

Stof

A photograph of a person wearing a blue protective suit, standing in a room. In the background, a yellow protective suit is hanging on a rack. The image is slightly blurred, suggesting movement or a candid shot. The overall tone is serious and clinical.

NARKOTIKARÅDETS BLAD NR. 11 MAJ 2009

TEMA: METADON



Stof udgives af Narkotikarådet

Abonnement:

Bestilling af abonnement på Stof kan ske på Narkotikarådets hjemmeside: <http://www.Narkotikaraadet.dk> eller gennem Socialministeriets Lovekspedition, Holmens Kanal 22, 1060 København K. Ekspeditionstid 10.30 - 12 og 13 - 15. Telefon 33 92 93 26. Fax 33 93 25 18. E-mail: ktlex@sm.dk. Bladet udkommer tre gange årligt og er gratis.

Redaktion:

Redaktør Preben Brandt (ansvarshavende)
Formand for Narkotikarådet
Fuldmægtige Birgitte Jensen,
Michael Paulsen,
Ulf Abelsen,
Narkotikarådets Sekretariat

Medlemmer af Stofs inspirationsgruppe:

Centerleder Finn Danø, Frederiksberg
Kommunes Rådgivningscenter
Vicekriminalkommissær Klaus Munk Nielsen
Rigspolitichefen, Afd. A, N.E.C
Overlæge Birgit Jessen-Petersen
Skt. Hans Hospital
Projektleder Cliff Kaltoft
Lytte- og Informationscentralen, Fredericia
Forskningsadjunkt Karen Ellen Spannow
Center for Rusmiddelforskning
Misbrugskonsulent Thomas Lund
Frederiksborg Amts Misbrugscenter

Layout: Lucky Seven
Tryk: Glumsø Tryk
Forsidefoto: Michael Daugaard
Oplag: 7.000
ISSN 1397 - 3385

Redaktionen afsluttet 19. april 2000
Deadline for næste nr.: 1. juli 2000
Stof 11 udkommer i sep. 2000

Send disketter i WORD,WORDPERFECT
eller RTF til: Narkotikarådet
Holmens Kanal 22,
1060 København K.
Tel. 33 92 94 00
Fax 33 92 30 20
Internet: nkr@sm.dk

Stof udsendes til en lang række af myndigheder, institutioner og fagfolk m.v. på stofmisbrugsområdet. Såfremt bladet ikke ønskes tilsendt fremover, bedes der givet besked herom til Socialministeriets Lovekspedition.

Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse og efter aftale med forfatteren. Signerede indlæg i bladet er udtryk for forfatterens egne synspunkter, og synspunkterne deles ikke nødvendigvis af redaktionen eller Narkotikarådet.

TEMA: 6

NYT METADONCIRKULÆRE SKAL STYRKE DEN SOCIALFAGLIGE INDSATS

Standarder for god behandling og nuancering af tilbudene skal erstatte kontrol og sanktioner
AF JENS FONNESBECH

TEMA: 9

BRUGERNE OG SYSTEMET - TO VIRKELIGHEDER ?

Stofbrugere i metadonbehandling ønsker at behandlerne respekterer deres stofafhængighed
AF JØRGEN KJÆR

TEMA: 14

METADONMYTER

Metadon er bedre end sit rygte
AF KAREN ELLEN SPANNOW

TEMA: 17

METADONBEHANDLING 2000 - ET ØJEBLIKSBILLEDE

Aktuelle oplysninger om metadonbehandling

TEMA: 19

KONTROL AF MISBRUGERNE ELLER KONTROL AF BEHANDLINGEN ?

Går man efter manden i stedet for bolden ?
AF KNUD CHR. CHRISTENSEN

TEMA: 22

URINKONTROL - MED ELLER UDEN SANDHEDSVÆRDI ?

Anvendelse af urinkontrol: Omfang, regionale variationer, økonomi og pålidelighed
AF CHRITIAN HVIDT

TEMA: 24

I BEHANDLING MED METADON - HVORDAN VIL DET GÅ I FREMTIDEN ?

Både økonomisk og menneskeligt kan det betale sig at udvikle nye, dynamiske og nuancerede tilbud til stofbrugere
AF PREBEN BRANDT

27

VÆRESTEDER FOR STOFafhængige - ET SOCIALT TILBUD

Væresteder er også netværk, skadesreduktionstilbud, opsøgende arbejde og fælles udvikling
AF HENRIK BORGEN-NIELSEN

32

UDVÆLGELSE AF NARKOMANER TIL BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

Visitation må ikke alene baseres på institutionskendskab og intuition
AF NIELS BO PETERSEN

34

ØNSKES: TVÆRGÅENDE ARBEJDE OG MERE FORSKNING

Narkotikarådets forskningskonference
AF LISE BONDESEN

38

DANRIS

Dansk Rehabiliterings- og Informations-System
AF MADS UFFE PEDERSEN

40

HVAD VED VI OM UNGES BRUG AF ECSTASY ?

Sammendrag af forskning om stofbrug blandt unge i Oslo
AF WILLY PEDERSEN

48

NYT FRA NARKOTIKARÅDET

50

DEBAT

56

OPLYSNINGER FRA POLITIET

57

KORT NYT

NARKOTIKARÅDET SÆTTER LYS PÅ KVALITETS- SIKRING AF STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

Der er mange myter om stofmisbrugsbehandlingen. Den virker ikke. Det er spild af penge, etc. Heldigvis viser forskningsresultaterne fra Center for Rusmiddelforskning, at så galt står det slet ikke til. Men forskningen afdækker også mange problemstillinger i den måde hvorpå behandlingen foregår. Det er derfor vigtigt at der til stadighed sættes fokus på, hvordan vi forbedrer og kvalitetssikrer stofmisbrugsbehandlingen.

En god stofmisbrugsbehandling indebærer først og fremmest, at der er bredde og sammenhæng i indsatsen. Stofmisbrugerne har ofte mange andre problemer end misbruget. Helbredsmæssige problemer, både somatiske og psykiske, sociale problemer, boligproblemer, uddannelses- og beskæftigelsesproblemer m.v. Misbrugsbehandlingen skal derfor suppleres med og ses i sammenhæng med den brede indsats. Det indebærer, at mange aktører skal spille sammen. Vigtigheden af en handleplan med en klar rolle- og ansvarsfordeling er derfor indlysende.

Hovedparten af den stoffri behandling, der foregår i dag, finder sted på private døgnbehandlingsinstitutioner. Der er ikke i den gældende lovgivning regler for, at sådanne institutioner skal godkendes som egnede til opgaven. De visiterende myndigheder køber typisk enkeltpladser. Forskellige myndigheder kan have forskellige opfattelser af den samme institution, og der findes ikke en samlet vurdering af kvaliteten af de private stofmisbrugsinstitutioner eller tilsyn med, hvordan de udvikler sig.

Socialministeren har i denne folketingssamling fremsat lovforslag om, at private botilbud til voksne, herunder stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, skal være godkendt som generelt egnede af den stedlige amtskommune.

Vil vi forbedre resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen, er det vigtigt, at vi løbende sikrer, at kvaliteten i tilbudene er i orden.

Og det gælder hele tilbudsviften lige fra den måde stofmisbrugerne oplyses om behandlingsmulighederne på, gennem visitationen til det rigtige tilbud, udformningen af en fornuftig handleplan, indholdet i selve den stoffri behandling - både den ambulante og døgnbehandlingen - til kvalitetssikringen af efterbehandlings- og omsorgstilbudene.

For at kunne vurdere kvaliteten i tilbudene har vi brug for at kende institutionernes behandlingskoncept og deres behandlingsmetoder. Vi må vide noget om personalets kvalifikationer, både de formelle og personlige kompetencer. Vi må have oplysninger om personalenormeringen og -politikken, herunder personalets muligheder for supervision og kompetenceudvikling. Vi må vide noget om institutionernes kvalitetssik-

ringstiltag m.v. Og endelig må vi vide noget om de fysiske rammer, herunder hvilke faciliteter stofmisbrugerne tilbydes. Til sidst er det nødvendigt at sammenligne pris og indhold i de forskellige tilbud.

Og hvem er det så, der kan vurdere kvaliteten i tilbudene?

Det er klart, at brugerne har en mening om tilbudene. Det er lige så klart, at de visiterende myndigheder, der henviser stofmisbrugere til behandling, får erfaring med, hvad der er kvalitet, og hvad der ikke er kvalitet. Og endelig vil administratorer og politikere naturligvis interessere sig for sammenhængen mellem effekt, kvalitet og pris.

Når Narkotikarådet på sit sidste møde har nedsat et permanent kvalitetssikringsudvalg, er det med henblik på at kunne rådgive regering og Folketinget om, hvilke krav der bør stilles til både de offentlige og private stofmisbrugsbehandlingstilbud.

På længere sigt bør både kvalitetssikring og effektmåling imidlertid være en naturlig del af servicedeklarationen i de enkelte tilbud.

Men indtil da venter der det nye kvalitetssikringsudvalg en spændende udfordring.

Narkotikarådets kvalitetssikringsudvalg består af en fast kerne af Narkotikarådets medlemmer og vil derudover løbende blive suppleret med brugere, fagfolk og administratorer efter behov.

Udvalgets første opgave vil være at undersøge den stoffri behandling. Med udgangspunkt i undersøgelsesresultaterne fra Center for Rusmiddelforskning samt erfaringer, der indhentes fra behandlingsområdet, vil udvalget danne sig et overblik over hvilke tiltag, der bør iværksættes for at sikre bedre behandlingsresultater indenfor den stoffri døgnbehandling.

Inger Margrethe Thomsen
socialdirektør
i Nordjyllands Amt



Metadon DAK

mikstur 100 ml

1mg/ml



NÅR MAN SIGER METADONBEHANDLING, SIGER MAN OGSÅ: KONTROL-
PROBLEMER, HVAD ER DEN RIGTIGE DOSERING, INJICERBAR ELLER
ORAL METADON, PROBLEMER I SAMSPILLET MELLEM DEN LÆGELIGE OG
SOCIALFAGLIGE VERDEN, MYTER OM BEHANDLINGEN, KLAGEREGLER,
HVAD ER MÅLET MED BEHANDLINGEN ETC.

Metadonbehandlingen giver løbende anledning til diskussion og er under stadig udvikling både herhjemme og i udlandet. Det selvom behandlingen har været fremme siden midten af tresserne og har været genstand for utallige forskningsprojekter og undersøgelser, der har udmøntet sig i ligeså mange artikler og bøger.

En helt grundlæggende diskussion har drejet sig om, hvad målet er med metadonbehandling. Kritikere har anset megen (længerevarende) metadonbehandling for at være en stofløsning på et stofproblem. En ineffektiv indsats, der fastholder folk i misbrugerrollen og svækker interessen for stoffri behandling. Tilhængere har haft den mere pragmatiske tilgang, at man ved fastholdelse af misbrugeren i længerevarende metadonbehandling opnår løbende kontakt, nedsættelse af sidemisbrug og afhjælper behovet for stof og kontakt til "gaden".

Der foreligger gennem omfattende forskning dokumentation for, at længerevarende metadonbehandling kan reducere omfanget af illegalt misbrug og registreret kriminalitet, at den øger beskæftigelsen, at den nedsætter risikoen for smitte med HIV/AIDS og at den nedsætter dødeligheden.

Metadon i Danmark

Herhjemme har synet på metadonbehandling været gennem en række forskellige faser. Kontaktudvalget mente i rapporten "Metadon i behandlingen af unge" fra 1973, at metadonvedligeholdelsesbehandling i almindelighed ikke var nogen egnet behandlingsmetode over for stofmisbrug, undtagen i særlige tilfælde. Med udgivelsen af rapporten (fra Kontaktudvalget) "Metadon og stofmisbrugere" i 1979 var holdningen blødt noget op. Det hed, at længerevarende metadonbehandling fortsat ikke burde være den almindelige behandlingsform over for stofmisbrugere, men at det blandt hårdt belastede misbrugere ville være værdifuldt at iværksætte behandlingsforløb understøttet af metadon. Siden midten af firserne, og siden publiceringen af Alkohol- og Narkotikarådets "At møde mennesket hvor det er", har længerevarende metadonbehandling været almindeligt accepteret herhjemme og har været brugt som en normal behandling af stofmisbrugere.

Op gennem firserne fortsatte en tradition for, at det var de praktiserende læger, der ordinerede metadon til misbrugerne. Dette til trods for at der allerede i undersøgelsesrapporten: "Metadon og hvad så" af Ege/Winsløw fra 1983 blev anbefalet en vis centralisering bort fra de praktiserende læger for at sikre den nødvendige tværfaglige indsats i behandlingen og etablere det nødvendige kontrolapparat.

Med omlægningen, og den deraf følgende lovændring pr. 1. januar 1996, af al ansvaret for metadonbehandling til amtskommunerne, sigtede man på at opnå et entydigt ansvar for sammenhængen mellem metadonordination og behandlingen af stofmisbrugeren i øvrigt. Omlægningen har dog ikke uden videre løst alle problemer på området og en metadonarbejdsgruppe nedsat under Narkotikarådet har i 1997 i en rapport påpeget hvilke problemer, der fortsat er knyttet til metadonbehandlingen efter omlægningen. Det fremhæves bl.a.: At der er åbenlyse forskelle i amternes metadonbehandlingspolitik, klageadgang og -procedur er uoverskuelig, kontrolelementet med vægt på det sanktionerende har taget overhånd i amter og kommuners fortolkning af reglerne, og behandling af stofmisbrugere skal ses som samlet læge- og socialfaglig indsats, hvor begge dele vægtes mere end det er tilfældet i dag. Stofs redaktion har indhentet aktuelle oplysninger om metadonbe-

handlingen i amterne og København og Frederiksberg Kommune, se oversigtsartiklen "Metadonbehandling 2000".

Aktuelle problemer:

Kontrol og kontrolsanktioner er et varmt emne i debatten om metadonbehandling. Konsekvenserne af den kontrolpolitik der føres, er bl.a. beskrevet i Steffen Jønckes rapport "Brugererfaringer", hvor en række metadonbrugere i Københavns kommune er interviewet. Det fremgår, at flere af de interviewede er meget kritiske overfor den kontrol de udsættes for, mens andre betragter den som en naturlig del af behandlingen.

Det fremsættes ofte som et rimeligt krav for anvendelse af forskellige kontroltiltag, at de skal leve op til et formål om at sikre den bedst mulige behandling. Dette er dog ikke uden problemer, jvf. artiklen fra BrugerForeningen: "Brugerne og systemet, to virkeligheder" og de to artikler om brugen af urinanalyser, Knud Christensens artikel: "Kontrol af misbrugerne eller kontrol af behandlingen?" og Christian Hvidts "Urin-kontrol - med eller uden sandhedsværdi?".

Reglerne om metadonadministration findes i Sundhedsstyrelsens cirkulære af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende midler, der levner vide rammer for den praktiske administration af kontrollen. Narkotikarådets metadonarbejdsgruppe har i ovennævnte rapport bl.a. foreslået, at cirkulæret præciseres og at den lægefaglige del i retningslinjerne bliver sat ind i en social sammenhæng, da det er sammenhængen mellem metadonordinationen og den sociale behandling/opfølgning, der har været det overordnede formål med omlægningen af metadonbehandlingen i 1996. Se artiklen om hvor langt man er nået i arbejdet med et nyt metadoncirkulære: "Nyt metadoncirkulære skal styrke den socialfaglige indsats".

Myter og historier om metadon er med til give et fordrejet billede af metadonens virkning og hvad der kan opnås ved at være i metadonbehandling. I artiklen om metadonmyter giver Karen Ellen Spannow en beskrivelse af den eksisterende metadonfolklore som f.eks. at metadon "æder" knoglerne og at den hensætter de behandlede i en tilstand, som om de befinder sig i en "osteklokke". Hun mener, at det ville være et stort skridt fremad, hvis alle implicerede var i stand til at forholde sig mere sagligt til metadonbehandlingen.

Formand for Narkotikarådet Preben Brandt giver i sit indlæg et bud på fremtidsvisioner for metadonbehandlingen herhjemme.

Red.

Litteratur:

- Alkohol- og Narkotikarådet, *At møde mennesket hvor det er...*, København 1984
- Bertschy, Gilles. *Methadone maintenance treatment: an update*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1995 245: p. 114-124
- Ege, P og Winsløw, J.H. *Metadon og hvad så*, Alkohol og Narkotikarådet, 1983
- Jepsen, Jørgen. *Upubliceret notat om skadesreduktion*, Narkotikarådet 1998
- Jöhncke, Steffen. *Brugererfaringer*, september 1997, Københavns Kommune, Socialdirektoratet.
- Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien, *Metadon i behandlingen af unge stofmisbrugere*, København juni 1973.
- Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspejls, *Metadon og stofmisbrugere*, København juli 1979
- Metrebian, Nicky et al. *Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate dependent drug users: associated health gains and harm reductions*, MJA, vol 168, 15 juni 1998
- NIH Consensus Conference. *Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*, JAMA, vol. 280, nr. 22, December 9, 1998, p. 1936-1943
- Wayne, Jeff; Hall, Wayne; Mattick, Richard P. *Role of maintenance treatment in opioid dependence*, The Lancet, vol. 353, januar 16, 1999, p. 221-226.
- Zanis, David A.; Woody, George E. *One-Year mortality rates following methadone treatment discharge*, Drug and Alcohol Dependence, 52, 1998, p. 257-260

tion af afhængighedsskabende lægemidler har Sundhedsstyrelsen uddybet det nærmere indhold af denne forpligtelse, senest i cirkulære nr. 110 af 28. juni 1993 om lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

I henhold til samme lovs § 5a, stk. 3, afgør Sundhedsstyrelsen, hvad der skal forstås ved afhængighedsskabende stoffer. Under henvisning til den løbende ændring af forholdene på dette område, fx nye medikamenter, oplysninger vedrørende brug/misbrug, kontrol m.m., har Sundhedsstyrelsen bedt de enkelte regioner og regierne for offentlige lægemidler om at uddybe i bilag 1, uddybet gældende for de hensyn til betragtet misbrug er det stillet særlige

petithæmmende midler, som nærmere omtalt i bilag 1, afsnit 4.

Andre lægemidler med misbrugspotentiale, som nærmere omtalt i bilag 1, afsnit 5.

§ 2. Reglerne for lægers ordination af de i § 1 nævnte lægemidler uddybes i bilag 1.

Stk. 2. De særlige forhold, der gør sig gældende ved behandling af stofmisbrugere, uddybes i bilag 1, afsnit 2.

NYT METADONCIRKULÆRE SKAL STYRKE DEN SOCIALFAGLIGE INDSATS

Cirkulæret om ordination af afhængighedsskabende lægemidler skal revideres. Tiden er vokset fra cirkulæret med dets stærke betoning af kontrol og sanktioner. Behovet for standarder for god behandling, nuancering af tilbudene og en tydeliggørelse af klagemulighederne trænger sig på

ÆNDRINGEN af cirkulæret har været varslet i nogen tid. Nu siger Sundhedsstyrelsens tovholder, at arbejdet med revisionen vil gå i gang til sommer. Styrelsen er utålmodig, og når det ikke er sket før, er det udtryk for en samlet prioritering af opgaverne i styrelsen. Om baggrunden for revisionen lyder det, at alle er blevet klogere siden tilblivelsen af det første cirkulære. Dengang tjente cirkulæret til at dæmme op for udbredelsen af de illegale stoffer. Derfor fokuseringen på kontrol-elementet i cirkulæret.

Der er sket en ændring i holdninger til nytten eller rettere mangel på nytten af kontrol og straf i behandlingen. Derfor må man forvente en mere nuanceret holdning til spørgsmålene omkring kontrol og sanktioner i forbindelse med misbrugsbehandlingen. Deri er Sundhedsstyrelsen enig med de læger, behandlere og brugere, som Stof har talt med. Problemet med meget store forskelle i amternes behandlingstilbud vil naturligt indgå i forhandlingerne om et nyt cirkulære, ligesom spørgsmålet om hvad man skal forstå ved god behandling vil blive taget op. Endelig kan man forestille sig, at der både fra behandler – og brugerside vil blive rejst ønske om en stærkere betoning af den socialfaglige indsats som ligeværdig med den lægefaglige behandling. Om det vil blive indføjet i det nye cirkulære er straks mere usikkert.

Stof har spurgt en række behandlere, læger og brugere om deres holdning til ovennævnte spørgsmål. De adspurgte er, udover Sundhedsstyrelsen som tovholder:

PREBEN BRANDT, dr.med., formand for Narkotikarådet og leder af "projekt UDENFOR"

PETER EGE, socialoverlæge i Københavns Kommune

ANDERS FREDERIKSEN, forstander på ambulatoriet "Støren"

JAN JØRGENSEN, leder af Center for Misbrug i Ribe Amt

JØRGEN KJÆR, formand for BrugerForeningen

Stofmisbrugere er forskellige. Der er behov for langt større bredde i behandlingen af stofmisbrugere, og det kræver nytænkning og nuancering af de modeller, som vi bruger, når vi taler om behandling, siger Preben Brandt. For overblikkets skyld skelner Preben Brandt mellem tre modeller for behandling, som retter sig mod forskellige behov hos forskellige typer af misbrugere:

Først har vi de 'bedst' fungerende stofmisbrugere – den gruppe, som kan styre sig selv, og har et værdigt liv, måske med arbejde - hvor systemet 'ikke har noget at komme efter'. Det er naturligt at denne gruppe bliver behandlet hos egen praktiserende læge. De skal ikke fastholdes i et stigmatiserende system, men have hjælp af de sociale myndigheder, hvis de får behov for det, siger Preben Brandt.

Dernæst har vi mellemgruppen, som behandles i ambulatorierne, hvor den medicinske og revaliderende indsats er tæt knyttet sammen. Det er mennesker, som er relativt lette at have med at gøre, og som har gode muligheder for at blive bedre fungerende, så de kan tage vare på sig selv og blive selvhjulpne. Til denne gruppe vil jeg godt kunne bruge et krav om rene urinprøver i visse sammenhænge, så de kan demonstrere, at de har styr på tingene, siger Preben Brandt. Den revaliderende indsats er en vigtig del af ambulatoriernes opgave.

Den problematiske gruppe set fra et

behandlersynspunkt er den tredje gruppe, som behandlingssystemet ifølge Preben Brandt svigter på det groveste: En gruppe som mangler omsorg og støtte, men som ind i mellem har over-skud til at flytte sig. Overfor denne gruppe bør ambulatorierne udvikle særlige indsatser og specifikke behandlingstilbud, som sigter på at mindske de skader, som misbrugeren kan forvolde på sig selv, på andre og på samfundet.

Standarder for god behandling

Sideløbende med udviklingen af specifikke behandlingstilbud bør behandlingen have en vis ensartet standard. Der bør formuleres en række kriterier for, hvori god behandling består. Forskellene har været utålelige og uacceptable, og det er ifølge Preben Brandt uholdbart, hvis det vedbliver at være sådan. I lighed med Sundhedsstyrelsen ser Preben Brandt frem til, at det nye cirkulære vil bidrage til at udjævne de store forskelle, som eksisterer i behandlingstilbudene.

Anders Frederiksen fra "Stæren" mener, vi bør have nogle ensartede kriterier for, hvilken service stofmisbrugere kan forvente – springet fra København til andre amter er meget stort – fra gode til rene discounttilbud. Det kan være i orden med discounttilbud til misbrugere, der i årevis har gået til den praktiserende læge som patienter og ikke har det store behov for socialpædagogisk bistand. Men der findes en gruppe, som er blevet klientgjort og dermed stigmatiseret af systemet.

Jørgen Kjær fra BrugerForeningen har den opfattelse, at klienter i metadonbehandling bør have den sikkerhed, at de under ingen omstændigheder risikerer at miste deres medicin. Det er det samme som at fratage en diabetiker hans medicin – en ydmygende behandling, som hindrer et godt behandlingsforløb. En standard for god behandling må også være, at nogle amter ophører med at angive maximumdoser. I stedet bør stofmisbrugere behandles individuelt. Det er simpelthen nødvendigt, fordi forbrændingen af metadon er forskellig fra person til person, ligesom metadon skal kunne justeres efter den

fysiske aktivitet. Og så må man ifølge Jørgen Kjær gøre op med dogmet om, at stofmisbrugeren altid skal indtage stofferne gennem munden. Det bør være muligt at få mulighed for at indtage f.eks. metadon via injektioner, således som det blev forsøgt på "Stæren". Det vil være at nærme sig de stofafhængiges virkelighed. Det står Peter Ege til gengæld helt af overfor: Det er for tidligt at sige noget entydigt om den mulighed – emnet er undersøgt for lidt, til at man kan komme med en anbefaling. Desuden ligger det udenfor cirkulærets ramme, siger han. Derimod vil det være naturligt at cirkulæret medtager nye stoffer, f.eks. Buprenorfin, som kan bruges i behandlingen.

På baggrund af disse udmeldinger tegner der sig en holdning, som gør op med en straffende og nedværdigende behandling, som kan have sin baggrund i uklare og modsatrettede mål for behandlingen. På den ene side en holdning, der tillader systemet behandling med metadon ud fra visse kriterier, på den anden side en daglig praksis på behandlingsstederne kendetegnet ved dobbelttydighed: 'Du får din metadon, men hvis ikke du makker ret, så...' Man kan spørge sig selv om den mistro, som hermed kommer til udtryk er befordrende for et samarbejde om en fremadrettet behandling og personlig udvikling af stofmisbrugeren.

Social- og lægefaglig dialog

Stofmisbrugeren bør have valgfrihed mellem forskellige behandlingstilbud – det lå i tankegangen om et opgør med 'venstrehåndsklinikkerne', siger Jørgen Kjær fra BrugerForeningen. Som behandlingen på ambulatorierne har udviklet sig, er der imidlertid risiko for at nogle stofmisbrugere igen udsættes for et belastende stofmiljø, som de ellers havde kvittet. På behandlingsinstitutionen bringes gamle stof-temaer igen på banen og risikerer at 'smitte' klienten.

Preben Brandt vil ikke udelukke, at ansvarsplaceringen i amterne har bevirket, at nogle praktiserende læger har fået dårligere muligheder for at følge op på en behandling. Heri støttes han af

Peter Ege. Peter Ege beskriver muligheden for at delegerer behandling til egen læge som meget restriktiv og meget forskellig fra amt til amt, og som et emne, der bør tages op, ikke mindst i forhold til de stabile 'gamle' stofmisbrugere, som i højere grad har brug for en sundhedsfaglig end en socialpædagogisk opfølgning.

Ifølge Preben Brandt skal det sundhedsfaglige personale i ambulatorierne have styrket deres uddannelse. I praksis er det ofte det socialfaglige personale, som afgør den praktiske udformning af metadonbehandlingen. En forudsætning for nye behandlingstilbud er, at det lægelige og sygeplejefaglige personale får tilført ny viden om socialfaglige problemstillinger. Der skal ske en fordeling af personaleressourcerne imellem de forskellige niveauer og i forhold til interesser og personlige kvalifikationer. Det behøver ikke at gøre behandlingen dyrere, forudser Preben Brandt.

Jan Jørgensen fra Misbrugscentret i Ribe Amt er helt enig. Det er nødvendigt med en tæt dialog mellem læger og den socialfaglige behandlingsindsats. Hvis denne dialog mangler bliver behandlerne trukket rundt i manegen af stofmisbrugere. Hvad hjælper det, at en klient er blevet lægefagligt visiteret, når den socialfaglige indsats ikke er på plads, fordi kommunen er uenig i, hvordan indsatsen skal være? Den socialfaglige vurdering af indsatsen har for svag vægtning. Den bør kunne tænkes ind, men Sundhedsstyrelsen tænker gammeldags, siger Jan Jørgensen. Det er nødvendigt, at læger lærer at tænke bredt, ellers kommer de til at stå alene.

Det bør være muligt for behandlerne at udvikle et fælles fagligt ståsted som afløsning på den krig, der har eksisteret imellem den læge- og socialfaglige indfaldsvinkel til behandlingen, siger Anders Frederiksen. Socialpædagoger og rådgivere har traditionelt ingen uddannelse, der retter sig specifikt imod misbrugsbehandling. Der må afsættes ressourcer til en faglig kompetent uddannelse. Og lægerne må lære at behandle stofmisbrugere som mennesker og ikke som farmakologiske tilfæl-

de. De må lære at søge bag etiketten 'stofmisbruger' og tage lægeløftet alvorligt. Det gør de ikke, når de afviser at tage sig af stofmisbrugerens somatiske sygdomme. Det karakteriserer Anders Frederiksen som en katastrofe. Fælles for alle behandlere må være en respektfuld interesse for den andens liv – det må være et professionelt krav.

Preben Brandt og Peter Ege er enige i, at den læge- og socialfaglige tilgang til behandlingen af stofmisbrugere bør kunne skrives sammen. Det vil i øvrigt blive forsøgt i en rapport som Narkotikarådet udsender til sommer, fortæller Preben Brandt. Og Peter Ege uddyber, at et cirkulære med vejledning bør beskrive, hvori en god klinisk praksis består, også i retning af revalidering og aktivering. Vejledningen skal uddybe kvalitetskravene til den lægefaglige behandling, som skal følges af en socialfaglig indsats.

En sammenskrivning af den social- og lægefaglige behandlingsindsats ser Sundhedsstyrelsens tovholder til gengæld ikke de store muligheder for. Cirkulæret skal også fremover være udtryk for faglige retningslinier til lægerne – et bidrag til opstilling af en standard for god lægegerning, som er det man bedømmes efter, hvis der bliver rejst tvivl om behandlingen.

Der er altså fra social- og lægefaglig stærke ønsker om en sammenskrivning og udvikling af en fælles og sammenhængende behandlingsindsats. Når Sundhedsstyrelsen afviser muligheden for at sammenskrive den social- og lægefaglige indsats, kunne det tænkes at være udtryk for en lovlig firkantet tankegang eller ønsket om at dække lægerne ind i klagesager. Styrelsen henviser til, at det er udtryk for, at hertil går styrelsens kompetence – den rækker ikke til at angive retningslinier for god socialfaglig indsats. Den indsats skal ifølge tovholderen beskrives i Socialministeriet.

Man kan så spekulere over, hvordan et samarbejde hen over faggrupper kan etableres, når der ikke i Sundhedsstyrelsen, som har den udfarende kraft, er vilje til at tage hul på sammenskrivningen af kravene til den læge- og socialfaglige behandlingsindsats.

Kontrol – noget for noget!

I 1997 påpegede Narkotikarådet en række problemer, som fortsat rådede i forbindelse med metadonbehandlingen. Problemerne handlede om forskelle i amternes behandlingspolitik, klage-

adgang og -procedure. Kontrollementet med vægten på sanktioner havde taget overhånd påpegede rapporten. Det er senere fulgt op af undersøgelser, der peger på, at faren for straf herunder fratagelse af metadon ikke afholder stofmisbrugerne fra at tage andre stoffer ved siden af. Problematikken om straf og kontrol er stadig relevant.

Jan Jørgensen siger, at spørgsmålet om kontrol og straf giver hundrede svar afhængig af, hvem man spørger og hvilke misbrugere, man taler om. Ribe Amt har valgt en nuanceret holdning. For nogle personer betyder det, at der i nogle tilfælde kan blive tale om at skrive folk ud af metadonbehandlingen med en måneds karantæne efter et antal 'beskidte' prøver. Men Jan Jørgensen indrømmer, at han ofte betragter det som udtryk for afmagt.

Vedrørende vægningen af kontrol og muligheden for at idømme straffe i forbindelse med indtagelse af metadon tror Jan Jørgensen ikke på en stærkere præcision i et nyt cirkulære, alene af den grund, at det er svært at præcisere. I stedet må man som behandler acceptere, at nogle mennesker har behov for lang tid i behandlingssystemet, før de finder ud af at fungere der.

Peter Ege er imod en stramning af kontrolbestemmelserne: I forvejen er det sådan, at hvis cirkulærets bestemmelser følges, kommer man ud i noget, som ikke har relevans for behandlingen, siger han. Men i forhold til muligheden for at fratage misbruger den metadonen vil Peter Ege dog ikke fraskrive systemet muligheden af en administrativ udskrivning fra behandlingen: Det ligger i enhver ydelse, at den kræver en modydelse, og det kan forekomme, at en klient gør sig så umulig, at vedkommende ikke kan forblive i behandling. Det er ikke en menneskeret, at fordi man engang er kommet i behandling, skal man også forblive i den.

Den holdning er Anders Frederiksen lodret imod: Kemisk adfærdsregulering, som nogle behandlingsinstitutioner benytter sig af, er uholdbar, siger Anders Frederiksen. Metadon er den stofafhængiges medicin, og som sådan må den ikke kunne fjernes administrativt med yderligere lidelse til følge. Nogen kontrol kan dog være på sin plads i forbindelse med en stabilisering af misbrugerens situation, men kontrollen bør altid underlægges hensynet til 'hjælp til selvkontrol', dvs. klientens eget ønske om støtte til nedsættelsen af et sidefor-

brug. Der er altså ikke en entydig holdning til straf- og kontrolmulighederne blandt de adspurgte, men på baggrund af udtalelserne kan man forestille sig, at cirkulæret opstiller mere præcise retningslinier for hvordan kontrollen skal udøves – ikke mindst under mere værdige former og som grundlag for en mere ens praksis rundt om i landet.

Klageregler og demokrati

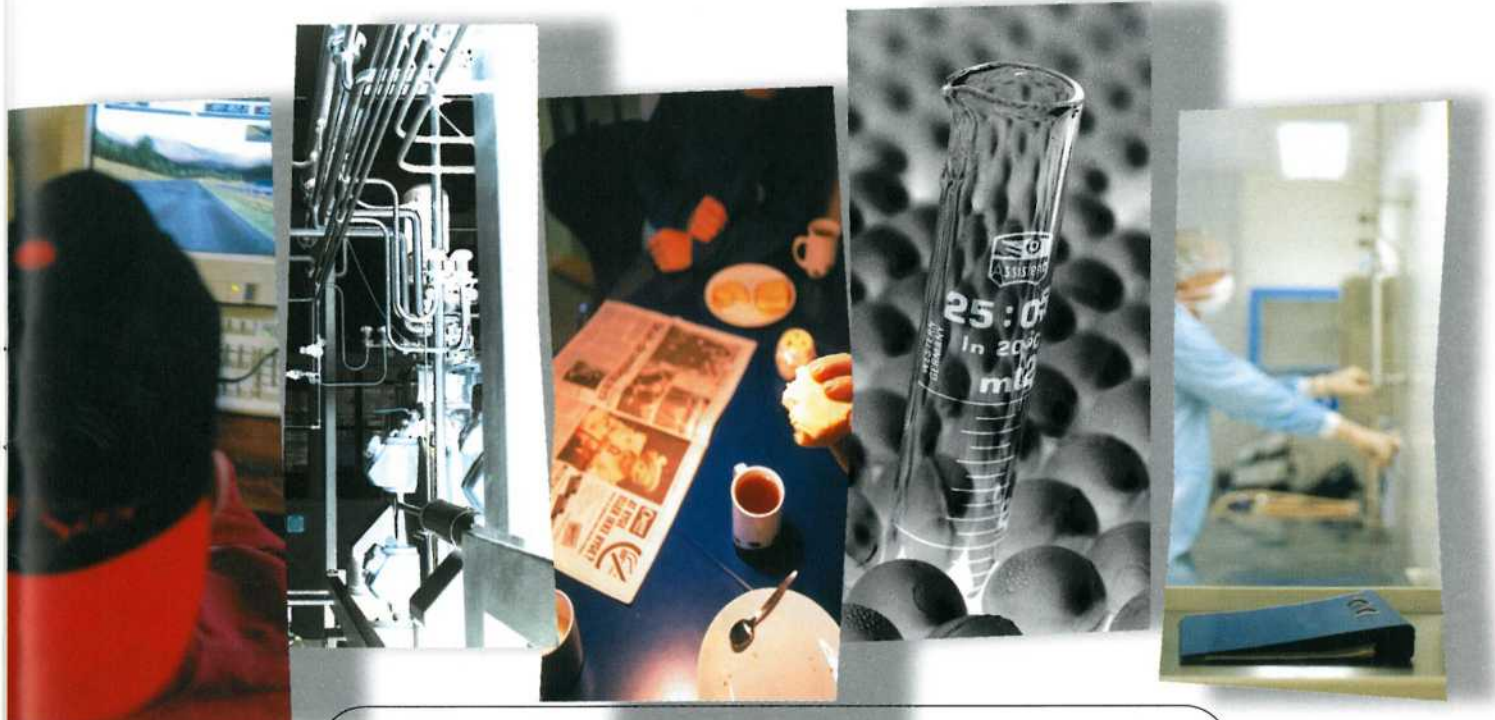
Behandlingssystemet må indrettes, så det kan imødekomme behovet for behandling. I dag er det overbelastet og kører med konstant overbelægning. Det er uanstændigt, siger Anders Frederiksen - og udtryk for, at idéen med, at amterne overtog behandlingen i 1996, ikke er lykkedes.

Klagevejene må gøres klare og entydige, siger både Peter Ege og Preben Brandt: Når en stofmisbruger behandles, bør han eller hun samtidig have en anvisning på eventuelle klageveje – det er et signal om, at også stofmisbruger har almindelige borgerlige rettigheder, siger Preben Brandt.

Jan Jørgensen mener ikke at der er et behov for yderligere at styrke brugerens indflydelse på behandlings- og handleplanerne, fordi disse jo er forudsat udarbejdet sammen med den enkelte klient. Det bør derfor forudsættes, at der ikke arbejdes standardiseret men i stedet nuanceret, hvor kontakten til den enkelte bruger nuanceres.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens udmelding må man forvente, at spørgsmålet om klageregler bliver en af de knaster, som de kommende forhandlinger vil tage fat på.

Under alle omstændigheder er problemet med brugerdemokrati og indflydelse en kilden sag i misbrugsbehandlingen. I det øvrige samfund udvikles brugerindflydelsen og muligheden for indsigt i de ydelser, som er den enkelte ret, med tilhørende muligheder for at klage. I en situation, hvor amterne har monopoliseret misbrugsbehandlingen, må der som mindstemål være mulighed for at gennemskue klagesystemet og få støtte til at formulere sine klager. Ingen andre brugergrupper ville formentlig finde sig i en sådan uigennemskuelighed - et klagesystem, som er splittet op på forskellige klageinstanser i Social- og Sundhedsministeriet. Og hvor systemet står overfor en gruppe, som af naturlige grunde har brug for støtte. Også på det felt er der behov for en revision.



BRUGERNE OG SYSTEMET - TO VIRKELIGHEDER?

Stofbrugere i metadonbehandling ønsker at behandlerne respekterer deres stofafhængighed: Behandlingssystemet er til for os, og dets ultimative succes er, at vi ikke længere har brug for det

BrugerForeningen er en forening af og for aktive stofbrugere, der bl.a. repræsenterer stofbrugernes interesser og synspunkter i forhold til debatten om gældende regler for og vejledninger om det etablerede social- og sundhedsfaglige behandlingssystem, herunder substitutionsbehandlingen.

Sundhedsministeren varslede allerede i april 1999 en revision af metadoncirkulæret. En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen skulle have været nedsat i efteråret 1999. Vi venter stadig ...

I forbindelse med revisionen af metadoncirkulæret vil BrugerForeningen arbejde for at brugernes erfaringer og synspunkter kommer til at indgå og således bidrage til at reguleringen (også) kommer til at tage udgangspunkt i brugernes virkelighed.

Substitutionsbehandlingens virkelighed

BrugerForeningen får dagligt henvendelser fra stofbrugere i metadonbehandling over hele landet, der udtrykker stærk utilfredshed med og dyb magtesløshed over den kontrol- og sanktionspraksis de oplever fra systemets side.

I det følgende gengives enkelte udvalgte eksempler på hvad brugerne fortæller foreningen:

- Et spark bagi fra amtet. Et andet amt havde muligvis givet ham en medalje. 40-årig mand i metadonbehandling i et jysk amt. Han aflægger urinprøve ugentligt gennem tre år. Tre af disse findes positive. Det fremgår af sagsakterne, at han nedtrappes administrativt på grund af massivt sidemisbrug. Han beretter, at han umiddelbart efter igen "ligner en nålepude".

- Det gule kort.

At der ikke måtte medbringes hunde på ambulatoriet, vidste den 42-årige hundeejer ikke. For medbringelse af hund i lommestørrelse idømtes han gult kort. Endnu et gult kort udløser et rødt og "spilleren" beordres "ud af banen" uden medicin den dag.

- Råddent saftevand gjorde ham uarbejdsdygtig.

Lastbilchauffør i metadonbehandling afhentede hver mandag medicin til resten af ugen. Medicinen var tilsat saftevand. I lastbilen var der ikke køleskab. Om torsdagen begyndte der at vise sig ubestemmelige bakteriekulturer i overfladen. Om lørdagen var medicinen nærmest uindtagelig. Han anmodede om i stedet at få metadon i pilleform. "Havde han noget at klage over, kunne han hente sin medicin dagligt i stedet".

- Sporstoffer i metadonmixturen.

43-årig mand undrede sig ofte over, at behandlingsinstitutionen lod ham aflægge urinprøve uden overvågning. Han fandt for nylig ud af, at man, for at kunne tjekke om han i weekenden indtog netop den hjemgivne metadonmixtur, havde tilsat medicinen mavesårsmedicin, som var nemt at spore i urinprøverne. Han havde ikke mavesår!

- Restriktioner gjorde ham skæv, arbejds- og søvnløs.

47-årig mand havde i en årrække afhentet metadon ugentligt på apotek og indtaget sin medicin over 3-4 gange i løbet af dagen/aftenen. Han var glad for sit job som vagtmand. Apotekspersonalet fandt ham dog "besværlig". Han blev derfor overflyttet til centerbehandling, hvor han skulle indtage den fulde dosis overvåget om formiddagen. Det gjorde ham slap og uoplagt i dagtimerne og abstinent og søvnløs i nattetimerne. Han mistede sit job!

- Ingen hjælp ved fejlfix.

Mand i metadonbehandling fik lavet et fejlfix. Arm og hånd hævede voldsomt op. Han henvendte sig på et værested beliggende lige under byens metadonklinik. Trods stærke smerter, turde han, af frygt for at miste sin metadon, ikke opsøge lægen ovenpå. Ej heller skadestuen. For det er en lille by. Alle kender alle.

- Historien om et forudsigeligt dødsfald, (Politiken, 4.4.99).

23-årig mand i metadonbehandling kommer på en daghøjskole op at toppes med en anden elev og nedtrappes administrativt som straf. Umiddelbart efter bliver han fundet på toiletet på Nørreport Station, død af en overdosis. Der klages over kommunens afgørelse om administrativ nedtrapning. Sundhedsministeriet finder ikke grund til at kritisere kommunens afgørelse.

Eksemplerne her - der kunne suppleres med mange flere - viser bl.a., at det er brugerne, der skal indordne sig under systemet, ikke omvendt og at reguleringen fortolkes ekstremt restriktivt.

Lex narcomani

To regelsæt regulerer behandlingsindsatsen for stofafhængige: Socialministeriets lovgivning regulerer den sociale behandlingsindsats, mens Sundhedsministeriets lovgivning regulerer den medicinske behandling. Af disse regelsæt fremgår det at den socialfaglige indsats og den medicinske behandling skal fremstå som en helhed i forhold til den stofafhængige og således for den enkelte have samme målsætninger. Smukke ord og tanker. Men allerede selve regelgrundlaget for indsatsen for stofafhængige er i hamrende disharmoni med sig selv.

Særligt reformerne af sociallovgivningen i de seneste år har, også i forhold til stofafhængige, betydet øget konkret og generel brugerinddragelse, krav om udarbejdelse af handleplaner, øget vægtning af brugerens egne ønsker ved valg af behandlingsform og -sted samt mere præcis inkorporering af skadesreduktionsmålsætningen som fortolkningsgrundlag for eksempelvis servicelovens § 85 om den amtskommunale behandling af stofafhængige.

Hvor sociallovgivningen således har intentioner om at bevæge sig i en mere brugervenlig og imødekommende retning, synes det samme ikke at have været tilfældet for sundhedslovgivningen. Dette finder vi stærkt kritisabelt; vore rettigheder og pligter og ve og vel afhænger jo af et harmonisk samspil mellem social- og sundhedslovgivningen. Der findes ingen lov om den samlede indsats for stofafhængige - og der er da heller ikke i Danmark tradition for opbygning af regelkomplekser for enkelte målgrupper. Så meget desto mere er der imidlertid behov for at der rejses kritik i de tilfælde, hvor lovgivningen udvikler sig uensartet, er i disharmoni eller

direkte selvmodsigende.

Og der er vel ingen i dag - hverken teoretikere, praktikere eller brugerne selv - der med hånden på hjertet vil påstå, at den nuværende spredte lovgivning om indsatsen for stofafhængige forfølger et og samme formål i forhold til den enkelte - selvom lovgivningen stiller krav herom. Brugerindflydelse er eksempelvis et krav i forbindelse med tilrettelæggelse af et socialfagligt behandlingsforløb for en stofafhængig, mens den sideløbende og supplerende substitutionsbehandling - som de refererede eksempler viser - kan ske hen over hovedet på den stofafhængige og i modstrid med dennes reelle og legitime behov for f.eks. at kunne passe et arbejde.

BrugerForeningen vil i det følgende supplere den standende debat mellem teoretikere og praktikere vedrørende den gældende metadonlovgivning, og foreslå ændringer af den nuværende regulering og praksis, dels på baggrund af de mange henvendelser BrugerForeningen modtager fra metadonbehandlede, der føler sig tilsidesatte, uretfærdigt eller endda ydmygende behandlet, og dels på baggrund af de nyudviklinger om større brugerinddragelse m.v., der er sket i sociallovgivningen i forhold til den stillestående metadonlovgivning.

Skal en reform af metadonlovgivningen have en chance i den virkelige verden, må den virkelige verden - brugerne selv - inddrages i hele processen!

Retligt bindende regulering

Regulering af substitutionsbehandling bør ikke finde sted i en ikke-retligt bindende vejledning til et cirkulære. Følgen af den eksisterende regulering er som bekendt, at der har udviklet sig en væsensforskellig praksis i amterne.

En retligt bindende regulering med inkorporering af minimumsrettigheder, vil sikre det fundamentale princip i dansk ret om at "det lige skal behandles lige" og derved styrke den enkeltes retssikkerhed.

Administrativ afgiftning

Endnu har ingen administrativ nedtrapning stofafhængig haft overskud til at anlægge sag ved domstolene, men man må stille sig tvivlende overfor, hvorvidt en domstol vil acceptere anvendelse af en ikke-retligt bindende vejledning som hjemmel for et så massivt indgreb som en administrativ afgiftning udgør. Lige-



som det stærkt må betvivles om domstolene vil bifalde en ordning, hvor undersøger og dommer er en og samme person; en ordning der således har visse lighedstræk med inkvisition.

Det er aktuelt især vold eller trusler om vold der fører til afgørelse om administrativ afgiftning. Vi mener naturligvis ikke, at man skal have lov til at være voldelig eller fremsætte trusler. Det skal ingen have lov til og for at markere dette, har man siden tidernes morgen haft straffelove der sanktionerer sådan adfærd. Straf er i den juridiske profession defineret som en *bevidst påførelse af lidelse* og man skal derfor være yderst tilbageholdende med at straffe. Metadon er vores medicin og vi finder det dybt betænkeligt, at en minoritetsgruppe - brugere af metadon - således får, eller risikerer at få, en ekstra straf, der ikke overgår den øvrige befolkning for den samme overtrædelse. Den gruppe vi repræsenterer har i øvrigt i rigelighed oplevet lidelse. Behandlingssystemet bør ikke tilføre gruppen yderligere lidelse, men derimod om muligt helbrede eller i det mindste til enhver tid lindre.

Vi ved, jvf. også vejledningen til metadoncirkulæret, at administrativt ophør af metadonbehandling så godt som altid medfører recidiv til illegalt stofbrug og adskillige undersøgelser viser, at dødeligheden blandt stofafhængige stiger markant efter bortvisning fra metadonbehandling.

Et tilbud der ikke er værd at miste

Metadonordination bør således være en minimumsrettighed. Så længe der er indikation for metadonordination, bør man under ingen omstændigheder kunne miste sin medicin. *Med indikation for metadonordination* menes, at klienten har en bedre tilværelse med metadon end uden. Der må her ikke anlægges en snæver vurdering; det må f.eks. antages at være tilstrækkeligt, at sideforbruget er mindre *med* metadon end uden. Den enkelte bruger må ubetinget være den bedste til at vurdere dette.

Der kan eventuelt i stedet sondres mellem *retten til at få metadon og måden hvorpå metadonen udleveres*. Fratagelse af metadon indebærer påførelse af (yderligere) psykisk og fysisk lidelse, mens omlægning af udleveringen alene er en foranstaltning der markerer uønsket adfærd. Her sætter alene kreativiteten grænser. Udlevering kunne f.eks. ske ved hjembringelse til bopæl, afhentning på apotek eller i

yderste konsekvens på den lokale politistation. Det er naturligvis forinden den enkelte behandlingsinstitutions ansvar og opgave, at have sørget for at det tilbud der mistes ved udleveringsomlægning af brugeren opfattes som et gode der falder bort. Med andre ord skal behandlingsinstitutionens samlede tilbud være *værd ikke at miste*. Det må i øvrigt formodes, at det gode samlede behandlingstilbud, der ikke er værd at miste, i sig selv vil forebygge eller forhindre uønsket adfærd.

I enkelte amter kræves der aflæggelse af urinprøver som betingelse for metadonordination. At dette opleves både ydmygende og nedværdigende kan vel kun være overraskende for de få. Dertil kommer, at man risikerer administrativ afgiftning ved konstateret sideforbrug. Med andre ord; man "tillader" sig at udvise et symptom på det man er i behandling for og sanktioneres gennem fratagelse af medicin. Hvilken læge ville fratage diabetikeren hans insulin, som straf for dagligt indtag af flødeskumskager? Tværtimod ville han øge insulin-dosis ... Ligeledes mener vi, at sideforbrug af heroin i hvert fald som udgangspunkt bør opfattes som udtryk for underdosering af metadon.

Frit valg af behandlingssted

Da stofafhængige er lige så forskellige som andre mennesker, og da behandlingssystemet er til for dem - og ikke omvendt - er der brug for tilbud om individuelle og differentierede behandlingsformer.

Den optimale matchning mellem bruger og behandlingsform/behandlingsinstitution forudsætter som udgangspunkt, at brugeren *frit kan vælge* behandlingssted. Mekanikken i at folke-registeradressen bestemmer behandlingssted - og dermed også behandlingsform - er fjendsk og *brugeruvenlig* i enhver henseende. Stofafhængige, der nok må siges at tilhøre et ganske bevægeligt folkefærd, er henvist til ofte at skulle indrette sig efter og vænne sig til en ny behandler, behandlingsfilosofi og institution. Frit valg af behandlingssted må formodes at virke fremmende i forhold til individualiserede og differentierede behandlingstilbud.

Frit valg af behandlingssted fordrer en sund konkurrence institutionerne imellem. Institutionernes eksistensgrundlag afhænger af en tilstrækkelig stor søgning og de vil formentlig være mere tilbøjelige til at tilpasse sig bruger-

nes ønsker og behov i behandlingsmæssig henseende. Der kan konkurreres på mange parametre, herunder graden af integration mellem den socialfaglige og medicinske behandlingsindsats, tværsektorielt samarbejde med andre myndigheder, brugerindflydelse ved f.eks. udarbejdelse af handleplan mv.


Maxdosis og flexdosis

Det er almindeligt kendt, at opioider virker meget forskelligt på forskellige mennesker. Det giver derfor ingen mening at operere med maximumdoser, der tilmed varierer ekstremt fra amt til amt. Dertil kommer, at effekten også kan variere for den enkelte afhængig af f.eks. hårdt fysisk arbejde eller sundhedstilstanden mere generelt. Artiklen "Patienter bedre end læger til at styre medicinering" (Berlingske Tidende 7. februar 2000) findes i den forbindelse særdeles interessant. Ifølge artiklen viser en undersøgelse, at patienter i behandling med blodfortyndende medicin, opnår markant bedre resultater, hvis de selv får lov til at styre medicineringen, end når lægerne styrer den. Nogle dage kan vi have brug for mere eller mindre metadon end andre dage. Desuden ville mange af os ønske, at vi ikke skulle indtage den fulde dagsdosis fra morgenstunden, men i stedet kunne fordele den over dagen/aftenen.

Præparat og indtagelsesmåde

Når et præparats plads på hylden for substitutionsmedicin vurderes lægeligt, tales der ofte om følgende kriterier: "*Langsomt indsættende og aftagende virkning*", "*stabil plasmakoncentration*" og "*billigt og nemt at administrere*". Kriterierne er mildt sagt ikke særligt brugervenlige eller -orienterede. Sandheden er, at mange af os ikke ønsker "stabil plasmakoncentration". Udsvingene er således en del af stofbrugen og afhængigheden. Med metadonordination søges stabilitet gennemtvunget. Undersøgelser tyder på, at omkring 80 pct. af os har et sideforbrug. En del af forklaringen herpå skal måske findes netop i den påtvungne stabilitet.

For at sundhedslovgivningen kan komme på omgangshøjde med sociallovgivningen, skal en skadesreduktionsmålsætning inkorporeres. Vi er klar over, at indtagelse med "nål og tråd" ikke er uden risiko, men for nogle af os er sådan indtagelse uløseligt forbundet med afhængigheden (uanset hvor "*tåbeligt*" dette faktum måtte forekom-



Vi ønsker behandlere, der foretrækker at tale med os selv, fremfor med vore urinprøver, behandlere der ikke leger fodboldspillere og slynger om sig med gule og røde kort, behandlere der medvirker til og arbejder for, at vi kan bevare arbejdsmarkedstilknøytning, lemmer og liv.

me lægestanden og behandlere, så er det den virkelighed brugeren befinder sig i ...). Dertil kommer at risikoen alt andet lige må anses større med systemets opfordring til tavshed og/eller forholdet sig i bevidst uvidenhed om at metadonmixtur, ofte endda tilsat saftvand trods lægemiddelstyrelsens advarsel herimod, i ganske mange tilfælde indtages intravenøst. I øvrigt har man fundet en forsvarlig måde hvorpå diabetikere kan indtage insulin med nål. Hvorfor skulle samme model ikke kunne indføres for den gruppe stofbrugere, hvor stofafhængigheden er kombineret med afhængighed af nåle?

Klageadgang og -vejledning

På ét punkt er social- og sundhedslovgivningen lige mangelfuld på grund af sin uigennemskuelighed: Retten til at klage over en afgørelse vedrørende medicinsk behandling eller et afslag på et socialt behandlingstilbud findes - men hvor, hvordan og til hvem?

Ud fra retssikkerhedsmæssige hensyn bør klagesystemer være indrettede således at de tager hensyn til klageberettigedes situation, tilstand og forudsætninger. Stofafhængige, der får afslag på metadonbehandling eller et socialfagligt behandlingstilbud kan ikke forudsættes at være stærke nok til at gå i krig med et i forvejen kringlet - og på dette område tilmed to-strengt - klagesystem. Stofafhængige er derfor næsten altid afhængige af at andre fører deres sag og klager på deres vegne - hvilket i sig selv kan ses som udtryk for en kynisme, når stofbrugere ofte er kendetegnet ved hel eller delvis social isolation.

Det optimale ville være at alle afgørelser vedrørende såvel metadon- som socialfaglig behandling kunne påklages til en og samme instans og at

de formelle regler for klagen var enslydende. Dette ville imidlertid forudsætte omlægning af de nuværende klageorganer eller oprettelse af specielle klageorganer fælles for forskellige lovområder - hvilket bør være et mål på sigt, men desværre næppe er realistisk indenfor en overskuelig tidshorizont.

Som minimum kunne man derfor fra centraladministrationens side udarbejde en fælles, tilgængelig og letforståelig beskrivelse af hvad en stofafhængig kan klage over, til hvem og hvordan.

Netop hensynet til at en stofbruger med et behandlingsafslag i tasken ikke kan forudsættes psykisk eller fysisk stærk nok til selv at indlede en ofte længerevarende klagesag - og heller ikke som udgangspunkt kan forudsættes at have andre til at gøre det for sig - burde man overveje at gå det skridt videre at udvide forvaltningens krav til klagevejledning, forenkle proceduren eller direkte forpligte forvaltningen til selv at indlede en klagesag / indberette klagesagen til klageinstansen ved den stofafhængiges uformbundne tilkendegivelse herom eller når der foreligger en bebyrdende forvaltningsakt, som f.eks. en afgørelse om administrativ afgiftning.

Igen - både i sociallovgivningen og i sundhedslovgivningen burde klagesystemet og klagemulighederne være realistiske og gennemførlige - dvs. tage afsæt i den naturlige klagers umiddelbare egenressourcer, personlige/sundhedsmæssige styrke og livssituation til overhovedet at vurdere hvorfor og hvordan et nej fra forvaltningen kan blive til et ja andetsteds.

Hvem er til for hvem?

Vi ønsker at blive betragtet som voksne mennesker, der selv kan vælge, tilrette-

lægge og tage ansvar for eget liv. Velvidende at vi repræsenterer en minoritetsgruppe med ønsker og behov som de færreste måske forstår, kan vi vel næppe kræve, at behandlerne ligefrem forstår vores stofafhængighed, men dog at de respekterer den.

Vi ønsker behandlere, der foretrækker at tale med os selv, fremfor med vore urinprøver, behandlere der ikke leger fodboldspillere og slynger om sig med gule og røde kort, behandlere der medvirker til og arbejder for, at vi kan bevare arbejdsmarkedstilknøytning, lemmer og liv.

Skal vi reelt have mulighed for at tage ansvar for os selv, har vi brug for et sammenhængende system og behandlingstilbud, der evner at møde os individuelt og ikke mindst præcist dér hvor vi er og med de forudsætninger og egenressourcer vi hver især har.

Vi er ikke til for behandlingssystemet eller for at opretholde det.

Behandlingssystemet er til for os og dets ultimative succes er, at vi ikke længere har brug for det.

Jørgen Kjær

formand for BrugerForeningen
- for aktive stofbrugere



METADONMYTER:**METADON ER BEDRE END SIT RYGTE**

De mange myter og vandrehistorier om metadon gør det svært for de kronisk stofafhængige at være åbne om deres behandling uden at risikere omgivelsernes misbilligelse



I de sidste 30 år hvor metadonbehandling er blevet anvendt i Danmark, er den blevet diskuteret i det uendelige. Næppe noget andet præparat - måske med undtagelse af p-piller og Viagra - har i nyere tid afstedkommet så voldsomme reaktioner for og imod. Blandt mange af de etablerede professionelle indenfor rusmiddelområdet har metadon dog med tiden sneget sig ind i det næsten pæne selskab på apotekets hylder, og den historiske bevidste kan i sit stille sind notere sig, at en lang række tidligere markante modstandere i dag er lige så markante tilhængere, og lade tankerne gå tilbage til Jens Otto Krags pragmatiske erkendelse af, at man har et standpunkt til man tager et nyt.

Problemet er imidlertid, at diskussionen har slidt på metadons omdømme, og har været medvirkende til, at medika-

mentet i dag er omgærdet med et hav af fordomme og fejlagtige forestillinger om virkning og bivirkninger. Både blandt mange af dem, der får ordineret metadon og af stofmisbrugere uden for behandling betvivles det, om man overhovedet kan kategorisere den daglige indtagelse af metadon som behandling. Blandt mange tilhængere af stoffri behandling som den eneste rigtige løsning på afhængighedsproblemer, opfattes metadon som helt på linie med de illegale stoffer, og i NA-kredse har personer i metadonbehandling ingen taleret ved møderne.

Endestationsmedicin

Uenigheden om, hvorvidt metadon er en hensigtsmæssig behandling, har medført, at det offentlige behandlingssystem i mange år kun ordinerede meta-

don til mennesker med et relativt langvarigt stofmisbrug bag sig, og i tilfælde hvor de i øvrigt mere eller mindre havde opgivet at gøre noget - som regel underforstået stoffri behandling - for de pågældende. Det indebærer, at mange af dem, der tidligere fik metadon, led under forskellige følgevirkninger fra en risikofyldt og helbredsnedbrydende livsform og derfor frembød en skov af symptomer, som alt for ofte blev tilskrevet metadonbehandlingen. I øvrigt er tendensen til at forbeholde metadonbehandling for det, der så malende kaldes "tunge" misbrugere, stadig fremherskende, mest fordi det langt ind i behandlernes egne rækker antages, at metadon er langt vanskeligere at blive trappet ud af end heroin. Mens det på grund af metadons længere halveringstid tager nogle dage ekstra at udskille

rester af stoffet, så er der imidlertid intet, der tyder på, at muligheden for at gennemføre en stoffri behandling forringes af, at man i en periode får metadonbehandling (Gezondheidsraat 1995, Mads Uffe Pedersen 1999).

Metadon har også fået sin karakter af endestationsmedicin bygget op i det aktive gademiljø, hvor heroin symboliserer høj status, mens metadon har karakter af, at man opgiver at klare sig selv og kaster sig i armene på systemet. Dertil kommer, at illegalt heroin oftest indtages uregelmæssigt. Det er de færreste aktive stofmisbrugere, der får heroin helt så ofte, som de kunne tænke sig, og derfor mærkes heroins bivirkninger, der til forveksling ligner dem, man kan få af metadon, langt mindre. Uregelmæssig indtagelse af små doser heroin giver mindre virkning, og dermed også færre bivirkninger.

Hvis der endelig registreres tydelige bivirkninger efter indtagelsen af heroin, så forklares det tit med, at der er blevet tilsat et eller andet for at drøje heroinen, mens heroinen selv går fri.

Myter og facts

I en større amerikansk undersøgelse (n=631) af hvilke bivirkninger metadonbehandlede mente skyldtes metadon, nævnte informanterne i alt 75 forskellige bivirkninger (Douglas et al 1984).

Elleve af disse bivirkninger blev nævnt af mindst fem pct. af informanterne. Det drejede sig for en stor del om relativt diffuse og i mange tilfælde udprægede psykosomatiske symptomer, som undersøgelsesdeltagerne mente skyldtes metadonbehandlingen. Undtagelsen fra dette er forstoppelse, som blev nævnt af mere end halvdelen og er en reelt velkendt bivirkning ved regelmæssig indtagelse af opioider. Opium har en gloriøs fortid som et hurtigt virkende middel mod diarré, så det kan ikke diskuteres, at metadonbehandlede har gode grunde til at antage, at det er på grund af behandlingen, de har forstoppelse. Imidlertid opfattes det ikke af de udspurgte som noget større problem, fordi fiberrig kost og almindelige afføringsmidler købt i håndkøb hjælper.

De øvrige af de symptomer, som blev

nævnt af mere end fem procent af informanterne, er sværere at udrede. Det drejede sig om muskel- og knoglesmerter, seksuelle dysfunktioner, svedtendens, vægtøgning, vægttab, psykologiske vanskeligheder, nervøsitet, træthed, søvnløshed og maveproblemer, som ikke ud fra nogen farmakologisk logik kan tilskrives metadonbehandling, og som sagtens kan have alle mulige andre årsager. Formodentlig er muskel- og knoglesmerter udtryk for abstinenser og dermed for, at doseringen af metadon er i underkanten. Seksuelle dysfunktioner nævnes især af den lidt ældre del af informanterne og kan sagtens falde ind under ganske almindelige problemer med seksualiteten som opleves med stigende alder. Svedtendens er også et symptom, som især nævnes af ældre metadonbehandlede og lidt flere kvinder end mænd nævner det. Der er altså blandt andet en mulighed for sammenblanding med de hedeture, som optræder i klimakteriet. Vægtøgning og vægttab nævnes lige hyppigt som problem og det er usandsynligt, at metadon har ansvaret for begge dele. Noget andet er at mange, der starter i metadonbehandling, er undervægtige, og så oplever de, at den lidt roligere og mere regelmæssige tilværelse betyder, at de får noget sul på kroppen. Psykologiske vanskeligheder, nervøsitet, træthed, søvnløshed og maveproblemer er alle særdeles generelle symptomer på næsten hvad som helst og må forklares ud fra den enkeltes øvrige psykiske og helbredsmæssige tilstand.

'Osteklokke' eller ej

Blandt danske stofmisbrugere er der især to symptomer, som ofte hævdes at hidrøre fra metadonbehandling. Knoglesmerter og dårlige tænder. Sammenkædningen af symptomerne med metadonbehandling hidrører fra en (vildfarende) forestilling om, at metadon "æder" knoglerne. Når der er tale om knoglesmerter er det mere sandsynligt, at det enten er fordi metadondoseringen er i underkanten (abstinenssmerter), eller at noget helt tredje er galt. Med hensyn til den dårlige tandstatus, som plager en del stofmisbrugere, er den mest sand-

synlige forklaring års forsømmelse af almindelige tandpleje og tandlægesøg sammen med utilstrækkelig ernæring. Derudover florerer mange forestillinger om, at metadon gør de behandlede følelsesflade, og ofte omtales deres tilstand som om, de befinder sig i en "osteklokke". På det seneste, hvor Subutex/Buprenorfin er introduceret i stofmisbrugsbehandlingen i Danmark, har denne forestilling fået en tand til, fordi Subutex fremstilles som et stof, der holder en klarhjernet og fri af det illegale marked, i modsætning til metadon. I Frankrig, hvor mere end 60.000 behandles med Subutex, ser forholdene imidlertid lidt anderledes ud, her forhandles Subutex også på det illegale marked og dets salgsværdi ligger ikke i, at det gør folk klarhjernede - tværtimod.

I betragtning af den høje frekvens af kronicitet, som gør sig gældende for stofafhængige, er substitutionsbehandling et helt uundværligt tilbud. Det er derfor uheldigt, at et velgennemprøvet præparat som metadon, der er billigt og effektivt, har fået et så dårligt rygte. For det er nemlig ikke ligegyldigt, hvilket omdømme et præparat har, og det kan få ganske svære konsekvenser for den registrerede virkningsmåde, at der er udbredte forestillinger om en lang række bivirkninger, og det kan også medføre, at de behandlede på egen hånd manipulerer med dosis eller indtager andre stoffer for at modvirke de bivirkninger, som de mener metadon har. Sagen stiller sig ikke bedre, fordi også en stor del af omverdenen mener, at metadon er noget giftigt stads, og derfor uden at undersøge sagen nærmere antager, at folk, der er i en sådan behandling, ikke kan fungere i et job eller som almindelige familiemedlemmer.

Compliance og placebo

I medicinsk behandling opererer man med begrebet compliance, som refererer til, i hvilken grad patienter indtager den ordinerede medicin efter den aftalte behandlingsplan. Der er næppe tvivl om, at der på den ene side er tale om en meget høj compliance for metadons vedkommende, idet det sjældent fore-

kommer, at medicinen bliver glemt, men på den anden side er der også tale om liden efterrettelighed, idet der ofte indtages andre ikke ordinerede stoffer, som skal supplere eller moderere metadons antagede (bi)virksomheder. Der er i fortsættelse af dette en sand underskov af anekdotiske husråd til folk i metadonbehandling.

Nu er det ikke sådan, at metadonbehandlede er de eneste, der eksperimenterer med indtag af medicin ved at ændre på dosis og sideløbende tage forskellige andre præparater for at søge en optimal effekt. I al almindelighed er der omkring 50 pct. af de patienter, der får ordineret medicin, som ikke tager det efter forskriften (Donovan & Blake 1992). I hvilken grad man manipulerer med eller undlader indtagelse af ordineret medicin er naturligvis også meget afhængig af, hvilken opfattelse man har af den ordinerede medicins (bi)virksomheder. Og dermed er vi inde på et andet medicinsk begreb, der har stor relevans for metadonbehandling: Placebo.

Med placeboeffekten menes de virkninger af en medicinsk behandling, som ikke kan forklares direkte farmakologisk, som når f.eks. en kalktablet uden aktive stoffer hjælper mod søsøge eller hovedpine. Placebomekanismen er ikke kun noget der foregår mellem ørerne, men har også et strukturelt og molekylært grundlag, som måske bedst kan forklares ved, at kroppen har en evne til at efterligne et givet præparats aktive stofvirkning (Andersen 1998). Ikke desto mindre er der bedre chancer for en stor placeboeffekt, hvis et medicinsk præparat gives med en professionel og overbevist forsikring om, at det så at sige altid virker. Der skal altså ikke smøres tykt på, men behandlingen skal præsenteres sagligt på basis af de erfaringer, man har med behandlingen.

Metadon i positivt lys

Det burde i virkeligheden ikke volde vanskeligheder at fremstille metadonbehandling i et positivt lys, for der er lavet talrige undersøgelser, der bekræfter stoffets positive virkninger for noget så essentielt som målgruppens dødelighed. Også en dansk undersøgelse (Segest & Mygind 1990) kan inddrages som dokumentation for, at dødeligheden falder markant for stofmisbrugere, der kommer i metadonbehandling i forhold til den gruppe, der ikke kommer i be-

handling. Undersøgelsen viste, at de stofmisbrugere, der under langvarig metadonbehandling var blevet socialt stabiliserede, havde den laveste dødelighed af hele populationen af stofafhængige nemlig 0.5 pct., mens de socialt ustabile i metadonbehandling havde en årlig dødelighed på 3,3 pct.. Derimod havde gruppen, der af forskellige grunde var gledet ud af eller bortvist fra metadonbehandling, en årlig dødelighed på 7,6 pct..

Selv om det er almindeligt anerkendt, at metadonbehandling optimeres når der samtidig gives støttende social og psykologisk behandling, så er der også mange undersøgelser, der viser positive effekter af medicintildeling alene (Yankowitz et al 1991). Alligevel overvintrer en lunken og forbeholden holdning til metadon både i mange dele af behandlingssystemet og blandt den målgruppe, som i virkeligheden ville profitere af behandlingen. Det indebærer også, at de stofafhængige, som egentlig er ret tilfredse med deres metadonbehandling, ofte må forsvare sig imod angreb fra andre, der er overbevist om, at et liv med metadon indebærer alvorlige livskvalitetsforringelser. Det er tankevækkende, at de efterhånden mange, der får metadon for kroniske smerter, ikke har de samme vanskeligheder og overvejelser som stofmisbrugerne, og man kan håbe på, at det forhold at metadon vinder mere og mere frem i behandlingen på smerteklinikkerne, bl.a. Rigshospitalets smertecenter, kan være med til at give stoffet et bedre omdømme (Jørgen Eriksen 2000).

Det ville være et stort skridt fremad, hvis alle implicerede var i stand til at forholde sig mere sagligt til metadonbehandling. De mange myter og vandrehistorier om metadon forplumrer mulighederne for, at de kronisk stofafhængige kan være åbne omkring deres behandling uden at risikere omgivelsernes misbilligelse. Mange metadonbehandlede foretrækker derfor en diskret dispensering af metadon og lægger vægt på at undgå at møde andre i samme situation for ikke at blive omfattet af negative stereotyper. Det forringer muligheden for, at gruppen kan yde støtte til hinanden og vedligeholder den lidt hemmelighedsfulde atmosfære, som giver de bedste betingelser for at nye myter opstår og gamle trives.

Litteratur

Andersen, Morten *Udnyt overfladen bag placebo*. Ugeskrift for Læger 160/4, 1998, s. 466-68.

Donovan, Jenny L. & Blake, David R., *Patient Non-Compliance: Deviance or Reasoned Decision-Making?* Social Science Medicine vol. 34, no. 5, 1992, pp. 507-513.

Eriksen, Jørgen, overlæge på Rigshospitalets smertecenter. Oplæg på konferencen 'Fit for Fight' d. 9.3.2000 arrangeret af Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen i Københavns Kommune og beskæftigelsesprojekterne FRAM og Spirillen.

Gezondheidsraat, *The Prescription of Heroin to Heroin Addicts*, Holland, 1995.

Goldsmith, Douglas S., Hunt, Dana E., Lipton, Douglas S., Strug, David L., *Methadon Folklore: Beliefs about Side Effects and Their Impact on Treatment*, Human Organization vol.43, no.4, 1984.

Pedersen, Mads Uffe, *Stofmisbrugere efter døgnbehandling*, delrapport 5, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 1999.

Seget, Erling & Mygind, Ole, *The Influence of Prolonged Stable Methadone Maintenance Treatment on Mortality and Employment: An 8-Year Follow-up*. I: The International Journal of the Addictions 25(1), 1990.

Spannow, Karen Ellen, *Behandlingskultur, reaktioner og konsekvenser*. Alkohol og Narkotika, CAN's Tidsskrift, nr.5-6, Stockholm, 1996 a.

Spannow, Karen Ellen, *Metadon og behandlingskultur*, Nordisk Alkohol Tidsskrift, nr.5-6, Helsingfors, 1996 b.

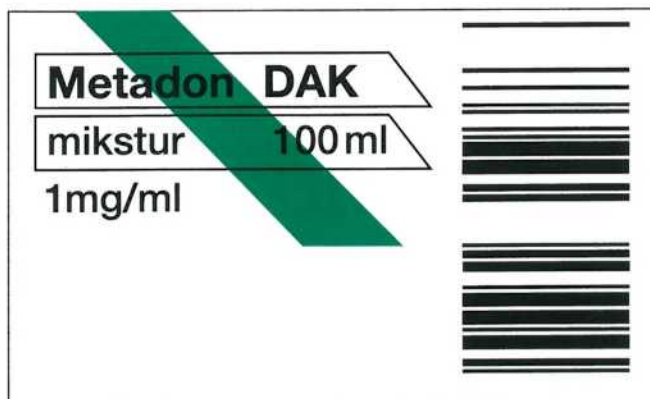
Spannow, Karen Ellen, *Metadonprojekt i Nordjyllands Amt*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 1997.

Yankowitz, S.R., Des Jarlais, C., Peyser, N. P., Drew, E., Friedman, P., Trigg, H.L., Robinson, J.W., *A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic*. American Journal of Public Health, vol 18, 1991, pp. 1185-1191.

Karen Ellen Spannow

etnograf og forskningsadjunkt
på Center for Rusmiddelforskning





METADONBEHANDLING 2000 - ET ØJEBLIKSBILLEDE

På hjemmesiden www.narkotikaraadet.dk finder du en aktuel undersøgelse af metadonbehandling i Danmark. Oplysningerne er indhentet fra samtlige amter og Københavns og Frederiksberg kommuner. Nedenfor gives eksempler på hvilke spørgsmål du kan findes svar på i undersøgelsen, og der skitseres nogle hovedtendenser

I forbindelse med det redaktionelle arbejde med metadon-temaet til dette nummer af Stof indhentede vi aktuelle oplysninger vedrørende metadonbehandling fra de amtslige misbrugscentre samt Frederiksberg og Københavns Kommune. Der blev bl.a. spurgt om antallet af klienter i metadonbehandling, ventetider, metadonudlevering (herunder urinkontrol og sidemisbrug), psykosocial følgebehandling, institutionelle rammer og holdning til omlægningen af metadonbehandlingen. Oplysningerne er sat op i et skema, som redaktionen vurderede ville være for omfattende at bringe her i bladet. Vi har derfor valgt at lægge hele materialet ud på vores hjemmeside: www.narkotikaraadet.dk, hvor læseren kan få et øjebliksbillede af ligheder og forskelle i den måde metadonbehandlingen administreres på her i landet.

Det skal pointeres, at samtlige oplysninger er baseret på skøn, og at materialet ikke er komplet, idet der kan være tilfælde, hvor kommunal administration af metadonbehandlingen ikke er dæk-

ket ind via de indhentede oplysninger (f.eks. indgår tal for Ballerup ikke i oplysningerne fra Københavns Amt).

Et øjebliksbillede

Følgende hovedtendenser kan uddrages af amternes oplysninger:

Antallet af klienter i metadonbehandling: Antallet af klienter i metadonbehandling er naturligvis meget forskelligt alt efter amtets størrelse, men der er også store forskelle i 'dækningsgraden' - altså hvor stor en andel af det (skønnede) antal stofmisbrugere der er i metadonbehandling: På Bornholm skønner man f.eks. at have ca. 50 stofmisbrugere, heraf er 34 i metadonbehandling, svarende til ca. 68 pct. I Ringkøbing, hvor kun ældre misbrugere får metadon, er det tilsvarende tal ca. 8,5 pct. og på Frederiksberg ca. 43 pct.

Antallet af stoffri misbrugere er stadig et mørketal: Kun 7 amter giver et forsigtigt bud på hvor mange stoffri misbrugere der er i deres område.

Ventetid: Når klienter henvender sig for at gå i behandling for stofmisbrug får

næsten alle deres første samtale vedr. behandling i løbet af 14 dage, men ventetiden varierer fra 0 dage til 7 1/2 måned. Hovedparten af de klienter, der skal i metadonbehandling, starter inden for 1 måned. Ventetiden varierer fra 0 dage til 7 1/2 måned. Ganske få klienters ønske om metadonbehandling blev ikke imødekommet i 1999. I nogle amter giver man i disse tilfælde et andet behandlingstilbud, f.eks. stoffri behandling.

Institutionelle rammer: De fleste amter råder over behandlingscentre og/eller lokale afdelinger, 6 amter har egen døgninstitution og 3 amter har halvvejshuse/bofællesskaber. Variationen går fra Bornholm, hvor alle klient-samtaler foregår på amtsgården og/eller ved hjemmebesøg og al metadonudlevering sker på apotek, og til Ringkøbing, der foruden hoved- og regionalkontorer råder over to skibe og flere campingvogne, samt er på vej med efterbehandlingsskolektiv og primærbehandlingshus.

Metadonudlevering og kontrol: 11 amter/kommuner udleverer metadon

på et behandlingssted, næsten alle supplerer med udlevering via apotek, falck og praktiserende læger. Desuden anvendes rullende ambulatorier, falck-busser, hjemmesygeplejersker og andre institutioner.

I alle amter overvåges metadonindtagelsen. M.h.t. brug af urinkontrol er billedet mere broget: Nogle steder bruges urinkontrol som en fast rutine, andre steder efter individuel vurdering og endelig er der ganske få steder, hvor urinkontrol ikke anvendes.

Sidemisbrug tackles meget forskelligt: Nogle steder accepteres det og tages som udgangspunkt for samtaler med klienten om hvad der kan gøres for at minimere/stoppe sidemisbrug - andre steder kan det føre til udtrækning af behandling.

Økonomi: Prisen på en plads i metadonbehandling varierer fra ca. 9.000 kr. til ca. 90.000 kr. om året.

Psykosocial opfølgning: Den psykosociale følgebehandling er overvejende individuel, og mange steder suppleres med gruppebehandling og forskellige aktivitets- og samværstilbud (social træning, sport, ture, undervisning o.l.).

Holdning og prioritet: Ca. halvdelen af amterne prioriterer stoffri behandling højere end metadonbehandling som mål for klienterne. Den stoffri behandling 'fylder' også mest m.h.t. økonomi, men der er flest klienter i ambulante metadonbehandling.

Nogle få steder bruges metadonbehandling til at 'måle' klientens motivation for videre behandling - andre steder mener man at det er en umulighed.

Ingen amter angiver at metadonbehandlingen betragtes som en forudsætning for en vellykket stoffri behandling - erfaringerne fra det ambulante metadonbehandlingsforløb bruges mere som afsæt for den videre behandling.

Der er generelt stor tilfredshed med, at stofmisbrugsbehandlingen blev om-lagt til amterne i 1996: Der er tilført flere ressourcer til området, ansvarsfordelingen er præciseret og behandlingstilbudene er blevet bedre og mere rummelige.

red.

Alle oplysninger ligger på hjemmesiden:

www.narkotikaraadet.dk

Kommentarer til oplysningerne modtages gerne på mail: dpnkr@sm.dk

Redaktionen håber at kunne bringe reaktioner på metadon-temaet i næste nummer af Stof.

Overvåges metadonindtagelsen? Anvendes urinkontrol?

Nordjyllands Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Varierer fra klient til klient

Viborg Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Som stikprøve efter individuel vurdering

Århus Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Som individuel kontrol

Ringkøbing Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Ca. 2 x om måneden.
"Hyppig kontakt og nært kendskab til klienten afslører ofte destruktivt sidemisbrug"

Ribe Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Ca. hver 5. uge - Gravide dog mindst hver 14. dag
Anden kontrol: Fremmøde
(Stikmærkekontrol i sjældne tilfælde)

Vejle Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: 15 kontroller af 200 klienter pr. måned

Sønderjyllands Amt

Overvåget Indtagelse: Ja (af falckpersonale)
Urinkontrol: Varierer fra ugentlig til månedlig
Anden kontrol: Stikmærkekontrol og adfærdsmæssige og pædagogiske iagttagelser

Fyns Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: 2 x om måneden

Vestsjællands Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Kun undtagelsevis
Anden kontrol: Stabil kontakt med behandler og udlevering af personale

Roskilde Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Ingen urinkontrol.
Jobkontrol f.eks. via lønsedler

Storstrøms Amt

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Ja

Frederiksborg Amt

Overvåget Indtagelse: Ja i falckbussen
Urinkontrol: Urinkontrol på centre er individuelt og intensiteten er aftagende. Enkelte klienter stikmærke-kontrolleres

Bornholms Amt

Overvåget Indtagelse: Ja, apoteket overvåger de første 14 dage i behandlingen - ellers kun ved problemer
Urinkontrol: Ca. hver anden måned

Københavns Amt

Overvåget Indtagelse: Individuelt
Urinkontrol: Ja

Frederiksberg Komm.

Overvåget Indtagelse: Ja
Urinkontrol: Sjældent, og kun hvis klienten ønsker det eller hvis socialforv. kræver det f.eks. i .f.m. en børnesag. Ved generel helbredsundersøgelse ser lægen efter stikmærker. I enkelte tilfælde anvendes en form for fremmødekontrol

Københavns Komm.

Overvåget Indtagelse: Både/og
Urinkontrol: Både/og





KONTROL AF MISBRUGERNE ELLER KONTROL AF BEHANDLINGEN?

Går man efter manden i stedet for bolden ?

I februar dette år fremsendte det ét år gamle lægeselskab, Dansk Selskab for Additiv Medicin et spørgeskema til lederne af 30 danske, amtskommunale og kommunale institutioner, der behandler stofmisbrugere. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at få indtryk af den måde kontrol praktiseres på i institutionerne, da flere af selskabets medlemmer, inklusiv bestyrelsen, har indtryk af stærkt varierende praksis i institutionerne: Praksis der varierer mellem forventeligt sammenlignelige institutioner, og praksis, der i varierende omfang følger vejledning for misbrugerbehandling fra Sundhedsstyrelsen (i styrelsens cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler fra den 12. december 1995).

Selskabet har februar - marts fået 26 udfyldte skemaer retur fra 26 institutioner spredt ud over landet med i alt ca. 4000 offentligt betalte behandlingspladser. Disse 26 skemaer er blevet udfyldt af institutionslederen i 13 tilfælde, af institutionslægen i andre 10 tilfælde og endelig udfyldt i fællesskab af begge i tre tilfælde.

Spørgsmålene i skemaerne er rettet mod forhold for hhv. ny-indtagne klienter (de første seks måneder i institutionen) og såkaldte ældre klienter (efter de første seks måneder). De fleste spørgsmål har institutionerne kunnet besvare med enten 'altid', 'undertiden' eller 'aldrig'.

Fremmøde og overvågning

Offentligt drevne eller finansierede institutioner, der behandler misbrugere,

registrerer gennemgående deres klienters fremmøde. Dog angiver få institutioner, at de kun undertiden eller aldrig registrerer klienters fremmøde. Ikke alle institutioner undersøger konsekvent deres klienter for stikmærker. En del institutioner benytter aldrig denne kontrol. Kun enkelte institutioner undersøger altid deres klienter ved deres fremmøde i de første seks måneder.

Kun halvdelen af de adspurgte institutioner overvåger altid nye klienters indtagelse af metadon, når dette stof indgår understøttende i behandlingen. Som forventet overvåger de fleste institutioner ikke konsekvent ældre klienters metadonindtagelse.

Urinprøve-kontrol

Kun en fjerdedel af institutionerne undersøger altid nye klienters urinprøver for misbrugsstoffer i behandlingsforløb. Gennemgående benyttes denne kontrolforanstaltning tilsyneladende afhængigt af forhold omkring klienterne, da de fleste institutioner meddeler, at de kun undertiden kontrollerer for misbrugsstoffer i klienternes urinprøver. Det skal dog bemærkes, at enkelte institutioner aldrig beder hverken deres nye eller ældre klienter om urinprøver med henblik på undersøgelse for misbrugsstoffer.

Hypighed

Antal klientfremmøder, hvor der anmodes om urinprøve til undersøgelse for misbrugsstoffer, varierer betydeligt mellem institutionerne. For nye klienter varierer tallet fra 0 til 100 pct., gennemsnitligt 28 pct.. For ældre klienter varierer

tallet fra 0 til 50 pct., i gennemsnit 10 pct.

Halvdelen af institutionerne vurderer individuelt, hvilke misbrugsstoffer, der skal undersøges for i klienternes urinprøver. Igen en halvdel af institutionerne undersøger kun undertiden for hash. En fjerdedel undersøger dog altid nye klienters urinprøver for hash, mens enkelte institutioner aldrig undersøger for dette stof.

Institutionerne undersøger hyppigere for benzodiazepiner (Stesolid m.m.) og lidt mere end halvdelen af institutionerne undersøger altid for morfin (og dermed også for heroin) specielt i nye klienters urinprøver.

Institutionerne oplyser om årsagen til anmodning om urinprøver, at prøver fra nye klienter tages med henblik på registrering af anvendte misbrugsstoffer eller på grund af klientens ønske. Fra ældre klienter analyseres urinprøver overvejende på baggrund af mistanke om sidemisbrug eller efter klientens ønske.

Institutionerne meddeler, at så godt som samtlige medarbejderkategorier i de enkelte institutioner kan beslutte, at urinprøver skal afleveres og en lignende bred vifte af medarbejdere i institutionerne meddeler klienterne svar på analyserne, i gennemsnit 3 1/2 dag efter aflevering af urinprøve (med en spredning fra 0 til max. 7 dage).

Pålidelighed

Kun 20 ud af 24 institutioner oplyser at have kendskab til risiko for forekomst af fejlagtige svar på analyserne for misbrugsstoffer (selvom analyserne er udført korrekt på urinprøverne): To institutioner oplyser, at de ikke kender til risi-

ko for falsk positiv analyse resultat ("jusstitsmord") eller falsk negativ analysereultat (manglende fund af reelt tilstedeværende stof). To andre institutioner oplyser, at de ikke har viden om nævnte forhold.

Institutionerne anvender i overvejende grad laboratorieanalysemetoder. Dog anvender ca. en fjerdedel af institutionerne undertiden de såkaldte nemme "hurtig tests" til undersøgelserne. En fjerdedel af institutionerne oplyser, at de ikke kender det konkret anvendte analysesystem, der benyttes til undersøgelse af deres klienters urinprøver – dvs. det kan frygtes, at disse institutioner ikke kender til mulige fejlforklaringer af analysesvar (f.eks. vedr. krydsreaktioner mellem misbrugsstoffer og "legalt" tagne lægemidler).

Almindelig standard

Med hensyn til almindelig god laboratoriestandard i Danmark anvendes tit to forskellige analysemetoder på samme blod- eller urinprøve, når første analysemetode er behæftet med betydende risiko for fejlbestemmelse. På spørgsmålet om hvorvidt institutionerne beder om supplerende, bekræftende analyse på urinprøven, hvis første (screenings) - analyse findes positiv, svarer ingen institution, at denne foranstaltning altid udføres (med henblik på nedbringelse af risiko for falsk positivitet). Ud af 21 institutioner beder kun ti under tiden om bekræftende analyser, og endog 11 institutioner udfører aldrig denne kontrol på urinanalysen.

Ni af 13 institutioner beder dog under tiden om bekræftende analyser i andre tilfælde end børnesager (vedrørende samkvem med børn m.m.).

"Snavset urinprøve"

Mere end halvdelen af institutionerne undlader bekræftende analyser, hvis første analyse er positiv, og klienten konfronteret hermed indrømmer at have haft sidemisbrug. (Institutionerne er ikke forespurgt, om de har oplyst klienterne om screenings-testens analyseusikkerhed).

Enkelte institutioner noterer altid en klient for "en positiv prøve", hvis klienten nægter at aflevere urinprøve. Flere institutioner oplyser, at denne praksis undertiden anvendes. Dog meddeler lidt under halvdelen af institutionerne, at de aldrig benytter sig af denne.

Kun halvdelen af institutionerne meddeler altid klienterne eventuelle konsekvenser af positive urinprøvesvar før

urinprøver afgives. Otte institutioner giver kun under tiden deres klienter disse oplysninger. Een institution giver aldrig oplysning herom til klienterne.

Sanktioner

Bortvisning fra institutionen alene på grund af fund af misbrugsstof i urinprøve praktiseres undertiden i tre institutioner. Dette gør sig gældende for såvel nye som ældre klienter. Een institution bortviser altid ældre klienter i nævnte situationer. (Institutionerne er ikke spurgt om evt. videre henvisning af klient til anden institution).

Karantæne for adgang til institutionen alene på grund af fund af misbrugsstof i urinprøve, anvises under tiden i fire institutioner, såvel for nye som ældre klienter. Een institution anviser altid karantæne til nye klienter i nævnte situation. (Institutionerne er ikke spurgt om varighed af karantæne).

To tredjedele af institutionerne anviser aldrig nye eller ældre klienter en nedsættelse af metadon dosis ved fund af misbrugsstoffer i urinprøve. En femtedel af institutionerne nedsætter dog under tiden metadon dosis i nævnte situation.

To tredjedele af institutionerne giver undertiden såvel nye som ældre klienter en større dosis metadon ved fund af misbrugsstof i en urinprøve hvorimod kun få institutioner aldrig øger dosis ved fund af misbrugsstof i urinprøve.

Er kontrol nødvendigt?

Flere end halvdelen af institutionerne angiver, at de kun undertiden finder, at urinprøvekontrol er et nødvendigt redskab ved behandling af såvel nye som ældre misbrugere. Kun en femtedel af institutionerne finder, at denne kontrol altid er nødvendig, og en lige så stor del af institutionerne oplyser at urinprøve kontrol aldrig er påkrævet.

På baggrund af antal urinprøver og antal behandlingspladser i 18 institutioner kan det udregnes, at disse institutioner i gennemsnit analyserer 12 urinprøver per behandlingsplads per år – men med meget stor spredning - fra ingen til max. 42 urinprøver per behandlingsplads per år.

Femten institutioner benytter ikke anden kontrol end ovenfor omtalt. Syv institutioner angiver dog konkret på spørgsmålet, at de vurderer klienterne på baggrund af disses adfærd, samtale med dem foruden deres overholdelse af andre aftaler.

Konklusion

Spørgeskemaundersøgelsen viser,

- at amtskommunale og kommunale narkomanbehandlingsinstitutioner i Danmark overvejende individualiserer den anvendte kontrol ved behandling af misbrugere
- at behandlingsinstitutionerne tilsyneladende benytter samme kontrolforanstaltninger, men på meget forskellig vis - alt andet lige forenelig med en stærkt varierende "institutionskultur"
- at institutionernes varierende kontrolpraksis kan medføre en uensartet behandling i landets amter og kommuner - et forhold, der bl.a. hos klienter vil kunne skabe forvirring omkring behandling, hvis klienterne flytter, foruden evt. medføre svigtende forståelse for og tillid til behandlingen i institutionerne
- at også kontrol af misbrugsstoffer i urinprøver anvendes i stærkt varierende omfang i institutionerne
- at anvendelse af den omtalte urinprøvekontrol kræver, at institutionerne har et nøjere kendskab til analysering på urin, da denne analysering er behæftet med ikke ubetydelig usikkerhed, bl.a. med risiko for fejlforklaring
- at institutionerne bør praktisere kontrol på en sådan måde, at klienternes retssikkerhed tilgodeses, da kontrol af misbrugere i institutionerne er institutionernes suveræne ansvar
- at institutionerne bør sikre, at der findes rationale for den kontrol der praktiseres, og dermed også bør sikre, at kontrollens formål alene er sikring af den bedst mulige behandling, så man "går efter bolden og ikke efter manden".

Knud Chr. Christensen
læge



"N = Ny klienter" (de første seks måneder i institutionen) / "Æ = Ældre klienter" (efter de første seks måneder i institutionen):

Spørgsmål:	Altid: N / Æ	Undertiden: N / Æ	Aldrig: N / Æ
Foretages der fremmøde-kontrol ?	22 / 20	2 / 4	1 / 1
Foretages kontrol af stikmærker ?	3 / 0	14 / 15	8 / 10
Overvåges indtagelsen af metadon ?	15 / 4	8 / 18	0 / 0
Kontrolleres urinprøve for misbrugsstoffer ?	7 / 3	14 / 20	4 / 3
Overvåges urinprøve-aflæggelsen ?	16 / 16	3 / 5	2 / 1
Vurderes individuelt hvilke misbrugsstoffer, der undersøges for ?	13 / 13	6 / 7	3 / 2
Testes for hash ?	7 / 4	13 / 16	2 / 3
Testes for benzodiazepiner ?	11 / 9	10 / 13	1 / 1
Testes for morfin (heroin) ?	16 / 14	5 / 9	1 / 0
Kan alene fund af misbrugsstof i urinprøve medføre bortvisning ?	0 / 1	3 / 3	20 / 20
Kan alene fund af misbrugsstof i urinprøve medføre karantæne ?	1 / 0	4 / 4	19 / 20
Kan fund af misbrugsstof i urinprøve medføre nedsættelse af metadon-dosis ?	0 / 0	5 / 5	17 / 17
Kan fund af misbrugsstof i urinprøve medføre forøgelse af metadon-dosis ?	0 / 0	17 / 18	4 / 3
Oplever behandlerne i institutionen urinprøve-kontrollen som et nødvendigt redskab ? (Ja-sigere)	5 / 4	14 / 15	5 / 5
Oplever behandlerne i institutionen problemer med at få klienterne til at aflægge urinprøver ? (Ja-sigere)	0 / 0	20 / 20	2 / 4

Ved hvor mange fremmøder anmodes om urinprøver?

For nye klienter i gennemsnit 28 % (spredning fra 0 til 100%, median 10%).

For ældre klienter i gennemsnit 10 % (spredning fra 0 til 50%, median 5%).

Hvad er de hyppigste årsager til urinprøve-kontrollen?

For nye klienter: Vurdering af misbrugsprofil samt klientens eget ønske.

For ældre klienter: Mistanke om sidemisbrug samt klientens eget ønske.

Hvem beslutter at urinprøve skal afleveres af en klient?

Så godt som samtlige medarbejderkategorier.

Hvem oplyser klienten om svaret på analysen for misbrugsstoffer i urinprøven?

Så godt som alle medarbejderkat. Svarene gives klienterne i gennemsnit 3 1/2 dag efter aflevering af urinprøve (fra 0 til max. 7 dage).

Spørgsmål:	Ja:	Nej:	Ved ikke:
------------	-----	------	-----------

Har institutionen kendskab til risiko for **falsk positive** og **falsk negative** svar på urinalyse ?

20

2

2

Kendes det **analysesystem**, der benyttes i institutionen eller ved brugt laboratorium ?

15

7

Spørgsmål:	Altid:	Undertiden:	Aldrig:
------------	--------	-------------	---------

Anvender institutionen "**hurtig-test**"?

1

7

13

Anvender institutionen eller dens laboratorium såkaldte "**laboratorie-analyse metoder**"?

9

8

1

Udføres supplerende **bekræftende** analyser, hvis den primære analyse er positiv?

0

10

11

Anvendes bekræftende analyser i andre tilfælde end **børnesager** o.lign.?

0

9

4

Hvis der anvendes **bekræftende** analyser - **undlades** disse, hvis primær analyse er positiv og klienten (konfronteret hermed) indrømmer sidemisbrug ?

15

3

5

Bliver en klient noteret for "**positiv urinprøve**"

hvis klienten **nægter** at afgive urinprøve ?

2

9

12

Bliver eventuelle **konsekvenser** af positive urinprøve-svar klargjort for klienterne før urinprøve aflægges ?

13

8

1

URINKONTROL - MED ELLER UDEN SANDHEDSVÆRDI?

Hvor meget og hvordan anvendes urinkontrol i den danske misbrugsbehandling? Forfatteren belyser omfang, regionale variationer, økonomi og pålidelighed

Kontrolforanstaltninger og misbrugsbehandling har fra indførelse af metadonsubstitutionsbehandling været tæt knyttet sammen. Den hårfine balance mellem tillid og kontrol er vanskelig, specielt når man som behandler råder over medikamenter, som dels kan bruges i substitutionsbehandling af fysiske/psykiske abstinenser, dels har handelsværdi på det illegale marked. Behandleren er ofte fanget i ønsket om ikke forværre et misbrug, men er samtidig også forpligtet til at forebygge illegalt videresalg af den ordinerede medicin.

Kontrakter/behandlingsplaner udarbejdet i samråd med klienten er et ofte anvendt redskab, og i forbindelse med dette er kontrolforanstaltninger og sanktioner ofte væsentlige ingredienser. Behandler og klient ender ofte i konfliktfyldte situationer, hvor gensidig mistillid er hyppigt forekommende. I sådanne situationer har kontrolforanstaltninger, og herunder specielt urinprøveanalyser for misbrugsstoffer, været en vigtig sagsakt. Urinprøveresultatet har været tillagt stor "sandhedsværdi" af specielt behandler, men også i nogen grad af klient. Væsentlige ændringer i behandlingstilbud har ofte taget udgangspunkt i resultatet af urinprøveanalyser.

Forudsætning eller uden værdi

Ved rundspørge blandt kolleger i behandlingssystemet svinger holdningen fra, at urinprøveanalyser er en forudsætning for målrettet, professionel behandling til, at urinprøveanalyser stort set ikke kan tillægges større værdi, men at behandlingstilbudet må tage udgangspunkt i et gensidigt tillidsforhold. På grund af den divergerende opfattelse af behovet for urinprøveanalyser som kontrolforanstaltning, har jeg fundet det

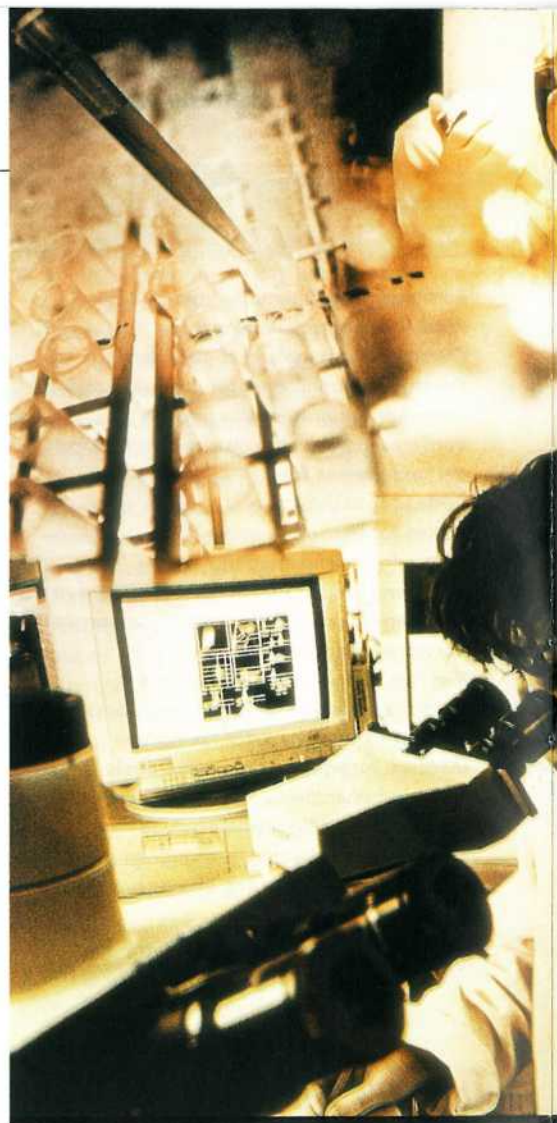
af interesse at få belyst omfanget af urinprøveanalyser og eventuelle regionale variationer i disse. Desuden har jeg set på fordeling af enkeltanalyser samt endelig vurderet omkostningerne i forbindelse med urinundersøgelser. For at belyse eventuelle forskelle i laboratoriernes håndtering af urinprøver blev laboratorierne stillet en del tekniske spørgsmål - specielt vedrørende de urinprøver, der ved screeningsmetoder fik påvist indhold af misbrugsstof.

Af tidsmæssige årsager blev ikke samtlige af landets laboratorier adspurgt, men jeg har prøvet at få svar fra dels byområder, dels landområder. I alt fik otte laboratorier tilsendt spørgeskemaet, hvor et ønske var at få belyst analysehyppigheden i en femårsperiode fra 1995-99 inklusive. Denne periode er valgt - dels for at have helt aktuelle data, men også for at belyse analysehyppigheden i forbindelse med omlægningen af misbrugsbehandling i amtskommunalt regi i 1996. Af otte adspurgte laboratorier modtog jeg svar fra syv. Tre laboratorier havde udfyldt hele skemaet, alle laboratorier havde udfyldt skemaet for kalenderåret 1999. På baggrund af svarene blev analysेमønsteret opgjort (se fig. 1).

Urinprøveindeks

Under forudsætning af at de adspurgte laboratorier har været repræsentative for det samlede behandlingssystem, har jeg udregnet det totale antal urinprøveanalyser til ca. 280.000 analyser/år. Til brug for ekstrapolationen er Sundhedsstyrelsens officielle tal for den amtsmæssige fordeling af klienter i 1988 anvendt.

For at vurdere eventuel variation i urinprøveanalysेमønsteret har jeg udregnet et såkaldt "urinprøveindeks",



som er lig med antal urinprøveanalyser/klient/år (se fig. 2). Som det fremgår af figur 2, er der meget store amtsmæssige variationer.

I Sundhedsstyrelsens cirkulære af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler anbefaler man flere steder brug af urinkontrol. At cirkulæret tolkes vidt forskelligt fra amt til amt, fremgår specielt af tallene vedrørende "urinprøveindeks". Den handlefrihed, som er en nødvendig forudsætning for professionel, individuel klientbehandling, bør i højere grad fremgå af en længe ventet revideret udgave af cirkulæret. Værdinormer som "harm reduction" vinder mere og mere indpas, og den restriktive kontrollerende holdning til behandling fader vel efterhånden ud. Der vil formentlig også i fremtiden være behov for urinprøveanalyser - nok specielt hos nyindskrevne klienter, hos klienter i afrusningsfase eller hos klienter, hvor der i øvrigt sker større ændringer i behandlingstilbudet. Rationalet for urinprøveanalyser hos "kroniske" stofmisbrugere er mere spin-kelt. Det er nok en umulig opgave for

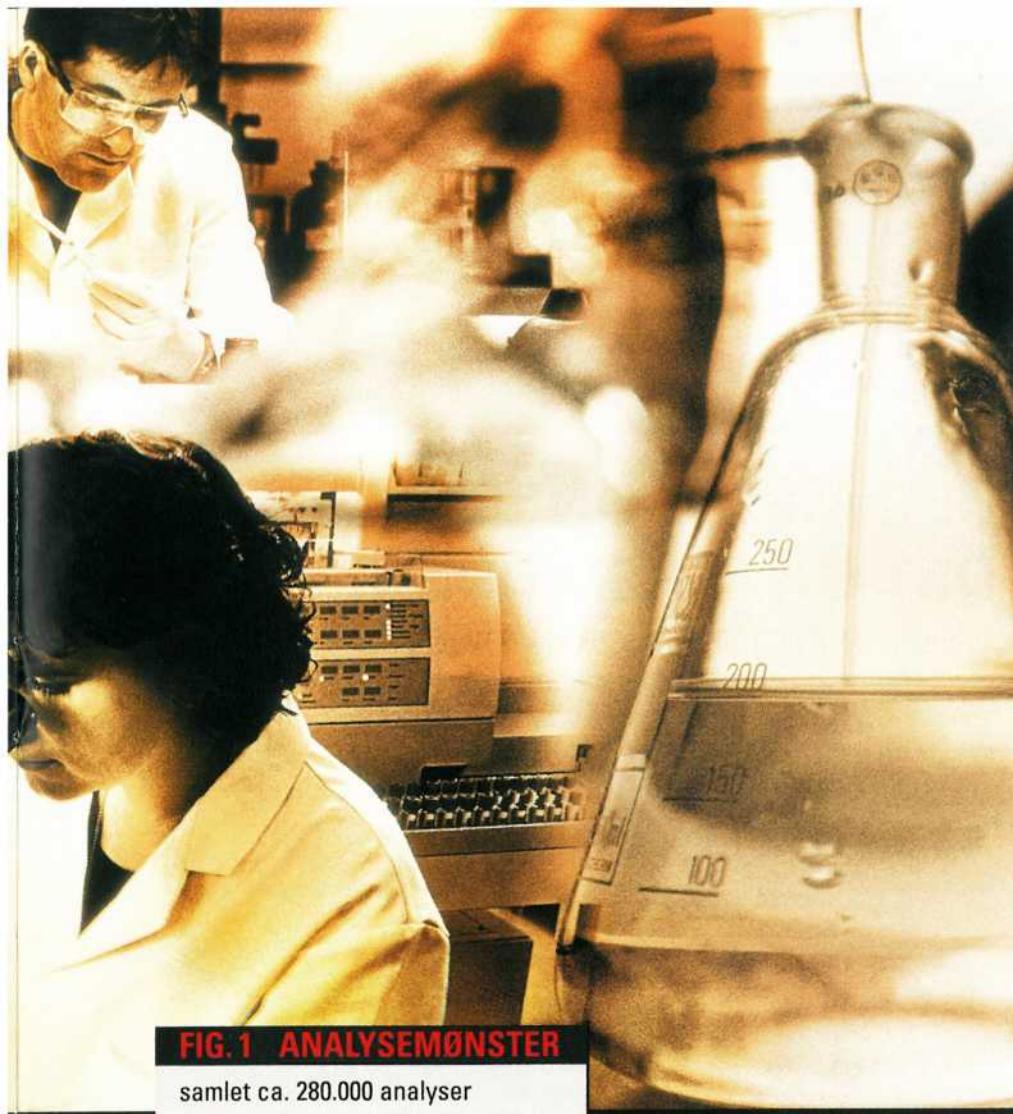
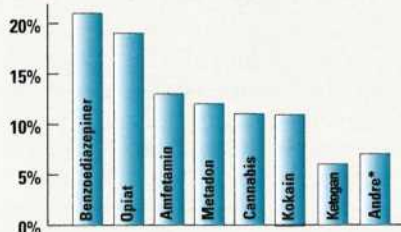


FIG. 1 ANALYSEMØNSTER

samlet ca. 280.000 analyser



* Dextropropoxifen, Barbiturat, "Ecstasy"

FIG. 2 URINPRØVEINDEKS:

Analyser / Klient / År

Slagelse	78
Århus	69
Hjørring	63
Odense	45
Næstved	44
København	16

Gennemsnit 39

Analyser / Klient / år (1999)

Sundhedsstyrelsen at udstikke firkantede retningslinjer for brug af urinprøvekontroller i misbrugsbehandling.

Usikkerheder og begrænsninger

Det bør indskærpes, at man, før urinprøveanalysen rekvireres, nøje har overvejet, hvad såvel et positivt som et negativt resultat skal medføre set i relation til behandlingstilbudet. Problemstillingen bør forelægges klienten, før indsamling af urinen. Denne præcision/indskærping i brugen af urinprøveanalyser vil formentlig også være medvirkende til at nedsætte de store udgifter til urinprøveanalyser, som er anslået til ca. 25 mio. kroner/år. Som jeg ser det, er det nødvendigt med opgradering af behandlernes viden om tolkning af urinprøvesvar, disses usikkerheder og begrænsninger.

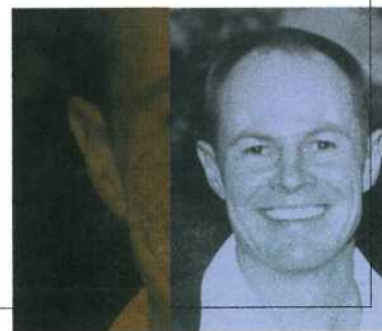
Det er mit indtryk, at urinprøveanalyseresvaret tillægges stor "sandhedsværdi", og der er derfor behov for en egentlig standard for urinprøveanalyser for misbrugsstoffer. Specielt er det betænkeligt, at nogle urinprøveanalyser, som ved screeningsmetode har fået påvist

indhold af misbrugsstof, ikke automatisk bliver "konfirmeret" (dvs. bekræftet ved brug af anden laboratorieanalyse). NIDA (National Institute on Drug Abuse) anbefaler i deres retningslinjer for urinprøveanalyser, at "positive" urinprøveanalyser automatisk konfirmeres. En lignende minimumsstandard for den laboratiemæssige håndtering af urinprøveanalyser for misbrugsstoffer i Danmark er ønskelig. Konformeringsmetoder er ofte tidsmæssigt ressourcekrævende, og kostprisen på urinprøveanalyser vil derved stige. Det er dog vigtigt, at man kan "stole" på urinprøverne, og behandlingssystemet må derfor acceptere denne meromkostning til konfirmation. I forbindelse med planlægning af laboratorier, der udfører urinprøveanalyser, bør man overveje, om det er nødvendigt, at hvert amt gør brug af et lokalt laboratorium kontra et par større laboratorier, som så til gengæld opfylder standarder for urinprøveanalyse som de laboratorier, man kender fra sportens "dopinglaboratorier". Disse få laboratorier ville så til gengæld i højere grad kunne koncentrere sig om at forfinde analysemetoder og eventuelt tilbyde nye analysemetoder, som også omfatter "modestoffer".

Som behandlingstilbudet i øjeblikket er opbygget, kan man ikke helt undvære urinprøveanalyser, men der er behov for debat om, hvorvidt de store summer, der bruges på urinprøveanalyser, med fordel kan anvendes andre steder.

Christian Hvidt

afdelingslæge på Specialinstitutionen på Forchammersvej



I BEHANDLING MED METADON - HVORDAN VIL DET GÅ I FREMTIDEN?

Vi vil se nye, dynamiske og mere nuancerede tilbud til stofmisbrugere i erkendelse af at det kan betale sig - ikke kun i økonomisk betydning, men også fordi denne gruppe har ret til samme respekt og værdighed som andre borgere i behandling: God metadonbehandling kan være fundamentet for et almindeligt liv med familie, børn og arbejde

Hvor må det være rædselsfuldt at være i behandling med et præparat, som i den grad er forbundet med mismod og opgiveness, og som giver behandlerne en vis ret til bestemme over ens tilværelse langt ud over hvad der er normalt for indblanding i andres levemåde. Et præparat som man endda kan fratages, hvis ikke man opfører sig ordentligt og i overensstemmelse med nogle regler, som man må affinde sig med uden mange muligheder for diskussion. Regler der ikke giver klar indsigt i klagemuligheder - hvis man overhovedet tør tænke sådanne tanker.

Det er måske et lidt skævt og vel dystert billede jeg tegner af metadonbehandling her. Men på den anden side heller ikke helt forkert.

Selve stoffet er der for så vidt ikke noget i vejen med. Metadon kan bruges i smertebehandling og bliver dér givet med medfølelse og forståelse, omend under kontrol for at forhindre at brugeren bliver afhængig. Så metadonen kan altså bruges på en anden måde end den, der er alt for almindelig når det bruges som substitutionspræparat i behandlingen af stofmisbrugere.

Det er heldigvis også den vej, det går med metadonbehandlingen af stofmisbrugere. Alt tyder på det, omend de nye måder kun alt for langsomt vinder indpas. Vi er i øjeblikket ved at passere den grænse, som har holdt metadonbehandlingen og dermed den metadonbehandlede fast i et stift og ufrit system. Nye præparater til supplement af metadonbehandlingen, mere støtte end kontrol, og vilje til at overveje forskelli-

ge ordinationsformer kan der tales nogenlunde frit om. Derudover bliver det oftere og oftere nævnt at den psykosociale behandling, der gives parallelt med metadonen, kan have forskellig forudsætning og dermed metode. Den kan være støttende og kravstillende, og have resocialisering og revalidering som mål. Eller den kan være støttende og omsorgsgivende, og have skadesreduktion som sit mål.

Metadonbehandlingen er ved at blive dynamisk og nuanceret. Og sådan tror jeg, det vil blive ved med at gå. Der er ved at udvikle sig en behandlingsform, som har kvalitet og er effektiv i forhold til de nuancerede og individuelle mål, der i stigende grad vil blive sat for behandlingen.

Kan det betale sig at behandle?

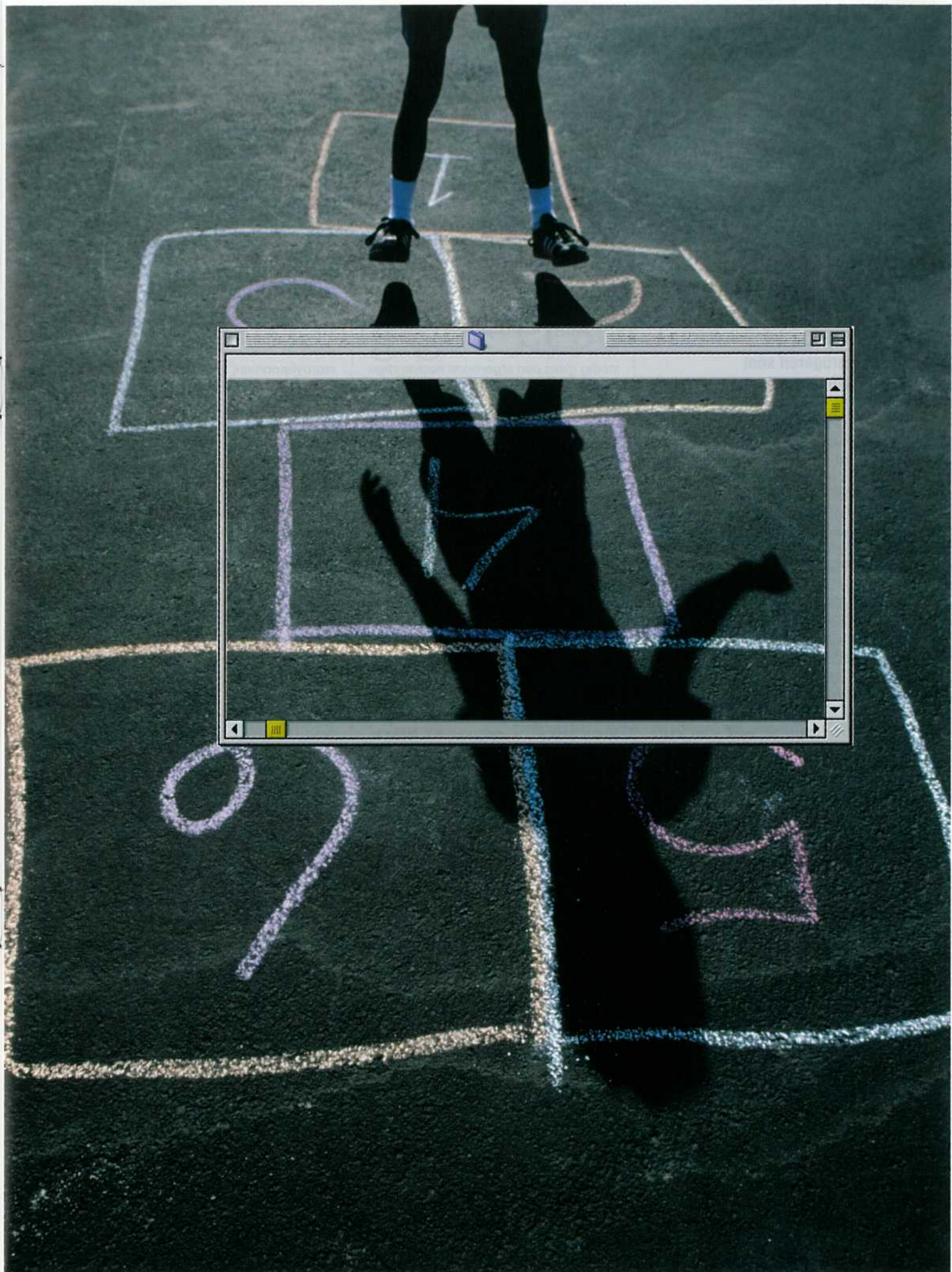
Det er godt at udviklingen går den vej. Men jeg vil alligevel tillade mig at bekymre mig lidt. For jeg tror desværre ikke, at denne udvikling alene sker ud fra en ny erkendelse af, at også stofmisbrugeren har krav på en retfærdig behandling eller ud fra en humanistisk grundholdning, der siger, at også stofmisbrugere skal behandles med samme værdighed og respekt som andre borgere. Den overordnede, egentlige og væsentlige årsag skal, mener jeg, findes i den erkendelse, som en del undersøgelser viser, at det kan betale sig at tilbyde god metadonbehandling - altså betale sig rigtigt, i kroner og ører.

Man kan selvfølgelig have den mening, at det er lige meget hvad der er årsagen til resultatet, hvis blot resultatet

er godt. Men det vil så betyde at vi skal kunne acceptere, at pengene kan erstatte holdningsmæssige værdier. Det er naturligvis ikke kun noget der gælder alene i metadonbehandling af stofmisbrugere. Sådant er en væsentlig del af betingelserne i det meste sundheds- og socialarbejde i dag og bliver det måske endnu mere i de kommende år.

Der er overvejende to grunde til at jeg finder det nødvendigt at diskutere denne "det kan betale sig"-strategi. For det første sætter den fokus på teknikken og metoden og fjerner sig dermed fra mennesket, stofmisbrugeren, som det hele menneske, der kan have stærke og svage sider. Stofmisbrugeren som kan forholde sig til om han mødes med en holdning, der anskuer ham som et menneske, der er med og får ansvar for sig selv - eller en holdning, der anskuer ham som en ting, der kan gøres op i kroner og ører og bare er en passiv deltager til det, der sættes i værk omkring og med ham.

For det andet. En mindre del af stofmisbrugere bliver hængende i sidemisbrug og de medfølgende tunge sociale problemer som hjemløshed, kriminalitet og gadeliv samt blandede sundhedsmæssige problemer selvom de er i metadonbehandling. Andre stofmisbrugere, og det drejer sig om flere, fortsætter med et mere beskedent, mere sporadisk og ikke så socialt og helbredsmæssigt skadende sidemisbrug. Begge disse grupper af stofmisbrugere bliver i dag mere hyppigt tilbudt fortsat metadonbehandling, end de blev for blot få år siden, selvom der stadig er enkelte



steder, hvor de vil blive afvist til fortsat behandling. Enkelte steder er der endda dukket behandlingstilbud op, som direkte retter sig mod gruppen af behandlingssvære stofmisbrugere.

Det vil være vigtigt at styrke og fremme denne indsats. Og man skal passe på ikke at anskue stofmisbrugerne som en samlet gruppe og lave standardiserede tilbud, hvor det økonomiske aspekt alene bærer indsatsen. Disse tilbud kunne ved nærmere efterregning vise sig ikke at være helt så gode for den mere belastede del af misbrugerne.

Stofmisbrugeren som almindelig borger

Det er ikke så mange år siden, at vi var ret sikre i vores sag, når vi mente, at en stofmisbruger i metadonbehandling ikke rigtigt var i stand til at foretage sig ret meget andet end at hente sin metadon og derudover forsøge at få tiden til at gå så godt som det nu var muligt. Metadonen forhindrede stofmisbrugeren i at tænke klart og koncentreret og dermed i at arbejde og lære nyt. Men det har jo vist sig at sådan hænger det ikke sammen. Stofmisbrugeren i den professionelt tilrettelagte metadonbehandling kan ganske meget, vel egentlig lige så meget som de fleste andre. Hvis ikke den velbehandlede stofmisbruger i fremtiden er enten under uddannelse eller i arbejde må det snarere skyldes en følge af livet som aktiv misbruger eller være en følge af tidligere opståede psykosociale problemer, som også har været medvirkende til overhovedet at sætte misbruget i gang.

Jeg tror det i de kommende år - hvis vi holder tungen lige i munden og ikke af den ene eller den anden grund kommer til at opgive tanken om ordentlig metadonbehandling, vil vise sig at også en meget stor del af de stofmisbrugere, der er i metadonbehandling - kan leve et stort set almindeligt liv med familie, børn og arbejde, venner og fritidsaktiviteter. De vil kun være begrænset af nogle af de uundgåelige følger af det at være i en behandling med et medicinsk præparat. Følger de vil dele med alle andre, der er i en vedvarende medicinsk behandling.

Metadonbehandling nu - substitutionsbehandling i fremtiden

I fremtiden vil vi tale om den dynamiske og individuelt tilpassede substitutionsbehandling fremfor om metadonbehandling. Det er blevet klart, at vi ikke

gør det godt nok, når vi stift kun bruger et præparat og en nærmest deterministisk ordinationsform, som nærmest bygger på en bestemt dosis daglig metadon i en kortere eller længere, måske livslang, periode. Muligheden for at benytte forskellige præparater er dukket op og er ved at blive en del af hverdagen. Måske vil man endda finde frem til kombinationsformer. Man vil - håber jeg - komme til at se det, som en naturlig del af et langt behandlingsforløb og kunne begynde medicinsk behandling, holde pauser, genoptage behandlingen og så videre, mens der stadig gives den afgørende nødvendige sociale og eventuelle pædagogiske støtte i det omfang, som er ønsket af og nødvendig for den enkelte, og om nødvendigt samtidig en psykologisk behandling. *Måske vil den "stoffri behandling" og substitutionsbehandlingen kunne bringes til at overlappende hinanden, supplere hinanden og sammen tage sig af den helhedsindsats der er brug for, fremfor som nu overvejende at høre til i to diametralt modsatte lejre, hvor den ene - den stoffri behandling - synes at skulle opfattes som mere fin og rigtig end den anden.*

Substitutionsbehandling og socialt ansvar

Jeg vil dog nødtigt se, at det kun er i forhold til den socialt velfungerende stofmisbruger, at nye og mere nuancerede behandlinger tager form. Som al rusmiddelmisbrug har også stofmisbruger en social slagside. Bag en ikke uvæsentlig del af stofmisbruget gemmer sig tunge, tidligt i den enkeltes liv, opståede sociale problemer. Misbrug af rusmidler og social arv hører uhjælpeligt sammen. Også til de af stofmisbrugerne, der kæmper med manglende tillid til mennesker og systemer, der altid set fra deres synsvinkel snarere har svigtet end hjulpet, eller som i hvert fald ikke har tilbudt det som der var behov for, er der brug for at modernisere behandlingen. Det er lige præcis disse stofmisbrugere, jeg kunne frygte ville blive tabere i et system, der først og fremmest så på om behandlingen kunne betale sig rent økonomisk. Disse misbrugere er ikke lette at resocialisere, måske er det endda en hån at tale om gen-(re)-socialisering. I fremtidens substitutionsbehandling kræves, for også at nå dem, at der ikke bare tænkes i de korrekte strategier og at der ikke bare simpelt tilføres nogle ressourcer til flere tilbud af

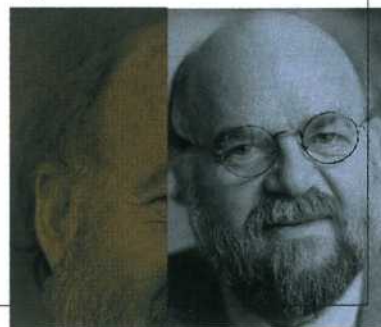
samme art. Disse stofmisbrugere går ind og ud af fængsler med kortvarige domme, bor i mellemtiden hos venner, tilfældigt rundt omkring eller på herberger for hjemløse. De er uglesete og er ofte så udisciplinerede, at de ikke holder sig til kun at bruge et rusmiddel. De er negative og kan synes svære at komme i kontakt med. De benytter sig af de mest irriterende midler til at finansiere deres misbrug og provokere os andre, de sidder f.eks. og tigger. Nok får mange af dem metadon, men det er som om der er en vis tilbøjelighed til ellers at overlade dette overvejende storbyfænomen, til at blive løst af politiet og af socialarbejdere i hjemløseområdet. Jeg håber, at behandlingsinstitutionerne i meget højere grad end det sker i dag vil gå ud og arbejde i gaderne, vil være med i processen med at diskutere og siden hen forhåbentlig deltage i opbygningen af sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige tilbud af kvalificeret art til netop disse misbrugere.

Den gode udvikling fortsætter!

Der er ingen tvivl. Vi er i gang med alt det, jeg har skrevet om her. Nogle kæmper imod det ene eller det andet, men udviklingen går i retning af nytænkning. Der eksperimenteres med forskellige og nye former for substitutionsbehandling rundt omkring og også, omend i (så vidt jeg kan se det) mindre grad, i forskellige former for samarbejde mellem de institutioner, der traditionelt har ansvaret for metadonbehandling og dem, der har ansvaret for al den anden indsats rettet mod stofmisbrugernes lidelser.

Jeg er sikker på, at det skal blive godt med tiden - kunne det bare gå lidt hurtigere, ville jeg ønske.

Preben Brandt
dr.med., leder af
"projekt UDENFOR"
og formand for Narkotikarådet



Væresteder for stofafhængige - et socialt tilbud

Væresteder er også netværk, skadesreduktionstilbud, opsøgende arbejde og fælles udvikling. Nu må aktiviteterne forankres bedre lokalt og brugerne rustes til at overtage opgaverne

"Det er en fantastisk oplevelse, at jeg kan komme et sted, hvor det er OK at være stofmisbruger og stadigvæk blive regnet for noget. I alle andre sammenhænge føler jeg mig som en spedalsk". BRUGERCITAT FRA REGNBUEEN, KOLDING

"Vi bevæger os fra en restriktiv og afvisende narkopolitik til en noget mere imødekommende narkopolitik i højere grad på brugernes vilkår - også den aktive narkoman skal have et sted at komme". KRIMINALPOLITIET, KOLDING



Et værested kan helt kort beskrives som et sted, hvor man kan være sammen med andre, men man kan være sammen i dette tilbud på mange forskellige måder.

Væresteder i Danmark er ikke et nyt socialt tilbud. Det har aner tilbage til omkring begyndelsen af århundredet, hvor private hjælpeorganisationer og kirkelige, sociale organisationer drev sådanne tilbud for fattige, hjemløse og alkoholikere. De benævntes også varimestuer. Her kunne forhulede mennesker, som blev tabt under industrialiseringen og tilflytningen til de større byer, få dækket nogle basale behov i form af bespisning, husly og omsorg.

I dag ser vi i Danmark igen dette sociale tilbud få en renaissance. Det startede med den større arbejdsløshed op gennem firserne i forbindelse med den anden oliekrise. Det var igen det frivillige sociale arbejde, der tog teten, og da fattigdom i denne forbindelse atter kom på den politiske dagsorden samtidigt med, at frivilligt socialt arbejde begyndte at komme mere ind i varmen, blev der i 87 sat statslige puljepenge af til at støtte dette arbejde. Dette nød især værestedskonceptet godt af. FAM eller Fattigdomsmidlerne hed denne pulje, som snart kom op på ca. 50 mill. kr., og som siden tog navneforandring til PUF, Puljen til udvikling af det frivillige sociale arbejde.

Styrkelse af indsatsen for socialt udstødte

Udviklingen af værestedstilbuddene har også nydt godt af den målrettede socialpolitiske linie, som fra begyndelsen af 1993 med bred politisk opbakning i Folketinget har sigtet på at forbedre forholdene for de socialt udstødte.

For kort at opridse de mere generelle initiativer, der blev taget for at fremme denne politik skal nævnes, at ud over de nævnte puljemidler til det frivillige arbejde etableredes en særlig socialpolitisk pulje i 93 (Storbypuljen) af en størrelsesorden på 70 mill. kr. pr. år, som indtil i dag har støttet udviklingsprojekter for de mest udsatte. Det var især sindslidendeområdet, som i begyndelsen nød godt af denne puljestøtte, hvor der udvikledes tilbudsformer som bofællesskaber, væresteder, kontakt- og støttepersonordninger samt opsøgende arbejde, men lignende tilbudsformer til andre af de udsatte grupper, herunder stofafhængige kom hurtigt med som modtagere af puljestøtte.

I 95 og 96 kunne man så, bl.a. på baggrund af evalueringer af nogle af de støttede projekter, omsætte erfaringerne til forbedringer af lovgivningen.

Hvor der reelt før kun havde været omtale af et tilbud til de mest udsatte, forsorgshjem og herberger, fik vi gennem tre lovændringer i 95 og 96 nye tilbud med i lovgivningen som væresteder, bofællesskaber og støtte- og kontaktpersonordninger for sindslidende. Vi fik tillige en radikal omlægning af hele narkobehandlingsområdet - som i øvrigt hidtil ikke var udtrykkeligt nævnt i loven - hvor ansvaret blev entydigt præciseret som liggende hos amterne, og hvor vi inddrog kapaciteten hos de private behandlingsinstitutioner på linie med de offentlige tilbud.

Denne lovmæssige og administrative oprustning af området blev med en socialreform, der trådte i kraft i 1998 yderligere understreget, ikke mindst gennem de målsætninger for indsatsen, der er nedfældet i lovgivningen.

De går bl.a. på at forbedre de mest udsattes, f.eks. stofafhængiges, sociale og personlige funktion samt deres muligheder for livsudfoldelse. Altså ikke nødvendigvis kun at satse på afvæning, men tillige sørge for at der er sådanne tilbud, der kan minimere skaderne ved livet som misbruger.

Væresteder i almindelighed

I dag snakker vi ikke mere om værestedsprojekter til de fattige. Med den nye lovgivnings ordvalg hedder det nu "aktivitets- og samværstilbud" til personer med bl.a. særlige sociale problemer, hvilket dækker over de socialt udstødte og andre udsatte eller marginaliserede grupper. (I det følgende vil tilbudene dog fortsat blive kaldt "væresteder").

Væresteder er generelt tilbud til personer, der er ude af arbejdsmarkedet, typisk på overførselsindkomster, oftest kontanthælp eller førtidspension fra kommunen. De er tillige præget af - som det hedder i Danmark - en række sociale begivenheder, der gør, at de har vanskeligt ved at mestre dagligdagen. De er ofte dobbelt eller tredobbelt udstødte, dvs. foruden udstødte af arbejdsmarkedet, er de udstødte eller føler sig udstødte af de almindelige sociale tilbud og har ikke egentlige sociale kontakter, idet druk- eller stoffællesskabet ikke kan regnes for bæredygtige fællesskaber.

Værestederne er i dag ret så mål-

gruppeopdelt. Der er tre mere afgrænsede målgrupper, der præger billedet: Det er sindslidende, alkoholafhængige og stofafhængige. Dertil kommer væresteder, hvor folk med et mix af tunge sociale problemer kommer.

Værestedsfunktioner

Der er også forskel på funktionerne af de forskellige typer væresteder ud over selve fællesskabsfunktionen.

Nogle er rettet mod gadeplansarbejdet, altså base for en opsøgende virksomhed, f.eks. i forhold til folk, der er hjemløse eller som ikke selv opsøger støttetilbud, f.eks. stofafhængige.

Andre søger i lokalområder at skabe netværk og tage vare på isolerede mennesker med forskellige tunge sociale problemer.

Endelig kan der være projekter, som i samarbejde med distriktspsykiatri, alkohol- og narkobehandlingsystem indgår i et differentieret tilbudssystem.

Organiseringen, struktureringen og finansieringen af de enkelte væresteder udviser en meget stor forskellighed. Nogle er rene kommunale tilbud med kommunalt ansat personale og 100 pct. kommunal finansiering, undertiden med amtet som samarbejdspartner.

Andre væresteder bygger videre på det mere traditionelle samarbejde mellem det offentlige og en privat hjælpeorganisation, enten sådan at kommunen underskudsdækker projektets omkostninger eller yder et vist årligt tilskud, men statslige puljemidler kan også være sponsoratet.

Brugergrupper

Det, der især har været kendetegnede for væresteder for stofafhængige de senere år, har været, at det har været brugergrupper, som med eller ofte uden megen støtte fra de lokale myndigheder, har taget initiativet til etableringen, og som selv "styrer butikken".

Ud over en evaluering i 1996 af forskellige væresteder til socialt udstødte, der havde fået støtte af Socialministeriets Storbypulje, er der ikke foretaget mere tværgående evalueringer af denne type tilbud, heller ikke for den gruppe, der specifikt retter sig til stofafhængige.

En helt særlig gruppe væresteder, som har fået vind i sejlene de seneste år, er steder, som primært er for tidligere stofafhængige - "Clean House", som et af dem hedder. Her er nøgleordene identifikation, eksemplets magt, per-

sonlig vækst samt trygheden ved ikke at risikere at møde stoffer og stofpåvirkede.

Disse "clean"- væresteders primære formål er at danne rammerne om et frit sted, og omfatter ud over socialt samvær, typisk mulighed for at deltage i aktiviteter såsom sport, foredrag og udflugter.

At lige netop denne type netværk er værdifulde i efterbehandlingsfasen og som tilbagefaldsforebyggende foranstaltning tyder et netop publiceret større forskningsprojekt på fra Center for Rusmiddelforskning, som har evalueret behandling af stofmisbrugere på en række døgninstitutioner

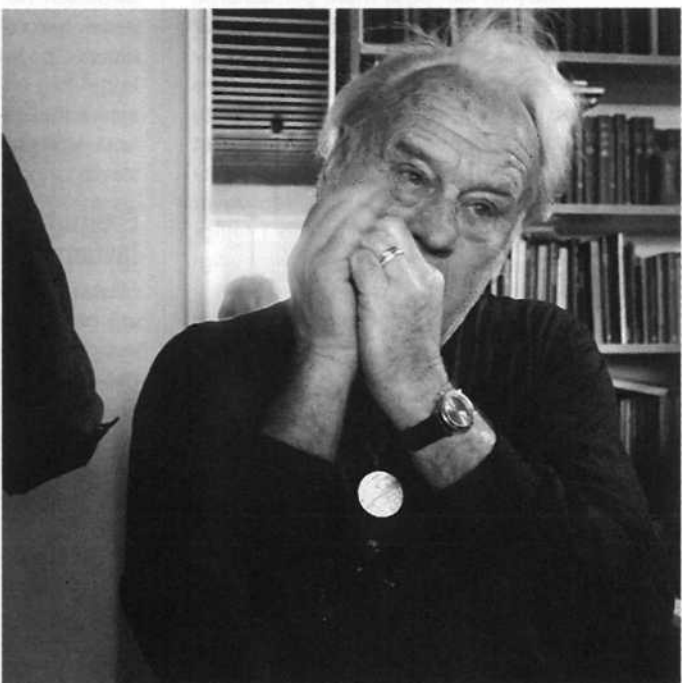
Skadesreduktion

Målsætningerne for den sociale indsats for de mest udsatte i den nye lovgivning, som er nævnt ovenfor, er i god tråd med skadesreduktionstankegangen (harmreduction), som er udtryk for den målsætning, at man bør reducere skader som følge af stofmisbrug, også selvom det ikke lykkes at reducere brugen af stoffet. Dette baseres på den pragmatiske tanke, at mange stofmisbrugere enten er uvillige til eller ude af stand til at opgive brugen af narkotika. Målsætningen for samfundets hjælp til denne gruppe af misbrugere må derfor i første omgang være at nedbringe risikoen for helbredsskader samt at forbedre misbrugerens generelle livskvalitet. Ud over at mindske skaderne for den enkelte stofmisbruger, vil der også være tale om at reducere skaderne for det omgivende samfund.

I sin narkotikapolitiske redegørelse fra 1994 fastslog regeringen, at Danmark for at imødegå en stigende marginalisering af stofmisbrugerne skal satse på en meget bredspektret indsats på området, der tager hensyn til den enkelte misbrugerens særlige behov. Udgangspunktet for indsatsen bør være differentierede målsætninger, hvor egentlig stoffrihed ikke er det eneste ønskelige mål. En tilværelse, hvor behandling og omsorg vil kunne bidrage til forbedrede sociale levevilkår, og en forøgelse af livskvaliteten, vil for mange misbrugere være et realistisk mål.

Set i et lidt længere perspektiv har skadesreduktionstanken været fremme siden rapporten fra Alkohol- og Narkotikarådet: At møde mennesket hvor det er, der blev udsendt i 1984.

Skadesreduktion er således et velkendt begreb i Danmark og er allerede



på mange måder inkorporeret i den danske narkopolitik.

Initiativer

Siden slutning af 80'erne har der i en række amter og kommuner været etableret udlevering af rene sprøjter og kanyler, både via salgsmatemater, apoteker og på særlige udleveringssteder. Disse tiltag er bl.a. sat i gang på grund af den HIV/AIDS-epidemi, der bredte sig midt i firserne. Ordningen er dog stadig utilstrækkelig i visse egne af landet og Narkotikarådet har således anbefalet en udbygning af ordningerne.

Rådet har endvidere i 1997 udtalt sig om sprøjtebytteordninger i fængslerne, hvor der findes et større antal stofmisbrugere. I udtalelsen anbefaler ikke-statstilknyttede medlemmer af rådet indførelse af sprøjtebytteordninger i danske fængsler for at begrænse risikoen for spredning af smitsomme sygdomme, specielt HIV/AIDS. Resultatet af denne udtalelse er dog kun blevet, at man i fængslerne udleverer rensesveske til at rense sprøjter med, hvorimod man fortsat konfiskerer de sprøjter som findes.

Af andre skadesreducerende initiativer i Danmark kan nævnes natcaféer eller natvarmestuer, der omfatter steder der udover kontakt, støtte og omsorg giver mulighed for overnatning. Stederne er udover den støtte, der ydes på være/kontaktsteder, et alternativ til udendørs overnatning for folk, der har svært ved at klare sig i egen bolig. Der opnås herved mulighed for et trygt sted at sove, og man modvirker dårligt helbred som følge af udendørs overnatning.

Nævnes kan også mere permanente boformer for stofafhængige, der har svært ved at klare sig i egen bolig. Der opnås ved de faste boliger en højere grad af selvstændighed hos den enkelte og en mulighed for i højere grad at tilpasse sig det omkringliggende samfund, og de krav der stilles. Herudover giver et eventuelt fællesskab i lejlig-hedskomplekser med ligestillede muligheder for kontakt og støtte.

Endelig kan nævnes det opsøgende gadeplansarbejde, der indebærer, at medarbejdere går rundt og observerer, tager kontakt til, aktiverer og hjælper stofmisbrugere igennem den daglige tilværelse. Man opnår herved bl.a. mulighed for at få kontakt til en gruppe af misbrugere, man ellers ikke har kontakt til. Det er endvidere muligt at

yde misbrugerne hjælp med konkrete praktiske problemer og evt. yde hjælp i akutte krisesituationer. Der er mulighed for at oplyse om og henvise til eksisterende behandlings-, omsorgs- eller andre relevante tilbud og mulighed for at oplyse om emner som hygiejne, injektion og prævention. Gadeplansarbejdet kan også medvirke til generelt at få et bedre kendskab til stofmisbrugsmiljøet og afdække ikke tidligere kendte problemer og deres omfang.

Væresteder som led i misbrugsindsatsen

Som situationen i dagens Danmark tegner sig på stofmisbrugsområdet kan den i forhold til tiden før 1996 for så vidt kaldes positiv. Vi har aldrig før brugt så mange midler på området, og vi har aldrig før haft så mange stofafhængige i behandling. Ud af en population på omkring 14.000 i hovedsagen heroinafhængige skønnes ud fra opgørelser fra 98 at ca. 7.000 er i behandling. For ca. 4.000 vedkommende består behandlingen i metadonbehandling, men den forudsatte psyko-sociale indsats for sidstnævnte gruppe indskrænker sig i alt for mange tilfælde til en kort samtale med længere mellemrum.

Samtidig er der altså en stor gruppe stofafhængige, som ikke er i kontakt med behandlingssystemet, og antallet af dødsfald pga. af overdosis har igen nogle år været skræmmende højt, omkr. 350 pr. år, hvilket set i relation til landets befolkningstal skulle være det næsthøjeste i tal Europa, kun overgået af Luxembourg.

Uden at gå i detaljer med hensyn til debatten nu gennem et par år om et dansk heroinforsøg, så har nogle af de nævnte negative aspekter af indsatsen ligget bag ønsket om, gennem sådan en ekstra mulighed i udbuddet af støttetilbud, at nå ud til flere af de svært belastede.

Fixerum og andre lavtærskeltilbud

"Fixerum", steder med mulighed for at injicere narkotika inden for et projekts rammer, var en anden mulighed, som det danske Narkotikaråd har anbefalet som et skadesreducerende tiltag, men som foreløbigt ser ud til at være skudt ned med en udtalelse fra INCB (International Narcotics Control Board), der finder at det vil være i strid med FN-konventioner at etablere sådanne til-

bud. Der findes dog allerede et par væresteder i ikke-offentligt regi men med myndighedernes viden, hvor man har former for "fixerum".

Det er blandt andet på denne baggrund, at væresteder for aktive stofafhængige, herunder folk i metadonbehandling, er et meget vigtigt element i det samlede danske tilbuds billede.

I et såkaldt "lavtærskeltilbud" uden forudgående visitation af en offentlig myndighed, kan udstødte og ensomme stofafhængige, der undgår alt, hvad der minder dem om behandlersystemet, få et frirum. De kan få opfyldt såvel nogle helt basale fysiske og psykiske behov samt deltage i nogle mere aktiverende og udviklende forløb, som eksempelvis følgende:

- Ophold ud fra egne præmisser
 - Bespisning, bad, vask af tøj
 - Overnatning
 - Personlig omsorg, samvær og fællesskab, f.eks. omkring sport, natur og kultur
 - Rådgivning og vejledning om sociale og personlige forhold
 - Sundhedspleje
 - Deltagelse i det praktiske arbejde
 - Eventuelt uddannelsesmæssige aktiviteter
 - Eventuelt lønnet arbejde for mere faste opgaver
 - Motivering for at søge behandling eller for at få bedre styr på misbruget
 - Brugerindflydelse på stedets aktiviteter
 - Inddragelse i arbejdet på værestedet
- Værestedet kan i sig selv i forhold til omverdenen skabe større forståelse for og tolerance i forhold til de stofafhængiges situation. Udadtil kan værestedet således eksempelvis:
- Danne base for gadeplansarbejde og andet opsøgende arbejde
 - Deltage i den socialpolitiske debat i lokalområdet
 - Oplyse og skabe samarbejdsrelationer med myndigheder, f.eks. kommunens sagsbehandlere, misbrugsbehandlere, politi mv.
 - Deltage i det forebyggende arbejde f.eks. på uddannelsesinstitutioner
 - Eventuelt samarbejde med erhvervslivet om beskæftigelsesmuligheder

Regler

Der er ret så enkle regler, der er gennemgående for de fleste væresteder for stofafhængige:

1. Ingen vold eller trusler om vold

2. Ingen kriminalitet i øvrigt
3. Ingen indtagelse af stoffer og alkohol
Sidstnævnte regel fraviges dog i nogle væresteder, og det at være påvirket er som regel ikke udelukkelsesgrund.

Der kan forekomme både karantæne og helt udelukkelse ved overtrædelse af de nævnte regler, men de mest rummelige steder arbejder med snævre karantænefrister for ikke at medvirke til yderligere udstødelse af de tungeste i gruppen.

Netop de sidstnævnte kan, afhængigt af værestedets formål og selvopfattelse, også uden nødvendigvis brud på eksplicitte regler risikere udstødelse fra et værested. Det kan ramme de mest passive, de svageste eller de mest "udkoksede" i væresteder, der lægger mere vægt på aktiviteter i fællesskab end på omsorgsdelen.

At denne udstødemekanisme kan forekomme i brugerdrevne væresteder kan forklares med, at balancen let kan tippe fra målet om at "løfte i flok" til mere anarkistisk laden stå til, hvis der ikke holdes en vis selvjustits.

Her er det måske mere enkelt for professionelt, kommunalt lederskab at styre tropperne og opdele tilbuddets indhold, så både de mere omsorgskrævende og de med overskud til aktiviteter tilgodeses.

At arbejde for og med stofafhængige, der ofte har flere psykiske, fysiske og sociale problemer end så mange andre grupper i det sociale arbejde, stiller store krav til professionalismisme og personlige egenskaber hos medarbejderne. Hverken i grunduddannelser eller efteruddannelser er der taget tilstrækkelig højde for de problemstillinger, der møder socialarbejderen i dette krævende arbejde.

Brugerorganisering

Den nye sociale lovgivning lægger op til en større og bredere indflydelse for brugerne ved tilrettelæggelse af tilbudene, både i forhold til den overordnede tilrettelæggelse og udnyttelse af de sociale tilbud og i forhold til den enkelte.

Hvor man på andre områder finder foreninger og brugersammenslutninger, er der på f.eks. hjemløse- og stofmisbrugsområderne kun mindre organiseringer på lokalt plan, som i disse år prøver at finde sammen i et mere bredt dækkende samarbejde.

Netop på stofmisbrugsområdet, hvor der skønnes at være over 40 væresteder

rundt om i landet (de fleste for aktive misbrugere), er der for et par år siden dannet en landsforening. Den hedder LVS eller Landsforeningen af Væresteder for Stofafhængige og tidligere stofafhængige.

LVSs fornemste mål er at forbedre værestedernes vilkår. Det gør man ved gennem rådgivning og vejledning at støtte nye initiativer, der ofte oplever en isolation i forhold til det etablerede system. Samarbejdet med kommunerne og andre lokale samarbejdspartnere kan ofte være problematisk, fordi den brogede brugerskare, som kommer på værestederne, ønsker anonymitet og frihed for registrering.

Landsforeningen lægger megen vægt på at lave kurser for de ansatte og frivillige værestedsmedarbejdere. (LVSs nyhedsbrev er omtalt i Kort Nyt. Red.).

Perspektivering

En ting er, at værestederne for aktive stofafhængige nu er på banen som et af flere eksempler på skadesreduktionstilbud. Noget andet er i højere grad at få dem forankret i samarbejde med og finansieret af de lokale myndigheder, amter og kommuner.

Det er ikke holdbart i længden, at de finansieres af statslige puljemidler. Sådanne tilskudsordninger har typisk en begrænset løbetid og har også tendens til, at de lokale myndigheder holder sig tilbage med hensyn til økonomiske støtte, når det klares fra anden side.

Det, der især synes at være behov for i den kommende tid er, at de helt brugerstyrede væresteder oprustes ved at brugerne får noget uddannelse, så de er bedre klædt på til at klare bl.a. de administrative sider af arbejdet, eventuelt tillige at der kan trækkes på noget konsulentstøtte.

Hvad der i øvrigt kan være ønskeligt at få fremmet af yderligere skadesreduktionstiltag i Danmark, og som der har været peget på af Narkotikarådet, kan f.eks. nævnes etablering af skadestue for stofmisbrugere.

Det overordnede formål for en sådan skadestue bør, ud over behandling af somatiske og psykiatriske lidelser, være at der arbejdes med at motivere stofmisbrugerne til og hjælpe dem med at komme væk fra miljøet.

Narkotikarådet har tillige opstillet nogle løsningsforslag til forbedring af hygiejnen, omfattende bl.a.

- Adgang til relevant værktøj, spritser-

vietter, saltvandsopløsning i små dosisbeholdere, sprøjter med specielt membranfilter, sårsalve i små dosisbeholdere

- Inddragelse af frivillige til at udlevere værktøj fra deres privatbolig
- Udvidet mulighed for undervisning, oplysning, personlig instruktion og vejledning i teknik for injektion, svarende til hvad man giver i Reden og Brugerforeningen
- Fixerum, der er åbent alle døgnets timer. Fixerummene bør være strategisk placerede og bemandede med erfarent personale. Med en sådan døgnkontakt vil der også kunne gribes hurtigt ind overfor alle slags problemer af sundheds- og hygiejnemæssig karakter hos misbrugerne. Endvidere vil personalet kunne få kontakt med misbrugerne og evt. anbefale/henvisse til behandling.

Endelig er det vigtigt, for at få minimeret skaderne ved stofmisbrug, at få etableret samarbejdet på gadeplan mellem politi og sociale myndigheder.

I relation til stofmisbrugere tales der undertiden om "kontrolskader", og hermed mener man skader på stofmisbrugernes helbreds- og livssituation, som skyldes kontrolsystemets bekæmpelse af narkotikakriminalitet. Et eksempel på en sådan skade er for hurtig/uforsigtig indtagelse af heroin, fordi brugeren frygter, at politiet vil konfiskere stoffet. Specielt når der arbejdes med skadesbegrænsning er det afgørende, at politi og sociale myndigheder i højere grad betragter hinanden som medspillere end som modspillere.

Henrik Borgen-Nielsen

fuldmægtig i socialministeriets
7. kontor for handicappede og
ressourcesvage





Udvælgelse af narkomaner til behandling for stofmisbrug

Debatten om behandling for stofmisbrug, har de sidste år båret præg af en massiv politisk bevågenhed. Ikke mindst på baggrund af den nye lovgivning på området. Aktuelt står de politiske partier i kø for at udtrykke deres forskellige meninger om udlevering af heroin til de mest belastede stofmisbrugere. De politiske udsagn og holdninger til narkobehandling tager ofte udgangspunkt i spørgsmål om nytteeffekten af behandlingen. Kan det betale sig, fører det til stoffrihed, hvad er kvalificeret behandling, er der en effekt og hvad ved vi om effekten?

I Stof nummer 10 havde Peter Ege et udmærket indlæg med titlen "Behandling gør en forskel". Indholdet skal ikke gennemgås her, de interesserede må rekvirere artiklen. Her skal der dvæles lidt ved en hidtil overset væsentlig detalje i debatten, ikke kun i den omtalte artikel, men i det hele taget når der tales om god behandling og effekt af behandling. Detaljen omhandler visitation til behandling, eller selektion - udvælgelsen af stofmisbrugere til behandling.

Ny lovgivning

Lovgivningen på stofmisbrugsområdet er ny. Den nye lovgivning, der over det meste af landet først blev effektueret i 1997, er noget mere præcis end den tidligere. Ånden i lovgivningen omhandler ensartethed i behandlingen af stofmisbrugere, derved at amterne får et entydigt ansvar. Tidligere sås markante forskelle i kommunernes villighed og tolkning (læs forståelse) af lovgivningen og dermed deres evne (læs forståelse og villighed) til at formidle (læs bevilge) behandling til stofmisbrugere. Den nye lovgivning medførte en omfattende udvidelse og omorganisering af området, som bl.a. stimuleredes af vejledninger og cirkulærer fra Socialministeriet. Lovgivningen åbnede ligeledes op for en øget anvendelse af private behandlingssteder. Øget anvendelse af private behandlingsinstitutioner blev motiveret i den store variation i de enkelte stofmisbrugeres livssituation, hvorfor der måtte være en række diffe-

rentierede tilbudsmuligheder. Listen af private udbydere på området er omfattende.

Brugerens møde med systemet

De hidtidige visitationsprocedurer i forbindelse med formidling af behandling er sikkert ændret en del over hele landet hvad angår beslutningskompetence og -fora. Det er dog mit indtryk, at der ikke er ændret stort ved den måde, hvorpå vi møder brugeren og brugerens ønsker om behandling for stofmisbrug. Brugerens møde med behandlingssystemet skal her kort skitseres, med en enkelt variabel som kan omhandle et evt. forudgående kendskab til den enkelte stofmisbruger:

1. Personen retter henvendelse om behandling for stofmisbrug (ønsker evt. hjælp til opnåelse af stoffrihed).
2. Personen indskrives i (ofte metadon-) behandling. Denne fase kaldes ofte for en afklarings- eller motivations- eller stabiliseringsfase. Personen, nu bruger, tildeles en kontaktperson.
3. Kontaktpersonen og brugeren skal nu etablere en kontakt - en behandlingskontakt - og brugerens behov, ressourcer og ønsker skal afklares og beskrives. Denne fase kunne kaldes en observationsfase. Der udfærdiges ofte handleplan i denne fase.
4. Der skulle nu kunne tages kvalificeret stilling til en målrettet behandlingsplan, hvor målet for indsatsen besluttet og tilrettelægges. Beslutningen træffes på baggrund af observationerne og/eller forudgående kendskab, som samlet danner grundlag for at der kan træffes den mest hensigtsmæssige beslutning for den enkelte bruger (stoffrihed eller stabilisering). Denne fase kunne kaldes afklarings-, beslutnings- eller visitationsfase.

Den tidsmæssige faktor (hvor lang tid brugeren befinder sig i de enkelte faser) skal ikke problematiseres her. Den numeriske fremstilling indebærer som hovedregel en ambulans tilknytning i alle faserne, førend der evt. kommer mere intensive tilbud på

tale, som f.eks. ophold på døgninstitution. Fokus på forudsætningerne for beslutning om mere intensive tilbud ligger primært i pkt. 4 (læs visitationsfasen).

Observationer, vurdering og værdisættelse

Jeg har, bl.a. i min tid som formand for Københavns Amts visitationsudvalg, observeret de vanskeligheder der opstår, når observationer skal omsættes og danne grundlag for de vurderinger, der er nødvendige for at der kan træffes de mest hensigtsmæssige og kompetente beslutninger i de enkelte sager. Behandlernes faglige kompetencer findes primært indenfor det pædagogiske fagområde. Tværfagligheden er dog fremtrædende i de fleste behandler-systemer, derved at personalegrupperne på de visiterende centre, er sammensat af flere faggrupper, herunder socialrådgivere, psykologer, læger, sygeplejersker, faglærere o.lign. Ofte er ansvaret for visitationsopgaverne delegeret til socialrådgiverne. Uanset faggruppe, er de faglige kompetencer helt i top når det omhandler observationer.

Procedurer for visitation til behandling, eller procedurer der skal følges og som fører til beslutninger om behandling, er i mange tilfælde mangelfulde hvad angår tydeliggørelse af krav til sagsfremstillingen. Der optages journal, som indeholder en systematisk gennemgang af brugerens baggrund og brugerens aktuelle ønsker. Brugerens adfærd observeres og noteres, og der udarbejdes endeligt en indstilling om målrettet behandling. Vurderingerne udelades i de fleste tilfælde, eller fremlægges som observationer. Det må givet tilskrives mangel på forståelse og dermed metodik i forbindelse med omsætning af observationer til vurderinger. Behandlerne viger ofte tilbage, når observationerne skal værdisættes, dels p.g.a. usikkerhed grundet manglende metodisk indsigt, og sikkert i mange tilfælde p.g.a. manglende mod. Manglende mod, da vi her er i et meget vanskeligt felt som udfordrer den enkelte behandler faglige indsigt, kompetencer samt etiske sans.

Beslutningsgrundlag

Institutionskendskabet er for det meste det, der styrer beslutningerne. En væsentlig detalje, som næppe har nogen mening når brugerens behov ikke matches optimalt med de tilbud den pågældende institution udbyder. Økonomien er ligeledes en faktor, som i nogen udstrækning spiller ind når der skal peges på konkrete behandlingssteder. Matchning af brugerbehov og det brede udbud af behandlingsinstitutioner på området er de to faktorer vi i lovgivningen er forpligtede til at tage udgangspunkt i, når vi skal træffe de mest hensigtsmæssige beslutninger for brugerne.

Når jeg er gået dybere ind i en dialog med de ansvarlige for sagsfremstillingen og -indstillingen (visitatorerne) om mangelfulde og/eller manglende vurderinger i sagerne, er jeg ofte stødt på udsagn, som understøtter min påstand om, at den enkelte behandler intuition spiller en afgørende rolle i beslutningsprocessen.

Intuitionen og institutionskendskabet er væsentlige faktorer, men må efter min mening aldrig stå alene. Intuitionen skal udfordres og beskrives, såfremt den skal vægtes i beslutningssagerne. Det kan efter min mening kun blive bedre. Jeg ser i hvert fald et behov for øget fokus på denne del af de samlede procedurer på området. Det vil givet føre til spørgsmål om hvorvidt en opkvalificering af kravene til behandlernes

evner til at vurdere, vil medføre den kvalitative forbedring af behandlingen som er så efterspurgt?

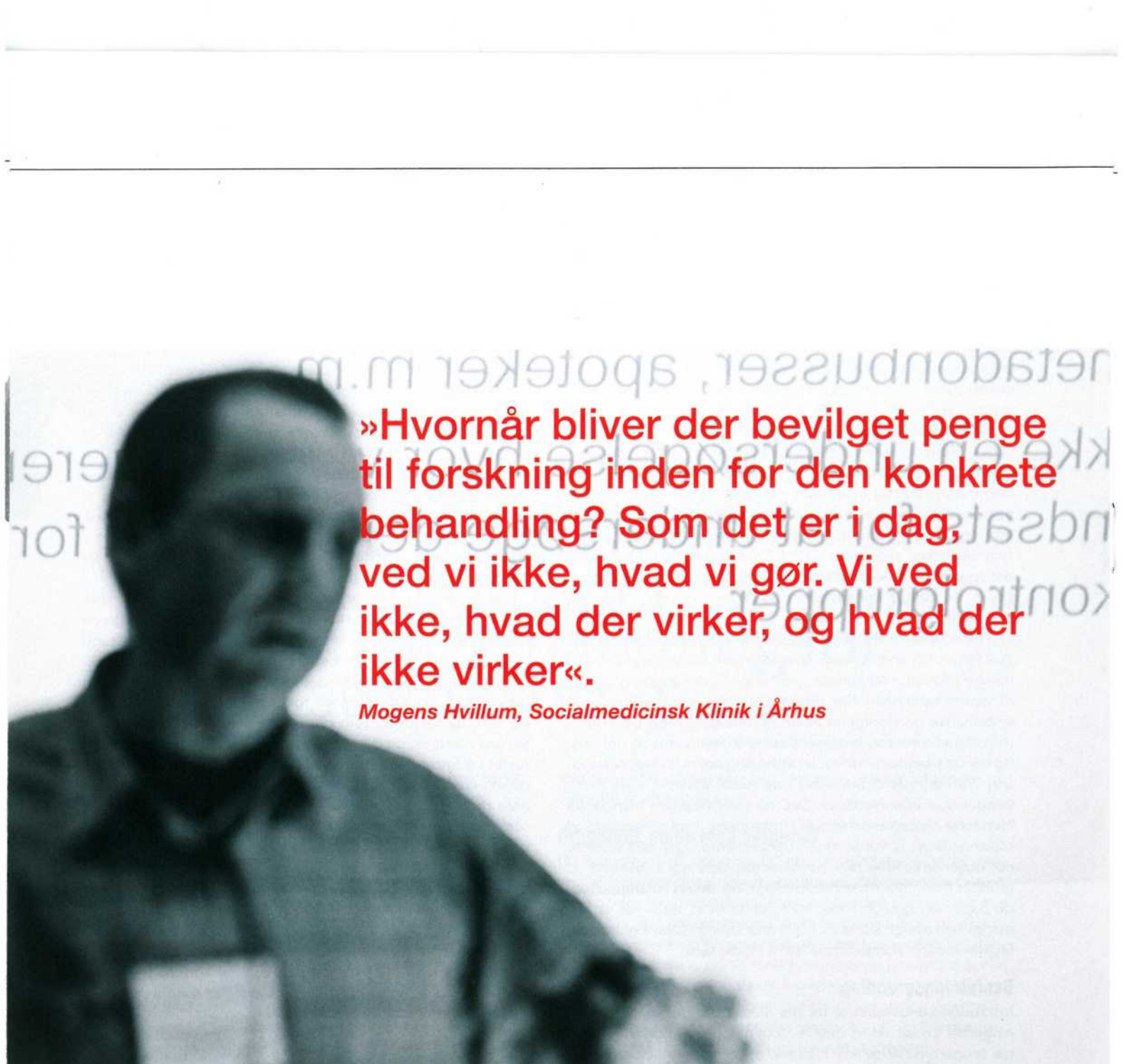
Gør visitationen bedre

Der er ingen tvivl om at metoden kan forbedres. Der kan overvejes målrettet undervisning om emnet vurdering og værdisættelse, konsekvent anvendelse af den af Center for Rusmid-delforskning i Århus udarbejdede checkliste, effektiv interviw- og samtaleteknik m.v. Spørgsmålet om opkvalificering af behandlernes evner til at vurdere er relevant, alene ud fra en betragtning om, at ethvert initiativ der medvirker til at sikre den enkelte misbruger den mest hensigtsmæssige behandling har en medmenneskelig berettigelse. Vil det i sidste ende føre til bedre behandlingsresultater og er det i det hele taget realistisk at måle effekten af mere målrettet og kvalificeret visitation? Det ved vi ikke i dag, da effektmålingen på hele området er ny og skal videreudvikles i takt med de erfaringer der høstes.

Brugerindvolvering er et væsentligt udviklingstema, som kunne tænkes ind i denne kontekst. Hvorfor ikke lade brugeren bestemme sin egen behandling og lade brugeren deltage aktivt i hele beslutningsproceduren? At lade brugeren få direkte indflydelse og medbestemmelse på beslutningen om behandling, vil rette voldsomt fokus på brugerens eget ansvar og magtforholdet mellem bruger og behandler. Brugerens selv nærmest og dermed sin egen ekspert. Mange brugere har et omfattende institutionskendskab og vil i de fleste tilfælde selv kunne pege på det relevante tilbud. Der er intet at tabe, men alt at vinde, da behandling af stofmisbrug historisk set og sammenlignet med andre behandlingssgrene, befinder sig i en pubertets fase, hvor der skal være en vis frihed til at afprøve, dog uden at der skal slækkes på berettigede krav til behandlernes faglige kompetencer.

Vi vil nok aldrig finde medicinen mod stofmisbrug, men det skal ikke afholde os fra at søge. Vi vil givet finde brugbare elementer, som kan forbedre dele af den samlede indsats, så hvorfor ikke lede der hvor det ikke er til at komme uden om. Narkomani er et af de vanskeligste social- og sundhedsmæssige problemområder, hvor cost - benefit og effektivitet er svært målbare. Hvad er god behandling og hvad er et godt liv? Er det ikke brugeren vi skal tænke mere ind som medspiller og ikke som objekt? Det må da være den enkelte bruger der bedst kan definere sit liv. Vi kan som professionelle spørge og guide ham, men vi skal vise vores respekt for hans liv og hans ønsker, derved at vore beslutninger og de vurderinger der ligger til grund for beslutningerne, til enhver tid kan tåle en nærmere afprøvning ved brugerens accept af vor værdisættelse af hans ønsker.





»Hvornår bliver der bevilget penge til forskning inden for den konkrete behandling? Som det er i dag, ved vi ikke, hvad vi gør. Vi ved ikke, hvad der virker, og hvad der ikke virker«.

Mogens Hvillum, Socialmedicinsk Klinik i Århus

Ønskes: Tværgående arbejde og mere forskning

På Narkotikarådets første forskningskonference ytrede såvel forskere som praktikere ønske om at tale mere sammen på tværs af traditionelle fagskel. Deltagerne på konferencen stillede en række forslag til emner, som bør belyses forskningsmæssigt

»Aldrig har vi vidst så meget. Og aldrig har behovet for at vide mere været større«. Konstateringen kommer fra den københavnske socialoverlæge Peter Ege, og den faldt under Narkotikarådets første forskningskonference, der i begyndelsen af marts blev afholdt i Charlottenlund ved København.

Et vigtigt element i konferencens konklusioner var netop, at vi herhjemme har draget forskningsmæssige erfaringer på mange områder inden for misbrugsbehandlingen. Men behovet for forskning er stadigvæk stort.

Især er der brug for mere tværgående forskning og for flere langsigtede undersøgelser af behandlingen. Og der er brug for flere tilbunds-gående evalueringer af, om den behandling, der sættes i værk, har en effekt - og i så fald hvilken effekt.

Der var tilmeldt 75 forskere, behandlere og brugere til konferencen. En del af deltagerne var medlemmer af Narkotikarådet, og de var kommet til Charlottenlund fra hele landet for at deltage i konferencen, som Narkotikarådet havde arrangeret med tre formål for øje: Den skulle skabe et overblik over den aktuelle forskningsmæssige situation på narkotikaområdet. Dét skulle så sammenholdes med anbefalingerne til en forsknings-handlingsplan, som en arbejdsgruppe under Narkotikarådet kom med i oktober 1998. Endelig var målet at drøfte behovet for nye forskningsinitiativer.

Rodet døgnbehandling

Men først en opsummering af den forskningsmæssige situation, som den ser ud i begyndelsen af år 2000. Forskningslektor Mads Uffe Pedersen fra Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet skulle som den første redegøre for sine opdagelser.

Siden 1996 har centret undersøgt døgnbehandlingen på syv institutioner. Skåret ind til benet er konklusionen på undersøgelsen, at døgnbehandlingen virker.

»Men det gør al behandling. Og spørgsmålet er, om ikke døgnbehandlingen kunne virke meget bedre«, sagde Mads Uffe Pedersen og gav selv svaret.

I sit arbejde med institutionerne har han fundet en række kendetegn, der knytter sig til mindre effektiv, mindre kvalitativ god og mindre professionel behandling. Blandt andet har han noteret sig et stort personaleflow på institutionerne. Nogle institutioner har oplevet en udskiftning af det meste af personalegruppen i løbet af et til to år. Samtidig er institutionerne i høj grad præget af manglende overblik og manglende forankring. De er også præget af mange konflikter mellem de ansatte. Og af en 'stærk og destruktiv konkurrenceorientering mellem institutionerne på såvel økonomi som metoder'.

Samtidig har Mads Uffe Pedersen iagttaget, at alle syv døgninstitutioner i mere eller mindre grad er præget af en talesprogskultur - man taler om tingene, men journaliserer ikke sit arbejde. For eksempel har han erfaret, at man på institutio-

nerne ikke har overblik over, hvor mange der gennemfører behandlingen.

»Hvis der var tale om meget stabile og veluddannede behandlere, var det ikke nødvendigvis et problem. Men de fleste institutioner har ikke nogen veluddannet personalegruppe«, konstaterede han, og forudså, at den helt store opgave for institutionerne bliver at få udvidet den organisatoriske kompetence.

Som et led i undersøgelsen af den stoffri døgnbehandling har Center for Rusmiddelforskning registeret 829 stofmisbrugere. Af dem blev 316 - der alle havde være udskrevet i mindst to år - forsøgt kontakten igen sidste år eller i begyndelsen af i år. På konferencen gav Mads Uffe Pedersen de første sammenhængende resultater fra opfølgningen: Efter 24 måneder var 37-38 procent af de 316 stoffri på kontaktøjeblikket. Flere havde haft tilbagefald - for derefter at begynde i behandling igen i lige fra NA-grupper til buddhistiske klostre.

Med forsigtighed i stemmen forudså Mads Uffe Pedersen, at 30 procent af samtlige deltagere i undersøgelsen vil være stoffri om ti år. Flere af dem vil have haft tilbagefald. Langt de fleste vil komme ud af deres misbrug efter at have været i behandling. Kun de færreste 'spontanhelbredes'. Mellem 10-20 procent vil dø i løbet af samme årrække. 50 procent vil på den ene eller anden måde stadig være »inde i systemet«.

Under sit oplæg kom Mads Uffe Pedersen ind på, om der er fornuft i at sammenligne forskellige former for behandling. Nogle typer kan godt stilles op mod hinanden, mente han - og pegede på stoffri døgnbehandling og ambulante stoffri behandling.

»I øjeblikket er vi ved at undersøge sådan et stoffrit, ambulante projekt. Og eftersom 'al indsats virker' skulle det ikke undre, hvis projektet har det samme effekt-tal som i døgnbehandlingsundersøgelserne«, konstaterede Mads Uffe Pedersen.

Han fortalte også om et nyt DANRIS-projekt, der - i kort form - går ud på, at samle alle data om alle stofmisbrugere i et register, som kan anvendes på de enkelte institutioner, men også regionalt, nationalt og internationalt. I første omgang bliver der tale om, at døgninstitutionerne kan vælge at lade deres klienter blive indregistreret.

Hans håb og hypotese er, at registreringssystemet vil give et overblik over, hvilke personer, som gennemfører, og i hvor lang tid de indlægges. Og dét vil så give en indsigt i, hvem der profiterer af døgnbehandlingen.

Alternative straffe

Juristen Anette Storgaard fortalte om sine evalueringer af forsøg med en særlig indsats overfor kriminelle stofmisbrugere. Hun har undersøgt de såkaldte kontraktfængselsafdelinger, forsøget med behandling i stedet for fængselsstraf samt 'importmodellen' i Statsfængslet i Vridsløselille. Samtlige ord-

ninger må siges at have haft en positiv effekt.

Seniorkonsulent Claus B. Olsen fra Center for Alternativ Samfundsanalyse koncentrerede sig også om alternativer til fængselsstraffe. Han gennemgik midtvejsevalueringen af et forsøg med alternativ afsoning, som straffeloven åbner op for. Stofmisbrugerne har i de senere år udgjort halvdelen af de personer, som kommer i alternativ afsoning på en institution. Også alkoholikere, helt unge, og psykisk syge kan afsones alternativt.

»Ordnningen er blevet mere populær. Vi har registreret en tredobling i anvendelsen af den i løbet af de sidste ti år«, sagde Claus B. Olsen. Men han sagde også, at stofmisbrugerne har den laveste gennemførselsprocent, og han pegede på, at der var problemer ved overgangen fra endt afsoning på en institution og til et videre behandlingsforløb.

Fra hash til LAAM

Herefter var det igen en forsker fra Aarhus Universitet, der fik ordet - nemlig lektor Svend Sabroe, der netop har færdiggjort den danske del af den anden ESPAD-undersøgelse, som omfatter 80.000 skoleelever fra over 30 lande. Han fremlagde

løbet. 21,4 procent blev ambulantly stoffri under behandlingen med Subutex, som Leif Skauge kaldte 'et velegnet stof for dem, der ikke tidligere har været i metadonbehandling og som har en eller anden form for ressource'.

Høj dødelighed

Men hvordan går det de mest belastede stofmisbrugere? Dem, som ikke klarer behandlingen - eller som måske aldrig kommer i behandling? På konferencen blev det gentagne gange nævnt, at der er et udtalt forskningsmæssigt behov for at følge netop den gruppe misbrugere. Som Mads Uffe Pedersen konkluderede under sit oplæg først på formiddagen: »Vi ved, at det er de ressourcestærke og dem fra 'midtergruppen', der klarer sig godt på døgnbehandlingsinstitutionerne. De resourcesvage klarer sig dårligt alle steder«.

Netop de mest belastede kom i overført forstand i fokus, da Henrik Sælan, embedslæge i København, holdt oplæg. Han pegede på, at der i Danmark er en høj dødelighed blandt stofmisbrugere, set i forhold til de lande, vi normalt sammenligner os med. Men han tog delvist brodden ud af sit eget budskab: »Registreringsforskellene landene imellem er så store, at de

»Der er brug for flere undersøgelser af efterbehandling og undersøgelser af normaliseringen af hverdagen for patienter i ambulantly vedvarende behandling. Der er behov for at få belyst mødet mellem stofmisbrugeren og den normale verden i det øjeblik, vedkommende bevæger sig fra det lukkede behandlingsmiljø og ind i den almindelige hverdag«.

Dorrit Schmidt, Københavns Kommune

dugfriske resultater fra undersøgelsen. Den viser blandt andet, at hash - sammenholdt med den første ESPAD-undersøgelse fra '95 - er mere populært i dag blandt eleverne i 9. klasse. I 1995 havde ca. 20 procent af drengene røget hash. Sidste år var tallet næsten 30 procent. Også blandt pigerne har Svend Sabroe noteret en stigning. Til gengæld kunne han med sit nye talmateriale aflive myten om, at ecstasy og amfetamin er udbredte stoffer hos 9. klasses elever.

Efter frokost var det den medicinske del af forsker- og behandlervordenen, som stod på podiet. Overlæge Lis Sahl Andersen videregav erfaringerne fra et projekt, der har haft til formål at implementere præparatet LAAM - et medicinsk alternativ til metadon - i Fyns Amt og Københavns Kommune. I hovedstaden har fem af i alt 15 deltagere gennemført projektet, mens det samme gjorde sig gældende for 24 af 34 på Fyn. Konklusionen på projektet er, at LAAM har en berettiget plads i substitutionsbehandlingen herhjemme.

Også erfaringerne med præparatet buprenorfin i form af Subutex blev fremlagt. Afdelingslæge Leif Skauge, Københavns Kommune, fortalte om undersøgelsen af Subutex, foretaget på tre rådgivningscentre i hovedstaden. 70 klienter deltog. Godt 64 procent af dem gennemførte behandlingsfor-

formentlig forklarer en væsentlig del af forskellene«, sagde han.

Forskelle i registreringsmetoder kan dog næppe forklare alt. Dødeligheden herhjemme er høj - og det forklarede Henrik Sælan med blandt andet injektionsadfærden. Mange danske misbrugere fixer eller sniffer heroin - modsat for eksempel i Amsterdam, hvor næsten alle ryger stoffet. Og det giver flere dødsfald, forklarede Sælan, der understregede vigtigheden af have sammenlignelige statistikker på tværs af landegrænserne. Netop det er EUs Narkotikaagentur EMCDDA tovholder for. Henrik Sælan er dansk repræsentant i den forskergruppe, der rådgiver EMCDDA, og han forklarede, at EMCDDA i øjeblikket er ved at inkorporere sammenlignelige kategorier for narkotikarelaterede dødsfald. Målet er at opnå en stigende grad af præcision og ensartethed, landene imellem.

Virker kontrol?

Behovet for at få belyst kvaliteten og effekten af behandlingen prægede indlægget, som socialoverlæge Peter Ege, Københavns Kommune, stod for. Modsat de øvrige oplægsholdere skulle han ikke præsentere forskningsresultater. I stedet sørgede han for at varme op til eftermiddagens debat om, hvilke

forskningsbehov, der bør prioriteres højst nu.

Peter Ege rettede fokus mod substitutionsbehandlingen, som han mener bør være mere videns- og forskningsbaseret. Blandt andet ville det ifølge Ege være på sin plads at evaluere de kontrolforanstaltninger, som i dag er hjørnestenen i substitutionsbehandlingen.

»Den regelmæssige, tidsfaste og overvågede indtagelse af metadon er et dogme i substitutionsbehandlingen. Men ingen ved, om det er bedre end den mere 'løsagtige' indtagelse på et apotek«, sagde Peter Ege.

Han mente, at der er behov for kontrollerede forsøg, hver gang man tager en ny foranstaltning i brug - hvad enten, der er tale om nye medikamenter, indførelse af injicerbart metadon eller nye stoffri behandlingsmetoder. Endelig efterlyste Ege undersøgelser af brugerindflydelse.

Under eftermiddagens diskussion pegede Jørgen Jepsen, leder af Center for Rusmiddelforskning, på behovet for at få belyst, hvad den repressive kontrolpolitik koster i forhold til behandlingen.

»Man plejer at sige, at 85 procent af omkostningerne er forbundet med kontrollen. Ingen ved om det tal er rigtigt. Man ved heller ikke, om kontrollen skader behandlingen«, sagde han.

Nye forskningsinitiativer

Eftermiddagens debat kom vidt omkring. En række forslag til nye forskningsinitiativer blev listet op. Ønskerne kunne deles op i forskellige kategorier:

● *Stofmisbrugerne*

Hvordan er deres fysiske og psykiske helbred? Hvad er deres muligheder for behandling hos praktiserende læger og på skadestuerne, hvor de tit er uønskede.

● *Behandlingen*

Flere efterlyste undersøgelser af, om behandlingen virker - især den kontrolorienterede behandling. Der blev peget på nødvendigheden af at få belyst de negative konsekvenser af behandlingen. Der blev foreslået flere og større undersøgelser af efterbehandlingen. Og der blev foreslået undersøgelser af de misbrugere, som ikke kommer i stoffri behandling, og som derfor ikke bliver stoffri. Endelig var der et ønske om at undersøge sammenhængen mellem det, man gør for folks behandling - contra det, man gør for deres økonomi.

● *Prioriteringen og koordineringen*

Flere deltagere fandt det nødvendigt, at der prioriteres, så de vigtigste emner føres igennem med tilstrækkelige ressourcer, frem for at man praktiserer 'spredt fægtning'. Der er et behov for at tale mere sammen på tværs af fagskel for blandt andet at koordinere indsatsen. Deltagere ønskede også at få belyst, hvordan det kan sikres, at forskningen ikke falder væk om nogle år - og hvordan kan det sikres, at forskningen forankres og organiseres.

Jørgen Jepsen, der var ordstyrer på dele af konferencen, summerede dagen op ved at konkludere, at den havde været en god anledning til at tale sammen på tværs.

»Det vil være afgørende at komme dybere og fremover også have diskussioner, der koncentrerer sig om bestemte områ-

der, for eksempel behandlingsområdet, kontrolområdet eller epidemiologien«, sagde Jørgen Jepsen.

Han mente, at det ville være en idé at etablere konsensus konferencer, hvor man opsummerer, hvilke forskningsprojekter, der er gennemført, og hvad man kan lære af dem. Det var endvidere hans opfattelse, at der er behov for kvalitativ forskning, som gør det muligt at sætte alle de mange tal, som fremkommer i forbindelse med den kvantitative forskning og epidemiologi, ind i en ramme, hvor de kan tydes.

Jørgen Jepsens kollega, Karen Ellen Spannow sagde, at det var hendes indtryk på konferencen, at folk kunne have behov for at tale mere sammen på tværs af de forskellige forskningsprojekter. Hun spurgte, om Narkotikarådet kunne være formidler og medvirke til at bedre koordineringen og samarbejdet.

Fuldægtigt Ulf Abelsen fra Narkotikarådet svarede, at et af rådets opgaver netop er at medvirke til en samordnet indsats på stofmisbrugsområdet og bidrage til indsamling, koordinering og formidling af information og ekspertise på området.

Socialoverlæge Peter Ege pegede i den forbindelse på, at det er i amterne, behandlingen skal sættes i værk. Det er dér pengene til projekterne er, så det er amterne og kommunerne, som er forpligtede til at sørge for, at der foretages en ordentlig evaluering og kvalitetssikring af den iværksatte behandling. Efter hans opfattelse kan Narkotikarådet ikke sikre en koordinering af forskningen - men han var sikker på, at der er behov for et organ, som kan.

Også Socialministeriet var repræsenteret på konferencen med blandt andre Poul Pedersen, der gjorde opmærksom på, at man fra politisk side interesserer sig for netop effekten - for hvad der rent faktisk kommer ud af behandlingen.

»Det er vigtigt at danne sig et overblik over, hvor vi befinder os forskningsmæssigt, og på tværs af forebyggelsen, behandlingen og kontrolsystemet se, hvor behovene for forskning ligger - og samtidig prøve at skabe lidt mere sammenhæng i indsatsen«, sagde Poul Pedersen.

Som flere andre håbede han, at konferencen kunne medvirke til at give inspiration til en bedre koordinering - og at den kunne være med til at skabe grundlag for at få reserveret nogle økonomiske midler.

Jørgen Jepsen mente også, at det havde været nyttigt at tale sammen på tværs: »Narkotikarådet vil arbejde videre med de forslag og de tanker, I er kommet med. Jeg regner også med, at rådet fremover vil iværksætte arrangementer, hvor praktikere og forskere får mulighed for at udveksle tanker, ideer, inspiration og erfaringer«.

Efter konferencen udtalte Narkotikarådets formand, Preben Brandt, at konferencen tydeligt havde vist, at der er et stort behov for at tale sammen på tværs af fagskel på narkotikaområdet. »Jeg synes også, at konferencen yderligere har bekræftet min overbevisning om, at resultaterne og fremskridtet på stofmisbrugsområdet i høj grad afhænger af, om vi kan skabe en tættere dialog mellem forskere, praktikere og politikere, og ikke mindst udvikle mulighed for et mere gensidigt forskningsmiljø, hvor de forskellige videnskabskulturer - samfundsvidenskab, naturvidenskab osv, kan befrugte hinanden.«

Preben Brandt var overordentlig tilfreds med de mange forslag og kommentarer der var fremkommet på konferencen, som gav rådets forskningsarbejdsgruppe noget med hjem, der kan arbejdes videre på.

DANRIS

- Dansk Rehabiliterings og Informations-System

Center for Rusmiddelforskning har pr. 1. februar 2000 indgået aftale med Socialministeriet, om iværksættelse af et tre-årigt forsøg med etablering og udvikling af et monitorerings- og dokumentationssystem på stofmisbrugsområdet (DANRIS = Dansk Registrerings og Informations-System). I første omgang vil DANRIS alene blive implementeret på døgnbehandlingsområdet.

DANRIS har tre formål:

- 1) At etablere en registrering af stofmisbrugere i døgnbehandling, som kan anvendes på *nationalt niveau* (blandt andet i samarbejde med Sundhedsstyrelsens registrering af stofmisbrugere i behandling) og på *internationalt niveau* (i samarbejde med EMCDDA = European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction). Desuden vil klient-data være sammenlignelige med spørgsmål fra EuropASI, hvilket betyder at også disse data kan sammenlignes på tværs af grænser.
- 2) At implementere et registreringsredskab på en række *døgnbehandlingsinstitutioner* som kan hjælpe dem med flg.:
 - a) At få større overblik over klientflow (hvor mange gennemfører/af-

bryder, hvad er indskrivningslængde i de enkelte faser m.m.)

- b) At få større overblik over hvilke stofmisbrugere der er indskrevet på netop deres institution (alder og kønsfordeling, misbrugsmønstre, sociale netværk, kriminalitet m.m.)
- c) At få større overblik over hvilke stofmisbrugere der gennemfører/afbryder, er indskrevet længst m.v. og hermed få mulighed for at formulere særlige programmer til stofmisbrugere med særlige problemer eller ressourcer
- d) At give institutionerne bedre muligheder for at sammenligne sig selv med andre institutioner (organisering, ledelse, uddannelsesniveau, hvilke stofmisbrugere de har indskrevet i sammenligning med andre institutioner m.m.)

For de institutioner hvor det virkelig lykkes at implementere registreringsredskabet, og som kan anvende det i deres daglige praksis, forventes det, at man ser en udvikling af arbejdsgange hen imod en mere systematisk og professionaliseret behandlingspraksis. Om dette også er tilfældet vil blive et af dette projekts undersøgelsesområder.

Formål 1 vil være at etablere et regi-

streringsredskab i mere traditionel forstand, mens formål 2, som det ses, i højere grad vil få karakter af anvendelse af registreringsredskabet til *selvevaluering* og *kvalitetssikring*. Dette fordrer, at det er meget nemt at anvende. Rent teknisk er dette ikke noget problem. Det vil f.eks. være muligt, når en stofmisbrugers indskrivningslængde og gennemførelse/afbrud indtastes i et computerprogram, på samme tid at se gennemsnitsindskrivningslængden og gennemsnitsgennemførelsesprocenten de sidste 3 måneder, halve år og det sidste år – såvel for det samlede forløb som for de enkelte faser.

Computerprogram-teknisk er det altså ikke noget problem, men det kræver en høj datakvalitet – og det er her de store arbejds- og implementeringsopgaver venter. Vi har ingen illusion om, at det vil blive nemt for alle at implementere et sådant registreringsredskab – for nogle få vil det måske endda være umuligt. Men for dem det lykkes for, kan der skabes et langt større overblik over institutionen og dens behandlingspraksis. Et af undersøgelsesområderne vil derfor også blive en undersøgelse af, hvorvidt integrering af registreringsredskabet direkte vil påvirke behandlingsresultaterne.

Sammenfattende er DANRIS et registreringsredskab, som har en funktion på flg. fire niveauer:

Et internationalt niveau	(EMCDDA, EuropASI)
Et nationalt niveau	(Sundhedsstyrelsen)
Et regionalt niveau	(amter og kommuner til visitation og kvalitetssikring)
Et institutionelt niveau	(til selvevaluering, programstyring og dokumentation)



3) At etablere et registreringsredskab som kan anvendes af *amter og kommuner* i deres arbejde med visitation, matchning og tilsyn. Hvad angår tilsynet er det bl.a. et mål, at man med DANRIS får etableret mere standardiserede kriterier for tilsyn – hvilket vil sige at amterne efterhånden begynder at anvende sammenlignelige kriterier for 'god' behandling. Ligeledes er det en hypotese, at de visitatorer, der anvender data fra DANRIS, efterhånden udvikler mere ensartede begrundelser for visitation til de enkelte institutioner.

En del af undersøgelsen vil altså være at undersøge hvorvidt DANRIS kan anvendes af de behandlere og ledere, der sidder i amterne og kommunerne, og som skal visitere, matche, føre tilsyn og tage andre beslutninger omkring døgnbehandlingen.

To amter er blevet spurgt, om de vil deltage i denne del af undersøgelsen. For disse to amter betyder det arbejdsmæssigt dog ikke meget andet, end at de får stillet et materiale til rådighed og at implicerede personer stiller sig til rådighed for højst to interviews hver. Målet med denne del af undersøgelsen er at vise, hvorvidt visitations-, matchnings- og tilsynspraksis ændrer sig når DANRIS anvendes. Dette kræver en kontrolgruppe, hvilket også vil blive etableret.

Når projektet ikke kræver megen tidsmæssig investering fra amter og kommuners side, er det fordi selve registreringsarbejdet påhviler institutionerne. Man kunne så spørge, om ikke det er en urimelig arbejdsbyrde at pålægge institutionerne? For det første indeholder DANRIS ikke ret mange oplysninger, som ikke i forvejen registreres på

institutionerne. Pointen er derfor, at registreringen kun i begrænset omfang skal udvides, men at den skal foregå på en anden og mere sammenhængende måde end tidligere, hvor a) alle institutionerne indhenter de samme oplysninger og b) der implementeres tilnærmelsesvis samme registreringsmetoder som sikrer datakvaliteten optimalt. For det andet kan det næppe anses for et urimeligt krav, at institutionerne til hver en tid og på pålidelig vis kan oplyse interessenter om, hvor mange der gennemfører behandlingen på deres institution, hvilken type stofmisbrugere de har indskrevet mv.

Start 2000

Projektet går i gang foråret 2000, hvor samtlige døgnbehandlingsinstitutioner i Danmark, som behandler stofmisbrugere, inviteres til at deltage. Herefter interviewes samtlige ledere fra de deltagende institutioner og samtlige medarbejdere besvarer et kort spørgeskema, som siger noget om uddannelse, anciennitet, behandlingsforståelse m.m.. På baggrund af disse data kan det første overblik over de deltagende institutioner fremlægges. Herefter implementeres DANRIS, og til efteråret 2000 begynder de første indsamlinger af klientdata. I foråret 2001 vil det forhåbentligt være muligt at lave den første opgørelse, som skal danne grundlaget for den første rapport. Samtidig med implementeringen af DANRIS vil visitations- og tilsynspraksisen i de to deltagende amter blive undersøgt. Det er her planen også at undersøge visitations- og tilsynspraksisen i to amter, som ikke deltager i projektet. Visitations- og tilsynspraksisen vil blive undersøgt igen omkring efteråret 2002. Her vil det blive vurderet, hvorvidt visitations- og tilsyns-

praksisen i de to deltagende amter ændrede sig i forhold til kontrolgruppen (de to amter der ikke deltager i DANRIS). Det søges her sandsynliggjort om denne forandring (hvis der er sket nogen forandring) kan tilskrives DANRIS.

Der vil efter første indsamling kunne rapporteres om klient-flow, klientkarakteristika og institutionelle forandringer hvert halve år. Den sidste del af projektet bliver en undersøgelse af, hvorvidt institutionerne har ændret praksis efter implementeringen af DANRIS og hvilken betydning DANRIS generelt har haft for døgnbehandlingen af stofmisbrugere.

Som afslutning på projektet vurderes det hvorvidt DANRIS skal permanentgøres og hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt at implementere et lignende, men tilpasset system på det ambulante behandlingsområde.

Mads Uffe Pedersen
 forskningslektor, Center for
 Rusmiddelforskning



På opfordring fra flere af Narkotikarådets medlemmer bringes i det følgende et sammendrag af resultaterne fra dr.philos. Willy Pedersen m.fl. nyeste forskning om stofbrug blandt unge i Oslo. Forskningen er udførligt beskrevet i disse artikler:

Pedersen, Willy & Skrondal, Anders, *Ecstasy and new patterns of drug use: a normal population study*, I: *Addiction*, vol 94, no.11, 1999.

Pedersen, Willy & Bakken, Anders *Ecstasy*. I: *Tidsskrift for samfunnsforskning*, årg. 39, Hefte 1, 1998.

Se evt.: www.scup.no/journals/en/toc/j-126/39-1.html

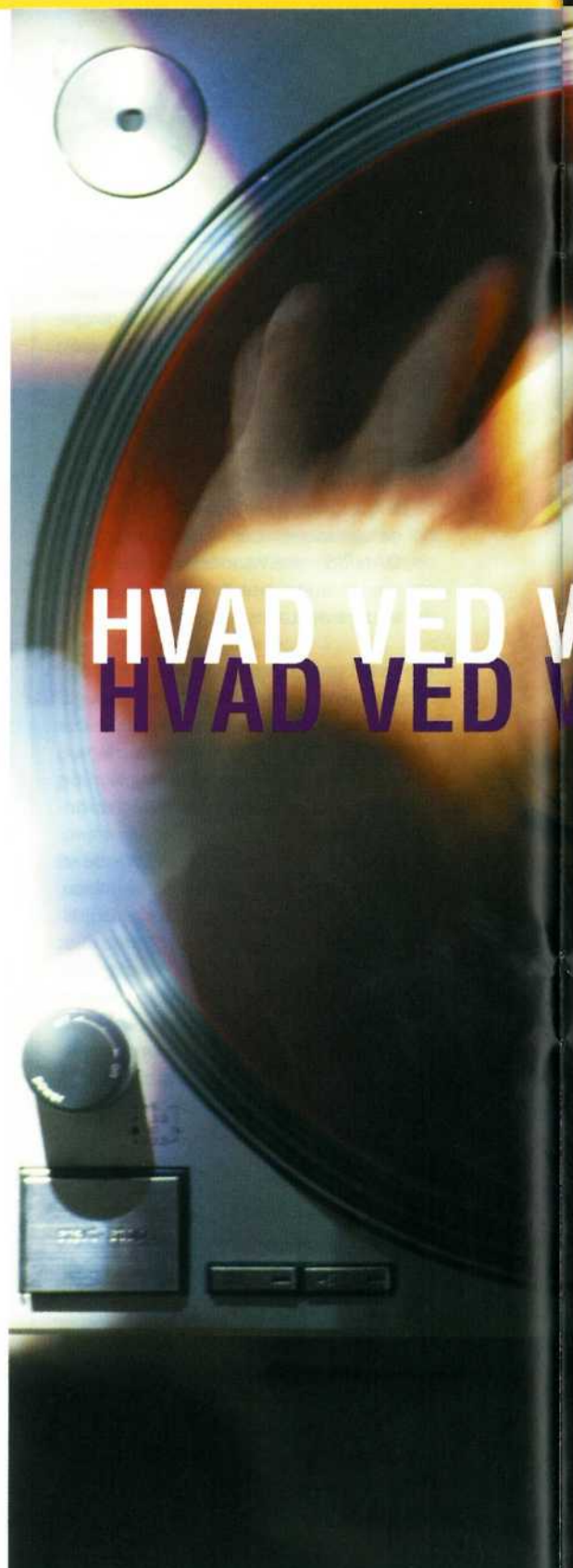
AF WILLY PEDERSEN, DR.PHILOS

Ecstasy betegnes som det nye 'drug of choice' blandt europæiske unge, og man mener at avantgarde grupper med tilknytning til house og techno-musik har været den primære rekrutteringsbase. De sidste år er stoffet kommet i søgelyset i Norge. Hvem er brugerne? Hvordan placerer stoffet sig i forhold til brug af velkendte stoffer som hash og amfetamin? Er det rigtigt, som det hævdes, at ecstasy særligt bruges af unge fra Oslos velstillede kvarterer, og at disse unge ikke har de kendetegn vi sædvanligvis har forbundet med brug af narkotika?

Ecstasy i søgelyset

I Norge har man haft rave-parties siden slutningen af 1980'erne, og i midten af 1990'erne åbnede de første klubber med morgen-parties i Oslo efter forbilleder fra New York, London og Berlin. Houseklubberne kom hurtigt i mediernes søgelys: Observatører påstod at ni ud af ti gæster var påvirket af ecstasy, og de opsøgende gademedarbejdere fra Udekontakten mente, at man her mødte andre unge end dem man plejede at møde i nattelivet. Mange skulle være fra Oslos velstående vestkant. Mange skulle være ukendte med brugen af rusmidler. Dette sidste ville - hvis det var rigtigt - i så fald repræsentere et nyt og opsigtsvækkende mønster: Tidligere forskning viser at socialiseringen til rusmidler normalt foregår gennem bestemte stadier, hvor illegale rusmidler bliver taget i brug af unge som er meget fortrolige med legale rusmidler, og de mere sjældne illegale rusmidler som amfetamin og kokain bliver normalt introduceret efter et mere udbredt stof som cannabis (Kandel m.fl. 1992, Aas & Pedersen 1993, Blaze-Temple & Lo 1992).

Den norske regering præsenterede i vinteren 1997 en stortingsmelding om narkotikapolitikken. Også her blev nye udviklingsmønstre i almindelige ungdomsgrupper påpeget: For første gang i mange år ses et øget forbrug af hash. Flere har udviklet hashliberale normer. Ecstasy og amfetamin synes at have fået tag i nye subkulturer af unge, som ikke har de psykosociale problemer man traditionelt har forbundet med brug af narkotika (st.meld. n. 16, s.13). I Rusmiddeldirektoratets brochure om stoffet, som er sendt ud i mange tusinde eksemplarer, formidles samme budskab: "Stofferne markedsføres som et 'festdope' overfor nye brugergrupper, ofte almindelige unge som ikke har tidligere erfaringer med brug af narkotiske stoffer. I enkelte sammenhænge er ecstasy blevet et alternativ til alkohol" (Rusmiddeldirektoratet 1995). Andre lande rapporterer det samme, og EUs hovedorgan på feltet - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - antyder at vi står overfor en 'psykedelisk renæssance'. Ressourcestærke grupper antages at være rekrutteringsbase. Men overalt mang-





VI OM UNGES BRUG AF ECSTASY?
VI OM UNGES BRUG AF ECSTASY?



Hovedkonklusioner i artiklen

- ★ DER ER ØGET BRUG af amfetamin, hash og især ecstasy blandt unge, der foretrækker techno og house etc.. Musikpræferencer antages normalt at være en særlig følsom markør for ungdomskulturelle grupperinger.
- ★ DER ER VED BRUG af ecstasy små forskelle mellem bydele og socialklasser, i modsætning til det billede som tegnes i norske medier af, at brug er mest udbredt i rige bydele.
- ★ ECSTASY OG AMFETAMIN anvendes ikke specielt meget af unge med indvanderbaggrund.
- ★ ECSTASY (og andre illegale stoffer) bruges typisk af unge, som er godt fortrolige med såvel legale rusmidler (tobak, alkohol) som illegale, herunder hash.
- ★ BRUGEN AF ECSTASY introduceres som regel efter brug af alkohol, cigaretter, cannabis og amfetamin.
- ★ BRUG AF ECSTASY og amfetamin er så at sige fraværende blandt unge, som ikke har haft erfaringer med hash.
- ★ DER ER EN STÆRK association mellem brug af hash, amfetamin og ecstasy og vold, berigelseskriminalitet og hærværk. Halvdelen af ecstasy- og amfetaminbrugerne havde deltaget i alvorlig berigelseskriminalitet.
- ★ BRUGEN AF ILLEGALE rusmidler hænger stærkt sammen med adfærdsproblemer i hele ungdomspopulationen, ikke kun blandt de marginale og adfærdsvanskelige grupper.
- ★ DEN PROSPEKTIVE sammenhæng mellem depression og angst og brug af rusmidler er svag, fordi personer med disse træk ikke er så tilbøjelige til at prøve rusmidler. Derimod vil brugere af illegale rusmidler over længere tid ofte udvikle dårlig mental helse som følge af en tendens til social og arbejdsmæssig marginalisering.
- ★ JÆVNLIK BRUG af rusmidler hænger normalt sammen med god social funktion, stærkt netværk og positive personlighedstræk. Der vil dog optræde omkostninger ved øget brug. Disse klarer de velfungerende unge bedre end de med dårlige udgangsbetingelser. "Det er farligt at være sårbar i omgivelser, der giver høj risiko".
- ★ ECSTASY HAR DIFFUNDERET fra avantgardegrupper over til andre og mere udsatte grupper, og stoffet er i modsætning til kokain ved at få varigt fæste i Norge.

ler man studier af hvad der er sket (EMCDDA 1996).

I de årlige Oslo-undersøgelser til Statens Institutt for Alkohol- og Narkotikaforskning blev data om ecstasy første gang indsamlet i 1994, hvor 2,1 pct. havde brugt stoffet. I 1996 var tallet øget til 4,2 pct. og i 1997 til 5,1 pct. Også brugen af hash og amfetamin øges (Skretting 1997). Alt tyder på en underliggende trend, hvor brugen af illegale stoffer bliver mere almindelig og hvor ecstasy er i færd med at blive mere etableret. Rapporter fra politiet om beslag af ecstasy bekræfter trenden: Fra ca. ti årlige beslag steg det til 39 i 1994, 160 i 1995, 198 i 1996 og i efteråret 1997 var der foretaget 207 beslag i ca. halvdelen af Norges kommuner. Analyser af bilister mistænkt for at køre efter at have indtaget ecstasy viser samme trend (KRIPOS 1997).

Viden om

Der er imidlertid få studier af ecstasybrug og -brugere. Den beskedne litteratur er dels fagpsykiatrisk - stort set kliniske studier af enkeltpersoner som er kommet i kontakt med behandlingssystemet. Dels er den biomedicinsk og farmakologisk, oftest baseret på dyreforsøg (for en oversigt se McCann & Ricaurte 1995). Typisk for begge typer studier er, at fundene er meget lidt konklusive, desuden fortæller de kun lidt om brugernes kendetegn. Større studier fra normalpopulationen er så at sige fraværende. Der findes derimod nogle få studier af selekterede brugergrupper. Beck & Rosenbaun (1994) foretog et kvalitativt studie af hundrede amerikanske ecstasybrugere i San Francisco-området, hvor tre brugergrupper blev identificeret: (i) en som søgte selvindsigt og bedre relationer til andre ('New Age Seekers'), (ii) tilhængere af bandet Grateful Dead og deltagere ved raves ('Dancers') og (iii) studenter og ressourcerstærke unge mennesker i liberale erhverv ('Yuppie Hedonists').

Fællestrækket var højt forbrug også af andre psykoaktive stoffer, og et 'rekreativt' og 's sofistikeret' forhold til rusmidlerne. Ecstasy indgik i et kræsent mønster af brug snarere end misbrug, i livstile præget af socialitet og ambitiøse karrierer. Informanterne havde også primært en positiv effekt af ecstasy - i hvert fald i moderate doser. I et australsk studie kom forskerne frem til et billede der minder om studiet fra San Francisco (Solowij m.fl. 1992): 'Nysgerrighed', 'afslapning' og 'morskab' var vigtige årsager til brug. Brugerne havde mødt stoffet ved fester og raves. De kategoriserede selv andre brugere som 'danseparty-folk', 'socialt aktive mennesker' eller 'sensation seekers'. Der blev også påvist forbindelser til 'yuppie-scenen' og til gay-kulturen. Associationer til stoffet faldt i to grupper (i) 'morskab', 'stimulans', 'energi' og (ii) 'relationer', 'kommunikation', 'kærlighed'. Enkelte oplevede nok en fare for bivirkninger som angst, hjerneskader, kognitiv funktionsvigt, men få havde oplevet det selv. Også her blev det rapporteret, at de positive effekter var størst ved moderat brug. Det er værd at mærke sig at begge studier bekræfter billedet fra medierne: Ecstasy bruges af aktive unge mennesker. Stoffet symboliserer afslapning, 'time out' og udfoldelse.

Konklusionen bliver at der sandsynligvis er en tendens til øget brug af ecstasy - i Norge og i andre vestlige lande. Videre er det nærliggende at antage, at stoffet appellerer til nye grupper, uden de psykosociale belastninger man almindeligvis har associeret med narkotika.

Dette var også udgangspunkt for de spørgsmål vi stillede i det foreliggende studie. Mere specifikt spørger vi: Er unge fra velstående områder rekrutteringsbase for ecstasybrug? En af

fire unge i Oslo har indvandrerbaggrund. Har disse grupper særlige brugsmønstre? Appellerer ecstasy til unge med sparsom erfaring med andre rusmidler, eller falder stoffet ind i en traditionel stadiesekvens - sammen med amfetamin, i kølvandet på legale rusmidler og hash? Er brugen af stoffet associeret med interesse for musikformer som techno og house, eller er brugen nu diffunderet til ungdomsmiljøer med mere traditionelle musikpræferencer? Mangler ecstasybrugerne de psykosociale belastninger, som vi ser hos brugerne af narkotika? Adskiller ecstasybrugerne sig i det store og hele fra brugerne af de mere velkendte stoffer hash og amfetamin?

Materiale og metode

Data kommer fra studiet Ung i Oslo 1996, og omfatter 11.425 unge fra og med ottende klasse til og med grundkursus i videregående skole. Besvarelsesprocenten var 94,3 pct.. Samtlige skoler i Oslo indgår. Det er så at sige komplette kohorter af unge som befinder sig i skolevæsenet i 8. og 9. klasse og også en stor del af dem fra 10. skoleår. Enkelte med højt forbrug af rusmidler skjuler sig sandsynligvis i frafaldet, alligevel gør den høje svarprocent materialet særdeles velegnet til at belyse brug af illegale rusmidler. Mere indgående beskrivelser af udvalg, frafald og indsamlingsprocedurer findes hos Bakken (1998).

De unge blev blandt andet spurgt om brug af alkohol, rygning, brug af narkotika, adfærdsproblemer (tyveri, hærværk, kriminalitet m.m.), psykiske problemer og musiksmag. Respondenterne blev inddelt efter bopæl, og indvandrere blev kategoriseret efter forældres fødeland (vestlig/ikke-vestlig baggrund).

Brug af stoffer blandt unge i Oslo

I 1996 havde 12,9 pct. af de unge i Oslo brugt hash, ca. 3 pct. havde brugt ecstasy og også amfetamin var brugt af ca. 3 pct.. Flere drenge end piger havde brugt rusmidler, men forskellen var størst for amfetamin og ecstasy. For hash var der et jævnt øget forbrug med alder, mens forskellene var mindre for amfetamin og små for ecstasy.

Ser man på de unges rusmiddelbrug i forhold til bydelsopdelingen var forskellene - i modsætning til hvad medierne beskriver - næsten fraværende når det gælder ecstasy, små for amfetamin, men derimod store for hash: Hash var særligt udbredt i Oslos vestlige bydele, som rummer de højeste socialklasser. Undersøgelsen viste desuden at der ikke var signifikante forskelle mellem indvandrerunge (afrikansk og asiatisk baggrund) og andre for brug af ecstasy og amfetamin. Statistiske analyser af materialet bekræftede tidligere forskning i, at unge lærer rusmidler at kende i en rækkefølge, hvor de legale rusmidler alkohol og tobak udgør de to første trin, efterfulgt af det mest almindelige illegale stof cannabis. Nyt - og værd at bemærke - er det, at amfetamin introduceres før ecstasy, og at ecstasy så danner 'gateway' til heroin. Ecstasy bruges altså typisk af unge, som er godt fortrolige med såvel legale rusmidler som de illegale rusmidler cannabis og amfetamin. Blandt brugerne af de tre illegale rusmidler røg 2/3 dagligt, mens kun 15 pct. af ikke-brugerne røg dagligt. Omkring halvdelen af brugerne drak alkohol mindst en gang om ugen, mens det for ikke-brugerne var en ud af ti. Brug af ecstasy og amfetamin var så at sige fraværende blandt unge, som ikke havde erfaring med cannabis. Overlapningen mellem ecstasy og amfetamin var også stærk: 56 pct. af ecstasybrugerne havde brugt amfetamin, mens 57 pct. af amfetaminbrugerne havde brugt ecstasy.

Blandt de unge var der ca. én pct. som havde brugt enten

ecstasy eller amfetamin, uden at have brugt hash. Var vi på sporet af en lille gruppe med 'rene' rekreative brugsmønstre? Analyser viste, at selv om denne gruppe ikke brugte hash, så havde den stærkt forøget forbrug af cigaretter og alkohol, og også meget højere risiko for alkoholproblemer end resten af de unge. Konklusionen bliver, at vi for både ecstasy og amfetamin genfinder et mønster, som tidligere er rapporteret for illegale rusmidler: Brugen væves sammen med højforbrug af legale rusmidler og også af det mest almindelige illegale rusmiddel - hash.

Problemer og musikpræferencer

Psykosociale problemer blandt unge grupperes gerne i de som vendes udad ('eksternaliserende', ofte udslag i berigelseskriminalitet, hærværk og vold), og de som vendes indad ('internaliserende', ofte symptomer på reduceret subjektivt velvære, typisk angst og depression). Begge disse grupper af variable viser traditionelt forbindelser til rusmiddelbrug, men stærkest er sammenhængen til 'eksternaliserende' problemer (for en oversigt, se Rutter 1995). Brugere af alle tre illegale rusmidler havde moderat øget sandsynlighed for symptomer på angst eller depression, og halvdelen af ecstasy- og amfetaminbrugerne havde deltaget i alvorlig berigelses- og voldskriminalitet det foregående år.

Ecstasy blev i starten associeret med smallere subkulturer med interesse for techno og house, mens mange senere har antaget, at både musikken og stoffet har diffunderet til bredere ungdomsmiljøer. Præferencerne for de forskellige musikformer blev undersøgt, og dernæst forbindelsen til brug af illegale rusmidler. Det viste sig, at techno/house faktisk var blandt de mest populære musikformer, sammen med disco/pop. Fire ud af ti kunne lide begge musikformer 'godt'. Gruppen som kunne lide disco havde reduceret brug af alle tre rusmidler. Gruppen, der kunne lide techno/house, havde øget brug af alle tre, men stærkest var sammenhængen til ecstasy. Blandt dem, som ikke havde deltaget i houseparties, havde 0,7 pct. brugt ecstasy, mod 11,5 pct. blandt dem der havde deltaget 'flere gange'. Også for amfetamin fandt vi forøgede andele, mens sammenhængen til hash var svagere. Techno og house er altså blevet populært blandt mange unge, men alligevel findes fortsat en stærk forbindelse til ecstasy og amfetamin.

Subkulturel diffusion

Vi ved kun lidt om de grupper, som introducerede ecstasy i begyndelsen af 1990'erne, men det er rimeligt at antage, at det var unge med blik for internationale strømninger knyttet til raves, house og techno - fænomener som på den tid var ret smalle. Det var slående i undersøgelsen, at techno er blevet en af de mest populære musikformer blandt dagens unge. Også britiske studier tyder på, at raves og house har fået en dominerende plads i det ungdomskulturelle billede, og det er blevet kaldt 'the mainstream youth culture of the 1990s' (Newcombe 1992). Alligevel fandt vi, at brug af ecstasy fortsat var associeret med præferencer for den slags musik, og deltagelse i houseparties var knyttet til kraftigt forøget sandsynlighed for



brug. Mainstream disco var derimod negativt associeret med brug. Unge med mere konventionel musiksmag ser fortsat ud til at have afstand til stoffet. Det samme mønster fandt vi for amfetamin, men svagere. House og techno er på den ene side blevet 'mainstream', alligevel er forbindelsen til rusmiddelbrug opretholdt.

Almindeligvis ses musikpræferencer som særligt sensitive markører af ungdomskulturelle fænomener, og i denne forstand tyder alt på at der fortsat er en distinkt kulturel dimension i brugen af særligt ecstasy. Ecstasy er en del af en bredere international ungdomskultur, og understøttes af en profit-søgende underholdningsindustri, men møder også modsatrettede kræfter initieret af såvel unge ('To be or to E'-kampagner) som de offentlige myndigheder. Et stort, årligt houseparty som *Hyperstate* i Oslo Spektrum, med over fem tusinde deltagere, repræsenterer ikke engang det innovative. Techno i de subkulturelle elitemiljøer transformeres derimod løbende og blandes med andre stilarter, og både musikken og de tilhørende rusmidler diffunderer til bredere grupper. Disse sammenhænge har været rapporteret tidligere (Vestel m.fl. 1997). Vores data understøtter, at der her ligger vigtige kanaler også for diffusion af rusvaner, og det er oplagt at studere disse sammenhænge nøjere.



Nyt og gammelt

Mest slående var det alligevel at ecstasy havde et så tvetydigt præg: Stoffet havde nok en subkulturel dimension, men faldt alligevel på plads i en stadiesekvens, som minder om det man tidligere har rapporteret for brug af rusmidler. Selv om vores data ikke giver mulighed for at se udviklingen over tid, tyder strukturen i de foretagne analyser på, at brugen udviklingsmæssigt følger i kølvandet på legale rusmidler og hash og amfetamin. Ecstasybrugeren fortsætter samtidig sit brug af cigaretter, alkohol, hash og ofte også amfetamin. Det er vel at mærke ikke bare brug af alkohol; også indikatorer på alkoholmisbrug slog stærkt igennem. Dette står i skarp modsætning til myter om stoffet, som også genfindes i officielle oplysningskampagner, og som fremstiller ecstasy som et stof, der ofte bruges af unge uden eller med få erfaringer med andre rusmidler. Dette fund bekræfter tidligere studier som viser, at nye illegale rusmidler normalt falder ind på et sted i sekvensen som reflekterer stoffets grad af 'afvigelse'. På én måde er ecstasybrugeren en ny figur. Samtidig er han altså underlig velkendt.

Tidligere studier fra normalpopulationen har vist, at den prospektive sammenhæng mellem indadrettede psykiske problemer som depression og angst og brug af rusmidler, er ret svag. Dette skyldes antagelig at disse problemer for den

enkelte er associeret med personlighedstræk som introversion og forsigtighed - træk som igen er forbundet med reduceret tilbøjelighed til at prøve rusmidler (Pedersen 1991). Derimod vil brugere af illegale rusmidler over tid udvikle dårligt psykisk helbred, oftest som en funktion af en dybere tendens i retning af social og arbejdsmæssig marginalisering. Der vil ofte være tale om et samspil, sådan at personer, som bruger illegale rusmidler, rammes hårdere af negative begivenheder i livet, som for eksempel arbejdsløshed, end andre (Hammer 1991, Fergusson & Horwood 1997). De moderate forbindelser mellem angst/depression og brug af ecstasy og amfetamin i dette - meget unge - udvalg, var derfor ikke uventet. Effekterne vi faktisk fandt skyldes nok primært selektion, men man kan ikke udelukke effekter af ecstasybrug. Et nyligt studie af affektive reaktioner på ecstasybrug tyder på, at 'week-end highs' ofte følges af 'mid-weeks low' (Curran & Travill 1997). Mere sandsynligt er det nok at virkningerne skyldes problemer i forhold til skole og familie. For hash var forbindelsen til angst og depression noget svagere.

Adfærdsforstyrrelser

Den stærke forbindelse mellem alle de illegale stoffer og adfærdsproblemer er beskrevet tidligere i den internationale

faglitteratur, og den er værd at mærke sig. Berigelseskriminalitet og vold kendetegner brugerne af både amfetamin og ecstasy. Disse kendetegn er også kernen i det som ungdomspsykiatrien betegner som 'adfærdsforstyrrelse'. Tidligere forskning har vist at ca. 5 pct. af ungdommen lever op til kriterierne for denne diagnose, og at gruppen har forøget risiko for et bredt spektrum af problemer i voksenalderen. Særlig er forbindelsen til såkaldt antisocial personlighedsforstyrrelse og patologisk rusmiddelbrug stærk, men man finder også sammenhænge til så at sige al anden psykopatologi (Robins & Price 1991). Nyt i vores studie er det, at disse sammenhænge er lige så robuste, når man analyserede materialet uden de grupper, der har de fleste adfærdsproblemer. Fundet tyder på, at brug af illegale rusmidler har en stærk sammenhæng til adfærdsproblemer i hele ungdomsbefolkningen, ikke bare i de marginale og adfærdsvanskelige segmenter. Vi er ikke kendt med at sådanne analyser er rapporteret tidligere.

Pigerne har lavere andel af alvorlige adfærdsproblemer end drengene, men det er værd at mærke sig, at de piger, der rapporterer sådanne problemer, faktisk har større sandsynlighed end drenge med samme kendetegn for at bruge ecstasy og amfetamin. Også i et stort amerikansk epidemiologisk studie blev tilsvarende sårbarhed hos piger rapporteret (Robins & McEvoy 1990). Der kan være mindst tre årsager til dette: Denne slags adfærdsproblemer hos piger kan reflektere mere patologiske selektionsfaktorer end hos drenge. Tidligere forskning har præsenteret fund i denne retning. Det kan også være, at piger med disse kendetegn stemples og stigmatiseres kraftigere end drenge i tilsvarende situation. En tredje mulighed kan være, at piger med adfærdsproblemer ofte trækkes mod kæresteforhold med ældre drenge som bruger illegale rusmidler (for en gennemgang, se Pedersen & Skrondal 1998).

Rekreativt brug af almindelige rusmidler er ikke nogen stærk risikofaktor. Derimod gælder dette i høj grad kombinationen af højt rusmiddelforbrug og adfærdsproblemer. Desuden er der flere nye studier som tyder på - afhængigt af andre kendetegn ved de unge - at det kan være nok så forskellige processer, som sættes i gang i kølvandet på tidlig debut. For enkelte unge er det relativt let at opretholde et relativt højt rekreativt forbrug af rusmidler. For andre - med mere alvorlige belastninger - udvikler der sig meget hurtigt destruktive brugsmønstre og afhængighed (Weber m.fl. 1989).

Netværk og rollemodeller

I alkoholforskningen har skandinaviske forskere lanceret begrebet 'den kollektive drikkekultur' (Skog 1985), hvorved forstås at alkoholkonsumet i en befolkning bedst forstås fra et netværksperspektiv: Dine handlinger påvirkes af andre, og selv påvirker du tilsvarende dem du omgås. På agereget niveau ytrer det sig ved, at øget eller reduceret forbrug kan registreres i alle konsumsegmenter. En nærliggende hypotese vil være, at mekanismerne som genererer mønstrene også langt hen ad vejen gælder for illegale stoffer: Stigning i almindelige brugsmønstre breder sig til sårbare grupper i yderkanten af fordelingen. Selv om kokain eller ecstasy introduceres af avantgarde grupper flyder stofferne alligevel hurtigt til udsatte miljøer.

Hash er fortsat det mest almindelige illegale stof i Oslo, og derfor værd at studere i lyset af netværksperspektivet. Vores undersøgelse viste, at unge fra urbane og socioøkonomisk stærke områder i Oslo er rekrutteringsbase for hash. Brugen følges med rusliberale normer. Mange af disse unge er artikulerede og synlige, og bidrager derfor sandsynligvis til øget

spredning. Set i dette lys er brugsmønstrene blandt indvandrere heller ikke overraskende: Indvandrere fra vestlige lande bor oftest i byens vestkant, og de har mange kendetegn til fælles med andre unge i disse bydele. Deres forældre har normalt højstatusjob - ofte i business og diplomati, de har høj uddannelse og de bor i et rigt miljø. Indvandrere fra afrikanske og asiatiske lande bor oftere på østkanten, deres forældre tilhører ofte arbejderklassen og de vokser op i familier med traditionsbundne normer.

Fundene falder sammen med andre fund som viser, at almindelig brug af rusmidler er knyttet til socialitet, stærke netværk og personlighedstræk vi opfatter som positive, mens afholdenhed (særligt fra alkohol) kan være associeret med dårlig social kompetence, introversion og svage netværk (Pedersen 1993, Pape 1996). Rusmidlernes ene - ofte oversete - ansigt udgøres altså af velfungerende unge med gode netværk. Men netværksperspektivet viser hvordan det er tæt forbundet med en omkostningskonto: Når almindeligt brug øges, vil spekteret af omkostninger også øges. Prisen bæres nok af det ressourcestærke hovedsegment af brugere, men relativt set vil de, der som udgangspunkt har dårligere betingelser, have større sandsynlighed for at rekrutteres ind i miljøet og de vil også opleve de største omkostninger: Det er farligt at være sårbar i omgivelser som giver høj risiko.

Fra avantgarde til udsatte

Ecstasy har sandsynligvis diffunderet fra avantgarde grupper til andre og mere udsatte unge - over hele Oslo. Meget kan tyde på at stoffet er ved at få varigt fæste, og der er for første gang i mere end tyve år tegn på en generel stigning i brugen af illegale rusmidler. I dette perspektiv er det værd at mærke sig, at amfetamin, som er et stof med længere historie i Norge, har samme prævalens for brug som ecstasy, men en lidt anden rekrutteringsbase: Her ses det største brug blandt unge fra indre Oslo øst og unge på erhvervsfaglige uddannelser, som altså retter sig mod arbejderklassens erhverv. Dette kan ses som udtryk for, at når forbruget af illegale rusmidler øges, vil nye mønstre brede sig til bredere grupper. Amfetamin er mindre glamourøst end ecstasy og anses som farligere end hash. Med højt brug af illegale rusmidler ses øgning i alle segmenter af brugere.

Dette studium viser desuden to forhold: I øst og vest i Oslo er det omtrent samme kendetegn der udgør risikofaktorer. Mere og mere tyder på, at Oslo vest ikke udgør et specielt beskyttet opvækstmiljø. Vores data tyder på, at både i øst og vest i byen har grupperne i risikozonen forbavsende ensartede præg. Videre er det værd at mærke sig, at piger nok har en lavere andel af såvel illegal rusmiddelbrug som adfærdsproblemer end drenge. Men etiologien (læren om sygdommes årsager, red.) til de to køn var alligevel meget ensartet - de vigtige forbindelser mellem adfærdsproblemer og narkotika var faktisk mest udtalt for pigerne.

Et meningstomrum?

Det er vanskeligt objektivt at identificere virkningerne af psykoaktive stoffer. De virker forskelligt på forskellige mennesker, og kulturelt betingede forventninger har stor betydning. Både 'set' og 'setting' er vigtige, men det er værd at lægge mærke til, at begrebet 'socialitet' går igen når det handler om ecstasy. I mediernes omtale af ecstasy afvises at det er et sexdrug, derimod lægges der vægt på fællesskab og empati. Stoffet tillægges tilsyneladende de same virkninger, som Collin mener

er grundlaget for brugen i England (Collin 1997): Ecstasy er blevet populært på grund af dets evne til at skabe fællesskab og tilknytning for unge som er søgende, og som føler svage bånd til samfundet. Ecstasybrug er nok apolitisk, men udgør alligevel en response på unges oplevelse af rodløshed i England efter Thatcher.

Den store skærm

Collins beskrivelse passer godt med et perspektiv, som for nyligt blev skitseret af en forskergruppe i Academia Europaea, ledet af englænderen Michael Rutter. Gruppens opgave var "to consider whether psychosocial disorders in young people had become more, or less, frequent over the last 50 years" (Rutter & Smith 1995). Et imponerende analysearbejde fik gruppen til at konkludere at: Der har været en øgning efter krigen, men den afspejler ikke nogen trend fra tidligere i århundredet.

Forskergruppen drøftede en række årsagshypoteser, og nåede frem til at der ikke findes en enkeltstående forklaring, men at svarene nok skal findes i vanskeligt målbare størrelser. Ungdommens rolleudformning er et bud på forklaring, og særlig spændingen mellem økonomisk afhængighed og tidlig seksuel selvbestemmelse fortjener undersøgelser. Skilsmisseraten og forældrenes mangel på evne til at organisere egne samliv har betydning. Der har næppe været et moralsk forfald blandt unge, men der er grund til at undersøge hvordan moral og prioriteringer har udviklet sig. Til slut er velstand alene næppe nogen årsag, men udviklingen af et forbrugersamfund kan være vigtig.

For vores del kan vi måske supplere med, at perspektivet har fællestræk med hvad sociologer ville kalde det senmoderne samfunds svækkede greb om sine indbyggere, i dagens jargon, at unge er 'kulturelt fritstillede' og præget af 'refleksivitet'. De snærende bånd bliver færre, mulighederne større, de potentielle identiteter mange. Fundene vi har præsenteret i dette arbejde kan nok give en vis støtte til disse tanker: Et nyt rusmiddel som ecstasy formes og breder sig i en flimrende kontekst af kulturfattere, musikvideoer og nye danseformer. I sit væsen er disse ungdomskulturelle mønstre og den tilhørende industri international. Det hele diffunderer med lynets hast, ubundet af landegrænser og breder sig til bredere grupper end tidligere. Alligevel er der noget velkendt i det nye og spektakulære: Brugerne af ecstasy har trods alt kendetegn, som gør dem vanskelige at skelne fra såvel gårsdagens som dagens brugere af mere velkendt narkotika.

Oversættelse og sammendrag er foretaget af Stofs redaktion og godkendt af Willy Pedersen.

Willy Pedersen
forsker II. Mag.art
(pedagogikk),
dr. philos.

Tilnøttet Norsk institut
for forskning om oppvekst,
velferd og aldring
(NOVA), www.isaf.no



Litteratur

- Bakken, A. Samlerapport fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996. In press. 1998
- Beck, J & Rosenbaum, M., *Pursuit of ecstasy: The MDMA experience*. New York: State University of New York Press, 1994.
- Blaze-Tempel, D. & Lo, S.K., *Stages of drug use: a community survey of perth teenagers*, *British Journal of Addiction*, 87, 215-225, 1992.
- Collin, M., *On the wings of a dove*. Reportasje om bruk av ecstasy i i-D, 1997.
- Curran, H.V. Travill, R.A., *Mood and cognitive effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, «ecstasy»): week-end «high» followed by mid-week low*, *Addiction*: 92: 821-831, 1997.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. European Communities: UK, 1996.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., *Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults*, *Addiction*, 92: 279- 298, 1997.
- Hammer, T., *Risk factors related to use of alcohol and cannabis in the general population*. University of Oslo: Department of Behavioural Science in Medicine, 1991.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K. & Chen, K., *Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the Gateway theory*. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 447-457, 1992.
- KRIPOS, *Personlig meddelelse fra inspektør Bønes*, 1997.
- McCann, U. & Ricaurte, G.A., *On the neurotoxicity of MDMA and related amphetamine derivatives*. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 15: 295-296, 1995.
- Newcombe, R., *A researcher report from the rave*. *Druglink*, 7: 14-16, 1992.
- Pape, H., *Alkoholens gleder og farer i ungdomstiden*. I Pedersen, W. & Waal, H. (red) *Rusmidler og veivalg*. Oslo: Cappelen Akademisk, 1996.
- Pedersen, W., *Adolescents initiating cannabis use: cultural opposition or poor mental health?* *Journal of Adolescence*: 13: 327-339, 1990.
- Pedersen, W., *Drugs in adolescent worlds*. Thesis. Oslo: University of Oslo, 1991.
- Pedersen, W., *The majority fallacy reconsidered*. *Acta Sociologica*, 36, 343 - 355, 1993.
- Pedersen, W. & Skronal, A., *Alcohol debut: predictors and consequences*. *Journal of Studies on Alcohol*. In press, 1998.
- Robins, L. N; McEvoy, L., *Conduct problems as predictors of substance use*, Robins, L. & Rutter, M. (red) *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Robins, L. N; Price, R.K., *Adult disorders predicted by childhood conduct problems*. *Psychiatry*: 54: 116-132, 1991.
- Rusmiddeldirektoratet, *Fakta om ecstasy*, 1995.
- Rutter, M. (red), *Psychosocial disturbances in young people*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Rutter, M & Smith, D, J (red), *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. Chichester: Wiley, 1995.
- Skretting, A., *Upubliserte data fra Statens Institutt for Alkohol- og narkotikaforskning*, 1997.
- Skog, O-J., *The collectivity of drinking cultures*. *British Journal of Addiction*, 80, 83-99, 1985.
- Solowij, N., Hall, W., Lee, N., *Recreational MDMA use in Sydney: a profile of Ecstasy users and their experiences with the drug*. *British Journal of Addiction* 87, 1161-1172, 1992.
- St. Meid. 16., *Narkotikapolitikken*, 1996-97.
- Vestel, V, Moshuus, G, Øia, T, Bakken, A., *Ungdomskultur og narkotikabruk*. Vedlegg til Stortingsmelding 16, 1996-1997: Narkotikapolitikken, 1997.
- Weber, M.D., Graham, J.W., Hansen, W.B., Flay, B.R., Johnson, C.A., *Evidence for two paths of alcohol use onset in adolescents*. *Addictive Behaviours*, 14: 399-408, 1989.
- Aas, H. & Pedersen, W. *Stadier i ungdoms bruk av rusmidler. En longitudinell studie*. *Nordisk Alkohol Tidsskrift* 3, 1 - 10, 1993.

NYT FRA NARKOTIKARÅDET

EFTERBEHANDLING

I forlængelse af Narkotikarådets tidligere udsendte publikation med anbefalinger for god efterbehandling, har rådet ønsket fortsat at følge op på området og indsamle konkret viden om igangsatte og nye initiativer.

Der er stor fokus på efterbehandling: Center for Rusmiddel-forsknings evaluering af behandlingsindsatsen har vist, hvor vigtig efterbehandling, udsusning og aktivering er for fortsat stoffrihed. Socialministeriets narkopolje modtog 130 ansøgninger med projektbeskrivelser der angår efterbehandlingsinitiativer og kommunerne efterspørger erfaringer fra området.

Narkotikarådet har derfor besluttet at nedsætte en ny arbejdsgruppe om efterbehandling, herunder aktivering og revalidering.

KOMMISSORIUM

Arbejdsgruppen skal indsamle viden om eksisterende og nye initiativer i ind- og udland på efterbehandlingsområdet. Foruden de tilbud behandlingsinstitutionerne og/eller kommunerne giver m.h.t. bolig, uddannelse, beskæftigelse, netværk m.m. skal gruppen især se på hvordan aktivering, revalidering, skånejobs m.m. kan gøres bedre og bane vejen for ordinære jobs til almindelig løn for gruppen af stofafhængige, og ikke kun personer som har været i stoffri behandling.

Gruppen skal desuden samle erfaringer fra udenlandske efterbehandlingsprojekter, bl.a. initiativer inspireret af den italienske CeS-model: Projekt Menneske i Danmark, Basta i Sverige, de Hoop i Holland til brug for afklaring af hvordan det 'almindelige' samfund kan skabe plads til stofafhængige. Kan der f.eks. laves (hel- eller deltids) arbejds- og bofællesskaber i Danmark for stofafhængige, eventuelt i samarbejde med det private arbejdsmarked, fagbevægelsen eller andre?

Undervejs i arbejdet udarbejdes notater om de forskellige initiativer, som til sidst vil blive samlet i en afsluttende rapport.

Formand for arbejdsgruppen er Kirsten Brauer, tidl. leder af den private døgnbehandlingsinstitution "Gunderuplund", og gruppens medlemmer dækker området bredt (behandling, lovgivning, evaluering mm).

ÆLDRE STOFMISBRUGERE

Narkotikarådet har besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe på baggrund af behovet for en mere samlet indsats for gruppen af pleje- og omsorgskrævende misbrugere, der er "gamle" både aldersmæssigt og mht. misbrugskarrierer, og som udgør en væsentlig del af den samlede population.

Arbejdsgruppen skal se på hvilke behov denne gruppe har med hensyn til behandling, pleje/omsorg, aktivering og botilbud. De eksisterende tilbud til gruppen skal kortlægges og det skal belyses hvilke konkrete tilbud, der er behov for. Der vil herunder blive set på rammerne for samarbejdet mellem amt og kommune. Formand for arbejdsgruppen er Robert Olsen, forstander på Mændenes Hjem i København.

BAGGRUND

De stofmisbrugerne, der startede deres misbrugskarriere i 60'erne eller 70'erne vil nu være så gamle, at der er behov for botilbud med social støtte og omsorg svarende til plejehjem. Her-

udover vil det være relevant at overveje hvilke tilbud om behandling, støtte og omsorg eller eventuelt revalidering man i øvrigt kan tilbyde denne gruppe.

Gruppen har specielle behov (pga. dårlig helbredsmæssig tilstand og evt. psykiske lidelser), men herudover er gruppen også svær at placere: F.eks. vil det være svært at placere dem på et almindeligt plejehjem, fordi mange har en adfærd og nogle behov, der er så forskellige fra de øvrige beboeres, at der let vil kunne opstå konflikter og uoverensstemmelser og der vil kunne ske det, at de bliver afvist og vil blive anset for besværlige fra personalets side.

Fra udlandet er det blevet oplyst, at man i Holland, der på mange måder har været foregangsland, når det gælder pragmatisk stofmisbrugspolitik med vægt på skadesreduktion, i Rotterdam nu har oprettet et plejehjem for ældre stofmisbrugere.

Herhjemme har man på specialambulatoriet på Forchhammersvej tilbud om bopæl og behandling for ældre stofmisbrugere, ligesom der findes væresteder, f.eks. Regnbuen i Kolding, der i høj grad retter deres virke mod ældre misbrugere. I Ålborg har man netop startet Danmarks første alternative plejehjem for gamle drankere og narkomaner: Fem pladser på forsorgshjemmet Svenstrupgård er indrettet som plejehjem. Socialministeriet finansierer plejehjemmet i en to års prøveperiode.

KVALITETSSIKRING

Narkotikarådet har nedsat en arbejdsgruppe der skal tage stilling til, hvordan man kvalitetssikrer stofmisbrugsbehandlingen i Danmark.

Arbejdsgruppen vil først undersøge den stoffri døgnbehandling, den ambulante stoffri behandling og efterbehandlingen, og derefter den ambulante substitutionsbehandling.

Baggrunden for nedsættelsen af arbejdsgruppen er blandt andet, at CfRs evaluering af den stoffri døgnbehandling er afsluttet og har afdækket problemstillinger, der efter rådets opfattelse giver anledning til en faglig opfølgning. Hertil kommer, at man på behandlingsområdet i stigende grad efterlyser fælles referencerammer for vurdering af behandlingstilbuddene.

Arbejdsgruppen skal på baggrund af CfRs undersøgelsesresultater, samt erfaringer der indhentes fra behandlingsområdet, danne sig et overblik over, hvilke tiltag der bør iværksættes for at sikre bedre behandlingsresultater indenfor den stoffri behandling.

PROBLEMMOMRÅDER

Arbejdsgruppen vil indledningsvis undersøge, hvordan stofmisbrugerne kommer i forbindelse med behandlingstilbuddene, omfattende undersøgelser af hvordan tilbuddene fremsendes, deres tilgængelighed, markedsføringen af tilbuddene, o.a.

Gruppen vil undersøge og komme med anbefalinger til, hvordan samarbejdet mellem visitator og behandlingssted kan forbedres og dermed virke kvalificerende for behandlingen, herunder også matchningen. Man vil bl.a. forsøge at skabe klarhed over, hvordan visitator kan få indblik i den pædagogiske og terapeutiske linie i institutionen, uddannelsesniveaueet i personalegruppen, herunder personalets muligheder for

supervision og kompetenceudvikling m.v.

Der skal tages stilling til hensigtsmæssigheden af den nuværende struktur, finansiering og organisering på behandlingsområdet, og samarbejdet mellem amter og kommuner skal belyses, specielt den koordinerende indsats i forbindelse med udarbejdelse af handleplaner for stofmisbrugere.

Spørgsmålet om uddannelseskrav til personale på institutionerne vil blive behandlet: Bør det eventuelt anbefales, at der stilles personlige og uddannelsesmæssige minimumskrav til misbrugsbehandlere, og i givet fald, hvad skal sådanne minimumskrav i form af uddannelse/træning indeholde, og på hvilken måde kan/bør noget sådant organiseres og forankres?

Efterbehandlingen, der skal følge op på primær behandlingen og fokusere på evner og muligheder for at opbygge en stabil øget social, psykisk og fysisk livskvalitet, og forebygge og samle op på tilbagefald, vil ligeledes blive gennemgået og beskrevet af arbejdsgruppen.

ARBEJDETS TILRETTELÆGGELSE

Der vil indledningsvist blive afholdt møder med tidligere misbrugere, behandlere, visitatorer o.a., og i forbindelse med processen vil der løbende blive udarbejdet delrapporter, hvori de forskellige delproblemstillinger beskrives. Nationale og internationale erfaringer med hensyn til udvikling af metoder og redskaber til kvalitetssikring vil blive gennemgået, herunder DANRIS projektet (se artikel i dette nummer af Stof). Der vil sluttelig blive udarbejdet et samlet oplæg til rådet med forslag til kvalitetssikring af den stoffri behandling.

GRUPPENS SAMMENSÆTNING

Arbejdsgruppen skal være permanent og bestå af en fast kerne af Narkotikarådsmedlemmer, samt skiftende personer uden for rådets regi med særlig viden og erfaring på området. Kvalitetssikring betragtes som en fortløbende og dynamisk proces, hvor der hele tiden er mulighed for at justere og opdatere anbefalinger o.a. Formand for arbejdsgruppen er socialdirektør Inger Margrethe Thomsen, Nordjyllands Amt (se leder i dette nummer af Stof)

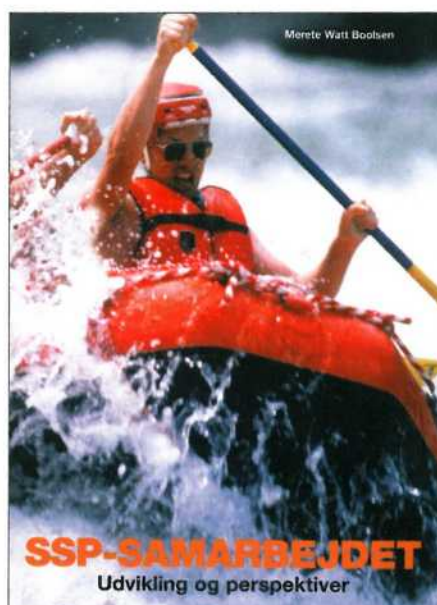
NY UNDERSØGELSE AF SSP-SAMARBEJDET I KOMMUNERNE

Narkotikarådet, Voldssekretariatet og Det Kriminalpræventive Råd har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt de personer i kommunerne, der varetager det kriminalitetsforebyggende arbejde med børn og unge. Samarbejdet er kendt som SSP-samarbejdet - Skole, Socialvæsen og Politi.

Undersøgelsen giver et mere systematisk kendskab til SSP-samarbejdets organisering, målgrupper, arbejdsområder, metoder i arbejdet mv. Resultaterne foreligger nu som bog: "SSP-samarbejdet - Udvikling og perspektiver", af lic.soc. Merete Watt Boolsen.

UNDERSØGELSENS HOVEDRESULTATER

Samlet peger undersøgelsen på, at der er tydelige sammenhænge, hvad angår SSP-samarbejdet i relation til kommunes-tørrelse og SSP-kontaktpersonernes ansættelsestid - på den



måde, at der i de store kommuner typisk er ansat SSP-medarbejdere med en fuld arbejdsuge, mens der i de mellemstore og små kommuner typisk er ansat personer, der har SSP-samarbejdet som en del af deres øvrige funktioner.

Analyserne peger også på, at sandsynligheden for en bredere kriminalitetsforebyggende indsats stiger i takt med stigningen i kommunes-tørrelse.

RESULTATER VEDRØRENDE FOREBYGGELSE

I næsten alle kommuner arbejder man med alkohol- og narkotikaproblemer og ungdomskriminalitet generelt: 92 pct. af SSP-kontaktpersonerne angiver at have deltaget i SSP-samarbejde om hashmisbrug, 82 pct. har haft samarbejde om stærkere stoffer.

Gadeplansarbejde bruges i ca. 1/4 af kommunerne, og det er en arbejdsform, hvis anvendelse stiger i takt med stigende kommunes-tørrelse: I de store kommuner har 82 pct. udført gadeplansarbejde over for de unge, 73 pct. har fulgt op over for forældre. I de små kommuner har 41 pct. udført gadeplansarbejde, 38 pct. har fulgt op over for forældre.

PERSPEKTIVER

For de tre sekretariater, som har igangsat undersøgelsen, har det været vigtigt at indhente oplysninger der tillader udviklingsperspektiver for, hvordan man kan støtte, kvalificere, målrette og perspektivere den fremtidige indsats. Et bedre kendskab til disse forhold kan målrette og kvalificere de tre sekretariaters rådgivning til Folketinget, kommunerne og politikredsene.

I forlængelse af undersøgelsen blev der d. 5. april 2000 holdt en konference om undersøgelsesresultaterne og videreudviklingen af SSP-samarbejdet. I konferencen deltog SSP-kontaktpersoner, forvaltningsledere og andre interessenter på området.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås hos Merete Watt Boolsen, Det Kriminalpræventive Råd. Tlf.: 3543 2300. Undersøgelsen er tilgængelig på DKRs hjemmeside: www.crimprev.dk

Nordens første fixeforsøg og den virkelige virkelighed

sidste nr. af Stof (nr. 10) skriver socialrådgiver og projektkoordinator Allan Christensen at behandlingsinstitutionen Stærns forsøg med injicerbart metadon tager udgangspunkt i den 'virkelige' virkelighed. Og hvad er så det for en?

Jo det er en, hvor et forsøg med injicerbart metadon med deltagelse af 18 personer har medført en række løfterige resultater, har forebygget svamp (?) på hjerteklapper, har forbedret alle deltagernes helbred væsentligt, medført fald i sidemisbrug for 90 pct.s vedkommende, forbedret sprøjtehygiejnen for alles vedkommende, medført færre hospitalsindlæggelser, også på psykiatriske afdelinger, givet penge i overskud til køb af stereo og gaver, udryddet narkogæld, styrket familierelationer, højnet aktivitetsniveauet, brudt den sociale isolation, og ført til et drastisk fald i kriminaliteten.

Alt dette står at læse i artiklen, så det er ikke mærkeligt at der tales om positive resultater, og at dette behandlingstilbud kan være "et reelt alternativ til den stadigt ringere behandling misbrugerne udsættes for på alle områder." Hvor Christensen har det sidste fra er ikke godt at vide, jeg troede at der på flere områder var sket fremskridt, i hvert fald bruger vi langt flere penge (ca. 3 gange så mange) på behandling som for blot nogle få år siden. Men lad nu det ligge, det er forsøget med injicerbart metadon det drejer sig om.

Når man læser om forsøgets resultater så er det næsten for godt til at være sandt. Hvad dølen nøler vi efter? Lad os få nogle flere stofmisbrugere på injicerbart metadon, som kan danse fornøjede rundt om de nyindkøbte stereoanlæg. I stedet for at belaste hospitalsvæsenet og frarøve gamle damer deres folkepension.

Hvis man har læst den rapport (og jeg er en af de få der har, og resten af menneskeheden er ikke gået glip af ret meget) som artiklen bygger på, så er det imidlertid ikke bare for godt til at være sandt - det er simpelthen løgn og latin. Og det hænger primært sammen med at forsøget i sit design og sin gennemførelse var så svagt med en så usikker registrering af subjektive og objektive hændelser og en så usystematisk indsamling af data, at det ikke tillod konklusioner af nogen som helst karakter - hverken negative eller positive.

Lad os se lidt nærmere på det: 18 personer indgik i forsøget, 9 faldt fra under vejs, altså et frafald på 50 pct.. Læser man kasuistikkerne på de resterende 9 har måske 4 profiteret af projektet; altså en succesrate på 22 pct..

Om sidemisbruget er faldet eller steget ved man ikke, for der blev kun taget få sporadiske prøver under forsøget, og der var ikke taget nogle før forsøget.

Kriminalitet og hospitalsindlæggelser er der ikke mål for hverken før eller under forsøget - om det er steget eller faldet er ganske uvist.

Alt dette skrev jeg til forfatterne (inklusive Christensen) alle-

rede i april 1999, hvor jeg også skrev, at det ikke med nogen rimelig sikkerhed kan afgøres om forsøgspersonerne fik det bedre eller værre som følge af forsøget, men at de foreliggende meget usikre data tydede på at en evt. gevinst var beskedent. Og at de som følge deraf burde investere energi i at designe og gennemføre et projekt der tillod nogle mere holdbare konklusioner. Fordi det er vigtigt at få afklaret om brug af injicerbart metadon kan have en plads i behandlingen.

Men det har de desværre ikke gjort. I stedet for har Christensen spredt en række i bedste fald udokumenterede påstande til en række fagblade, og endnu en gang bekræftet, at når det gælder stofmisbrugere kan man tillade sig at skide højt og flot på saglighed, faglighed og sandhed.

Peter Ege, socialoverlæge i Københavns Kommune

Narkosektoren ved skillevejen

Behandlerne må nærme sig den stofafhængiges virkelighed hvis forholdet mellem dem der hjælpes, og dem der hjælper, skal blive en etisk og moralsk funderet relation. Nøgleordet er 'næstekærlighed'

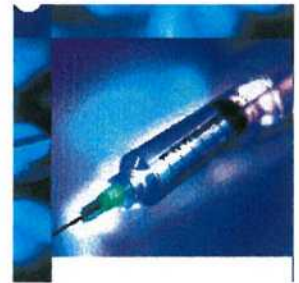
Det kan ofte føles frustrerende, at arbejde indenfor en sektor, som i perioder i ekstrem grad har pressens bevågenhed, for derefter i andre perioder, at glide ud i glemslens mørke. Når det føles særligt frustrerende indenfor "min" sektor, så er det fordi vi ikke arbejder med kul og koks, men med levende mennesker.

Levende mennesker, som vi synes fortjener optimale vilkår, og som derfor burde være genstandsfelt for pressens bevågenhed i en mere kontinuerlig grad.

Den sektor, som jeg allerede nu to gange har henvist til, er narkosektoren. De mennesker som jeg arbejder for skal opnå det jeg kalder optimale vilkår, er altså narkomaner. Når de i al væsentlighed ikke opnår optimale vilkår, er det mit postulat, at skylden i høj grad ligger hos os der arbejder professionelt indenfor sektoren. Når sektoren kun sporadisk har offentlighedens bevågenhed, er det mit postulat, at grunden skal findes hos os der arbejder professionelt indenfor sektoren.

DET SAMFUNDSSKABTE PROBLEM

At personer kan være afhængig af en eller anden form for stimulanter, har været kendt alle dage i alle kulturer. Det er de selvsamme kulturer, der til enhver tid bestemmer hvilke former for stimulanter det er legalt at indtage, ligesom det er kulturen der bestemmer hvilke stimulanter der er illegale. I bund og



grund foregår denne selektion af "gode" og "dårlige" stimulanter på god demokratisk vis. Hvis størstedelen af en kulturs medlemmer indtager en given stimulant, så er der tale om at stimulansen opfattes som hørende til normalitetsbegreberne. Hvis et mindretal indtager en stimulant så er der, i højere eller mindre grad, tale om en tabubelagt stimulant. Det er vel næsten sådan, at jo færre der er forbrugere af stimulansen, jo mere tabubelagt og illegal opfattes den. Et tydeligt eksempel på denne minoritetsselektion er den markante - igangværende - samfundsskabte hetz mod rygere og rygning. Tobakkens deroute fra legal stimulant, til begyndende illegalisering er sket i takt med at tallet af rygere er formindsket. Det er min vurdering, at tobakken i øjeblikket balancerer på kanten af normalitetsbegrebet.

Langt, langt værre er det med de formastelige sjæle, der er forbrugere af eksempelvis heroin. De udgør et forsvindende mindretal, og udgør i samlet flok ikke mere end maksimalt 20.000, heri ovenikøbet medregnet alle former for opiatafhængige. Deres afvig tager sin nyere historiske begyndelse - i hvert fald når vi taler om etablering af en narkosektor - i slutningen af 1960'erne.

DEN TEORILØSE SEKTOR

I slutningen af 1960'erne opstod det eksperimentelle brug af euforiserende stoffer. Brugen var i høj grad knyttet til ungdomskulturen, og var i højere grad et livsstilsfænomen, end et tungt behandlingsproblem. Alligevel opstod de første behandlingsinstitutioner på dette tidspunkt. Af pionerer kan nævnes Klub 47, hvis sørgelige endeligt blev nået næsten i selvsamme øjeblik vi trådte ind i det nye årtusind. Det totale krak, med beskyldninger om bedrageri, inhuman behandling og mere af samme skuffe. Fælles for disse pionerinstitutioner var, at stort set alle behandlere var rekrutteret fra nøjagtig det samme miljø, som dem de behandlede. Et andet sørgeligt fællestræk var den manglende lyst eller evne til at fortælle hvad de egentlig behandlede og hvorfor! Det blev til forblommede udtryk som skæbnefællesskab og andet okkult sludder.

Næste bølge af behandlere dukkede op i begyndelsen af 1980'erne. Nu skulle man have uddannet sig som behandler. Det betød et boom af pædagoger og socialrådgivere, som qua deres uddannelser talte om konsekvenspædagogik, overlevelsesture og anden fysisk "stepdans" fundet frem til lejligheden via inspiration fra salige Baden-Powell. Heller ikke denne generation af såkaldte behandlere havde åbenbart lyst til at fortælle offentligheden hvad fanden det egentlig gik ud på.

Hvorvidt narkosektoren overhovedet har nogen 3. generation af behandlere er et åbent spørgsmål. Der høres nogle spage pip rundt omkring *inde i* sektoren. Men det er som om, at ingen tør træde frem, og fortælle hvad det egentlig er vi

forsøger at lave. Når der endelig er en modig sjæl, der tør tage bladet fra munden, så handler det mest om udbrændthed..... hos behandlerne vel at mærke! Om manglende ressourcer og anden materiel elendighed!

Der er sgu da ingen der gider blive ved med at høre på, og skrive om, den slags *indholdsløse* tågesnak!

ET (PARADIGME) SKIFT

Hvorvidt det overhovedet lader sig gøre, at operere med paradigmeskift er vel højst tvivlsomt. Det fordrer vel som et minimum, at vi ved hvad det er vi hidtil har arbejdet med, er blevet i tvivl om metode, genstandsfelt o.m.a. Men lidt er vi vel blevet enige om. De forudgående nævnte 2 epoker var, udover at være rensset for evnen til at levere oplysninger til offentligheden, kendetegnet ved at tro på, at deportation af misbrugere var en farbar vej. Miljøskift hed det. Man tog en narkoman, flyttede ham fra Vesterbro til eksempelvis Tåsinge. Hokus pokus..... Der er så godt derude på landet..... Det gør nok, at man mister lysten til at tage stimulanter. Den er der ikke ret mange der tror på længere!

Troen på, at 22 spring med faldskærm, efterfulgt af 75 km strækmarç med fuld oppakning, skulle fjerne lysten til stoffer, den er der efterhånden kun få der tror på.

Men hvad tror vi så på? På trods af en fremskudt position indenfor sektoren, så ved jeg det rent faktisk ikke! Det er svært, at tolke forsigtige pip *inde i* sektoren, som kvalificerede bud på hvilken vej vi bevæger os, eller skal bevæge os.

Jeg ved, at for at få en viden om hvorvidt vi overhovedet bevæger os i den rigtige retning, så må vi starte en reel debat, med samtlige der har en interesse i at skabe optimale vilkår for de stofafhængige i Danmark, og *ikke mindst de afhængige selv!*

Kun på den måde, bliver vi istand til, at skabe en reel og kvalitativ relation til de mennesker som vi rent faktisk er ansat til at hjælpe. En sådan debat kræver, at vi gemmer fraserne om at "Det hele halter på grund af økonomien" og mere fra samme jammerskuffe.

Gemmer dem til det tidspunkt, når disse fraser har evidens..... og det er først når vi har været igennem selvransagelsens pinefulde øvelser.

DEN VIRKELIGE VIRKELIGHED

Første skridt i selvransagelsens pinefulde øvelse hedder: "Forhold dig til den virkelighed som er den afhængiges". Straks jeg skrev sætningen, blev jeg ramt af pessimistens hypokondriske sindsstemning. Det kræver nemlig, som et minimum, et opgør med tidligere tiders behandlerkabte virkelighed, og den virkelighedsopfattelse er fyldt med falsk bevidsthed og dogmer. Et af de værste af slagsen er dogmet om, at en stofafhængig altid tager sine stoffer gennem munden. Det gør han

debat

ikke altid, og så længe vi ikke giver ham muligheden for at tage sine stoffer som han har lyst til, så længe er der tale om en falsk relation der indeholder høj grad af fordomme og formynderi. Rent praktisk betyder et opgør med dette dogme, at vi skal give den stofafhængige muligheden for at injicere sine stoffer. Det er heldigvis åbnet mulighed for et opgør med dette bedrag, som i mange år har siddet som en kile mellem den afhængige og hjælperen. Muligheden gav sig synligt udtryk i den 9 måneders periode, hvor "min" institution fik tilladelse til at give en mindre del af vores brugere muligheden for injicerbar metadon, og kom senest til udtryk via Carsten Kochs afvisning af heroinforsøg, men åbenhed i forhold til forsøg med injicerbar metadon.

Disse spæde forsøg på at nærme sig den stofafhængiges virkelighed, er efter min bedste vurdering det nødvendige springbrædt, som vi er nødt til at tage afsæt fra, for at nå en behandlingsfilosofi, der bygger på en gensidig etisk og moralsk relation i forholdet til hjælper og hjælpssøgende.

DEN HERREDØMMEFRI KONTAKT

Mit bedste bud på at skabe en brugbar etisk og moralsk funderet relation er, at minimere de mekanismer, som overalt i samfundet er med til at stigmatisere den stofafhængige, og dermed skabe en udstødning fra normalsamfundet. Det er mit postulat, at narkosektoren - de professionelle, behandlerne - i høj grad virker som et forstærkende element på samfundets samlede afstandtagen til de afhængige. Det kan vist ikke være meningen. Lad mig bringe nogle eksempler:

Den seneste omstrukturering af sektoren i Københavns Kommune har medført specielle socialcentre for narkomaner. Formålet med denne omstrukturering var at samle et ekspertpanel, som i højere grad end hidtil skulle være i stand til at hjælpe den afhængige. På trods af, at dette nye system kun har få måneder på bagen, er det min vurdering, at fordelene allerede nu er blevet overhalet af ulemperne. Dels er mange afhængige, som igennem en årrække ikke har haft brug for det offentlige hjælp, pludselig blevet stigmatiseret og - af narkosektoren - rubriceret som "særlige problemborgere". Dels er kapaciteten på disse nye socialcentre så dårlig, at der er lang ventetid på at blive ordentligt serviceret. Men langt, langt værre er der sket en synlig ekskludering af en stor gruppe af medborgere.

På de institutioner der varetager den medikamentelle service for afhængige, har der igennem de seneste 2-3 år været talt stolpe op og stolpe ned om en såkaldt 'ubehandlelig' gruppe. De løsningsmodeller der har været forsøgt, og kommende løsninger for denne gruppe, tager alle udgangspunkt i en yderligere udstødning af gruppen. Der skal skabes yderligere dobbeltsikrede institutioner, hvor den mellem menneskelige kontakt reduceres til et absolut minimum.

EKSKLUSION FRA NORMALSAMFUNDET

Hvis man sammenfattende skal sige noget om de behand-

lingsprincipper som narkosektoren bygger på, er nøgleordene i vid udstrækning 'eksklusion fra normalsamfundet'. Ovennævnte to eksempler er bare få blandt mange andre.

De eksklusive behandlingsprincipper skyldes i hovedsagen to faktorer: En fundamental fejlfortolkning af begrebet professionalisme, og en fatal evne til udelukkende at tænke i kategorier.

Det er efterhånden sådan, at begrebet professionalisme bruges som det evigtgyldige kvalitetsparameter for behandling af afhængige.... "Vi må optræde professionelt" ... siger man. Det dur bare ikke, når professionalismen optræder som menneskefjendske institutioner, hvis fysiske indretning bærer præg af inspiration fra Fort Knox. Det er efterhånden svært for de brugere, som institutionerne rettelig er skabt for, at komme ind på institutionerne. Videoovervågningskameraer følger den formastelige, afhængiges færden på vej mod "hjælpen". Hjælperen sidder ubekvemt i kontorstolen, fordi overfaldsalarmen skærer ind i bukselinningen. Den hjælpssøgende er ofte nødt til at lyve om sin reelle livssituation, for fortæller han sandheden, så kan han i værste fald forvente at blive straffet. Straffet for det, som er årsagen til at han befinder sig i disse menneskefjendske bungalows: Han har taget illegale stoffer, og opdages det, så kan han risikere, at han bliver reduceret i den dosis medicin, som han ellers plejer at få af den barmhjertige og professionelle hjælper!

Og hjælperen evner ikke at se personen bag etiketten "stofmisbruger". For ham er der tale om en del af en helhed.... kategorien "afhængig". Det er ikke individualitet han tænker - hjælperen - men en stor grå masse af individer.

NÆSTEKÆRLIGHED

Vejen ud af dette selvskabte morads er blandt andet en omdefinering af begrebet professionalisme. At kunne optræde respektfuldt, med en ægte hengiven interesse for den andens liv. At kunne møde hinanden i en relation, der ikke bygger på fordomme. At evne at se, at der ikke er tale om en del af en helhed, men en helhed der er unik i sig selv. Aldrig at straffe på det som er genstanden for selve relationen, nemlig at den afhængige (selvfølgelig) har indtaget illegale stoffer.

Jeg kunne blive ved. Men essensen i denne nye form for professionalisme er, at den bygger på et etisk og moralsk fundament, der udspringer af noget der burde være kendt af alle..... begrebet næstekærlighed. Først når vi når der til, at vi åbent begynder at tale med omverdenen og os selv imellem, om de værdier vi skal bygge vores "behandling" på, først da kan vi forvente at medierne tager os alvorligt. Da vil vores budskab være rensat for rituel klynk, og det er først, når vi frasiger os denne rituelle klynk, at vi bliver i stand til at skabe optimale vilkår for de afhængige!

Anders Frederiksen, leder af ambulatoriet "Støren"

Projekt for kvindelige misbrugere i Roskilde Amt

På Roskilde Amts Behandlingscenter for Stofmisbrugere startede i 1999 et projekt for kvindelige misbrugere, som ønskede at ændre deres liv og få mere struktur på dagligdagen

Baggrunden for kvindeguppen var, at vi så nogle fællestræk hos de kvinder vi havde kontakt med:

Deres veninderelationer var tit overfladiske og præget af rivalisering.

Mange af kvinderne havde et forstyrret forhold til deres egen krop.

Mange af kvinderne havde et forstyrret forhold til mad.

Mange af kvinderne levede mere i skjul med deres misbrug end fyrene.

Mange af kvinderne havde et spinkelt netværk.

De af kvinderne der havde børn var ofte alene med børnene.

Vi forestillede os, at en kvindeguppe kunne give mulighed for en positiv spejlende effekt for kvinderne: 'Jeg er ikke alene med de her problemer'. Desuden kunne arbejdsformen i en ren kvindeguppe være hensigtsmæssig og udbytterig for kvinderne. Et andet formål med gruppen var, at den skulle kunne indgå som en del af et nyt netværk: Mange stofmisbrugere omgås kun andre stofmisbrugere, og det er medvirkende til, at det kan være svært at forestille sig, at man kan vælge stofferne og miljøet fra.

Det er vores fornemmelse, at misbrugsmiljøet fungerer meget på fyrenes betingelser: Kvinderne er i mindretal når der tages stoffer, på behandlingsinstitutionerne, i afsoningsinstitutionerne osv. Med kvindeguppen ville vi give kvinderne et forum, hvor de ikke ryger ind i at konkurrere om fyrenes opmærksomhed, og hvor de kan tale med hinanden om deciderede 'pigeemner'.

Mange kvinder taler meget med hinanden om deres følelsesliv, deres parforhold, hjemlige problemer og glæder, men det virker som om, at de kvinder vi ser i misbrugsmiljøet, holder sig meget tæt til fyrene og oplever hinanden som rivalinder. De får et slags dobbeltmisbrug af både stoffer og fyre, hvis beskyttelse og accept de vil gøre alt for at opnå. Kvindeguppen er tænkt som et alternativ til denne forholdemåde.

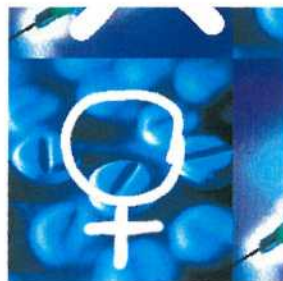
METODE

Den anvendte metode er en variant af socialt gruppearbejde. Arbejdet er temabaseret, og temaerne er således styrende for gruppens arbejde. Som eksempel på temaer der har været oppe, kan nævnes forhold til forældre, til kæresten, graviditet, mad, stoffer, venner og ikke mindst, hvordan vennerne reagerer, når den enkelte vælger at stoppe sit misbrug. Temaerne i gruppen fastlægges som udgangspunkt af kvinderne selv.

I den situation, hvor en misbruger stopper stofindtaget, vil mange have brug for at lægge afstand til dem, de hidtil har været sammen med. Hvis de ikke har det sådan, vil de tit blive mødt med pres fra de andre i gruppen. Ved selv at ændre noget får de indirekte understreget for andre, at de ikke har ændret noget.

At holde fast i stoffriheden vil næsten altid føre til udstødning fra gruppens side.

Kvindeguppen er en åben gruppe: Der vil hele tiden kunne



komme nye ind, hvis vi vurderer, at de vil være relevante i forhold til dem, der er i gruppen, og den enkelte vil kunne gå til og fra. Vi kræver ikke stoffrihed, kun at man møder uden at være synligt påvirket og således, at man kan indgå socialt med de andre. Især når een har en periode med et lidt for stort misbrug vil fremmødet være mindre stabilt.

Gruppen fungerer som en ad hoc foranstaltning, der kan etableres og nedlægges efter behov. Gruppen ledes af en psykolog og en socialrådgiver, der på forhånd har fastlagt en præcis rollefordeling: Psykologen har flere af kvinderne i individuelle behandlingsforløb, hvorfor hendes rolle, af hensyn til disse, primært er observerende og styrende i forhold til at fastholde rammen. Det vil sige, at det er hendes ansvar at holde tiden og fastholde emner og diskussioner. Socialrådgiveren deltager derimod aktivt i drøftelserne med de andre i gruppen, som mødes en gang om ugen.

ERFARINGER

Kvindeguppen fungerede i fem måneder i 1999. Efter nogle måneders startvanskeligheder kom en stabil periode, hvor 3 - 4 kvinder mødtes. De gav udtryk for, at de havde stort udbytte af at være sammen med andre, der kendte til det, de var optaget af. De oplevede det om en stor lettelse, at de ikke skulle forklare så meget. Konkret kunne vi se pigernes udbytte ved, at de prioriterede fremmødet.

Gruppen har nu været nedlagt i en periode, fordi een udgik af gruppen, og de tilbageblevnes situation ændrede sig på en måde, så det ikke var muligt for dem at være en støtte for hinanden. Vi valgte derfor at tage ansvar for beslutningen om at nedlægge gruppen. Alternativet ville være at gøre, som kvinderne tit gør: Undlade at tage stilling og bare lade gruppen glide ud på grund af manglende fremmøde.

Vi har i samarbejdet erfaret, at det ikke er så enkelt at overholde den fastlagte arbejdsprocedure. Vi havde planlagt et kort forberedende møde og en efterfølgende evaluering til hvert møde i gruppen. I praksis har vi enkelte gange måttet undlade for- eller eftermøde på grund af andre ting. Det har vist sig uheldigt, fordi det præger mødet, hvis vi ikke sikrer os, at vi er enige om, hvad der foregår. Den opmærksomhed har ført til, at vi fremover vil give for- og eftermøder en høj prioritet.

En anden vanskelighed, vi har haft, har været at overholde den vedtagne rollefordeling. Det kan være svært at håndtere under mødet, hvis den ene synes at den anden forholder sig på en uhensigtsmæssig måde. Det er en nødvendighed at melde ud, hvis man føler at forløbet at gruppemødet ikke er konstruktivt. Positivt er, at man i den situation kan være model for at give og modtage konstruktiv og fremadrettet kritik.

Det er vigtigt at være opmærksom på, om det personale, der arbejder med gruppen, ubevidst nedprioriterer for- og eftermøder for ikke at skulle tale om eventuelle vanskeligheder. Det er ligeledes vigtigt, at de øvrige kolleger respekterer den tid, der går med gruppearbejdet. Også forberedelse og

debat

efterbearbejdning er tidspunkter, hvor de, der arbejder med gruppen, ikke kan forstyrres.

For de kvindelige misbrugere har projektet en støttende og fremadrettet funktion. De lærer, at de ikke er alene med deres problemer i forhold til fyre og stoffer, og de får en mulighed for at spejle sig i andre kvinder. De kan blive en del af hinandens netværk. Som personale har vi fået en positiv erfaring omkring det at arbejde sammen. Det fremmer indsatsen at få en sparingspartner, der er til stede i situationen. Herved kan den enkelte få vendt sin indsats med en anden.

*Bodil Lynggård, socialrådgiver, og Lisbeth Søgård, psykolog
Roskilde Amts Behandlingscenter for Misbrug
Ringstedgade 10, Baghuset, 4000 Roskilde. Tlf.: 4637 1606*

Stofs redaktion er interesseret i at høre fra læsere, der har erfaringer med lignende grupper.

Efterbehandling for ex-narkomaner i Frederiksborg Amt

Clean og hva' så?' var overskriften på en week-end tur til Møn, arrangeret af 29 stoffri narkomaner og medarbejdere fra døgnbehandlingen og efterbehandlingen i Frederiksborg Amt. Flere af de 29 har været clean i lang tid, og er på vej ud i en ny tilværelse, som på flere måder er ukendt for dem.

Week-end tur er en del af amtets efterbehandling, som startede i sommeren 1997 med 2 clean, og som siden er vokset støt og roligt til de 29, der senest har gennemgået døgn- og efterbehandling. Dette må ses som et resultat af de bestræbelser, som er lagt i at give den bedst mulige tilbagevenden til en clean tilværelse, med de udfordringer, tilbud, krav og goder der melder sig i dagligdagen.

På Møn indledte vi med udmeldinger på, hvad man som clean havde fået ud af efterbehandlingen. Flere fortalte om, at de havde haft modstand mod tilbuddet om efterbehandling, da de mente, at de havde været nok i behandling og lige var kommet ud af et system, så hvorfor skulle de deltage? Men efter at have overvundet modviljen, og deltaget i efterbehandlingen nogle gange, kom de nu med af lyst og ikke af pligt, og de profiterede primært af sam- og nærværet, som efterbehandlingsgrupper oses af.

Andre giver udtryk for, at efterbehandlingen har 'afprogrammeret' dem fra den behandlingsmodel, de har gennemgået i døgnregi over flere måneder, og har efter behandlingsafslutningen set det som en nødvendighed for at kunne få et clean liv udenfor murene.

Videre bliver efterbehandlingen betragtet som livlinen: Et sted hvor du altid kan finde trøst, dele glæde, få et godt råd og omsorg - vel at mærke kun som clean.

På Møn blev der arbejdet mere konkret med opfattelser, værdier, interesser osv., nu hvor man er clean: Hvordan opfat-

ter jeg verden, og hvordan er jeg i stand til at vurdere de hændelser og oplevelser, som livet bringer? Deraf udsprang nogle intense fælles samtaler om hvad det egentlig er, den enkelte lægger vægt på af indhold og værdier, og hvad der ligger til grund for disse valg. Specielt 'troværdighed' og 'vurderingsevne' fik sindene i kog, da de to ord kaldte en del negative oplevelser frem fra det aktive liv hos deltagerne, men nu opleves troværdighed som et must i efterbehandlingsgruppen. Vurderingsevnen blev drøftet, og sat på nogle prøver i forhold til hvordan man ser sig selv, og om man taler ud fra sin aktive vurderingsramme, eller forholder sig til ens vurderingsevne som clean, i den virkelighed man lever i.

Alt i alt sluttede week-enden i god ro og orden. Vi havde alle berørt emner og områder, som ligger lidt dybere, end hvad der normalt kan komme til overfladen ved en tidsbegrænset samtale. 'Clean og hva' så?' gav stof til eftertanke, og der blev reflekteret over egen situation både her og nu og i fremtiden.

Vi kan konkludere, at week-enden var en succes, som der forhåbentlig kan følges op på som en del af Frederiksborg Amts udbygning af efterbehandlingsområdet, der også omfatter andre tiltag indenfor psykologisk, juridisk, pædagogisk og social rådgivning - altsammen tilbud der kan bruges efter behov. I maj tager endnu en efterbehandlingsgruppe på week-end tur.

*Ingrid Lund Sørensen, Hillerød Støtte-/kontaktcenter,
Døgnafdelingen Tlf.: 4825 3225*

Norden mod Narkotika på Christiansborg - en anden vinkel

Som medstifter af paraplyorganisationen 'Norden mod Narkotika', og efter 12 års virke i dette regi, føler undertegnede sig næsten forpligtet til at kommentere indlægget i sidste nummer af Stof, om høringen i september 1999 med overskriften: Hvordan fungerer Danmarks narkotikapolitik i forhold til det øvrige Norden? Kan vi finde et fælles mål?

På mødet udtalte amtssocialdirektør for Nordjyllands Amt, Inger Margrethe Thomsen, blandt andet: Forældreinddragelsen og nye metoder i forebyggelsen er vigtig. Måske kan oprettelsen af et ungdomsteam bidrage til at unge, der udstødes og marginaliseres, hurtigt kan få en støtte og opbakning, der forhindrer at problemerne bliver uoverskuelige. Inger Margrethe Thomsen mente, at der var sket en positiv udvikling i behandlingen siden amterne overtog ansvaret for denne. Brugerinddragelse betragtede hun som et godt skridt på vejen, mens tvang ikke ville føre noget godt med sig. IMT talte varmt for kvalitetsudvikling på alle områder: Der skal en særlig indsats til i familier med misbrugsproblemer, gadeplansarbejdet må stimuleres, fixerum må etableres, uddeling af pumper

Rettelse til indlæg i Stof 10 om Norden mod Narkotika

og nåle forbedres og forsøg med lægeordineret heroin må gennemføres.

I samme møde deltog daværende sundhedsminister Carsten Koch, der anså et stoffrit samfund som en utopisk tanke, og understregede, at stoffrihed ikke er et ufravigeligt mål i Danmark, men at 'harm reduction' (skademinimering) er et nok så vigtigt mål. Carsten Koch afviste tanken om heroinforsøg for øjeblikket.

Folketingsmedlem Gitte Seeberg (K) mente, at de stofafhængige ville tage andre stoffer selvom de fik heroin! Der var derfor efter hendes mening ingen grund til at eksperimentere med heroin: Behandlingsindsatsen skal forbedres, der skal være frit behandlingsvalg for den enkelte og pengene skal følge stofbrugeren.

Folketingsmedlem Tom Behnke (Z) sagde: kan man ikke fjerne tilbuddet, så må man fjerne efterspørgslen. Han går derfor klart ind for forsøg med lægeordineret heroin. TB påpegede den kassetænkning der bygger på, at jo længere man er aktiv bruger, desto større er chancen for at ryge i fængsel. Derved overføres det økonomiske ansvar til fængselsvæsenet, og amter og kommuner slipper for at betale.

Annemarie Outze (pårørende) fremførte de øvrige nordiske landes bekymring over, at Danmark i rollen som 'Stoffernes Mekka', ville tiltrække unge fra de andre nordiske lande, og dermed være en trussel.

Repræsentanten fra EURAD (Europa Against Drugs) anbefalede, at Danmark omgående ophørte med sin 'harm-reduction-politik', indførte en mere restriktiv politik, og endte med at affyre følgende svada: Hvad har Danmark, som ingen andre har?: Christiania!!

Disse sidste synspunkter lignede dem der blev fremført for mere end tredive år siden, da der også blev lagt pres på Danmark. Dengang resulterede dette pres fra de øvrige nordiske lande i, at vi kom ind på den glidebane, der har haft så store omkostninger for såvel brugere som pårørende: En konstant skærpelse af strafferammerne, der tilsyneladende aldrig opføres. Til glæde for ingen, og sorg for mange i forvejen hårdt ramte.

Udover et indslag i morgen-TV samme dag som mødet fandt sted, har medierne overhovedet ikke beskæftiget sig med høringen, hvilket vi opfatter som et godt tegn: Et signal om, at dette forsøg på at manipulere de danske holdninger til problemerne ikke blev taget alvorligt.

Det er derfor glædeligt, at næsten alle danske deltagere på omtalte høring, viste stor tilbageholdenhed, ja endda en meget høj grad af realistiske holdninger, baseret på den virkelighed vi kender og lever i....

Povl Thyge Pedersen, Formand for 'Landsforeningen For Human Narkobehandling', LFHN

På debatsiderne i ovennævnte nummer af Stof blev der bragt et indlæg af Mogens Langhoff Rasmussen, Odense, angående 'Høring i Landstingssalen på Christiansborg' med temaet 'Norden mod Narkotika'. Høringen blev holdt den 27. september 1999.

Desværre har MLR misforstået hvem der afholdt høringen! Det var os, 'Landsforeningen af pårørende til Stofmisbrugere', der på opfordring af de øvrige nordiske lande var arrangør og ikke 'Fællessagen mod kemisk afhængighed'. Vores ordstyrer, Povl Petersen, kommer fra sidstnævnte forening - det kan være årsagen til misforståelsen.

*På vegne af Landsforeningen af pårørende til Stofmisbrugere og Norden mod Narkotika
Annemarie Outze, næstformand*



Oplysninger fra politiet

METHAMFETAMIN i Danmark

I begyndelsen af 1999 konstaterede man i København, at besætningsmedlemmer på udenlandske krydstogtskibe, der anløber danske havne, smuglede **methamfetamin**, kaldet "**Ice**" ind i Danmark.

Ligner groft salt

"Ice" er et slangudtryk for krystalliseret methamfetamin, der kan ryges (evt. i glaspibe) – modsat traditionel amfetamin, der normalt ikke ryges. Methamfetamin er stærkt vanedannende og kan medføre alvorlige lunge- og nyreskader samt endelig død.

Amfetamin indtages normalt oralt (d.v.s. gennem munden) eller injiceres (d.v.s. indsprøjtes i blodbanen), men specielt methamfetamin er en type amfetamin, der som nævnt kan ryges på eksempelvis samme måde som "crack" (Kokain), hvorefter virkningen indtræder langsommere, men varigheden er derimod længere. Euforiperioden ved indtagelse af methamfetamin skulle kunne vare fra 8-24 timer mod "crack"s ca. 20 minutter. Flere faktorer spiller dog ind såsom tilvæning, stoffets styrke m.m.

Methamfetamin ligner nærmest groft havsalt, men stoffet, der er særdeles udbredt i USA og Asien, lugter ikke. I USA anvendes det i udstrakt grad i rockermiljøet. I USA har stoffet også været kendt under navne som "Glass" eller "Crystal". "Ice" er ikke noget nyt stof, men en mere potent udgave af det kendte stof "Speed"/amfetamin. Stoffet har rødder tilbage til Japan i slutningen af 1800-tallet.

Fra informationer i udlandet oplyses det, at der alene i USA i 1997 blev beslaglagt 1.431 illegale laboratorier, hvor der fremstilledes methamfetamin, hvilket tyder på, at stoffet efter-

spørges. Det betyder, at erfaringerne både fra fremstillingsprocessen samt fra misbrugerkredsene allerede er gjort i USA.

Stoffet, der "slipper djævelen løs"

Efter indtagelse af "ice" er der i nogle tilfælde set en ekstrem reaktion hos misbrugerne i form af helt irrationelle handlinger som f.eks. at kravle ud på hustage, op i lygtepæle osv.

I andre tilfælde har misbrugerne udvist særdeles voldelig adfærd og reageret helt uforudsigeligt overfor f.eks. politipersonale. Det gør stoffet til et mareridt for både misbrugerne og for pårørende/omgangskreds samt det personale, der professionelt kommer i kontakt med misbrugerne. Det er farligt at håndtere disse personer, når de er i en rus, hvor det ikke er muligt at komme i kontakt med deres "bedre jeg".

Almindeligvis medfører konstant misbrug bl.a. psykoser som skizofreni, der er karakteriseret ved paranoia, "prikken i huden", syns- og høreforstyrrelser og tvangstanker. Methamfetamin fremkalder derimod et sandt uvejr af neurokemisk hjerneaktivitet af nogle betegnet som "ild i hjernen". Det lyder farligt, og det er også farligt som sagt både for misbrugerne og for omgivelserne.

Amfetamin fremkalder traditionelt hyperaktivitet, mens methamfetamin også kan fremkalde endog voldsomme hallucinationer. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de små tegn, der kan indikere eller afsløre, om en person evt. er påvirket af methamfetamin. Det kan f.eks. være voldshandlinger – hyppige anfald af vrede – forfølgelsesvanvid eller depression. Hurtig tale, manglende fastholdelse af opmærksomhed, rastløshed og angst

kan være andre og mildere symptomer.

For misbrugerne kan dødsfald som følge af forgiftning af stoffet være én af omkostningerne ved nærkontakt og bekendtskab med methamfetamin.

Dødsfaldet kan også skyldes andre årsager, idet misbrugerne p.g.a. den uforudsigelige adfærd meget let bringer sig i en situation, hvor risiko for ulykke med katastrofal udgang er særdeles nærliggende.

Beslaglagt methamfetamin

Fra udlandet tilgår der dansk politi oplysninger om beslag af store mængder methamfetamin. Således har myndighederne i Kina har så sent som i juli 1999 beslaglagt 1,5 tons methamfetamin/"Ice", mens der i september 1999 i Hong Kong er beslaglagt 10 kg af dette stof.

I Thailand har man i oktober 1999 beslaglagt 157,200 kg methamfetamin i pulverform, og senere samme måned yderligere 314.000 methamfetamin-tabletter. Så tæt på Danmark som Tyskland blev der i 1999 indtil videre beslaglagt 3 methamfetaminlaboratorier.

Senest er det den 17. november 1999 oplyst, at politiet i København har foretaget beslaglæggelse af ca. 0,2 gram methamfetamin. Stoffet sælges til en pris af ca. 1.000,- Dkr. til misbrugerne, og det er dyrt i forhold til andre kendte misbrugsstoffer.

I Danmark er der således indtil videre alene beslaglagt ganske få mængder af stoffet og kun i få sager, hvilket medfører, at der foreligger begrænset viden om misbrugerkredsen. Dansk politi er imidlertid opmærksom på dette meget foruroligende problem, der kan knytte sig til dette stofs entré på den danske misbrugscene.



“Go´ weekend - uden narko”

Varde Kommune har igangsat et SSP-projekt for at sætte fokus på, og imødegå, unges stigende weekendmisbrug af diverse illegale rusmidler. I marts 2000 afviklede kommunen en temauge for at synliggøre projektet, og for at engagere et bredt udsnit af byens erhvervsdrevende, foreninger og øvrige borgere i de videre aktiviteter resten af året.

Projektet skal udvikle og forankre nye metoder og traditioner for forebyggelse og tidlig indsats i Varde Kommune. Både unge, forældre og andre voksne aktører, der har med unge at gøre, vil blive inddraget.

Der skal udformes og vedtages en rusmiddelpolitik i skoler, klubber, foreninger o.l., der skal etableres rådgivningsgrupper for forældre, anonym rådgivning for unge m.m.

Projektsekretariatets adresse er: Kirkepladsen 1 E, 6800 Varde.

Tlf.: 7522 2398. Fax: 7522 5939.

Øget indsats mod misbrug af narkotika i kriminalforsorgen

Som led i en generel øget indsats mod misbrug af narkotika nedsatte Direktoratet for Kriminalforsorgen i juli 1999 en projektgruppe med følgende (lige vigtige) opgaver:

- at komme med forslag til forebyggende foranstaltninger, generelle behandlingsprincipper og konkrete behandlingsmuligheder overfor misbrugere af euforiserende stoffer blandt kriminalforsorgens klientel og
- at komme med forslag til hvordan man modvirker, at narkotika kommer ind i kriminalforsorgens institutioner.

Projektet er inddelt i en række aktiviteter, der skal afvikles indenfor nærmere fastsatte tidsfrister:

- Projektgruppen afleverede ved udgangen af 1999 en dokumentations- og evalueringsplan for effektiviteten af behandlingstiltag over for stofmisbrugere i kriminalforsorgen. Det er tanken, at man forhåbentlig fra foråret 2000 kan påbegynde indsamlingen af statistisk materiale vedrørende behandlingsforløb m.v.
- Gruppen er i færd med at udarbejde en beskrivelse og vurdering af de behandlingstiltag, der aktuelt tilbydes stofmisbrugere i kriminalforsorgen.
- Inden udgangen af 2000 skal gruppen udarbejde forslag til generelle behandlingsprincipper og de første forslag til konkrete behandlingstiltag.
- Gruppen er i færd med at udarbejde forslag til design og finansiering af en narkotikakonsumundersøgelse blandt kriminalforsorgens klientel. Undersøgelsen har til formål, dels at belyse problemets omfang og art samt eventuelle behov for nye behandlingstiltag eller justering af igangværende behandlingstilbud, dels at danne grundlag for en fremtidig stofcensusundersøgelse. Undersøgelsen forventes færdig medio 2002.
- Omkring marts 2000 afleverer gruppen en beskrivelse og vurdering af de tiltag, der i dag benyttes for at modvirke, at narkotika kommer ind i kriminalforsorgens institutioner.
- Inden juli 2000 skal gruppen formulere forslag til (yderligere) foranstaltninger, der kan modvirke, at narkotika kommer ind i kriminalforsorgens institutioner.

Nyhedsbreve

“Den grimme ælling”

Landsforeningen af Væresteder for Stofafhængige og tidligere stofafhængige (LVS) udsender nyhedsbrevet “Den grimme ælling” tre gange om året til en række myndigheder, institutioner, fagfolk o.a. på stofmisbrugsområdet.

Nyhedsbrevet udgives af Lytte & Informationscentralen. Gratis abonnement kan bestilles på adressen: Calvinsvej 1, 7000 Fredericia. Tlf.: 7592 4000.

Fax: 7592 4039.

E-mail: lytteinfo@post.tele.dk

“Hepatitis Nyt”

Hepatitis Foreningen udsender nyheds-

brevet “Hepatitis Nyt” seks gange om året til foreningens medlemmer, sponsorer, presse, politikere, opinionsdannere o.a. Hepatitis foreningen kan kontaktes på adressen: Nøglens Kvarter 8 E, 2620 Albertslund. Tlf.: 2620 2181.

Opsøgende psykoseteam

Sundhedsstyrelsen har udgivet rapporten “Opsøgende psykoseteam: Assertive Community Treatment: en medicinsk teknologivurdering”, hvori det anbefales at indføre opsøgende psykoseteam overalt i landet. Rapportens anbefalinger om indførelse af behandlingsmodellen svarer til Narkotikarådets anbefalinger fra sidste år i rapporten “Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere”, der er omtalt i Stof nr. 10, 1999, side 45, hvortil der henvises for en nærmere beskrivelse.

Assertiv Community Team (ACT), på dansk opsøgende psykoseteam (OP-team), er en behandlingsmodel der med mindre modifikationer har vist sig at være den optimale behandlingsmetode overfor mennesker med varige sindsygdomme, og som tillader, at de kan leve den bedst mulige tilværelse i lokalsamfundet.

Ideen er, at et team med bred tværfaglig kompetence, psykiater, socialrådgiver, sygeplejerske, psykolog, ergoterapeut og pædagog har fælles ansvar for en gruppe patienter. Medlemmerne af teamet fordeler patienterne imellem sig, så hver teamdeltager er ansvarlig for en fast del af patienterne. Ansvar for opretholdelse af kontakt og behandling er teamets, som i princippet ubegrænset opsøger de psykotiske patienter på deres bopæl, eller tilholdssted, hvis kontakten er ved at svigte. Teamet har det endelige ansvar for al behandling, indlæggelse, udskrivning osv.

Rapporten kan rekvireres i Institut For Sundhedsvæsen (DSI), Dampfærgevej 22, Postboks 2595, 2100 København Ø. Tlf.: 3529 8400. E-mail: DSI@DSI.dk

Ecstasy i Ribe Amt

I Ribe Amt har Center for Misbrug og Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen foretaget en spørgeskemaundersøgelse om ecstasy blandt 1400 unge i alderen 16 - 20 år.

Undersøgelsen viser, at kun fire ud af hver 100 unge i Ribe Amt har prøvet ecstasy. Der er et eksperimenterende ecstasy-forbrug blandt de unge, men



ikke i et omfang der matcher mediernes gængse fremstilling. Et andet markant resultat fra undersøgelsen er, at ni ud af 10 unge gerne vil have at der er nogen der 'blander sig', hvis de har problemer med rusmidler. Og de synes først og fremmest, at det er deres forældre og familie - samt venner - der skal være ansvarlige hjælpere. Den udmelding har bl.a. betydet, at amtet nu vil udbygge og intensivere det et år gamle forældre-back-up projekt, hvor forældre stiller sig til rådighed for andre forældre, orienterer ved forældremøder o.l. Ribe Amt går nu videre med en interview-undersøgelse blandt unge for at få et øjebliksbillede af ungdomsprofilen, så den forebyggende indsats kan blive endnu mere effektiv og måltrettet. Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til Center for Misbrug i Ribe Amt, Bakkevej 6, 6700 Esbjerg. Tlf.: 7610 9410. Fax: 7610 9446.

Narkotikastatistik 1999

Rigspolitichefen har udsendt den årlige

narkotikastatistik med oplysninger om anmeldelser og sigtelser vedr. euforiserende stoffer, beslaglæggelser af narkotika og narkotikadødsfald. To beslag på hhv. 12,5 tons hash og 64 kg. heroin har haft stor indflydelse på den samlede mængde beslaglagte hash og heroin i 1999. I alt 237 dødsfald blev kategoriseret som narkotikadødsfald i 1999 - i 1998 var tallet 251 og i 1997 var det 275. *Narkotikastatistik 1999 er udgivet af Nationalt Efterforskningscenter (NEC), Politivet 14, 1780 København V. Tlf.: 3314 8888. fax 3343 0007. E-mail: nec@politi.dk*

Narkopoljen

Narkopoljen, der blev etableret i 1999, har til formål at styrke den sociale indsats for stofmisbrugere og især fremme efterbehandlingsindsatsen, herunder beskæftigelse, aktivering, brugerorganisering og den forskningsmæssige opfølgning af disse indsatser. I første ansøgningsrunde modtog socialministeriet i alt 130 ansøgninger, 69 fra amter

og kommuner og 61 fra private ansøgere. Der blev bevilget støtte på i alt 21 mio. kr. til 39 ansøgere med projekter, der giver en bedre overgang fra afvæning til efterbehandlingen og projekter, der løfter efterbehandlingen, bl.a. gennem beskæftigelse og aktivering. Også nye former for behandling af særlige målgrupper, som f.eks. kvinder og psykisk syge misbrugere, fik støtte. Der indkaldes nu ansøgninger til puljen for år 2000. Der vil være ca. 10 mill. kr. til fordeling for dette år og forventeligt 10 mill. kr. de følgende to år. *Nærmere beskrivelse af puljen og dens formål findes i en særlig vejledning der, ligesom ansøgningskema, kan hentes på internet hjemmesiden: www.dss.dk eller rekvireres hos* Den Sociale Sikringsstyrelse, Puljekontoret, Postbox 1059, 1008 København K. Tlf.: 3392 9250, tlf.tid: 10-12. Ansøgningen skal være Den Social Sikringsstyrelse i hænde senest den 2. juni 2000. Afgørelser på ansøgningerne vil blive meddelt ansøgerne primo oktober 2000.

Bøger



"Den ompolstrede narkoman"

Bitten Helweg har i mere end 30 år "ompolstret" narkomaner på "Den Lille Fristad" i Holbæk, hvor man også arbejder med restaurering og ompolstring af møbler. I bogen beskriver Bitten Helweg hvordan det har været muligt at nedtrappe så mange stofmisbrugere i et miljø, hvor der indgås aftaler med den enkelte om ophold, nedtrapping og arbejde uden at myndighederne er medunderskrivere. Man kommer tæt på et kærligt og alvorligt arbejdende menneske med meget stærke personlige meninger - også om det etablerede narkobehandlingsystem.

Bitten Helweg: "Den ompolstrede narkoman". Forfatterforlaget Attika 1999, ISBN 87-7528-360-3.

"Stofmisbrugere før under efter Døgnbehandling"

Center for Rusmiddelforskning har udsendt den sidste sammenfattende konkluderende rapport fra projektet "Døgnbehandling af stofmisbrugere" af Mads Uffe Pedersen. Rapporten indledes med et forslag til opdeling af døgnbehandlingsinstitutionerne i tre kategorier. Dernæst besvares spørgsmålet: "Virker døgnbehandling?", hvor der opstilles den begrundede hypotese, at mellem 1 - 2 pct. dør hvert år, mens 2 - 3 pct. behandles ud af deres stofmisbrug hvert år. Hvordan denne hypotese fremkommer diskuteres med udgangspunkt i resultater fra såvel denne som internationale undersøgelser. Visitations- og tilsynssystemet diskuteres, og der gøres rede for hvilke kendetegn, der kan forudsige et positivt udbytte af døgnbehandlingen. I sammenfatningen gives nogle forslag til handlingsanvisninger samt en definition på den gode behandling.

Mads Uffe Pedersen: "Stofmisbrugere før under efter døgnbehandling", Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Jens Baggesens Vej 43-45, 8200 Århus N. Tlf.: 8610 8555. E-mail: crf@au.dk

Årsberetning 1999 fra FKRC

Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter har netop udgivet sin årsberetning for 1999. Den indeholder blandt andet en undersøgelse af samtlige 164 døgnophold, som centret har medvirket til siden centret startede i 1992 frem til sommeren 1999. Årsberetningen indeholder også interviews med tre tidligere, nu stoffri brugere, som fortæller om, hvad der har været hjælpsomt for dem i deres vej ud af misbruget, og et interview med en mor til en tidligere stofmisbruger. Desuden indeholder beretningen statistiske oplysninger om FKRCs brugere, aktiviteter m.v. *Årsberetningen kan rekvireres på* Tlf.: 3821 3901 *eller via E-mail: fkrcc@fkrcc.dk.* Udvalgte dele kan desuden læses på FKRCs hjemmeside: www.fkrcc.dk

Pjece om metadon og arbejdsliv

Når målet er, at flere personer i metadonbehandling kommer i arbejde, er der et behov for mere information til arbejdsgivere om metadonens virkning. Der er overbevisende videnskabelig dokumentation for at personer i metadonbehandling kan varetage stort set alle jobfunktioner på lige fod med andre borgere. Arbejdsgiverne har behov for viden herom, samt om hvordan det

præcist påvirker en medarbejder at være i metadonbehandling.

Dette behov oplevede vi i Projekt Spirillen, da en deltager søgte praktikplads. Derfor har projektet udformet en pjece, hvor arbejdsgivere kan få den mest grundlæggende information om metadon og arbejdsliv, samt en fornemmelse af hvordan de kan forholde sig.

Projekt Spirillen søger i øjeblikket midler til at producere pjecen, så den kan distribueres over hele landet.

For nærmere oplysninger, kontakt Projekt Spirillen - et erhvervsrettet projekt for stofafhængige i stabiliserende behandling, Projektkoordinator Dorthe Djernis, 3254 7045.

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

Følgende publikationer kan rekvireres i Sundhedsstyrelsen, Amaliegade 13, Postboks 2020, 1012 København K. Tlf.: 3391 1601. Fax: 3333 0018.

Meget af materialet findes også på styrelsens hjemmeside: www.sst.dk

Baggrundsnotat om MDMA ("Ecstasy"),

af Raben Rosenberg, professor, dr.med, Sundhedsstyrelsen januar 2000

Forfatteren gennemgår den videnskabelige viden om MDMA ("Ecstasy") og konkluderer, at dyreforsøg har vist vedvarende, skadelige virkninger på nervesystemet. Man frygter, at der hos MDMA-brugere kan opstå tilsvarende skader, som vil kunne vise sig som vedvarende depression og nedsat indlæring og hukommelse. Endnu er sådanne skader hos mennesket ikke med sikkerhed påvist, men ved brug af moderne billeddannende teknikker har man påvist nedsat stofskifte og funktion af serotonsystemet i hjernen hos tidligere MDMA-brugere. Nogle forandringer er mere udtalte, jo mere MDMA der tidligere er indtaget. De nyeste undersøgelser støtter således, at MDMA kan føre til langvarige ændringer af hjernens funktion hos mennesket. Advarsel mod brug af stoffet skyldes også, at der kan opstå akutte forgiftningstilstande, der kan være dødelige. Som andre centralstimulerende stoffer kan MDMA desuden resultere i akutte angst- og sindssygelignende tilstande og forværre den psykiske tilstand hos personer med kroniske sindsslidelser.

Rusmidlernes biologi - om hjernen, sprut og stoffer,

af Henrik Rindom, speciallæge i psykiatri, Sundhedsstyrelsen februar 2000

"Rusmidlernes biologi" er udsendt til alle gymnasiale uddannelser i Danmark mhp at øges unges faktuelle viden om rusmidler. Bogen forsøger, på et alment tilgængeligt niveau, at viderebringe en del af den nyeste hjerneforskning om hvordan rusmidlerne påvirker hjernens dynamiske funktion.

Bogen ligger på Sundhedsstyrelsens ungdomsrettede hjemmeside: www.narkotikainfo.dk.

Den kan også bestilles hos c/o Schultz Information, Herstedvang 12, 2620 Albertslund. Tlf.: 7026 2636. Fax: 4363 6245.

E-mail: sundhed@shultz.dk Hjemmeside: www.sundhed.shultz.dk

Focal Point - Narkotikasituationen i Danmark 1999.

Årsrapport til det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. Rapporten giver en omfattende beskrivelse af den aktuelle narkotikasituation, -udvikling og -indsats. Væsentlige ændringer er:

På baggrund af nye beregningsmetoder er Sundhedsstyrelsens skøn for antallet af tunge misbrugere nu mere præcist: 14.000.

Flede stofmisbrugere er kommet i behandling i takt med at behandlingskapaciteten er udbygget. I 1998 var godt 7.000 personer i behandling for stofmisbrug.

Behandlingssystemet er stadig domineret af heroinmisbruget. Blandt de nye behandlingssøgende er der dog 26 pct. der søger behandling for hashmisbrug.

Der ses en klar tendens til stigning i de 15-16-åriges eksperimenteren med illegale stoffer, bortset fra heroin. Ca. 25 pct. af de unge oplyser at have prøvet hash.

Unge brug af illegale rusmidler - en kvalitativ undersøgelse,

udarbejdet af kommunikationsfirmaet Advice for Sundhedsstyrelsen, publiceret marts 2000

Undersøgelsen er baseret på interviews med 56 unge fra forskellige miljøer, 12 eksperter og 10 personer, der arbejdsmæssigt færdes i ungdomsmiljøerne. Rapporten understøtter og underbygger, at der i de sidste par år er sket en markant udvikling i unges rusmiddelkultur i retning af et accepteret forbrug af illegale stoffer (heroin undtaget) også blandt almindelige, velfungerende unge. De stofeksperimenterende unge er selektive brugere, der går efter et særligt stof for at opnå en særlig rus og en særlig virkning. Rusmidler i pilleform opfattes som både bekvemme, kliniske og rene, og det giver de unge en fornemmelse af at kunne kontrollere deres forbrug og forstærker følelsen af "at have styr på det hele". Den kvalitative undersøgelse konkluderer, at der er en reel risiko for, at stofferne bliver rodfæstede som en del af "de unges party- og præstationskultur", og for at weekendforbruget (for nogle) udbredes til hverdagsituationer.



Rusmiddelguide

Ungdomsringen har udgivet en ny rusmiddelguide til landets klubmedarbejdere. Guiden er udarbejdet af forebyggelses- og oplysningskonsulenterne Steen Bach og Erik Jagd på baggrund af en tidligere udgave, der blev udsendt af Odense Kommune i 1997. Rusmiddelguiden er tænkt som en inspirations- og opslagsbog, hvor klubmedarbejderne kan få mere viden om unge og rusmidler. Bogen lægger op til debat om egne grænser og holdninger til rusmidler, giver faktaoplysninger om euforiserende stoffer, ideer til det daglige klubarbejde og til udformning af en rusmiddelpolitik i klubben m.m.

Guiden er udsendt til samtlige ungdomsklubber i hele landet og kan rekvireres hos:

Landsforeningen Ungdomsringen, Rosenkrantzgade 21, 4., 8000 Århus C. Tlf.: 8619 3449. Fax: 8619 4005.

Kalender

18.- 20. juni

EATI: Cocaine and other (new) stimulants, Antwerp, Belgium. En 3-dags træningskursus for professionelle.
Yderligere oplysninger:
EATI Staff Office, Mieke Voet,
Stadhouderskade 125,
1074 AV Amsterdam, The Netherlands
Tlf.: +31 20 675 20 41,
Fax: +31 20 676 45 91
E-mail: info@eati.org
Homepage: www.eati.org

22.- 24. juni

T3Es sommeruniversitet,
Palma de Majorque, Spanien
Tema: Kulturer og misbrug.
Yderligere information:
Eric Allouche,
lf.: 5576 0146 eller 5850 2088.
E-mail: 189ea@vestamt.dk

25.- 28. juni

EATI: Harm Reduction Management,
Amsterdam, Holland
Et 4-dags træningskursus.

3. - 6. Sept.

EATI: Harm Reduction Management,
Porto, Portugal
Et 4-dags træningskursus.
Yderligere oplysninger:
EATI Staff Office
Mieke Voet, Stadhouderskade 125,
1074 AV Amsterdam, The Netherlands
Tlf.: +31 20 675 20 41,
Fax: +31 20 676 45 91
E-mail: info@eati.org
Homepage: www.eati.org

3.- 8. sep.

ICAA-konference, Bahrain
The International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)
organiserer i samarbejde med Bahrains sundhedsministerium 'The 43rd International Institute on the Prevention and Treatment of Dependencies: Demand Reduction in Practice'.
Yderligere oplysninger:
ICAA/CIPAT, case postale 189,
CH 1001 Lausanne, Switzerland.

6.- 9. Sep.

Fax: +41/21/3209 817.
Homepage: <http://www.icaa.ch>

UKK Institute, Outcomes in health promotion - Key questions for research and policy, Tampere, Finland
Den 3. nordiske Sundhedsfremmende forskningskonference.
Yderligere oplysninger:
TAVI Congress Bureau, Tiina Järvinen
Papinkatu 21, FIN-33200
Tampere, Finland
Tlf.: +358 3 233 0450
Fax: +358 3 233 0444
E-mail: tiina.jarvinen@tavicon.fi
Homepage:
www.tua.fi/laitokset/tsph/conference

2. okt.

Seminar om behandlingsskader
"Psykologernes faglige selskab for misbrugsbehandling" holder tværfagligt seminar om emnet 'Behandlingsskader' d. 2. oktober 2000 i Vesterbro Kulturhus, København.
Formålet med seminaret er at undersøge og diskutere begrebets anvendelighed til belysning af u hensigtsmæssige virkninger af behandling.
Yderligere oplysninger hos Eric Allouche.
Tlf.: 5850 2088 eller 5576 0146.
E-mail 189ea@vestamt.dk

12.-14. Okt.

The 4th European Conference of Drug and HIV / AIDS Services in prison - has now merged with Encouraging Health Promotion for Drug users within the Criminal Justice System,
Hamburg, Germany.
Yderligere oplysninger:
HIT, Cavern Court, 8 Mathew Street
Liverpool L2 6RE. United Kingdom
Tlf.: +44 (0)151 227 4423
Fax: +44 (0)151 236 4829
E-mail: hamburg@hit.org.uk
Homepage:
www.hit.org.uk/hamburg/home.htm