser (f.eks. psykogene psykoser, psykosomatiske sygdomme, tilpasningsvanskeligheder og psykopati). Anvendelse af psykologisk viden i sygdomsbehandlingen. Nøje kendskab til psykiatri må forudsættes. Gennem regulerende forklaring, støtte og påvirkning søger psykoterapeuten at frigøre patienten for konfliktstof, angst, hæmning og andre sygelige reaktionsformer. Der tilstræbes således at give patienten større eller mindre indsigt i den sygelige reaktionsmåde med den hensigt at bedre patientens velbefindende og funktionsevne. psykoterapi kan anvendes under flere forskellige former, ortodoks psykoanalyse. afkortet form for psykoanalyse (Finesinger), almindelig samtaleterapi, hypnose, narkoterapi, persuasion, suggestion, supportativ terapi, logoterapi og gruppeterapi; se også LSD-behandling og Stekel. Wilhelm.

Stofmisbrug

sygelig trang til narkotika; bedre er betegnelsen euphomania, se dette.

morfinisme

morfinmisbrug førende til eufori, afhængighed af stoffet, tilvænning, afmagring og sjæleligt forfald, særlig på karakterområdet; se eufomani og abstinenssymptomer og abstinenspsykose.

afhængighed

trang til at indtage et stof for at opnå stoffets psykiske og/eller fysiske virkning eller undgå de ubehagelige konsekvenser ved at være uden stoffet; se misbrug.

misbrug

abusus, afhængighed af stoffer, vanedannende medicin og alkohol; se tilvænning og stofmisbrug.

tilvænning

1) ved anvendelse af en del medicin (f.eks. narkotika, neurosemidler, barbiturater) over længere tid opstår en fysisk tolerancestigning og en øget psykisk trang, hvorfor det bliver nødvendigt at stige i dosis for at opnå den ønskede virkning. misbrug af narkotika kræver også stadig større mængder for at opnå eufori, og ved svær afhængighed (addiction) medfører ophør med brug af stoffet abstinenssymptomer; 2) adaptation.

addiction

(eng.), stærk afhængighed, både fysiologisk og psykisk, af alkohol el. et andet stof. Egl. afhængighed er karakteriseret ved fremkomst af abstinenssymptomer af organisk oprindelse, når stofindtagelsen ophører. Årsagen er, at stoffet nu indgår i cellestofskiftet, så dets fravær forstyrrer de fysiologiske processer og fremprovokerer abstinenssymptomer. Visse stoffer (f.eks. morfingruppen) medfører en fysiologisk tilvænning, som kræver stadig større mængder indtaget stof for at opnå den ønskede virkning. Addiction kan også benyttes som afhængighed i psykisk forstand.

SOCIALMINISTERIET

Folketingets Socialudvalg

Departementet
Holmens Kanal 22
1060 København K

Dato: 30. marts 2005

Tlf. 3392 9300
Fax. 3393 2518
E-mail sm@sm.dk

APO/ J.nr. 648-596

Under henvisning til Folketingets Socialudvalgs brev af 1. marts 2005 følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på spørgsmål nr. 9 (SOU Alm. del).

Spørgsmål nr. 9:

”Ministeren bedes kommentere henvendelse fra Misbrugerpolitik.dk, jf. alm. del - bilag 19.”

Svar:

Jeg skal indledningsvis oplyse, at placeringen af ansvaret for behandlingen for alkoholmisbrug og stofmisbrug i henholdsvis sygehusloven og den sociale servicelov i det væsentlige er historisk betinget. På det lokale og regionale niveau er ansvaret placeret hos de samme myndigheder, der tilrettelægger den samlede indsats på en tværfaglig og tværsektoriel måde med en høj grad af specialiseret viden.

Amtskommunerne har i dag myndigheds-, forsynings- og driftsansvaret for en del af de sociale tilbud til sindslidende, hjemløse, stofmisbrugere og alkoholmisbrugere. Kommunerne har den primære forpligtelse til at hjælpe udsatte grupper. Kommunerne har således en særlig pligt til opsøgende arbejde overfor udsatte grupper, fx i form af gadearbejde. Herudover er kommunerne ansvarlige for hjælp under ophold i et amtskommunalt botilbud, indlæggelse på en psykiatrisk afdeling eller under et misbrugsbehandlingsforløb. Kommunerne skal endvidere indgå i et tæt samarbejde med amtskommunerne om udslusningsindsatsen og varetager opgaver i forbindelse med overførselsindkomster, aktivering, revalidering, omsorgstilbud, bolighjælp, særlige tilbud til børnefamilier m.v.

På stofmisbrugsområdet har amtskommunerne siden 1. januar 1996 været ansvarlige for såvel den socialfaglige som den medicinske behandling for stofmisbrug. Stofmisbrugsbehandlingen i amterne administreres i misbrugs-

centre. Social behandling foregår i medfør af servicelovens § 85 og medicinsk behandling (primært metadonbehandling) i medfør af sygehuslovens § 16. På alkoholmisbrugsområdet har amterne ansvaret for behandlingen i medfør af sygehuslovens § 16, herunder ansvaret for at drive behandlingsinstitutioner for alkoholmisbrugere.

Såvel behandling for stofmisbrug som for alkoholmisbrug er gratis for den enkelte. Såfremt en stofmisbruger er visiteret til døgnbehandling, omfatter den enkelte persons betaling alene opholdsrelaterede udgifter, såsom udgifter til logi, herunder el, varme, kost og dermed forbundne personaleudgifter samt andre ydelser, herunder vask, der er en integreret del af opholdet. Personer, der ikke har en indtægt, opkræves ikke betaling for opholdsudgifterne. Dette fremgår af Socialministeriets betalingsbekendtgørelse nr. 91 af 6. februar 1998 med efterfølgende ændringer. Alkoholmisbrugere, der er visiteret til behandling i døgnregi betaler ikke for de dermed forbundne opholdsudgifter. Dette forhold er generelt gældende for alle grupper, der modtager behandling efter sygehusloven.

Med hensyn til spørgsmålet om dobbeltdiagnose – både sindslidelse og misbrug – kan jeg oplyse, at en løsning af denne problemstilling er højt prioriteret og indgår i regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug "Kampen mod narko."

Med kommunalreformen stilles forslag om at samle myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvaret for behandling af stofmisbrug og alkoholmisbrug i kommunerne.

For borgeren indebærer dette, at henvendelse kan rettes ét sted med anmodning om støtte. Det vil forbedre helheden og sikre en sammenhængende indsats.

Det er min opfattelse, at ved at placere ansvaret for forebyggelse, tidlig indsats, behandling og efterbehandling hos kommunerne, vil kvaliteten i indsatsen kunne sikres.

Eva Kjer Hansen

/Peter Juul



Kurt Stoldt
Bjørnholt 116
8520 Lystrup
+45 60 65 90 58
kurt@bolignet-aarhus.dk

Folketingets Socialudvalg
Folketinget Christiansborg
1240 København K.

Vedr. Misbrugspolitik i Danmark 2005

Lystrup den 2 marts 2005

Ud fra et næstekærligt og humanistisk synspunkt er der vel ingen vælgere eller politikere i Danmark, som ønsker en fortsat udvikling på misbrugsområdet svarende til den eksplosive vækst, som de seneste år har vist.

Derfor er det vigtigt, at indsatsen mod misbrug samles på et sted i lovgivningen, og ikke som hidtil, hvor stofmisbrug rangerer under Serviceloven og alkoholmisbrug under Sygehusloven.

Det forholder sig med stoffer som med terrorisme (tilgiv mig metaforen), hvis der ikke gøres et centralt fremstød, vil der heller ingen ændring ske, hvilket de seneste mange år bærer præg af.

Desuden får opdelingen af de to misbrugsformer nogle uheldige konsekvenser i form af en social slagside, idet stofmisbrugere opkræves "egenbetaling" for at komme ud af et misbrug, som tjener ikke alene misbrugeren bedst, men også det danske samfund som helhed, - hvorimod alkoholmisbrugeren ikke afkræves egenbetaling i henhold til sygehusloven.

Her skal lige nævnes, at egenbetaling paradoksalt nok afkræves den mest belastede økonomiske og psykosociale gruppe i det danske samfund som helhed.

Et eksempel:

A og B er henholdsvis alkoholiker og stofmisbruger.

De bliver begge visiteret til døgnbehandling fra et amtskommunalt misbrugscenter til samme institution, samme behandlere, samme bosted, samme kost og samme behandlingsmæssige indsats.

A som er alkoholiker skal ikke betale for behandling eller ophold, fordi alkoholmisbrug hører ind under sygehusloven, men stofmisbrugeren skal betale mellem 3500 kr. og 4000 kr. om måneden i et behandlingsforløb, som typisk varer 5 - 6 måneder i alt ca. 20 000 kr., som opkræves af opholdskommune /Amt.

I praksis fungerer det således, at alle bliver afkrævet egenbetaling, uanset om det er behandling for alkoholisme eller stofmisbrug, men det er en ganske anden sag.....!

Både A og B betaler skat af deres indkomst, og er derfor begge lige berettigede til samfundets serviceydelser.

Efter et langvarigt misbrug ligger familien, netværk, bolig, og ikke mindst økonomi i smadder, hvorfor der efter endt behandling er stærkt brug for midler til genetablering.

Hos stofmisbrugeren ser dagligdagen ud på samme måde, som da det hele lå i ruiner, og etableringshjælp fra de sociale myndigheder afslås med hård hånd.

Dette er den trøstesløse udsigt en stofmisbruger ser, når han kommer ud af en behandling, og skal arbejde på at blive et velfungerende og produktiv medlem af det danske samfund.

For nogle få lykkes det på mirakuløs vis - men for de fleste ender det med tilbagefald - ny behandlingstiltag - en garantiordning, som ikke fungerer i amter og kommuner, og i værste fald døden.

Videnskabelige fakta:

Som det fremgår af nedenstående tabel fra Center for Rusmiddelforskning, er der for det første tale om samme institutioner til behandling af alkohol/stofmisbrug, og for det andet har over 50% et blandingsmisbrug, hvilket også indbefatter alkohol for stofmisbrugere og piller (Stoffer) for alkoholmisbrugere.

Over 80% lider af depressive lidelser ved indskrivningen, omkring 60% lider af angst og koncentrationsbesvær og 30—40 % havde selvmordstanker, hallucinationer og 30—40% havde fysiske og psykiske lidelser.

Med andre ord sygdomstilstande, som hører ind under sygehusloven!

Behandlingen adskiller sig heller ikke nævneværdigt, der behandles for primær afhængighed og under samme tag.

Minnesota behandlingsinstitutionerne behandler ud fra den tro eller teori, at stof og alkoholafhængighed skyldes en SYGDOM, som misbrugeren allerede led af FØR han blev afhængig, og derudover er der forskellige behandlingstiltag i socialpædagogisk regi, hvor Maslows behovspyramide (Gud bedre det) anses for ankerstenen i misbrugsopfattelsen.

Desuden findes der nogle Newage behandlingstilbud og andre af mere specifik religiøs karakter og sidst, men ikke mindst har Scientology naturligvis fået et ben indenfor, hvilket jo kun kan lade sig gøre, fordi der ikke findes nogen adækvat videnskabelig underbygget behandlingsviden for hverken stof eller alkoholmisbrug.

Denne forvirring bærer lovgivningen så præg af, og først da presset fra afholdsforeningerne og afholdsfolk i indflydelsesrige stillinger var stort nok, besluttede Folketinget i 1994 at lovgive på Alkoholmisbrugsområdet, således at Alkoholmisbrug kom "ind i varmer" under sygehusloven.

Det samme burde være sket for Stofmisbrugsområdet for længe siden, men ak, i stedet har stofmisbrugerne overtaget alkoholmisbrugernes gamle fordomme omkring årsager og virkning.

Der er absolut ingen videnskabelig relevans i at de to misbrugsformer skal høre under 2 forskellige ministerier, men i etisk henseende signaliserer det jantelovens hæslige ansigt, for som alkoholmisbruger kan du efter 1994 naturligvis ikke gøre for det, hvorfor der naturligvis skal behandles gratis, hvorimod stofmisbrugerne selv er ude om alle deres ulykker, og bare har at betale selv!

Det ville glæde Misbrugspolitik.dk meget, om Folketingets Sundhedsudvalg vil tage dette emne op til overvejelse.

Med venlig hilsen

Kurt Stoldt

Data fra Center for Rusmiddelforskning (Århus Universitet)

947 besvaret fuld ASI		Andel maksimalt belastede
Alkoholmisbrug	mindst 20 dage/30 dage	18%
Heroin	mindst 20 dage/30 dage	28%
Metadon	mindst 20 dage/30 dage	41%
Andre opiater	mindst 20 dage/30 dage	20%
Piller	mindst 20 dage/30 dage	33%
Kokain	mindst 20 dage/30 dage	13%
Feststoffer	mindst 20 dage/30 dage	5%
Cannabis	mindst 20 dage/30 dage	42%
Hallucinogener	mindst 20 dage/30 dage	0%
Inhallanter	mindst 20 dage/30 dage	0%
Andre	mindst 20 dage/30	18%

	dage	
Mere end eet stof	mindst 20 dage/30 dage	53%
Injektion	mindst 20 dage/30 dage	26%
Illegale aktiviteter	mindst 20 dage/30 dage	27%
Konflikter venner	mindst 20 dage/30 dage	11%
Konflikter familie	mindst 20 dage/30 dage	13%
Fysiske problemer	mindst 20 dage/30 dage	28%
Fuldtidsarbejde	mindst 20 dage/30 dage	9%
Psykiske problemer	mindst 20 dage/30 dage	42%
Depression	Sidste 30 dage	82%
Angst	Sidste 30 dage	56%
Koncentrat. besvær	Sidste 30 dage	64%
Hallucinationer	Sidste 30 dage	23%
Voldelig adfærd	Sidste 30 dage	39%
Ordin. medicin	Sidste 30 dage	33%
Selv mordstanker	Sidste 30 dage	36%
Selv mordsforsøg	Sidste 30 dage	11%

KRONER		
$0 \leq x < 5000$	Sidste 30 dage	52%
$5000 \leq x < 10000$	Sidste 30 dage	16%
$10000 \leq x < 15000$	Sidste 30 dage	9%
$15000 \leq x < 20000$	Sidste 30 dage	6%
$20000 \leq x < 25000$	Sidste 30 dage	4%
$25000 \leq x < 30000$	Sidste 30 dage	2%
$30000 \leq x < 35000$	Sidste 30 dage	4%
> 35000	Sidste 30 dage	6%
		Composite score
Stoffer	Min.belastn.=0, max =1	0,47
Alkohol	Min.belastn.=0, max =1	0,21
Kriminalitet	Min.belastn.=0, max =1	0,27
Familie	Min.belastn.=0, max =1	0,37
Andet netværk	Min.belastn.=0, max =1	0,34
Økonomi	Min.belastn.=0, max =1	0,88
Psykisk	Min.belastn.=0, max =1	0,47
Fysisk	Min.belastn.=0, max =1	0,35