

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: merete [<mailto:merete@sct-ols.dk>]

Sendt: 22. november 2006 11:57

Sendt til: Folketingets Oplysning

Samtale: Brev til Socialudvalget.

Emne: Brev til Socialudvalget.

"Foringelsen af det stoffrie mulighedsperspektiv."

Kære politikere!

Det står nu klart, at adgangsbetingelserne til stoffri døgnbehandling er blevet markant forringet, mens dødeligheden blandt stofmisbrugere stadig er den samme som i 1995.

Som leder af et døgnbehandling for stofafhængige kan jeg dermed bekræfte de versonende anskuelser af en anderledes udvikling end oprindelig tilsigtet med behandlingsgarantien for stofmisbrugere pr. 1. januar 2003. Trods en massiv økonomisk opprioritering af behandlingsindsatsen er det blevet markant vanskeligere at få adgang til de stoffrie behandlingsydelser, som stofmisbrugerne har hårdt brug for. Dette bekræftes af Center for rusmiddelforskning, som henviser til 26 % færre indskrivninger i døgnbehandling og en samlet nedgang i antallet af behandlingsdøgn på hele 40 %.

- Er det stoffrie mulighedsperspektiv på vej til at blive opgivet?

Indenfor området stofmisbrugsbehandling kan der skelnes "en form for konflikt" mellem fortalerne for hhv. stoffri behandling og substitutionsbehandling. Denne divergens synes overført til brugerniveau, hvor den forstyrrer udøvelsen af en objektiv og ikke-dominerende form for behandling. Brugere inviteres dermed ikke til personlig stilling-tagen, hvad angår de stoffrie fremtidsmuligheder, og det selvstændige valgs betingelser synes ligeledes forringet. Flere af de professionelle "ekspertsystemer" kommer således til at umyndiggøre brugerne ved at fratage dem retten til stoffri behandling.

- De private døgnbehandlingssteder får stadig vanskeligere arbejdsbetingelser. Samtidig med loven om behandlingsgaranti kom der også en ny lovgivning, hvor private døgnopholdssteder for voksne skulle godkendes af lokale offentlige myndigheder. Det lader dog til, at mange af disse lokale instanser tolker lovgivningen vidt forskelligt og ofte mangler den fornødne viden og forståelse. Resultatet er kontroverser og et for-øget fokus på helt andre anliggender end behandling. Eksempelvis et tiltagende forbrug af menneskelige og økonomiske ressourcer til afrapportering og juridisk bistand.

- Input til problemløsning.

Ud fra en stoffri behandlingsanskuelser er der flere offentlige behandlingsinstanser, der ikke lever op til intentionerne med loven om behandlingsgaranti. Der er derfor behov for lovmæssige justeringer, der sikrer brugernes ret til at vælge stoffri behandling og tydeligt definerer, hvad stoffri behandling er. Endvidere bør der oprettes et nationalt styringsorgan, som varetager

akkreditering og fører tilsyn. Dette bør omfatte alle be-handlingstilbud indenfor området stofmisbrugsbehandling (både offentlige og private).

Med venlig hilsen

Tor Harstrup, MEd (leder af Sct. Ols' behandling: www.sct-ols.dk)
Mobil: 21 65 65 03

”FORRINGELSEN AF DET STOFFRIE MULIGHEDSPERSPEKTIV”

Udarbejdet af Tor Harstrup, MEd

Denne artikel retter opmærksomheden mod de politiske beslutninger indenfor området stofmisbrugsbehandling, og hvorvidt disse udmøntes i bedre ydelser på brugerniveau.

- Er det stoffrie mulighedsperspektiv på vej til at blive opgivet?

Tilførslen af økonomiske ressourcer til området stofmisbrugsbehandling er mere end tredoblet gennem de sidste 10 – 12 år. Trods dette konstateres det, at dødeligheden blandt stofmisbrugere stadig ligger på 1995 niveau¹. Endvidere står det klart, at det i flere områder af Danmark er blevet langt sværere for stofmisbrugere at komme i stoffri døgnbehandling. Dette gælder ikke mindst de lidt ældre brugere, hvilket synes paradoksalt i lyset af resultaterne for netop denne gruppe². Dette udgør den generelle tendens indenfor området, hvilket bekræftes af tal fra Center For Rusmiddelforskning (CRF). Disse viser, at der gennem de sidste par år er sket en udvikling, der har resulteret i 26 % færre indskrivninger i stoffri døgnbehandling. Bevillingernes længde er samtidigt skåret kraftigt ned, hvorfor det samlede antal behandlingsdøgn er faldet med hele 40 %³.

Ovenstående realitet lader til at have forbindelser til, at der indenfor området kan skelnes vidt forskellige anskuelser af både problem og problemløsning. Eksempelvis lader der til at eksistere en form for ”konflikt” mellem fortalene for hhv. stoffri behandling⁴ og substitutionsbehandling⁵. Denne divergens synes flere steder overført til brugerniveau, hvor den forhindrer mulighederne for at udøve en objektiv og ikke-dominerende form for behandling. Områdets ”ekspertsystemer” har en tendens til at installere sig selv i en position, hvor de ved bedst på stofmisbrugernes vegne. Dette bidrager bl.a. til blokering af stofmisbrugernes stillingtagen til det stoffrie mulighedsperspektiv. Brugerne bliver derved umyndiggjort gennem ”ekspertsystemernes” forringelse af det selvstændige valgs betingelser, hvilket ligner en fratagelse af demokratiske rettigheder.

Det foregående afsnit postulerer en antagelse om, at forskellige ”diskursive kræfter” præger området stofmisbrugsbehandling, og at dette har en negativ indvirkning på de ydelser, der tilbydes brugerne. Herudover er der en række andre aktører (med forskellige agendaer), der har indvirkning på området. Eksempelvis aktører (eller systemer) indenfor forskning, teknologi, lokalpolitik, medicinalvirksomhed,

¹ I føle tal fra Sundhedsstyrelsen var der 274 personer der døde af stofmisbrug i både 1995 og 2005

² Tidligere evalueringer af Sct. Ols’ behandling på Bornholm viser, at ca. 2/3 af dem over 36 år gennemfører (Behandlingsgennemførelsen stiger med alderen, hvilket bekræftes af CRF undersøgelser).

³ I henhold til Danmarks Radio P1: Orientering aften, den 13. november 2006, kl. 23.10

⁴ I et kritisk lys kan substitution betegnes som en medicinsk model, hvor stoffrihed betragtes som urealistisk. Skadebegrænsende tiltag antages derfor at give ”bedst udbytte”; (”det nytter ikke noget alligevel”).

⁵ Kan bl.a. defineres som en psykosocial og/eller psykologisk/pædagogisk/terapeutisk forandringsmodel, hvor stoffrihed betragtes som en realistisk mulighed. (”Stoffri behandling ses som det bedste alternativ”)

socialfaglig virksomhed, lægefaglig virksomhed, jura, psykologi mm. Nogle af de nævnte aktører kan betegnes som eksterne, idet de står udenfor det realitetsdomæne, der typisk defineres som området stofmisbrugsbehandling. Ikke desto mindre har alle aktører deres egne agendaer⁶, som på sin vis indvirker på de behandlingsydelser, der leveres stofmisbrugere.

De forskellige aktørers indvirkning kan på den ene side ses som både gavnlige og positive, idet de leverer både produkter, ydelser og støtte til området. På den anden side kan de også komme til at bidrage negativt og u hensigtsmæssigt, idet de i flere tilfælde skaber en realitet, som medvirker til, at brugerne fratages deres rettigheder mht. stillingstagen og valgmuligheder. Et godt eksempel er lokalpolitiske aktører, der ud fra ønsket om flere lokale arbejdspladser giver grønt lys for etablering af flere offentlige behandlingstilbud i deres eget område. Sådanne tiltag er dog ofte blevet iværksat på bekostning af de eksisterende midler til ekstern døgnbehandling i f.eks. privat regi, hvilket resulterer i, at brugernes muligheder for at vælge disse behandlingstilbud bliver markant forringet. Stofmisbrugere bliver ofte de store tabere i disse beslutningsprocesser, hvilket ikke mindst skal ses i lyset af deres mangel på f.eks. tid, klagemod og klageressourcer⁷.

- Nødvendigheden af stoffri døgnbehandling

Behandlingssystemernes opgave burde bestå i at levere de behandlingsydelser, som stofmisbrugere behøver for at nå deres behandlingsmål. De bør endvidere invitere brugerne til personlig stillingstagen, hvor man i størst mulig grad sikrer sig, at de pågældende virkelig *vælger* det, de vælger. Det er derfor dybt beklageligt, at det mange steder er blevet alt for besværligt for stofmisbrugere at få adgang til stoffri døgnbehandling. Dette er ikke ensbetydende med, at denne form for behandling ses som det absolut eneste ”saliggørende”. Ikke desto mindre ved vi, at døgnbehandlingsforløbet repræsenterer en absolut nødvendig ”time out” periode for mange af de stofafhængige mennesker, der ønsker stoffrihed. For mange af dem, der ønsker stoffrihed, er døgnforløbet den eneste realistiske mulighed i den første og mest sårbare overgang til en stoffri tilværelse.

Hertil skal det siges, at man indenfor døgnområdet er vel bekendt med det stigende antal misbrugere af centralstimulerende stoffer, som ønsker behandling. F.eks. brugere af rusmidler som hash, kokain og ecstasy. Dette indebærer nye behandlingsbehov, hvor det i en hel del tilfælde er tilstrækkeligt med et stoffrit behandlingsforløb i ambulante regi. Blandt denne ”nye” gruppe stofmisbrugere er der dog stadig mange, der har behov for at starte den stoffrie behandling i døgnregi, hvilket efterfølges af ambulante behandling. Det synes således relevant at kombinere døgnbehandling med ambulante forløb, hvilket dog langt fra retfærdiggør nutidens tendenser til, at det ene udelukker det andet.

Der er i øjeblikket stor opmærksomhed på behovene hos denne nye gruppe misbrugere, der nu henvender sig til behandlingssystemet. Dette er dog ikke ensbetydende med, at behandlingen af dem

⁶ De forskellige aktørers agendaer kan være åbne eller skjulte, såvel som bevidste eller ubevidste.

⁷ Stofmisbrugere lever typisk et liv, hvor de ser sig tvunget til at prioritere måder og metoder til at skaffe flere stoffer (Når man f.eks. skal overleve på gaden, er det svært at mobilisere ressourcer til andet).

skal ske på bekostning af andre grupper. F.eks. de lidt ældre opiatafhængige, der altid har haft stort udbytte af et noget længerevarende forløb i døgnregi.

- De private døgnbehandlingssteder får stadig sværere arbejdsbetingelser

Sammen med loven om behandlingsgaranti kom der i 2003 en lovgivning, hvor private døgnopholdssteder for voksne skulle godkendes af lokale offentlige myndigheder.

Dette har medført nye forbindelser mellem institutionen og flere nye offentlige aktører med deres formodede forbindelser til myriader af andre aktører. Mange af de private døgnbehandlingssteder har oplevet det aktuelle tilsyn som værende præget af et åbenbart asymmetrisk magtforhold. Dette skal ikke mindst ses i lyset af, at mange af disse lokale instanser tolker den pågældende lovgivning vidt forskelligt, hvoraf nogle også mangler den nødvendige viden og forståelse. Dette har medført kontroverser og et øget fokus på helt andre anliggender end behandling. Herunder et stadigt tiltagende forbrug af menneskelige og økonomiske ressourcer til f.eks. afrapportering og juridisk bistand.

Ovenstående siger noget om flere døgnbehandlingssteders oplevelse af en udvikling, der kan vise sig at have stor betydning for effektiviteten af de private ydelser. *Når disse institutioner absorberes – eller tvinges til at lade sig absorbere – af det offentlige system, mister de deres handlefrihed og muligheden for at skabe et effektivt udbytte. Dette fordi de pålægges asymmetriske forbindelser til heterogene aktører og underlægges kontroverser og handlingsanvisninger, som fjerner fokus og bidrager til ineffektivitet.*

Noget af den mest relevante forskning indenfor området er i de senere år varetaget af CRF (Center for rusmiddelforskning). Ifølge CRF er behandlingsresultaterne af i dag ca. lige så ”gode eller dårlige” som for 30 år siden. Det er heller ikke påvist, at nogen specielle behandlingsmodeller udmærker sig frem for andre, men det konkluderes alligevel, at behandling gør en forskel. Her er det specielt det relationelle (bl.a. forholdet mellem klient og behandler), der fremhæves som vigtigt for brugernes udbytte af behandlingen. Ifølge CRF er der alligevel grund til at spørge, hvorfor det stoffrie behandlingssystem ikke er blevet bedre til at hjælpe mennesker ud af misbruget gennem de sidste tre årtier?

Som én ud af mange mulige forklaringer på ovenstående spørgsmål nævner CRF, at stofmisbrugerne i perioden er blevet udsat for langt flere stressfaktorer. I dette lys er det betænkeligt, at de senere års udvikling også har bidraget til langt flere stressfaktorer for de private behandlingsinstitutioner. På den ene side oplever de en tiltagende grad af økonomisk usikkerhed gennem en faldende klienttilgang. På den anden side er disse private aktører også blevet underlagt et stadigt stigende antal asymmetriske forbindelser til forskellige offentlige systemer. Mange af disse ligner offentlige gruppeformationer organiseret som en slags ”ekspertsystemer” m/ deres egne agendaer. De befinder sig ofte langt væk fra feltets praktikere, som varetager den relationelle praksis, der skaber behandlingsudbytte. I stedet er de typisk beskæftiget med undersøgende, kontrollerende og godkendende anliggender, som typisk legitimeres som såkaldt ”kvalitetssikring”.

Der er i dag udbredt enighed om, at et godt behandlingsudbytte først og fremmest skabes i kraft af relationelle anliggender, bl.a. i forholdet mellem bruger og behandler. Den pågældende ”kvalitetssikring” synes dog oftest udmøntet i alt andet end det relationelle. F.eks. en stadig tiltagende strøm af skemaer og styringsdokumenter, hvortil der forventes respons i form af forskellige skriftlige redegørelser og stillingtagen. Dette kan ses som et paradoks, idet kvalitetssikringen dermed kommer til at ”stjæle” praktikernes ressourcer på bekostning af de relationelle aspekter, der skaber udbytte. Dette er næppe i tråd med de politiske intentioner med loven om behandlingsgaranti pr. 1. januar 2003.

- Konklusion

- Hensynet til brugerne er ikke afgørende for områdets beslutningsprocesser.
- Områdets aktører har vidt forskellige agendaer og synes ofte at læse forskningsresultater og aktuel lovgivning meget selektivt. (”vi ser det, vi helst vil se”).
- Områdets systemdynamik udmøntes i en praksis, hvor brugerne umyndiggøres (og fratages deres rettigheder) gennem en lang række ”ekspertsystemer”.

- Aktuelle spørgsmål til rusmiddelforskningen (CRF)

Denne kritiske anskuelse af områdets behandlingsindsats må meget gerne betragtes som en invitation til rusmiddelforskningen, som bl.a. kunne belyse følgende spørgsmål:

- Hvad kendetegner de diskurser, der præger aktører i berøring med stofmisbrugsbehandling, og hvordan indvirker dette på de ydelser, der leveres til brugerne?
- I hvilken grad bliver områdets politisk bevilgede midler brugt til ”en form for teknokratisering”, som ”stjæler” ressourcerne fra behandlingen på brugerniveau?
- Hvordan kan de ressourcer, der tilføres området, i større grad omsættes til konstruktive valg- og handlemuligheder, der giver et bedre udbytte for brugerne?

- Input til problemløsning

Ud fra en stoffri behandlingsanskuelse er der flere offentlige instanser, der ikke lever op til intentionerne med loven om behandlingsgaranti pr. 1. januar 2003. Dette giver anledning til at efterlyse lovmæssige justeringer, der sikrer brugernes ret til stoffri behandling og tydeligt definerer, hvad stoffri behandling er. Herudover efterlyses et nationalt organ, hvis opgave bør indbefatte tilsyn og akkreditering. Dette må omfatte alle behandlingsinstanser indenfor området stofmisbrugsbehandling (både de offentlige og de private).

Områdets ulige instanser kunne også have gavn af at implementere betydningen af begrebet inklusion, som Danmark er tilsluttet gennem internationale hensigtserklæringer⁸.

⁸ Bl.a. Salamanca erklæringen i 1994, OECD i 1994 & WHO i 1999. Begrebet inklusion indebærer et forandrende fokus på det eksisterende system, som nu skal tilslutte sig et praksisideal baseret på delagtiggørelse, ligeværdighed og medbestemmelse. Læs mere om begrebet inklusion på www.sct-ols.dk / Værd at læse / Akademiske skrivelser / Behandling af afhængighed s. 17-23 & 53-55 / Inklusion i praksis