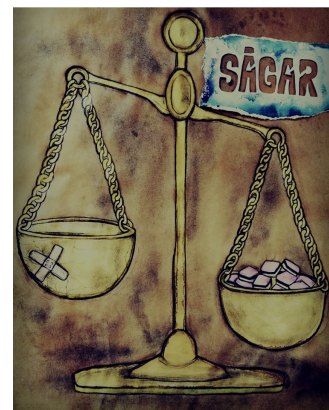


GADEJURISTEN

Værnedamsvej 7A, 1. • DK-1819 Frb. C • Tlf. 33 31 00 75 • Fax 33 31 00 78 • kontakt@gadejuristen.dk • www.gadejuristen.dk

Kontroversiel læge rammer vildt forbi

Kommunelæge Børge Dandanell Thomsen er helt galt på den. Og læger, der har adækvate behandlings-alliancer med deres patienter, hører ganske enkelt ikke fra Gadejuristen!



En kommunelæge, Børge Dandanell Thomsen (BDT), har i et debatindlæg¹ på Dagens Medicins hjemmeside, under titlen "misbrugslæge", rettet en ejendommelig kritik mod Gadejuristens arbejde fsva. den kommunale stofbehandling af stofafhængige, typisk opioidafhængige, og evt. også benzodiazepin-afhængige, patienter.

Særlig problematisk er her hans uvederhæftigt selekterede referencer til kun dele af Sundhedsstyrelsens vejledning.² Meget mere herom i det følgende. Ikke desto mindre har han senest også fået lov at udbrede sig i samme stil over adskillige sider i det netop udkomne nummer af Dagens Medicin.

Gadejuristen blev præsenteret for historien af Dagens Medicin ganske kort før deadline og uden mulighed for at få fremlagt den samlede og præcise ordlyd af den fortsatte kritik. Da spørgsmålene fra bladet samtidig tog afsæt i udokumenterede og ukorrekte påstande fra BDT, var vi nødsaget til at afvise at kommentere på dagen. Vi vil dog bede redaktøren om at bringe et svar fra os i næstkommende nummer.

Stofbrugere er en af de primære grupper af stærkt udsatte medborgere, som vi bistår i Gadejuristen³. Mange af dem er ekstremt forkomne og belastede, både fysisk, psykisk, socialt og økonomisk. De alt for mange, der hvert år dør, når end ikke at blive 45 år. Under Gadejuristens udgående retshjælpsarbejde på gadeplan rundt omkring i landet, er vi, fra første parket, vidner til deres brutale levevilkår. Store sår, overdoser og dertil hvad man alt sammen må gøre, først og fremmest mod sig selv, for at kunne skaffe midler til det stof, man nu en

¹ "Private jurister blander sig i lægeligt arbejde", debatindlæg af "misbrugs-læge" Børge Dandanell Thomsen, Dagens Medicins hjemmeside, 11. april 2014: <http://www.dagensmedicin.dk/opinion/debat/private-jurister-blander-sig-i-lageligt-arbejde/>.

² Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 kan i sin helhed læses her: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/narkotika/behandling-for-stofmisbrug/substitutionsbehandling>.

³ Gadejuristen har siden 1999 ydet udgående retshjælp og anden fornøden støtte til tusinder af vore mest udsatte medborgere. Årligt har vi mellem 4.000 og 6.000 personkontakter (inkl. et vist antal gengangere) på gadeplan i primært København, Odense og Aarhus og vi behandler mellem 1.200 og 1.300 sager på vegne af eller sammen med 500-600 udsatte. Gennem årene har vi varetaget sager for borgere tilhørende godt 90 pct. af landets kommuner. Sagerne kategoriseres primært i følgende overordnede kategorier: Socialret/socialt forhold, Sundhed, Forsørgelse/Økonomi, Boligforhold/Hjemløshed, Straffeapparatet/Afsoning og som Ofre for kriminalitet. De sundhedsretlige sager udgør typisk mellem 10 og 20 pct. af sagerne i løbet af et år. Læs evt. mere om Gadejuristens arbejde i rapporten *Dokumentationsprojektet – En undersøgelse af udsattes retshjælpsbehov* (2011), http://gadejuristen.dk/sites/default/files/Gadejuristen%20Unders%C3%B8gelse%20af%20udsattes%20retshj%C3%A6lpsbehov%20V5%2016%20nov%202011_0.pdf.

gang er afhængig af; når behandlingssystemet vel at mærke svigter. Ud over den fortsat alt for høje dødelighed, er der også den høje smitterisiko ift. især hepatitis C og hiv samt en høj forekomst af alt for ofte stort set ubehandlede psykiatriske lidelser at kæmpe mod i en ubeskriveligt stresset og brutal tilværelse.

God behandling og gode behandlingsalliancer ift. først og fremmest det kommunale stofbehandlingssystem er gerne forskellen på et brutalt gadeliv og et værdigt liv. Forskellen på liv og død.

Adskillige tusinder står ikke desto mindre helt uden for det kommunale behandlingssystem, se hertil Sundhedsstyrelsens estimat.⁴ Lykkeligvis ses det dog, at praktiserende læger og andre læger kan træde til og abstinensbehandle, når kommunelæger, som BDT, svigter. Selv om forholdsvis få kommuneansatte læger, jf. autorisationslovens § 41 og sundhedslovens § 142, stort set er givet monopol på varetagelse af substitutionsbehandling af opioidafhængige stofbrugere, der er eller tidligere har været afhængige af typisk illegalt erhvervet heroin, morfin eller metadon, må alle læger abstinensbehandle opioidafhængige, idet det også fremgår af autorisationslovens § 41 og af gældende vejledning fra Sundhedsstyrelsen (nr. 42, af 1. juli 2008, p. 19, link i note 2), at *"Enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed kan foretages af andre læger"*. Om læger også må undlade at behandle sådanne abstinensstilstande, er i øvrigt et spørgsmål Sundhedsstyrelsen snarest bør tage klart og tydeligt stilling til.

Vi har så rigeligt at se til i Gadejuristen (se hertil note 3) og har disse ekstremt udsatte, stofafhængige mennesker brug for vores hjælp ift. så godt som hvad som helst, herunder at opnå et for dem relevant behandlingstilbud, så gør vi alt, vi kan for at hjælpe dem. Det har Folketinget og en række fonde og private bidragsydere sørget for, at vi kan og det har vi, lykkeligvis, ganske stor succes med.

Selv om vi finder det langt mere relevant at diskutere, hvorfor så mange står helt uden kontakt med det kommunale behandlingssystem og dette systems såkaldte "behandlingsgaranti", ligesom også de for begrænsede ressourcer, herunder fagligt, burde være til debat, benytter vi gerne denne anledning til (endnu en gang) at beskrive, hvad vi faktisk gør, hvorfor og på hvilket sundhedsretligt grundlag.

Selv refererer BDT i sit indlæg så pinligt selektivt fra de gældende retningslinjer for området, at eventuelle læsere, der ikke kender disse, forholdes helt afgørende dele. Dette skal der nødvendigvis rådes bod på. Bemærkelsesværdigt findes det bestemt også, at BDT i sit indlæg ikke så meget som én eneste gang benævner sine patienter som patienter. De reduceres til "klienter". At opfatte og møde stofafhængige patienter som de patienter, de faktisk er, og i den forbindelse behandle dem værdigt med respekt for deres integritet under iagttagelse af den i sundhedsretten helt fundamentale patient-selvbestemmelsesret, og dertil de mere specifikke patientrettigheder, så som kravet om informeret samtykke, også når det gælder denne patientgruppe, forsømmer BDT igen og igen. Det ville ellers være et umanerligt godt sted at starte, hvis man faktisk interesserer sig for etablering og bevarelse af behandlingsalliancer.

Godt forhold til lægestanden

I Gadejuristen oplever vi gennemgående at have et udmærket forhold til lægestanden, som i øvrigt også er repræsenteret i vores bestyrelse. Denne opfattelse ser vi nu, at eksempelvis overlægerne Christian Hvidt og Thomas Fuglsang er enige i, jf. seneste udgave af Dagens Medicin. Adskillige lægefaglige eksperter på området for stofbehandling (og dermed også socialmedicin), såvel danske som internationale, stiller også løbende deres ekspertise til rådighed for os ved behov, ligesom vi gennem årene jævnlige er blevet kontaktet af praktiserende læger og læger på sygehusene, når de står med svært udsatte patienter som har juridiske problemer. Dette i fx sager om førtidspension eller behov for behandlingsophold efter endt indlæggelse, men hvor patienternes kommuner ikke fremstår videre behjælpelige og måske ligefrem krænker deres rettigheder. Hver gang er det os en fornøjelse at se sådan socialmedicinsk tilgang til svært udfordrede mennesker og en ligeså stor fornøjelse at kunne bistå.

Et generelt godt forhold til lægestanden er, set fra vores vinkel, dog primært kendetegnet ved, at vi slet ikke mødes, og i hvert fald ikke krydser klinger, fordi det ganske enkelt ikke er nødvendigt, når behandlings-

⁴ Sundhedsstyrelsen, *Narkotikasituationen i Danmark 2013*, p. 33,
<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/11nov/NarkotikasitDK2013EMCDDA.pdf>.

alliancen er til stede og patient og læge løbende finder ud af at indlede og justere substitutionsbehandlingen med typisk metadon eller buprenorphin efter behov. Ligeså ses de udmærkede læger at være adækvat behjælpelige ift. den bedst mulige behandlingsindsats for dem, der også er afhængige af benzodiazepin (ordineret, oprindeligt ordineret og/eller illegalt erhvervet), hvor de, også gentagne gange om nødvendigt, forsøger at hjælpe patienterne med at trappe ud, mens det i visse særlige tilfælde ses at være den lægefaglige vurdering at ordinere benzodiazepin ved lavest mulige dosis, når (yderligere) *"forsøg på aftrapning af benzodiazepiner"* [...] *"kan tænkes at medføre flere komplikationer end behandlingen i sig selv"*, dette refereret fra et svar⁵ fra daværende sundhedsminister Bertel Haarder og Sundhedsstyrelsen til Folketinget på et spørgsmål herom i 2010. At stofafhængige skal behandles lige så godt og ordentligt som alle andre, også når det gælder benzodiazepinafhængighed, fremstår klart i ministerens svar.

Primært ser vi således de kommunale substitutionsbehandlende læger, kommunelægenes, udmærkede behandlingsarbejde i sager, hvor lægejournalen blot indgår som sagsoplysning i andre sager, eksempelvis sager om kontanthjælp eller førtidspension. Her oplever vi også, at det er læger der tager initiativ til at deres slidte patienter sikres retshjælp fra Gadejuristen. Vi ser, eller følger rettere med på sidelinjen, når stofafhængige, efter vi har kendt dem i kortere eller længere tid ude i det hektiske gadeliv, henvender sig til det kommunale stofbehandlingssystem med henblik på at indlede substitutionsbehandling og/eller få lægelig hjælp ift. en benzodiazepinafhængighed. Her hører vi nu patienternes beskrivelse af at opleve sig lyttet til og deres lettelse over endelig at modtage substitutionsbehandling mv., så de ikke længere på daglig basis, tæt på døgnnet rundt, er henvist til såkaldt "overlevelseskriminalitet" eller nødsalg af seksuelle ydelser på gadeplan. Dette som forudsætning for at kunne erhverve sig de stoffer og præparater fra det illegale stofmarked, som de nu engang er afhængige af. Dog kan det tage for lang tid, før de kan få en lægesamtale og indlede behandling, hvilket en kærkommen lovændring pr. 1. januar 2015 imidlertid vil ændre på. Herfra får de ret til en lægesamtale inden tre dage og dertil frit valg af behandlingssted. Dette har vi i Gadejuristen kæmpet hårdt for at fremme. Ikke mindst af patientsikkerhedsmæssige grunde. I "problemsagerne".

Problemsagerne – når behandlingsalliancen er gået fløjten

Når alt dette gode er sagt, må det desværre også siges, at et mindre antal kommuner så at sige "går igen" i de problemsager, vi noterer os og som vi, om nødvendigt, og, naturligvis under forudsætning af, at patienterne ønsker det, intervenserer i. Der er her tale om bl.a. den længere række af kommuner, hvor BDT har påtaget sig at være kommunelæge og dertil visse øvrige kommuner.

Det er dermed ofte de samme, ret få, kommunelæger der er tale om, når det gælder problemsagerne. Typisk i øvrigt læger, der har indgået ansættelsesaftaler med et større antal kommuner, hvorfor de også har et meget stort antal, også svært belastede, stofafhængige patienter at tage hånd om. BDT er en af dem, som i nyere tid (over for Patientombuddet) selv skriftligt har tilkendegivet, at han *"har over 700 indskrevne klienter i substitutionsbehandling"* (direkte citat). Til sammenligning har hver af kommunelægerne i fx Københavnsområdet, efter vore oplysninger, mellem 50 og 150 sådanne patienter. Om *"over 700"* er for mange er andre end Gadejuristen givet bedre til at vurdere, og Sundhedsstyrelsens Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed samt Embedslægerne burde undersøge forholdene. Det kunne i hvert fald se ud til at være for mange for BDT. Formodningen kunne være for, at sådanne forhold indebærer for svære vilkår for etablering og opretholdelse af behandlingsalliancen. Måske har han så travlt, at han end ikke opdager, at behandlingsalliancen er gået fløjten? Resultatet kan vel hurtigt blive en mere rigid, og dermed også mere konfliktpræget og ligefrem konfliktskabende, praksis, end vi ser andre steder i landet. På bekostning af patienternes krav på værdighed, integritet og selvbestemmelse. På bekostning af deres hele adgang til det kommunale, monopoliserede behandlingssystem og dermed også på bekostning af både liv og helbred.

Vi ødelægger ikke behandlingsalliancer. De er gået fløjten, eller i hvert fald beskadiget, når vi inviteres ind på banen. I alt for mange tilfælde viser det sig nu at være sket længe før, også flere år før, vi får kontakt med

⁵ Sundhedsudvalget, Alm. del 2010-11 (1. samling), SUU, Alm. del spørgsmål 215 og 217, kan læses her:

<http://www.ft.dk/samling/20101/alm-del/SUU/spm/215/index.htm> og her:

<http://www.ft.dk/samling/20101/alm-del/SUU/spm/217/index.htm>.

disse patienter, mens hverken kommunelægen eller de ansvarlige kommunale ledere har leveret en adækvat indsats for (gen-) etablering af behandlingsalliancen.

Nægtelse af substitutionsbehandling

Problemsagerne kan eksempelvis dreje sig om sager, hvor stofafhængige behandlingssøgende faktisk har været nægtet adgang – i de værste tilfælde gennem flere år – til ellers ønsket substitutionsbehandling, mens de har måttet hutle sig gennem tilværelsen, og fx også mistet deres bolig og/eller er blevet smittet med eller påført diverse alvorlige sygdomme (ofte hepatitis C, men også hiv, infektioner mv.). Alt sammen velkendte følger, når man må frekventere det illegale stofmarked. Dertil kommer sager, hvor man alene informeres om og alene tilbydes behandling med ét præparat (buprenorphin), også selv om man, eksempelvis med henvisning til ubærlige (og i øvrigt velkendte) bivirkninger, direkte har afvist at kunne bruge dette præparat og på trods af, at der jo findes et andet godkendt, og konkret ønsket, præparat (metadon). Dette uanset, at følgen også her er, at man slet ikke bliver indskrevet i behandling, men fortsat er henvist til at medicinere sig selv på det illegale stofmarked, med alle de alvorlige helbredsrisici mv. dette indebærer. BDT nævner ikke overhovedet i sit debatindlæg (link i note 1) den kommunale forpligtelse til, jf. sundhedslovens § 142, at *”tilbyde(r) vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere”*, men forsvarer sig her blot ved at henvise til et yderst selekteret uddrag fra gældende vejledning, hvorefter buprenorphin efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør være førstevalgspræparat (om end WHO's stort set samtidige anbefalinger peger på metadon som det præparat, der primært bør anbefales⁶).

BDT undlader således at nævne, at hvis man bladrer blot en enkelt side frem i Sundhedsstyrelsens vejledning, vil man se, at dette primært gælder *”opioidafhængige, som ikke har været i behandling før”* (p. 44, link i note 2), ligesom det da heller ingen steder af Sundhedsstyrelsen er anført, at der skal ordineres buprenorphin - eller ingenting; ud over en direkte *”henvisning”* til det illegale stofmarked.

Sagerne drejer sig dermed ikke om, at Gadejuristen *”blander sig i ordinationsretten”*, som BDT hævder, men om hvorvidt patienterne oplever at være givet – eller pure nægtet – en ellers velkendt og veldokumenteret medicinsk behandling med overhængende risiko for unødigt tidlig død, unødigt smitte med alvorlige sygdomme og voldsom yderligere deroute til følge og i den forbindelse, om de overhovedet er blevet behørigt vejledt om de behandlingsmuligheder der faktisk er.

Nægtelse af dosisjustering

Der kan også være tale om en kommunelæges nægtelse af anmodet dosisjustering, fordi man ikke længere oplever sig døgndækket af den ordinerede dosis, hvilket jo ellers er formålet med substitutionsbehandling, hvorfor man typisk er begyndt at supplere på det illegale stofmarked. Sådan dosisøgning er man nu blevet nægtet af kommunelægen. Uagtet, at det er velkendt og også anført af Sundhedsstyrelsen⁷, at nogle opioidafhængige (ca. 25 pct.) med tiden, eller blot fra tid til anden, kan have behov for en øget dosis medicin. I en del tilfælde fortæller stofbrugere os, at de her er blevet afvist ved meddelelsen om, at der *”her gælder en max-dosis”*. Dette også i BDTs praksis. En sådan findes imidlertid ikke, hverken fra Sundhedsstyrelsens side eller hvis man spørger fx Institut for Rationel Farmakoterapi og uanset, at der i øvrigt i litteraturen er dokumenteret bedre behandlingseffekt og højere retention ved højere doser end ved (for) lave.⁸

⁶ WHO, *Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, (2009), p. 29-32: “For opioid agonist maintenance treatment, most patients should be advised to use methadone in adequate doses in preference to buprenorphine.” Link: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf. I tråd hermed er BPA, British Association for Psychopharmacology, der ligeledes har gennemgået forskningen og på den baggrund udgivet *”BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP”*, (2012). Metadon anbefales som førstevalgspræparat, mens BAP også understreger at begge præparater er effektive, at metadon er mere kost-effektivt og at patienter bør tilbydes behandling med begge præparater, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22628390>.

⁷ Jf. Sundhedsstyrelsen, skrivelse af 15. oktober 2011, kan læses på Gadejuristens hjemmeside: <http://gadejuristen.dk/sundhedsstyrelsen-%E2%80%93-en-leder-elefant>.

⁸ Institut for Rationel Farmakoterapi om substitutionsbehandling, dosis mv. her: http://www.irf.dk/dk/laegemiddelspoergsmaal/metadon_dosis_ved_vedligeholdelsesbehandling_af_opioidaehaengige.htm.

Manglende lægeligt tilsyn under nedtrapning – og de mangelfulde behandlingsplaner

Dertil kan der være tale om, at vi – hyppigt i øvrigt i weekender, hvor det er vanskeligt at komme i kontakt med andre end os – bliver kontaktet af stofafhængige, der efter eget oprindelige ønske befinder sig på private døgninstitutioner, henvist dertil af det kommunale stofbehandlingssystem med henblik på at blive nedtrappet, altså stof- og medicinfrige. Her er lægedækningen, mildt sagt, heller ikke altid lige god. De beskriver eksempelvis nu, at nedtrapningen går alt for stærkt, og at de er svært plagede af abstinenser. I nogle tilfælde beskriver de også, at de i længere tid ikke, evt. slet ikke, er blevet tilset af en læge i forhold til nedtrapningen og svaret er, naturligvis, at de snarest må tilses af læge, hvilket vi også kan bidrage til at fremme. Dette således i det konkrete tilfælde, som BDT også så skamløst mangelfuldt beskriver i sit debatindlæg (link i note 1). Den pågældende, der tilmed forud flere gange havde prøvet at råbe sin nød til visiterende kommune, hvor BDT har det lægelige ansvar, uden herved at blive sikret lægetilsyn, kontaktede Gadejuristen en søndag, blev tilset af læge mandag og dosis blev herefter justeret.

Ofte kan der i sådanne sager være tale om, at kommunerne mere har kigget i pengepungen end på det konkrete, individuelle behov, og i hvert fald er det et faktum, at der visiteres sjældnere og sjældnere til disse behandlingsophold, og når det dog sker, visiterer kommunerne til kortere og kortere ophold. Følgen kan her blive at nedtrapningen forceres mere end patienten kan magte og her ses det igen og igen at nedtrapningsforsøget mislykkes.

Ud over retten til at blive tilset af en læge, når man således lider, er der også anden lovgivning at trække på i disse tilfælde. Det følger nemlig af servicelovens § 148, stk. 2, at kommunerne løbende skal følge deres sager og justere den tilrettelagte indsats efter behov. Der er dermed også her dømt ”ommer” til dette led i rækken af ejendommelige påstande fra BDT og hans kommunale medløbere. Gadejuristen mindede i det konkrete tilfælde om denne bestemmelse og fsva. behandlingsplaner gælder der dertil, jf. servicelovens § 141, en række indholdskrav, herunder, at de så vidt muligt skal udarbejdes sammen med dem de handler om. At de stofafhængiges egne bidrag inddrages, skal vi, desværre, i en del tilfælde på banen for at sikre. At også disse bestemmelser, og den såkaldte ”behandlingsgaranti”, omfattende retskravet på såkaldt social / psykosocial behandling, jf. servicelovens § 101, er, mildt sagt, udfordrede i den kommunale praksis er i øvrigt på ingen måde nogen nyhed.⁹

BDTs kommunale leders supplerende kritik af netop ovennævnte forløb vedrørende udarbejdelse af en konkret behandlingsplan i en artikel i det netop udkomne nummer af Dagens Medicin, klinger i øvrigt mere end hult, når sagen rettelig er den, at lederen straks pr. mail kvitterede med at takke for de fremsendte bemærkninger og dertil skriver: *”Det hjælper os jo med at blive skarpere på det, vi skriver ☺”*. Det skal her også nævnes, at når det overhovedet blev relevant at gå ind i udarbejdelsen af denne behandlingsplan, forud for et døgnophold, var det fordi den pågældende netop ikke oplevede at blive behørigt inddraget. Blandt andet var det blevet meddelt, at den pågældende ikke ville få *”fuld pakke”*, dette yderligere forklaret over for den pågældende og også efterfølgende på et møde, hvor Gadejuristen deltog som bisidder, med, at lederen *”jo havde et budget at skulle overholde”*. Sådant varetagelse af ulovlige hensyn (økonomiske) gør vores indtræden nødvendig. At de deltagende kommunale ledere ikke på nogen måde i øvrigt er opmærksomme på deres medansvar, fx ift. passivitet overfor så kritisabel lægelig og øvrig forvaltningspraksis, findes komplet uforståeligt og helt utilstedeligt. Sådant lukkede-øjne-politik og ansvarspådragende passivitet, er der flere eksempler på nedenfor. Først den i det følgende beskrevne type problemsag som blot udgør endnu et skræmmende eksempel herpå; BDTs hjemme-strikkede, og af Sundhedsstyrelsen klart underkendte, *”udligningsordning”*.

Mistet medicin – og BDTs, af Sundhedsstyrelsen, klart underkendte ”udligningsordning”

Sager i denne kategori har afsæt i, at patienterne af den ene eller anden grund har mistet deres

⁹ Den såkaldte ”behandlingsgaranti”, der trådte i kraft fra 2003, har lige siden vist sig svært vanskelig for det behandlingssystem, som BDT indgår i, at overholde. Således har en undersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning allerede i 2007, iværksat af socialministeren på baggrund af bekymring rejst af Gadejuristen, vist, at lovgivningen ikke var overholdt i hele 41,5 pct. af sagerne. Et digert værk fra SFI dokumenterede i 2009 fortsatte store vanskeligheder og senest har Rigsrevisionen i januar 2012 også udtalt sig nok så kritisk i den henseende.

substitutionsmedicin, dette fx ved overfald eller indbrud, og nu, stærkt abstinente eller med umiddelbar udsigt til svære abstinenser, er de blevet nægtet såkaldt erstatningsmedicin. Her har BDT enten fuldstændig nægtet patienterne den fornødne medicin, dette også uden at tilse dem, eller praktiseret en helt særlig ordning, en "udligningsordning", hvor patienterne nu fik udleveret en lavere dosis end den ordinerede, indtil den ekstra udleverede medicin var "afdraget". Dette jo ligeledes med abstinenser til følge og også selv om Sundhedsstyrelsen efter vores underretning herom, i en skrivelse af 17. oktober 2011¹⁰, slog fast, at det i disse tilfælde vil "være nødvendigt at lægen sikrer, at patienten behandles for evt. abstinenssymptomer" og "Ved tab af substitutionsmedicin vil det altid bero på en konkret individuel lægelig vurdering, hvordan patienten sikres behandling for evt. abstinenssymptomer og hvordan substitutionsbehandlingen genetableres, og Sundhedsstyrelsen kan således ikke godkende praksis i form af en "udligningsordning"."

Ved førstkommande anledning orienterede Gadejuristen ellers BDT om denne skrivelse, en – nu klart underkendt – praksis han imidlertid upåagtet fortsatte, indtil vi igen i anledning af vores konkrete sagsbehandling måtte gøre ham opmærksom på Sundhedsstyrelsens skrivelse. Her skal det retfærdigvis nævnes, at han i anden omgang endelig meddelte, at han nu ville indstille denne praksis.

Gadejuristen er selvsagt ikke sat i verden for at bistå BDT, men her kunne man vel mene, at også han – og ikke alene hans patienter – faktisk har haft gavn af vores virke.

Nægtelse af lægelig behandling ved benzodiazepinafhængighed

I en række sager er opioidafhængige patienter, der også er benzodiazepinafhængige, blevet nægtet ordination og endda også nægtet lægelig hjælp til at gennemføre en benzodiazepin nedtrapning. Det er tilmed set, at praktiserende læger forud, af kommunelæger, herunder BDT, er afkrævet at indstille, seponere, sådan ordination, dette under trussel om ellers at indbringe den praktiserende læges praksis for Embedslægerne. Dermed er der grundigt lukket af for disse patienter, som i værste fald, som det formodes bekendt, kan afgå ved døden som følge af denne type abstinenser.

Nogle patienter har dertil oplyst, at de har fået udstykket en nedtrappingsplan af det kommunale behandlingssystem, som var baseret på forudsætningen om, at de selv måtte skaffe medicinen på det illegale stofmarked(!). Som en sådan patient nyligt udtrykte det over for lederen af en af de kommunale behandlingsinstitutioner, hvor BDT har det lægelige behandlingsansvar: "Hvad skal jeg egentlig gøre, hvis jeg bliver taget af politiet? Skal jeg sige, at jeg jo bare indkøber her på det illegale stofmarked efter aftale med mit kommunale behandlingscenter?". Den kommunale leders, samt læge BDTs, svar på dette spørgsmål afventes pt.

Der skal ift. stofafhængiges benzodiazepinafhængighed her erindres om, at sundhedsministeren har slået fast, at denne gruppe, uanset om de tidligere har været ordineret denne medicin, eller har været henvist til at erhverve den på det illegale stofmarked, er omfattet af gældende retningslinjer og anbefalinger ift. behandling og nedtrapning, jf. også ovenfor og note 5.

Andre læger kan godt finde ud det – også når det er svært

Det skal understreges, at der i alle disse ovennævnte tilfælde, er tale om forhold, som kommunelægerne i andre kommuner finder ud af at håndtere. Med behandlingsalliancen i behold. Også når det er svært.

Dette gælder også i de allersværeste og mest alvorlige sager i gadejuridisk regi, nemlig de sager der vedrører de patienter BDT nok så paradoksalt kalder de "ikke-rummelige klienter". De patienter, der har et særligt behov for et rummeligt og fleksibelt hjælpe- og behandlingsapparat. Der er her typisk tale om svært belastede opioid- og benzodiazepinafhængige patienter, der ligeledes er beskrevet med diverse, også alvorlige, psykiatriske lidelser. De "udadreagerende".

De "udadreagerende" – når behandlingssystemet optræder som et ekstra straffeapparat. Fordi de kan ...

Vi ser stadig tilfælde, hvor opioidafhængige patienter bliver udsat for såkaldt "administrativ afgiftning", dvs. udtrappet af substitutionsmedicin – lodret mod deres vilje og ønske og på trods af en bestående

¹⁰ Jf. Sundhedsstyrelsen, skrivelse af 17. oktober 2011, kan læses på Gadejuristens hjemmeside: <http://gadejuristen.dk/sundhedsstyrelsen-%E2%80%93-en-leder-elefant>.

opioidafhængighed (og benzodiazepinafhængighed, ikke at forglemme), hvor alternativet nu igen bliver kriminalitet og gadesexsalg for at kunne skaffe penge til fortsat medicinering via det illegale stofmarked.

Sådan *”administrativ afgiftning”* som sanktionerende foranstaltning udgik ellers ved ophævelsen af Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 1995. Dette blandt andet fordi udenlandsk forskning peger på, at dødeligheden stiger markant for disse nedtrappede og bortviste patienter, hvor så mange som 10 pct. er set afgået ved døden allerede inden der er gået et år. Men også som følge af et grumt tilfælde herhjemme, beskrevet i Politiken tilbage i 1999, hvor en ung mand afgik ved netop overdosedøden kort efter en sådan *”administrativ afgiftning”*, der var foranstaltet i disciplinerende, sanktionerende øjemed. Den daværende sundhedsminister Carsten Koch erkendte nu, at kontrollen i dansk stofbehandling var gået for vidt og at der måtte nye, opdaterede retningslinjer til.

Trusler og meget andet, som man i sin desperation over utilstrækkelig og/eller nægtelse af behandling, kan komme til at ty til, er, som bekendt, kriminaliseret i dansk ret og straffes, efter politianmeldelse, efterforskning, tiltale og dom, ved domstolene, efter den til enhver tid gældende straffelovgivning. Udadreagerende, opioidafhængige patienter, som typisk oveni er udfordrede af en eller flere psykiatriske lidelser, bør selvsagt ikke straffes dobbelt, ved også at blive *”afgiftet administrativt”*, blot fordi man i det kommunale behandlingssystem har mulighed herfor. Noget sådant overgår da heller ikke, os bekendt, andre patientgrupper.

BDT er i sit debatindlæg ikke desto mindre tydeligt vred over vores intervention i særligt disse, så alvorlige sager. Her kan han medgives så vidt, at også nugældende vejledning fra Sundhedsstyrelsen (nr. 42 af 1. juli 2008, p. 52, link i note 2) faktisk i nogen udstrækning legitimerer sådan bortvisning. Han refererer dog også i denne sammenhæng gældende retningslinjer skamløst, tendentiøst, selekteret, nemlig alene den del, han finder understøttende for sin egen repressive praksis. Dermed udelader han følgende nok så væsentlige del af selvsamme afsnit i Sundhedsstyrelsens vejledning:

”Dette bør dog benyttes med varsomhed, og stofmisbrugerens bør i videst muligt omfang gives andre tilbud, herunder tilbud, der sikrer den fortsatte medikamentelle behandling”. (For direkte link, se note 2).

Den medikamentelle behandling kan fortsættes på mange måder, og dermed ikke alene på den af BDT anførte måde ved *”et halvt års døgnanbringelse med henblik på udtrapning af substitutionsbehandling”*, hvor patienterne får besked om at indfinde sig på en privat døgninstitution, langt fra eget hjem og netværk, som forudsætning for overhovedet at blive givet en nedtrapning. I de konkrete sager vi er bekendt med af denne art, er dette, både den *”administrative afgiftning”* og henvisningen til et døgnsted, sket lodret i strid med patienternes egne ønsker, hvorfor et sådant *”tilbud”* rettelig må betegnes som et *”ikke-tilbud”*, eller som *”et tilbud, man ved vil blive afslået”*.

Den substitutionsmedicinske behandling kan også fortsættes ved udlevering af medicinen fra apotek, i helt særlige tilfælde evt. fra politistation, hvilket også er set fungere udmærket lokalt, via egen læge, hvilket vi ligeledes kender endda rigtig gode eksempler på, og dertil ved kommunens visitation til et behandlingstilbud i en anden kommune. I sådanne tilfælde beskriver patienterne sig ofte lykkelige over at være kommet ud af det ekstremt konfliktfyldte og repressive rum, som den hidtidige kommunale stofbehandling har udgjort for dem over en typisk alt for lang periode. Patienterne beskrives typisk nu ikke længere som hverken aggressive eller udadreagerende.

Og ja, også i sådanne sager *”blander vi os”*, og det bliver vi ved med at gøre. Den markant forhøjede dødelighed er umiddelbart rigtig grundet herfor, og samtidig bidrager vi herved til at fortsættelse af den medicinske behandling sikres. Dette helt og aldeles i overensstemmelse med den del af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som BDT snyder læserne, og meget værre, sine patienter, for.

Menneskeretlige aspekter

Som BDT, om end noget kluntet, også kommer ind på, har vi i Gadejuristen også blik for de mulige

menneskeretlige aspekter af eksempelvis en sag, hvor en opioidafhængig stofbruger nægtes eller bortvises fra en så livs- og helbreds vigtig behandling som substitutionsbehandling nu engang er. Vi har dog ikke, som BDT hævder, "truet" med at bringe ham for hverken Den Europæiske Menneskeretsdomstol eller lignende, og hvis man har blot det mindste kendskab hertil, vil man også vide, at sager ikke kan indbringes herfor, før de udtømmende er behandlet ved de nationale domstole. Og vi har end ikke varslet end tur i byretten. Denne type sager er dog fx vores britiske, canadiske og russiske kolleger begyndt at indbringe for domstolene, så man skal selvfølgelig aldrig sige aldrig. Men vi har i Gadejuristen traditionelt været mere pragmatiske i vores tilgang og har altid blikket rettet mod den hurtigst mulige gode løsning for brugerne af vores retshjælpsydelse. For dét er nemlig, hvad de i første række har så stærkt brug for. Men kan der samtidig blive luget ud i ringe og endda underkendt behandlingspraksis, sådan som det er lykket med ovennævnte "udligningsordning" i BDTs kedelige praksis, gør vi også det. Til forhåbentlig gavn for mange flere end vi selv kan nå at servicere. Og som en, om end sølle, kompensation for, at Sundhedsstyrelsen i hvert fald ser ud til stort set ikke at føre tilsyn på området.

Gadejuristen har nyligt, bl.a. i en række artikler i Information, sat spørgsmålstegn ved en muligt udbredt praksis af nedværdigende behandling af stofafhængige i politiets varetægt. Dette som en kombineret følge af, at politiet ikke sikrer lægeligt tilsyn under tilbageholdelsen samt når de læger, som dog i nogle tilfælde rekvireres af politiet, afviser at abstinensbehandle de tilbageholdte. Det er både den nuværende og den tidligere FN special rapporteur på torturområdets opfattelse, at manglende behandling i sådanne situationer efter omstændighederne må betragtes som nedværdigende behandling ("ill-treatment") i strid med torturkonventionen. I den seneste FN special rapporteur rapport fra 2013¹¹ bringes dette synspunkt videre, og følgende anføres (vores fremhævnings): "*The denial of methadone treatment in custodial settings has been declared to be a violation of the right to be free from torture and ill-treatment in certain circumstances (ibid. para. 71). Similar reasoning should apply to the non-custodial context [...]*". Også dette har vi forelagt blandt andre BDT ved flere konkrete anledninger, hvor han har nægtet sine patienter en ellers ønsket substitutionsbehandling, jf. ovenfor. Hvad dette menneskeretlige synspunkt vil bære til, vil tiden vise. En del læger har dog heller ikke her noget at frygte, idet deres praksis ikke er i strid med synspunktet.

Hvad gør Gadejuristen?

I sådanne sager, problemsagerne, hvor patient og læge ikke finder ud af tingene på egen hånd, og hvor patienten er henvist til at bære de tunge omkostninger herved alene med livet, helbred og hele tilværelsen som indsats, bestræber vi os først på at finde ud af, hvad problemet faktisk består i og forespørger så, på vegne af eller sammen med de ramte patienter, de pågældende kommunelæger, om der kan findes en løsning, således at de stofafhængige kan gå fra at være ikke-behandlede, eller ikke tilstrækkeligt behandlede, til velbehandlede eller dog i det mindste bedst muligt behandlede efter omstændighederne. Vi blander os ikke i lægens ordinationsret. En absurd påstand – hvordan skulle vi overhovedet kunne gøre dette? Men vi undersøger sagens oplysninger. Er patienten blev behørigt informeret om de forskellige behandlingsmuligheder, og i den forbindelse også behørigt informeret, hvis lægen har frarådet brug af det af patienten ønskede præparat? Er lægen klar over patientens brutale alternativ, så længe denne står uden behandling og hvilken betydning er dette i så fald blevet tillagt? Er der tale om en "ny-henvender", og hvis der ikke er, ved lægen så dette, har lægen fået spurgt herom? Er den af lægen givne information i overensstemmelse med gældende retningslinjer? Der kan stilles en række spørgsmål, ikke sjældent inspireret af konstaterede nok så mangelfulde notater i den indhentede lægejournal. Spørgsmål, hvis svar bidrager til vurderingen af om det kan antages, at lægen har udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed. Eller ej.

I en del tilfælde viser det sig hurtigt, evt. allerede ved vores gennemgang af journalen, under en måske alt for kort og/eller sjældent konsultation, at patient og læge simpelthen har misforstået hinanden. Vores intervention kan nu, og bør under alle omstændigheder, blive anset som en mulighed for at (gen)etablere

¹¹ United Nations, General Assembly, Human Rights Council, Twenty-second session, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1. February 2013, pkt. 73: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

behandlingsalliancen. Når disse patienter søger vores hjælp i disse problemsager, er det i hvert fald det, de ønsker. Oftest mere end noget andet. Og sådan er der da også en del læger der ser det. I øvrigt bistår vi ved at fremlægge de retskilder og øvrigt relevant materiale, herunder vejledninger, anbefalinger, skrivelser fra fx Sundhedsstyrelsen, svar fra sundhedsministeren, menneskeretlige referencer mv., som man i den ene eller den anden kommune ikke tidligere har været opmærksom på eller blot ikke kender. Ikke for at genere nogen. Heller ikke BDT. Men for at bistå patienterne ift. deres behov, ønsker og interesser.

I de fleste tilfælde kan vi konstatere at disse problemsager løser sig allerede ved, eller umiddelbart efter, vores indtræden, og endda evt. allerede ved vores blotte anmodning om tilsendelse af lægejournalen. Dette gælder også, og måske endda især, i de sager, der vedrører BDTs praksis. Vi præsterer således en ganske høj succesrate målt på de rådsøgende patienters indledningsvise ønsker og hvad der faktisk opnås, ligesom løsningerne generelt opnås hurtigt. Langt hurtigere end vores yderst langsommelige klagesystem, Patientombuddet, kan præstere. Den slags tid har disse hårdt belastede patienter ikke at vente i.

Stofafhængige patienter på flugt – behandlingsflygtninge

Det blev, fra forskerside, for efterhånden mange år siden anført, at substitutionsbehandling af stofafhængige først og fremmest afgøres af det postnummer man bor i. Ikke af gældende retningslinjer eller "best practice". Dette gælder desværre stadig og i de allerværste tilfælde må patienterne forlade deres hjem og netværk for at tilflytte ny kommune som forudsætning for at kunne få den behandling, de har brug for.

Nogle mister ligefrem deres hjem, fordi også huslejepengene må omsættes på det illegale stofmarked, hvor det ikke er usædvanligt, at de månedlige udgifter til illegalt erhvervet substitutionsmedicin – metadon eller buprenorphin – beløber sig til mellem 10.000 og 20.000 kr. afhængig af den fornødne dosis. Skal man også selv anskaffe sig fornøden benzodiazepin kan disse beløb ganges med op til to. Når vi overhovedet har et så stort og evigt leveringsdygtigt (dette uanset omfanget af politiindsats) illegalt stofmarked skyldes det ikke mindst, at vores behandlingssystem svigter så fælt. Alt for mange stofafhængige finder ganske enkelt ikke behandlingssystemet attraktivt. Eller bare brugbart. Og alt for mange svigtes direkte af dette system, selv når de forsøger at få hjælp.

Ved sådan flugt-flytning til ny kommune ser vi igen og igen, at patienterne umiddelbart efter, hos den nye kommunelæge, ordineres den så længe efterspurgte behandling. Så hvad den ene kommunelæge finder uforvarligt, vil andre finde forvarligt. Postnummeret afgør stadig hvilken behandling, der er tilgængelig. Samtidig ser vi, ulukkeligvis, at især deres sociale omstændigheder nu er massivt forringede. Man bor fx nu på en hullet madras hos en "udlejer", hvor man udover som minimum at dække dennes tab af boligstøtte/-sikring og halvdelen af huslejen eksempelvis også afkræves at dele al medicin/stof, mad osv. Der behøver ikke at gå lang tid, før man bor på gaden.

Patienters klageret – udsattes svigtende klagemod og lidt om behovet for tilsyn

Kun i enkelte tilfælde har disse på så mange måder ressourceudfordrede patienter både ønske om og også mod på at klage til Patientombuddet. Men det forekommer uhyre sjældent, også selv om vi, naturligvis, ville bistå dem med at udarbejde og indbringe deres klager. Der er således kun med vores assistance indbragt en enkelt (1!) klagesag ved Patientombuddet der involverer BDTs virke. En sag, som i øvrigt snart ventes afsluttet. Om en enkelt klagesag er meget eller lidt vil vi lade andre vurdere. Kun skal det herfra lyde, at der, jf. også ovenstående, kunne have været indbragt en hel del flere.

Man har generelt først modet på at klage, når man slet ikke har mere at miste. Vi har således pt. kun to patient-klagesager som aktuelt er under behandling ved Patientombuddet, hvoraf blot den ene altså handler om BDTs virke. Dette har han for længst ladet os vide, at han er vred over, men retten til at klage er nu engang en af de væsentligste retssikkerhedsgarantier i et retssamfund. Og så længe der mellem patient og læge, er uenighed om, hvorvidt lægen har udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed, er det klageinstansen, der nærmere må fastlægge området herfor. De enorme praksisforskelle kommunelægerne imellem, hvor en og samme behandling findes uforvarlig af den ene, men fuldt forvarlig af den anden, understreger kun behovet for klageadgangen.

Danmark er jo altså et retssamfund, hvor vi sædvanligvis værner om klageretten, også på sundhedsområdet. Retten til at klage får BDT således ikke os til at begræde, og han må i øvrigt henvises til det politiske niveau, hvis han ønsker indskrænkninger i eller måske ligefrem eliminering af patienters adgang til at klage. Fsva. patienters ret til at lade sig bistå og repræsentere af andre skal det dertil blot bemærkes, at der på Patientombuddets klageskema ligefrem er en fortrykt fuldmagt, hvorved patienten dermed meget let kan give fuldmagt til at lade sin sag og interesser varetage af andre. Og tilføjes skal det, at Folketingets Ombudsmand traditionelt ikke ser mildt på offentligt ansattes modarbejdelse af hverken parters eller patienters anvendelse af hver sine rettigheder, herunder retten til at klage, lade sig bistå af selvvalgte andre og retten til at få journalindsigt. Heller ikke når det gælder sundhedspersoner. Den slags bør man derfor af alle mulige grunde afstå fra, men måske ikke mindst fordi dette i sig selv, mildest talt, hverken er tillidsvækkende eller velgørende for behandlingsalliancen.

Det kan givet være ubehageligt at blive kigget således "over skulderen", især når man driver en sådan praksis som ovenfor beskrevet. I hvert fald beskriver BDT "*Gadejuristens nådesløse, nidkære blik*" som noget han og hans nærmeste kolleger direkte "*frygter*". De fleste plejer dog at kunne erklære sig enige i, at enhver sag har (mindst) to sider, og enighed lige præcis om dette behøver ikke at ophøre, blot fordi man i konkrete tilfælde er positioneret på ene side i sagen. Har man styr på sig og sit, skulle man jo heller ikke have grund til at frygte, og herfra mangler så blot en grundlæggende anerkendelse af, at en eventuel fortsat uenighed, kan blive henvist til afklaring i klageinstansen.

Det store spørgsmål er, hvorfor Sundhedsstyrelsen ikke – for længst – har iværksat tilsyn med BDTs praksis og virke, hvor hele hans praksis gennemgås. Her bør man vide, at der kunne være grund hertil, idet vi løbende og på forskellig vis har gjort opmærksom på bl.a. de her nævnte eksisterende problemstillinger. Vi håber, at det nu vil ske.

Sundhedsstyrelsen må snarest, i det hele taget, iværksætte grundige, proaktive tilsyn på feltet. Praksisproblemerne kommer ikke frem via klagesager, når patienterne ikke klager. Når patienterne ikke tør klage. Også dette har vi beskrevet flere gange og gjort opmærksom på ved adskillige lejligheder og på forskellige måder.

Lad os nu være gode og komme videre – for de stærkt udsatte patienters skyld

Herfra skal det nu være håbet, at vi – om vi er medparter eller modparter, afhængig ikke af personerne, men af de konkrete omstændigheder – fremadrettet kan koncentrere os om de reelle problemer, herunder stofbehandlingssystemets manglende ressourcer, dette praktisk indiskutabelt også i faglig henseende, og ikke mindst må vi nu fokusere på det faktum, at alt for mange stofafhængige stadig står helt uden for det kommunale behandlingssystem, som de åbenlyst kan have deres grunde til at finde lidet attraktivt.

Lad os gøre det attraktivt for disse svært belastede og udsatte patienter at søge hjælp og behandling. Så tidligt som muligt og helst før de er smittet med både hepatitis C og måske også hiv. Lad os vise, at vi faktisk mener det, når vi hævder, at den enorme ulighed i sundhed er komplet uacceptabel. Det fortjener ikke mindst de stofafhængige patienter, som gennemgående har været, og fortsat er, så meget grueligt igennem og som ligeledes gennemgående er overordentligt herlige mennesker. Det ved vi, de er. Gennem vores nu snart 15-årige virke, har vi nemlig lært dem at kende, og fulgt mange af dem i tusindtal.

Efterskrift. Indsatsen for gravide – det evige smertensbarn

Som den eneste anden læge er May Olofsson (MO) hoppet med på BDTs dagsorden i aktuelle nummer af Dagens Medicin. Også hun går til den i sin komplet ugenkendelige udlægning af den yderst alvorlige situation, at en del gravide med rusmiddelerfaring ikke bryder sig om at skulle komme på hendes Familieambulatorium på Hvidovre Hospital. Hun hævder ligefrem, at Gadejuristen skulle fraråde gravide at tage kontakt.

Det er ikke korrekt!

Der er to sagstyper, hvor vi i Gadejuristen smider alt vi har i hænderne, når vi støder på dem. Dette gælder de ovenfor beskrevne tilfælde, hvor kommunelæger, som BDT, bortviser stofafhængige patienter og nedtrapper dem i lodret strid med patienternes ønske. Dette som en disciplinerende og sanktionerende foranstaltning der ikke hører hjemme på sundhedsområdet og uanset, at det er dokumenteret, at disse patienters dødelighed herved stiger markant. Og det gælder, når vi – i øvrigt ret sjældent – møder eller kontaktes af gravide med rusmiddelproblemer. Kvinder, der på ingen måde ønsker at skade deres fostre.

De skal have al den hjælp og støtte der måtte være brug for, og de skal have den så hurtigt som overhovedet muligt. Men det er netop her vi støder på problemer. Ift. deres ængstelse over kontakt med hjælpe- og behandlingsapparatet.

MOs Familieambulatorium på Hvidovre Hospital har i mange år, specifikt i egen målgruppe af gravide med rusmiddelproblemer, været omtalt som et sted, man bestemt ikke havde lyst til at skulle henvende sig. Dette i en række tilfælde baseret på egne tidligere erfaringer og ellers på venner og bekendtes ligeledes grumme erfaringer. En har fx udtrykt det sådan her: *"Dér er jeg bare et hylster, et reagensglas, der bærer på deres ejendom"*. En anden, der mente sig gravid for anden gang, har forelagt os dette: *"Jeg emigrerer hellere til Filippinerne, end at skulle på Hvidovre igen"*. At man har det sådan, skal selvfølgelig ikke forhindre kvinderne i at kunne få den fornødne behandling og støtte. Inden for de senere år, hvor Familieambulatorie-modellen har spredt sig ud over landet, om end i, os bekendt, lidt anderledes og mere patientvenlige former end den københavnske traditionelt har fremstået som. Der er dermed nu flere af sådanne Familieambulatorie-tilbud at vælge imellem, og derfor har vi vejledt om det frie sygehusvalg, når dette har været relevant. Om det er sådan vejledning MO mener, at vi har givet, så er det helt korrekt. Og også helt på sin plads.

Dette alvorlige imageproblem ift. behandlingsindsatsen for gravide med stofproblemer eksisterede allerede længe før Gadejuristens etablering. For nu 10 år siden offentliggjorde Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner en rapport om antallet af graviditeter og fødsler blandt kvinder med stofbehandlingserfaring.¹² Tallene baserede sig på perioden 1990 – 2001 og viste, at kvinder med stofbehandlingserfaring inden for perioden fik stort set samme antal børn som kvinder i den øvrige del af befolkningen. Man fristes til, i generelt stærkt tiltrængt afstigmatiserende øjemed, at nævne, at også på det punkt ligner disse kvinder os andre, mens de hyppigt, også gennem historien, er fremstillet nærmest dæmonisk. Ca. 6 pct. af disse børn blev efter fødslen registeret som havende abstinenssymptomer, mens kun ca. halvdelen af mødrene havde haft kontakt med behandlingssystemet før eller efter fødslen. Tal, der altså klart dokumenterer ovennævnte imageproblem.

Vi har aldrig frarådet nogen som helst gravid at henvende sig om hjælp. Tværtimod. Om det er dag, nat eller weekend tager vi så lange snakke som nødvendigt ift. at blive betrygget, og vi følger op og går med kvinderne, også hele vejen, hvis dette kan betrygge yderligere i det konkrete tilfælde.

Men vi har oplevet, at mødre, der har været igennem et hårdt Familieambulatorie-forløb på Hvidovre Hospital og efterfølgende, eksempelvis via andre deltagere i Forældregruppe-projektet, har forstået, at vi tidligere har set lignende, kritisable forløb, nu har bebrejdet os, at vi ikke advarede dem på denne baggrund. Det mener de, vi skulle have gjort. Flere har i øvrigt indbragt klager over behandlingsforløb på netop dette Familieambulatorium. Over ganske horrible forhold. Klagesagsbehandlingen har nu pågået i ca. tre år (!) og må vel snart kunne forventes afsluttet.

¹² Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner (2004), *"Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001"*.

At Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital har dette imageproblem derude, kan på ingen måde være en nyhed for MO. Dette er hun blevet fortalt, direkte på møder, senest på et møde hos os, hvor MO selv, samt en anden læge deltog, og hvor vi direkte anførte, at man nu måtte finde måder at få taget hånd om dette alvorlige problem. Samme er fremført i forskellige medier gennem endda rigtig mange år, dette også før Gadejuristens tid og vi har ligeledes selv bidraget til den offentlige debat herom.

I Politiken i 2004 er Gadejuristens leder første gang citeret i en artikel vedrørende ovennævnte embedslæge-rapport, hvor følgende siges: *"Tallene her viser tydeligt, at de her kvinder er angste for hele kontakten med systemet, på det tidspunkt, hvor de har allermost brug for det. Det, vi [som system] kalder hjælp, oplever de som kontrol og mistillid [...] [E]r de angste for at få deres børn fjernet, får vi ikke noget konstruktivt samarbejde"*. Lidt senere samme år bidrog vi igen med at gøre opmærksom på problemet. I en artikel i Urban gjorde MO sig nok engang, som den eneste opdrivelige i landet, til talsperson for, at disse gravide skulle kunne udsættes for tvang. Alle andre forholdt sig dengang, og gør det stadig, svært skeptisk. Også i denne artikel, hvor en eksempelvis siger: *"Det er mennesker, som ikke tror på myndigheder. Vi har ikke brug for flere grunde til, at de holder sig væk"*. Og fra Gadejuristen lyder det i denne artikel igen sådan her: *"Hjælpesystemet har allerede nu et ekstremt imageproblem hos de gravide [...]. På baggrund af enten egne eller andres erfaringer, er de angste for kontakten, som kaldes en hjælp. Men ikke opleves sådan"*.

Sådan har vi, og altså også andre, gentagne gange, på konferencer, seminarer og i den offentlige debat, bidraget på kritisk vis. Dertil er det fra forskerside fremført, at der hverken forefindes lødig dokumentation for Familieambulatoriets virksomhed, eller for den sags skyld for MOs ambition om at kunne tvangstilbageholde de gravide i den tilgængelige forskning i det hele taget.¹³

Det er således ikke Gadejuristen alene, der har været kritisk i den offentlige debat over for MOs Familieambulatorium hhv. politiske virke. Vores kritik har blot være konsistent og vedholdende, i det vi har håbet, at dette på et tidspunkt kunne bidrage til en ønskelig og hårdt tiltrængt udvikling. Der var – og er desværre stadig – stærkt brug for erkendelse fra denne front. Og man kunne passende starte der, hvor man sikrer, at de pågældende kvinders mangfoldighed, herunder det faktum, at en del af dem faktisk magter forældreopgaven, hvis de ellers får lov, dette ikke mindst, når de sikres en kvalificeret medicinsk behandling, formidles så højt og klart, at det når helt ud på stenbroen.

Det eneste nye er, at MO nu pludselig finder anledning til at beskyldte Gadejuristen for endda ligefrem *"undergravende virksomhed"* ift. hendes virke, mens problemet faktisk er, at Familieambulatorie-modellen i den hvidovre'ske version ulykkeligvis har formået at gøre dette på helt egen hånd. Dette, som nævnt, allerede længe før, der var noget der hed Gadejuristen.

Den slags udfald er overordentligt vanskelige at tage seriøst og det findes dybt beklageligt, at det åbenlyst stadig ikke står MO klart, at den mulighed vi har for at gøre godt, også for de kommende børn, er, at lykkes med at skabe et behandlingssystem som de gravide finder attraktivt. Dette er langt fra lykkes godt nok. Og det hjælper bestemt ikke på vej, at MO gerne udtaler sig både anekdotisk og voldsomt stigmatiserende, endda uden at tage passende forbehold. Dette eksempelvis da hun sidste år på Radio 24/7 endda fremturedede med, at der hos disse kvinder findes så nedrig karakter, at de ligefrem skulle kunne finde på at *"inddrage deres børn i prostitution"*, for *"så tjener hun flere penge, end når hun ikke har et barn med sig"* til dækning af udgifter ift. *"deres egen stofafhængighed"*.¹⁴ Heller ikke KFUK-Reden på Gasværksvej havde nogensinde erfaret noget så horribelt.

Man må kunne forvente både sober og dokumenteret formidling, ikke mindst fra en person i MOs position, hvor de pågældende kvinder kan genkende sig selv, og vi andre også kan genkende dem, hvis man har et ærligt ønske om at gøre godt. At hun også vidt og bredt anbefaler plejefamilieanbringelse af kvindernes *"ufødte børn"*, som hun gerne kalder dem, bedrer på ingen måde situationen.

¹³ STOF nr. 13, sommer 2009: *"Gravide misbrugere – skal de tvinges i behandling?"*, <http://www.stofbladet.dk/6storage/586/40/stof13.pdf>.

¹⁴ Radio 24/7, 15. september, 2013: <http://arkiv.radio24syv.dk/video/8679639/zornigs-zone-uge-37-2013-2> (fra 42:27).

MO har, dog kun for en umiddelbar betragtning, ret, når hun anfører, at det ikke er hende, eller hendes Familieambulatorium, der træffer afgørelse om tvangsfjernelse af de nyfødte. Men enten direkte eller indirekte, og dette også som følge af børneforvaltningernes forsømmelse, kommer så godt som hele sagsoplysningsgrundlaget i en del sager fra dette regime. Og *det* er meget tæt på at være identisk med at træffe selve afgørelsen.

I et konkret tilfælde blev det eksempelvis pludselig beskrevet over for kommunen at en nyfødt, som moderen ammede og passede efter alle kunstens regler, 'trak sig i kontakten'. Vurderingen fra Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital lød, at barnet var truet på sin hele udvikling. Dertil blev det hævdet, at en urinprøve var slået ud på cannabis og moderen blev beskyldt for at have udsat sit barn for fare ved at have ammet ham, mens hun brugte stof. Den nybagte mors egne desperate indvendinger herimod, bakket op af det kommunale behandlingssystem, herunder af urinprøver der viste det stik modsatte resultat, blev tillagt ingen troværdighed overhovedet. Et par måneder efter tvangsfjernelsen fandt den knuste mor ud af, at sønnen havde fået konstateret stærkt nedsat syn, og ved brug af briller, var der ikke længere tale om 'kontaktproblemer'. Noget senere kom det frem, at der ift. cannabis-prøven var tale om en fejl, 'formentlig en fejlindtastning', sket efter oversendelsen af urinanalysen fra Bispebjerg Hospital til Hvidovre Hospital.

MOs politiske aktiviteter også på det mere overordnede niveau gav til sidst pote, således at hun fik en gigantisk millionbevilling til udbredelse af sin Familieambulatorie-model. Samtidig blev rigtig udmærkede kommunale behandlingstilbud for selvsamme målgruppe, med overordentligt dygtige medarbejdere, nedroslet og afviklet. Dét begrædes af både Gadejuristen og mange andre.

Hvad MO i øvrigt hører, forestiller sig, og hævder (og gives lov til at hævde i Dagens Medicin uden så meget som antydningen af dokumentation herfor eller almindeligt fakta-tjek fra bladets side) ift. hvad vi andre står for, mener, tænker og ikke mindst *gør*, må henvises til at stå fuldstændig for hendes egen regning.

