

ledes er det en forudsætning, at familieplejerne har tæt kontakt med et af fornævnte behandlingssteder. Som tidligere omtalt er 20 pct. af alle straffasonere i danske fængsler narkomaner. Disse personer er spredt over et stort antal fængsler. Det forhold bør ændres. Dels er en narkomans psyke og adfærd ikke egnet til omgang med såkaldt »normale« indsatte. Dels er der stadigvæk risiko for, at narkomanen – ved hjælp af indsmuglet narkotika – vil »smitte« ikke-narkomanstraffasonere.

Alle narkomaner bør have »egne fængsler«, hvor et helbredelsesapparat kan etableres. F. eks. er anstalten i Herstedvester særdeles egnet til nævnte brug.

Indsmugling af hårde stoffer ville også kunne kontrolleres mere effektivt i specielle narkofængsler. I øvrigt vil brugen af udefra kommende, illegale stoffer mindskes, når den indsatte narkoman omgående glider ind i et behandlingsforløb, der indeholder langvarig metadonnedtrapning.

Med hensyn til bagmænd og andre typer narkohandlere bør det være en selvfølge, at disse personer, som meget sjældent selv er narkomaner, skal afsone frihedsstraf i »egne fængsler«, hvor de ikke har mulighed for at kontakte andre indsatte.

4. Regeringens kontaktudvalg vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål

Regeringens kontaktudvalg har hidtil ensidigt været sammensat af modstandere af langtidsmetadonbehandling. Såfremt der skal skabes et samarbejde mellem de forskellige opfattelser af behandlingen af stofmisbrugere, er det nødvendigt, at dette etableres på alle niveauer. Det foreslås derfor, at kontaktudvalgets sammensætning ændres ved, at der optages medlemmer i udvalget, der går ind for andre behandlingssynspunkter end de eksisterende korttidsnedtrapninger.

De hidtidige erfaringer med samrådene har vist, at de ikke fungerer hensigtsmæssigt. Beslutningsprocessen i samrådene har været særdeles langvarig, og afgørelserne i samrådene har helt overvejende været afslag, når der skulle tages stilling til, om ansøgerne skulle i langtidsmetadonbehandling.

Endvidere har samrådene hidtil henvist de få ansøgere, der har fået bevilget langtidsmetadonbehandling, til de praktiserende læger, idet der ikke eksisterer egentlige behandlingsprogrammer, hvori indgår langtidsmetadon. Derved har klientelet af gamle misbrugere ikke opnået den fornødne sociale og psykologiske støtte, som der lægges vægt på i kontaktudvalgets metadonrapport fra 1979. Det anbefales derfor, at samrådene afvikles, og at visi-

tation og styring af langtidsmetadonbehandling henvises til de ovenfor omtalte metadonbehandlingsprogrammer.

5. Narkoreformforslagets økonomi

Finansieringen af narkobehandlingsforslaget afholdes stort set inden for den udgiftsramme, der allerede er afsat til behandling af stofmisbrugere (i øvrigt vil frivillige bidrag kunne forventes). I kommunalt og amtsligt regie overføres en del af ressourcerne fra de eksisterende narkoinstitutioner og hospitalsafdelinger til de ambulante metadonklinikker, og inden for kriminalforsorgen frigøres tilsvarende ressourcer fra den frie forsorg til behandling af løsladte kriminelle narkotikamisbrugere. Denne overførsel af midler fra de traditionelle systemer kan naturligt ske ud fra den betragtning, at det eksisterende behandlingssystem allerede har til opgave at varetage behandlingen både af nytilkomne unge misbrugere og de ældre misbrugere.

Talrige erfaringer viser, at gruppen af misbrugere, der har været afhængige i mange år, ikke får relevant eller tilstrækkelig hjælp, men gruppen belaster alligevel behandlingsapparatet med gentagne og ofte resultatløse nedtrapningsforsøg. Denne gruppe bør derfor ikke belaste de eksisterende narkoinstitutioner, men overføres til de ambulante metadonprogrammer. De ressourcer, der herved frigøres, overføres til anvendelse for opbygning af langtidsprogrammer.

Da det almindeligt antages, at de ældre misbrugeres antal minimalt udgør 3.000–4.000 personer ud af det samlede antal stofmisbrugere på 10.000–15.000, vil det være velbegrundet at regne med, at ca. 1/3 af de samlede ressourcer skal afsættes til gruppen af hårde stofmisbrugere.

Ud fra erfaringer i andre lande kan det anslås, at hvert metadonprogram med en kapacitet på ca. 50 klienter vil medføre udgifter på ca. 1 mill. kr. Et lignende beløb vil være nødvendigt til hvert af de 10 behandlingsprogrammer, der skal tage sig af de mest problematiske klienter (programmer med en kapacitet på 25 personer).

Udgifterne til de 30 behandlingsprogrammer med hver 50 misbrugere og 10 behandlingsprogrammer med hver 25 misbrugere skønnes således at andrage i alt ca. 45 mill. kr. Herved opnås kapacitet til behandling af 1.600–1.700 misbrugere, og kapaciteten i de eksisterende korttidsnedtrapningsinstitutioner vil skønsmæssigt kunne nedsættes med 1/3.

De praktiserende læger i kriminalforsorgen vil til stadighed have en del misbrugere i behandling.