

stof

NARKOTIKARÅDETS BLAD NR. 13 DEC. 2000

FIXERUM

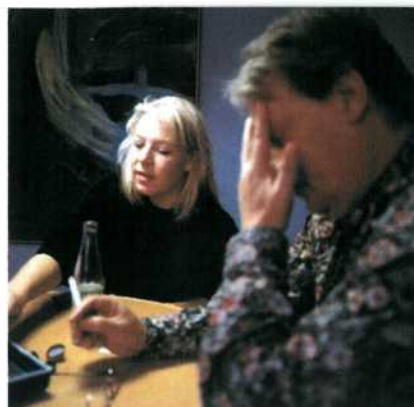
- hvad kan Danmark gøre?

**Børn med
i behandling**

Behandlingsskader

TEMA: SKADESREDUKTION

TEMA:
Skadesreduktion



interview:

5 DER ER GRÆNSER FOR HVAD MAN KAN GØRE PÅ ET GADEHJØRNE Anne Brockenhuus-Schack

Har stofmisbrugere brug for gadesygepleje? Sygeplejerske Nina Brúnés siger ja, men lederen af Specialinstitutionen på Forchammersvej, Svend Aage Germansen, mener at klinikkerne på herbergerne kan klare opgaven.

10 FIXERUM – HVAD KAN DANMARK GØRE? Jørgen Jepsen

Formelt set kunne Danmark have undladt forespørgslen til INCB om fixerum og gjort som Holland, Tyskland og Schweiz uden at møde andet end hævede øjenbryn og en kritisk bemærkning.

14 SPRØJTER OG KANYLER I FÆNGSLER Marianne Secher

Problemerne er ikke løst, blot der er fri adgang til sprøjter. Kriminalforsorgen lægger derimod afgørende vægt på, at den primære indsats overfor stofmisbrugere sker gennem behandlingstilbud.



16 BEHANDLINGSSKADER Michael Jourdan, Steffen Jöhncke & Eric Allouche

Hvilke andre behandlinger ville få lov til konsekvent at kaste skylden for et dårligt behandlingsudfald over på patienten ved systematisk at bruge patientens manglende motivation som universal forklaring på fiasko og tilmed diagnosticere særligt vanskelige patienter som "behandlingsresistente"?

24 SUBSTITUTIONSBEHANDLING I EU Ulrik Solberg

Der er næsten kun én fællesnævner for substitutionsbehandling i EU: At der udleveres et substitutionsstof.

26 AMBULANT BEHANDLING OG INGEN VENTELISTE Karen Stoustrup

Resultaterne kommer, når man ikke er fikseret på dem, og når tilbagefald ikke ryster bliver der færre af dem.

29 HVIS NARKOMANI ER EN HISTORIE ...II Jacob Hilden Winsløw

Radikale nyskrivninger af vor historie om livet forudsætter at vi, i den nye historie, får øje på nye muligheder for at være og handle. Uden en model, et forbillede eller en metahistorie med tiltrækkende muligheder for at være eller handle holder vi fast i hvad vi har.



32 FAMILIECENTER DYREBY Karen Sloth

Det er netop børnene der er svaret – det er ofte truslen om en tvangsfjernelse, der får forældre til at gå i behandling sammen med deres børn. På Dyreby er holdningen, at man inden tingene kommer så vidt, i hvert fald skylder børnene at gøre et forsøg på at reparere de flossede bånd, der er mellem børn og forældre.



"NARKOTIKAKRIGENS OFRE"

JØRGEN KJÆR, FORMAND FOR BRUGERFORENINGEN

... I yder titlen på leder af Center for Rusmiddelforskning Jørgen Jepsens afskedsforelæsning d. 8. december d.å. Mens denne forelæsning formentlig vil sætte markante spørgsmålstegn ved dele af den danske narkotikapolitik, er det nærmere indhold dog i skrivende stund stadig ukendt.

Velkendt er det derimod, at den nuværende danske narkotikapolitik grundlæggende bygger på repression, forbud og straf. Ofrene for narkotikakrigen, de enorme skader der er fulgt i kølvandet på en i øvrigt verdensomspændende massiv prioritering af en ekstremt repressiv kontrolpolitik, er egentlig årsag til skadesreduktionens opståen som strategi og målsætning.

Traditionelt er skadesreducerende tiltag opstået lokalt. Som altid fører konkret viden og indsigt til større nuancering og løsninger der formuleres ud fra behov og altså ikke ud fra den aktuelt gældende moralske konvention. Især Holland og Tyskland er glimrende eksempler på denne bottom-up politik på narkotikaområdet, mens f.eks. Sverige har repræsenteret en vidtgående, centralt styret "War on Drugs" politik. I nordisk sammenhæng har Danmark længe været fortalere for en mere skadesreduktionspræget strategi, men i visse nordiske lande sættes der dog i stigende omfang på centrale initiativer af skadesreducerende karakter og det er uvist om Danmark på sigt i denne sammenhæng kan bevare sin rolle som spydspids på området.

Der er ikke truffet bindende centrale beslutninger i Danmark om skadesreduktion som overordnet målsætning, men ikke desto mindre er skadesreduktion - eller i det mindste spirene til en egentlig skadesreduktionsstrategi - en del af den faktiske indsats. Rammerne for og det nærmere indhold af skadesreduktionsindsatsen diskuteres livligt lokalt og regionalt og både blandt fagfolk, forskere, pårørende, stofbrugere og beslutningstagere. Selve diskussionen vidner om målsætningens berettigelse og nødvendighed, trods modstanderes ihærdige forsøg på at bremse denne udvikling med dumklassiske argumenter: "Skadesreducerende tiltag er det samme som legalisering" eller "Fixerum vil fastholde stofbrugere og tiltrække nye" - mens det tåbeligste argument af alle "Heroinunderstøttet behandling svarer til at give alkoholikere guldøl", dog lykkeligvis synes endeligt aflivet.

Kernen i begrebet skadesreduktion må være en

erkendelse af virkeligheden, "Gadens" virkelighed. Den de fleste ikke ser, men ved eksisterer. Med denne erkendelse bliver det uinteressant at diskutere hensigtsmæssigheden i at bruge stoffer, at indtage dem med "nål og tråd" eller at fixe metadonmixtur. Det afgørende er, at det sker! Faktum er, at stofafhængighed for de fleste er en kronisk tilstand. Kun et fåtal bliver varigt stoffrie. Faktum er, at nålen og selve ritualer for mange er en integreret del af afhængigheden og at en del endda fixer metadonmixtur - med eller uden saftvand. Faktum er, at stof som følge af repressionen indtages umiddelbart efter erhvervelsen på den åbne stofscene, hvor vand til opblanding i de fleste af døgnets timer ikke er tilgængeligt og hvor man derfor i stedet bruger den nærmeste vandpyt eller en nådigt doneret sjat øl. Konsekvenserne er velkendte: Høje dødstal, bylder, hjerte-klapbetændelser, infektioner, amputationer etc.

Hvordan forholder vi os bedst hertil? Ved fortsat håndhævelse af en repressiv strategi - primært baseret på moralsk fordømmelse - hvor omkostningerne for først og fremmest brugerne selv, men også det omgivende samfund, er ulideligt høje? Eller ved for alvor at bekende os til en overordnet og gennemgribende målsætning om skadesreduktion?

Forskellige tiltag vidner om, at vi allerede har taget de første skridt i retning af en skadesreducerende målsætning. Den danske metadonbehandling har givet mange en platform at stå på, ligesom udlevering af "værktøj" har givet reel mulighed for at undslippe diverse dødelige sygdomme. Hvor langt kan vi komme? Et fingerpeg kunne være denne umiddelbare bemærkning fra en pårørende under en diskussion om skridtet fra udlevering af "værktøj" til heroinunderstøttet behandling: "Man sender da heller ikke kun tallerkener til Etiopien".

Udviklingen af indsatsen må ikke stoppe og skadesreduktionens tværfaglighed og sektoroverskridende karakter må konstant iagttages. Skadesreduktion er andet og mere end at forhindre stofbrugere i at dø. Skadesreduktion er nemlig ikke alene rets- og sundhedspolitik, men også i høj grad - og måske endda primært - socialpolitik.

Den primære forudsætning for den nødvendige udvikling er, at alle forholder sig åbne, modige, reflekterende, lyttende, søgende og - ikke mindst - upolitiske.

For med Nils Christies ord:

"Den farligste brug af narkotika er den politiske".



tema:

skadesreduktion

Skadesreduktion eller harm-reduction er stadig et aktuelt emne, der kan give anledning til heftig debat. Og det selvom det i en del år været en del af den officielle narkotikapolitik i en række vestlige lande som f.eks. Holland, Tyskland, Schweiz og herhjemme. Skadesreduktion skal forstås som en målsætning om at reducere skader som følge af stofmisbrug uden nødvendigvis at reducere brugen af stoffet. Typiske skadesreduktionstiltag er sprøjtebytte- og sprøjteudleveringsordninger, varmestuer/væresteder, opsøgende gadeplansarbejde, fixerum mm.

Herhjemme har man på det seneste diskuteret skadesreduktionstiltag som oprettelse af offentlige fixerum, en skadestue på Vesterbro, en mobil skadestue, brugen af rensevæske til sprøjter i fængslerne, om værktøjssæt til stofmisbrugere skal udleveres med eller uden rent vand, gadesygeplejersker mm.

Progressive kræfter kæmper mod mere konservative kræfter når det gælder skadesreduktion. De konservative kræfter er af den opfattelse, at tiltag der afhjælper/forebygger skader efter et misbrug, f.eks. fixerum kan ses som en accept af tilstedeværelsen af stofferne. Noget de ser som en undergravning af stoffernes illegale status og et brud på de konventioner der findes på området og i yderste konsekvens en glidebane hen mod legalisering af stofferne. Mere progressive kræfter ser derimod skadesreduktion som en etisk forpligtelse om solidarisk hjælp til samfundets svage og udstødte. En helt naturlig forpligtelse til så vidt muligt at afhjælpe de skader, der uvægerligt opstår som følge af stofmisbrug og stoffernes illegale status.

I Danmark er politikken på området f.eks. udtrykt i Socialministeriets vejledning om den sociale indsats for de mest udsatte voksne: "Uden at slippe hovedmålsætning om stoffrihed for den sociale indsats på stofmisbrugsområdet har der gennem en årrække været arbejdet ud fra målsætningen om skadesreduktion eller skadesminimering for den gruppe af stofmisbrugere, hvor stoffrihed ikke er et realistisk mål på kortere eller længere sigt".

I regeringens narkotikapolitiske rede-

gørelse fra 1994 fastslås, at Danmark for at imødegå en stigende marginalisering af stofmisbrugere satser på en meget bredspektret indsats på området, der tager hensyn til den enkelte misbrugers 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 bedre 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 herhjemme siden rapporten "At møde mennesket hvor det er", udgivet af Alkohol- og Narkotikarådet i 1984.

Narkotikarådet udsendte i 1999 en rapport om skadesreduktion, der var udarbejdet af en arbejdsgruppe under rådet. Arbejdsgruppen og rapporten skulle ses på baggrund af, at skadesreduktionssynspunkter i stigende grad vinder frem som et element i narkopolitikken både på landsplan og på amtsligt/kommunalt niveau og at man har savnet bred enighed om, hvordan man skal opfatte skadesreduktion. Rapporten indeholder en beskrivelse af hvad der forstås ved skadesreduktion og indeholder eksempler på projekter der enten er gennemført eller er under forberedelse.

Rapporten resumerer også rådets anbefalinger, herunder rådets anbefalinger til Sundhedsminister Birte Weiss af 23. januar 1998, hvor Narkotikarådets ikke stats-tilknyttede medlemmer anbefaler en udbygning af eksisterende sprøjtebytte/-udleveringsordninger samt at der gives mulighed for at etablere fixerum i tilknytning til eksisterende lavtærskel-institutioner, herberger eller lignende eller som selvstændige lavtærskeltilbud. Endvidere har rådet i 1997 sendt en udtalelse til Justitsministeriet/Kriminalforsorgen vedrørende sprøjtebytteordninger i fængslerne. 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.

Narkotikarådet har på sit møde den 26. maj 2000 besluttet igen at nedsætte en arbejdsgruppe om skadesreduktion, der skal følge erfaringer med nye initiativer og stille forslag til rådet om danske initiativer. Gruppen vil herunder se på forskellige beslægtede landes politik og konkrete tiltag på området. Gruppen bliver permanent. *Red.* ■



“Der er grænser for, hvad man kan gøre på et gadehjørne”

Uenigheden er stor mellem gadesygeplejerske Nina Brünés og lederen af Specialinstitutionen på Forchhammersvej Svend Aage Germannsen om, hvorvidt det eksisterende behandlingssystem i København kan varetage det skadesreducerede akutarbejde eller om en mindre - men stærkt udsat - restgruppe tabes

AF ANNE BROCKENHUUS-SCHACK, JOURNALIST

Svend Aage Germannsen er leder af Specialinstitutionen på Forchhammersvej i København, og han er bestemt ikke tilhænger af det tidsbegrænsede - og nu afsluttede - opsøgende projekt med gadesygeplejerskerne på Maria Kirkeplads (se boksen). Vi har sat ham sammen med gadesygeplejerske Nina Brünés, der var en af de to sygeplejersker, som deltog i projektet. Hun arbejder i dag i 'Sygepleje på hjul' under Projekt Udenfor, som er et tilbud bredt rettet mod hjemløse og ikke alene omfattende stofmisbrugere. Og samtalen er ikke mange minutter gammel, før det står lysende klart, at der ikke er ret meget de to kan blive enige om. Uenigheden går bl.a. på behovet for et alternativt tilbud på gadeplan og hvorvidt

man på denne måde i et skadesreduktions-øjemed kan nå en mindre restgruppe, der ikke er eller ikke ønsker at være i et behandlingstilbud.

Et af Svend Aage Germannsens argumenter går på, at alternativet allerede eksisterer med sygeklivkerne på herbergerne i Hillerødgade, Lille Istedgade, Sundholmsvej og Forchhammersvej. "Her er der kvalificerede læge- og sygeplejeydelser i ordentlige rammer".

Her-og-nu-situationen

Nina Brünés: "Det er efter selvhenvendelsesprincippet og det er vanskeligt i en her-og-nu-situation. Så stofmisbrugerne udskyder at opsøge klinikkerne. Det bliver bare ikke til noget eller de venter til det bliver så slemt, at de må indlægges.

Komplicerede visitationsregler og forbud mod at drikke og ryge medfører, at mange holder sig væk. Vi skal yde sygepleje på deres præmisser, ikke på vores". S.A.G: "I rapporten beskriver I selv, at 70 pct. af klientellet er i behandling (-metadon, se faktabox, red.). Og det er steder, hvor der er læge og sygeplejersker".

N.B: "Lægerne dér må eller vil ikke behandle somatiske lidelser, men henviser til praktiserende læger, og sygeplejerskerne bliver ikke brugt i den udstrækning, der er behov for. Resultatet er, at stofmisbrugerne ikke får den fornødne hjælp. Ikke mindst pga. tidsfaktoren. De kan ikke vente på, at der skal gå flere timer efter deres metadonindtagelse, før der bliver tid til at de kan få rensset og forbundet et sår. Det er to





“Hvis der er brug for behandling og der mangler hjælp til dette eller hint, så er det ikke på Maria Kirkeplads det sker. Det er stedet, hvor stoffer købes og sælges. På gaden løses problemerne ikke - men det er der, man får øje på dem”.

helt modstridende opfattelser af tid og sted. Her skal brugerne igen indordne sig nogle rammer”.

S.A.G: “Er det ikke en vovet vurdering af dine kollegers måde at arbejde på? Jeg er ikke enig i, at misbrugsrelaterede skavanker ikke ordnes. Og det er da i orden med en henvisning af behandling for en byld til rette sted. Og sygeplejerskerne på behandlingsinstitutionerne laver da også sygeplejearbejde”.

N.B: “Det er ikke en umiddelbar kritik af mine kolleger, blot en konstatering. Det er det, brugerne svarer, når jeg spørger, hvorfor de ikke bruger sygeplejerskerne på de respektive steder. Desuden er der mange, som ikke tør bede om hjælp i tilfælde af eksempelvis en byld, fordi det betyder, at de har et sidemisbrug, og det er ilde set mange steder. Konsekvenserne af en sådan adfærd er forskellige, men selv en moralprædiken kan afholde mange fra at opsøge den fornødne hjælp”.

En vis enighed mellem de to kommer dog, når de taler om, at en del af dem, der fylder i gadebilledet, er de ubehandlede ikke-københavnere. Brünés

mener dog, at ca. halvdelen af selvsamme gadebilledet tegnes af københavnere, som allerede er i en substitutionsbehandling. Omvendt peger Germannsen på, at der i København er mange tilbud, som flertallet af stofmisbrugerne anvender. Eksempelvis havde sygeplejeklinikkerne den foregående måned besøg af 250 klienter. Heri mener Brünés ikke der er nogen modsigelse, men efterlyser fortsat et tilbud til de mest ressourcefattede, der står på gaden. På spørgsmålet om gadeplansprojektet ikke er et godt supplement, svarer Germannsen, at det allerede er etableret, mens Brünés fastholder, at gadesygeplejersker er nogen, der er på gaden og kan være opsøgende.

“Der er forskel på en flot klinik, hvor klientellet selv skal vurdere deres behandlingsbehov, og så det vi kunne tilbyde. Vi kan med et enkelt blik se, hvorvidt et hævet ben kan udvikle sig til noget alvorligt og sætte ind i tide. At være i gadebilledet, når uheldet opstår ved eksempelvis en overdosis, kan være livsvigtigt. Desuden er der det forebyggende element ved at observere, hvor-

dan stofferne bliver indtaget, og ved at kunne vejlede i denne sammenhæng og dermed forebygge alvorlige fejlfix eller risikoen for smitsomme sygdomme”.

Myter og skjulte dagsordener

- *Hvorfor stoppede forsøget?*

S.A.G: “Forsøget skulle være en afklaring og skulle give information både om behandling og det sundhedsmæssige. Der var så mange skjulte dagsordener og myter indspundet på dette felt, og man kan i hvert fald sige, at rapporten ikke siger noget om en masse aktive stofmisbrugere med behov for sygepleje. Derimod har de behov for (social) behandling”.

N.B: “Så må vi have formuleret os meget dårligt i rapporten. Jeg vil fastholde, at der er et stort behov for konkret sygepleje blandt gadens folk - og det er vel også på den foranledning, at du var med til at etablere sygeplejersker på de forskellige herberger. Dertil kommer hele skadesreduktionstilgangen, der skal sikre en mere hensigtsmæssig indtagelse af stofferne. Klassikeren er klienten, der umiddelbart efter

behandlingen står nede på Maria Kirkeplads. Han eller hun er oplagte kandidater til 'pausedød'. Dødstallet faldt en smule i fjor, men faldet skete alene i Århus og København, der har satset på gadesygeplejersker. Det er da en interessant observation".

S.A.G: "Det er nok at vride de tal uden reel viden. Men vi ved, at der er fem gange større risiko for at dø, hvis du ikke er i behandling".

Nina Brúnés er ikke enig i den holdning at, 'jo flere stærekasser, jo flere stære' - altså at et alternativt tilbud som gadeprojektet tiltrækker flere og nye klienter. Blot fordi man fjerner et tilbud, betyder det ikke, at folk ikke har noget problem, påpeger hun. Tværtimod mener hun, at langt hovedparten af skaderne, overdosis, fejlfix, sår og skrammer, er relateret til det kriminaliserede miljø, de uhygiejniske forhold, der fixes under og de urene stoffer. Løsningen er fixerum og heroinunderstøttet behandling.

Hvilken type alliancer?

S.A.G: "Maria Kirkeplads er ikke OK og ej heller kirkens holdning med at være rummelig og lægge ryg til alt - bortset fra at der ikke må handles eller fixes i kirken. Hvilken type alliance etableres med dette klientel? Er det socialarbejdere og sygeplejersker sammen med klienterne mod resten af verden? Og er alternativet klinisk rene fixesteder med legale stoffer? Medgivet, det sidste giver i visse kredse megen faglig kredit, men det kræver ikke at klienterne tager ansvar for sig selv og bruger de eksisterende behandlingsmuligheder. Det er meget få stofmisbrugere, der ikke gerne vil have kontrol over deres misbrug og blot ønsker at lade stå til".

- Men er dette ikke en ufrugtbar enten-eller-holdning eller den ideale fordring i en verden, hvor der altså står en stærkt udsat gruppe misbrugere på kirkepladsen?

S.A.G: "Det er mit bestemte indtryk at behandling efterspørges bredt".

N.B: "Viften af behandlingstilbud er ikke bred nok, og den store gruppe, der er i behandling og som færdes på gaden, må betyde, at behandlingen for en stor gruppe har slået fejl eller ikke er tilstrækkelig. Der er en gruppe, der ikke efterspørger behandling eller de falder

tilbage og har et stort sidemisbrug undersubstitutionsbehandlingen. Oveni er der prostitution og kriminalitet. Jeg synes, det er en problematisk holdning, at sige til folk, at de skal være ansvarlige, når vi med den politik, vi har i dag, gør alt for at besværliggøre det for dem og samtidig mener at have patent på definitionen på det gode liv".

S.A.G: "Hovedparten kommer ikke på gaden. Vi står ikke over for et uløseligt problem. Jeg kender da også klientellet - der jo også rekrutteres blandt dem på Maria Kirkeplads og får et bedre tilbud hos os - og jeg ser ikke tørsten efter stoffer".

N.B: "Det er simpelthen en virkelighedsfjern holdning. Over 80 pct. af dem, der er i behandling, har et sidemisbrug i

større eller mindre grad, og 70 pct. af dem, der er i behandling, kommer på kirkepladsen. Jeg fik mange i behandling. Det skyldtes, at når de var motive-rede, kunne jeg i samarbejde med Brugerforeningen henvise til et relevant behandlingstilbud".

Brúnés mener, at metadonbehandlingen alt for længe har stået alene og ikke været understøttet af social behandling. Hun medgiver dog, at Forchhammersvej er et foregangssted - en "fløjtyr", der bruges mange ressourcer på, (som Germannsen kalder det) - men der er også eksempler på, at et andet ambulatorium i byen gav samtlige klienter en måneds kollektiv 'straf', hvilket indebar, at al social aktivitet blev

Gadesygeplejersker

Projektet med gadesygepleje på Vesterbro i København strakte sig over årene 1998 og 1999, og blev støttet af Helsefonden. Udgangspunktet var Maria Kirken, hvor sygeplejerskerne var gæster og kunne benytte et mindre rum. I den periode var 70 pct. af de brugere, der opsøgte gadesygeplejen, allerede i en eller anden form for behandlingssammenhæng (metadonbehandling på distriktscentre, ambulatorier eller apoteker). Dvs. ca. 30 pct. er ikke i behandling. Men selv om der er ansat sygeplejersker på de fleste ambulatorier og alle centre, har brugerne fordomme i forhold til institutionerne. De frygter repressalier af forskellig art, og finder ikke den behandlingsmæssige enten-eller-holdning brugbar.

Men de efterlyser skadesreducerende vejledning og her har gadesygeplejerskerne kunnet informere om hygiejne og korrekt injektionsteknik. Som et led i arbejdet har sygeplejerskerne sammen med Københavns og Frederiksbergs kommuner udarbejdet de såkaldte 'J-Kie Cards' (forkortelse for junkie), der består af 100 forskellige kort med spørgsmål-svar, der giver information om skadesreducerende adfærd. Disse kort bliver brugt, de gemmes og genlæses og stofmisbrugere taler om dem og gør hinanden opmærksomme på nye oplysninger.

Sygeplejerskerne har behandlet sår, bylder og alvorlige infektioner. Mange klienter er hjemløse, har psykiske lidelser, eller er smittet med hepatitis C eller HIV. I rapporten understreges også manglen på rent vand i 'værktøjssættene', der kunne reducere risikoen for alvorlige infektionssygdomme.

Rapporten går bl.a. ind for fortsat opretholdelse af et lavtærskeltilbud på gadeplan - det de to sygeplejersker kalder et møde 'midt i fixet' - for yderligere oplysning og uddannelse af hospitalspersonalet - og hvis ikke hospitalerne magter at rumme disse mennesker, foreslås det at der oprettes en skadestue i miljøet. Men også fixerum og afkriminalisering af heroin berøres i rapporten.

Kilde: 'Sygepleje blandt stofmisbrugere. Erfaringer fra arbejdet som gadesygeplejersker på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København 1998 og 1999'. Rapporten er udarbejdet af Charlotte Fich og Nina Brúnés, på det tidspunkt ansat ved Specialinstitutionen på Forchhammersvej. Udgivet i februar 2000 af Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Tlf.: 3317 3317.

tema:

inddraget. Årsag? Der var stjålet kaffe. "Det er ikke et socialt tilbud. Ej heller behandling". Germannsen mener også, der er behov for at se nøjere på kvaliteten af arbejdet og indgå i en tættere dialog med klienterne.

Stadig nye ansigter

De 30 pct., der ikke er i behandling (se faktabox), drejer sig om ca. 100 personer - men gruppens størrelse er variabel, da folk går ind og ud af behandlingen, er i fængsel, osv, mener Brünés. "Der er også dem, der ikke ønsker behandling. Gruppen er ikke fasttømret og homogen og jeg ser dagligt nye ansigter på gaden. For mig virker det håbløst, at man slukker ildebrände i stedet for at undgå, at ilden opstår. Eksempelvis med fixerum eller ved at give dem det stof, de vil have. Helt grotesk er den manglende adgang til rent vand, hvor stoffet i stedet blandes op med ølsjatter eller vand fra pytter. Det er fint med rene værktøjer, men det er mig uforståeligt, hvorfor der ikke i sættene kan indlægges ampuller med rent vand. Det ville være skadesreduktion, der ville noget!".

De resterende 70 pct. (-der er i metadonbehandling, red.) får ifølge Brünés ikke de tilbud, de har behov for.

S.A.G: "Fixerum og heroin er en defensiv løsning på et alvorligt problem og med en pokkers masse indbygget bøvl. Der er ingen erfaring for at det går godt at give los".

Her udspringer sig efterfølgende en diskussion om det schweiziske heroinforsøg og resultaterne heraf, hvor folk fik arbejde og bolig ligesom dødstillene faldt markant - samt at heroinforsøget blev til et permanent behandlingstilbud. S.A.G: "Dødstallet falder også i København".

N.B: "Du sagde før, at det kunne man ikke måle på... Og tallet herhjemme er heller ikke faldet markant men kun en smule. Men én ting er dødstallet, noget andet er de skader, der er forbundet med forbudet".

S.A.G: "Det, jeg mener, er, at selv om vi ikke har offentlige fixerum og

legaliserede stoffer, så falder dødstallet alligevel. Som jeg sagde før, så efterlyser klienterne individuelt tilpasset behandling og ikke stoffer. De vil have et bedre liv, en bolig og et indhold i dagligdagen og først og fremmest behandling for deres misbrug".

N.B: "Det hører du ikke på Maria Kirkeplads. Og i øvrigt har klienterne lært at sige, at de gerne vil være stoffri. Det er trods alt nemmere at vælge en anden livsførelse, hvis man har livet i behold, ikke er smittet med hiv eller leverbetændelse, har arme og ben samt tænder i munden".

Her siger Germannsen, at han arbejder med substitutionsbehandling, og Brünés tydeliggør, at det, hun mener, er heroinunderstøttet behandling. For så

S.A.G: "Det er da ikke de 10-12 faste - flere er de ikke - som farter rundt omkring Maria Kirkeplads, vi taler om. De er perifære og kommer kun for at handle - og nå ja, så smutter der måske en arm eller et ben".

N.B: "10-12 faste? Det har intet med virkeligheden at gøre. Er der ikke tankevækkende, at de oveni alle de andre ulykker også skal miste lemmerne? Så bliver mulighederne for et andet liv da endnu mere begrænsede".

S.A.G: "Tankevækkende? Igen: Du kan ikke løse problemet ved at legalisere stofferne. Løsningen hedder et lødigt alternativ. Du kan da ikke forvalte det synspunkt, at de skal fortsætte med stofferne. Det er jo rendyrket elendig-hedsfilosofi!"

"Hovedparten kommer ikke på gaden. Vi står ikke over for et uløseligt problem. Jeg kender da også klientellet - der jo også rekrutteres blandt dem på Maria Kirkeplads og får et bedre tilbud hos os - og jeg ser ikke tørsten efter stoffer."

længe brugerne tvinges ud i prostitution og kriminalitet, er de sværere at nå.

S.A.G: "Tvinges af hvem?"

N.B: "Af behovet efter et kriminaliseret stof. Og i denne forbindelse er det tankevækkende, at du til klienten siger: 'Tag dog ansvar for dit eget liv. På kirkepladsen tager de ansvaret - de vil have heroin. Den gruppe 'behandler' sig selv - og for dem er det bedste stof heroin".

De dør!

- Står man over for at tabe en restgruppe?

N.B: "Ja! De dør!"

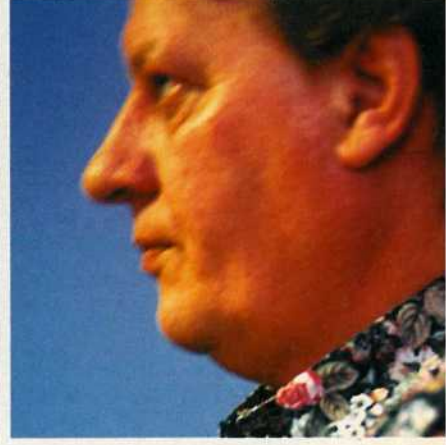
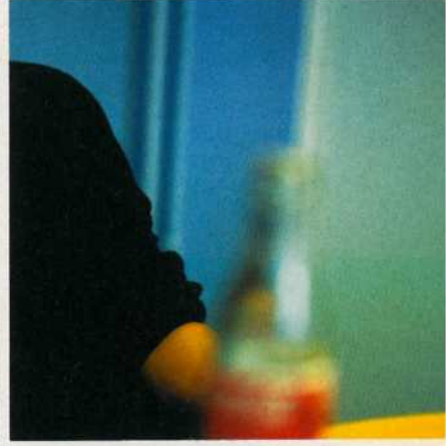
S.A.G: "I disse sammenhænge vil der altid være en restgruppe. Vor opgave er at rigge et tilbud sammen til dem, så de ikke tabes. Men at tage stoffer er livsfarligt. Og de mest udsatte nås ikke ved legalisering".

N.B: "Heroin er et morfinpræparat, der ordineres til 300.000 mennesker. Det er ikke skadeligt i rette dosis og indtaget under hygiejniske forhold".

N.B: "Jeg taler ikke om legalisering, men om afkriminalisering. Jeg taler om endnu et behandlingstilbud. En bred vifte at vælge imellem. Dét er et lødigt alternativ. Og så mener jeg, det er alarmerende relevant at minimere de skader, som opstår som følge af forbudet, indtil den enkelte føler sig motiveret til en anden livsførelse. Vi har at gøre med en gruppe mennesker, som har masser at byde på til det omgivende samfund. Men al deres overskud bliver brugt på at skaffe penge til et stof, som vi har vedtaget er illegalt".

- At dømme efter rapporten har gadesygeplejerskerne været en succes. Ud over sygeklinikerne er der så andre tiltag på vej som f.eks. den skadestue på Vesterbro, som rapporten anbefaler, såfremt hospitalerne ikke ser sig i stand til at rumme dette klientel?

Begge: "Det ved vi ikke. Det er noget, der tales om, men det er næppe lige rundt om hjørnet".



tema:

Fixerum - hvad kan Danmark gøre?

Et juridisk oplæg til fornyet overvejelse med udgangspunkt i fortolkningen af de internationale konventioner

AF JØRGEN JEPSEN, CENTERLEDER

I januar 1998 afgav Narkotikarådet en udtalelse til Sundhedsminister Birthe Weiss som svar på en forespørgsel, ministeren havde rettet til rådet i juni 1997, med rådets anbefaling af, at der tilvejebringes lovhjælp til indretning af fixerum i Danmark. Denne anbefaling var baseret på en indstilling fra Narkotikarådets arbejdsgruppe om skadesreduktion. Sundhedsministeriet havde samtidig bedt om Narkotikarådets synspunkter vedr. sprøjteuddelings- og -bytteordninger. Narkotikarådet var klart positivt i sin anbefaling af forbedrede ordninger på begge områder. For sprøjteuddelingsordningernes vedkommende kunne bl.a. henvises til, at den tidlige indførelse af sådanne ordninger i en række danske byer havde bidraget til et relativt lavt niveau af HIV/AIDS i Danmark sammenlignet med andre tilsvarende vesteuropæiske nationer.

Anbefalingen af officiel tilslutning til indretning af fixerum var baseret på skadesreduktionssynspunkter. Hertil hører, at fixerum kan muliggøre, at injektioner af illegale stoffer kan foregå under mindre stressede og uhygiejniske omstændigheder, end det ellers er tilfældet, når narkomaner fixer på gader, trapper og toiletter, til tider forfulgt af politiet. Fixerum er en direkte fordel for sprøjtebrugerne, og samtidig kan man hermed nedsætte de gener for omgivelserne, som stofmisbrugerne injektion i offentlige rum ellers giver anledning til (henkastede brugte sprøjter og kanyler, synlig tilstedeværelse, uheldige indtryk på unge og andre).

Narkotikarådet henviste endvidere til, at man i forbindelse med sådanne fixerum kunne - og burde - etablere tilbud om hjælp og støtte, dels med

hensyn til akutte helbredsproblemer, dels m.h.t. etablering af kontakt til behandlingsapparatet og støttesystemer. Dette er vigtigt bl.a. m.h.t. at reducere risikoen for smittespredning, både HIV/AIDS og Hepatitis, der kan modvirkes ved udlevering af rent værktøj de pågældende steder. Men også den blotte etablering af fredeligere områder med hygiejniske hjælpemidler ville være en klar forbedring.

Sundhedsministeriet og INCB

Narkotikarådets anbefaling af fixerum blev efter en forsinkende bureaukratisk proces i december 1998 af Sundhedsministeriet fremsendt til den Internationale Narkotika Kontrol Komité (International Narcotics Control Board, i det flg. INCB), der i henhold til de internationale konventioner skal føre kontrol med produktion, fordeling, import, eksport og anvendelse af de af konventionerne omfattede midler ("Narkotika" såvel som såkaldte Psykotrope Stoffer^{1,2}). Det er denne organisation, der modtager årlige indberetninger på disse områder og som, på grundlag af oplæg fra de enkelte regeringer - fastsætter, hvor meget af de enkelte stoffer de enkelte lande får tildelt til medicinske formål (først og fremmest medicinsk behandling og smertelindring).

I henhold til konventionerne har INCB krav på, at de enkelte medlemslande indrapporterer deres behov for stoffer i de enkelte år og også redegør for (det legale) forbrug samt for konventionernes overholdelse mv.

INCBs sanktionsmidler

Dersom de enkelte lande ikke lever op til deres forpligtelser, kan INCB henven-

de sig til dem og rykke for oplysninger, og hjælper dette ikke, kan INCB dels (først) tilsende en kritik til de pågældende lande og anmode om et svar på kritikken og eventuelt foreslå foranstaltninger til at imødegå de kritisable forhold, dels som næste sanktion offentliggøre denne kritik - med heraf følgende formodede skadevirkninger for de pågældende landes renommé. Der er altså tale om en blanding af overtalelse og pression. Kritikken kan i øvrigt videresendes til FNs Narkotikakommission (der bistås af FNs kontrolprogram for narkotika og kriminalitet, tidligere UNDCP, nu ONDCCP) og derfra videre til FNs Økonomiske og Sociale Råd (ECO-SOC), hvorunder området hører.

I sidste instans kan INCB overveje at bruge det alleralvorligste middel, nemlig en såkaldt Embargo mod evt. genstridige lande, dvs. en anbefaling af, at konventionslandene undlader enhver eksport af de af konventionen omhandlede stoffer til de pågældende lande (eller enhver import af kontrollerede stoffer fra dem - hvilket især er relevant, hvis der er tale om produktionslande).

Det er klart, at f.eks. en blokering af adgangen til morfin til bl.a. smertelindring og bedøvelse ved operationer er et så alvorligt våben, at det næsten ikke kan tænkes anvendt. Denne sanktionsform - der er af klart straffende karakter - blev i sin tid indført allerede i de opiumskonventioner, der gik forud for Enkeltkonventionen af 1961 som led i etableringen af international kontrol med produktion og handel (det daværende Opium Control Board). Denne sanktionsform var imidlertid ikke tænkt anvendt over for enhver handlen i modstrid med konventionernes ordlyd og

ikke de enkelte landes administration af den nationale narkotikalovgivning, men er netop tiltænkt ekstreme situationer i den internationale handel.³ Denne sanktionsform er da også omgivet af en række procedureregler og retssikkerhedsgarantier. Den har heller ikke endnu været anvendt i praksis - alene truslen herom har været nok til at få enkelte modvillige lande til at samarbejde om kontrol af den internationale handel. Følgelig er det heller ikke tænkeligt, at den vil kunne anvendes over for lande, der ikke lever op til INCBs tolkning af konventionernes regler om forfølgning af (bistand til) egen brug og besiddelse med henblik herpå. Dette er simpelthen ude af proportion med sanktionens karakter og bestemmelseernes forhistorie. Det skal i den forbindelse bemærkes, at den dominerende konvention vedr. retshåndhævelse - Wien konventionen af 1988 - da heller ikke antyder, at sanktionen skulle kunne anvendes over for så bagatelagte overtrædelser.

INCB og fortolkningen af konventionerne

INCB har som opgave at overvåge konventionernes overholdelse på vegne af UNDCP og ECOSOC. Organisationen afgiver årlige rapporter til disse om udviklingen i overholdelsen og anvendelsen af konventionerne og kan i den-

ne forbindelse fremhæve forhold, man anser for problematiske - og som man evt. har henvendt sig til de enkelte lande om. I denne forbindelse kan INCB gøre sig til talsmand for fortolkning af konventionerne, men man kan ikke sige, at disse fortolkninger er absolut autoritative - de enkelte medlemslande har en vid adgang til at anlægge deres egne fortolkninger.

Det er i den forbindelse værd at bemærke, at da man indførte "håndhævelses-konventionen" af 1988, blev der udtrykkelig indsat en bestemmelse om, at reglerne måtte læses med forbehold af grundlæggende principper i de enkelte landes forfatninger og retssystemer, jf. artikel 3, § 2: "*Subject to its constitutional principles and the basic concepts of its legal system*". Ikke mindst denne generalklausul var medvirkende til, at Danmark under forberedelsen af Wien-konventionen - hvor man i øvrigt anlagde skadesreducerende synspunkter - undlod at protestere mod nogle af dens meget restriktive bestemmelser, som man især så som møntet på latinamerikanske lande.⁴ Man gik ud fra, at Danmark kunne fortolke konventionen i overensstemmelse med sine egne traditioner, herunder den allerede da længe fastlagte praksis over for besiddelse af mindre kvanta til eget brug, jf. Rigsadvokatens cirkulære af 1969. Selvom Wien-konventionens artikel 3, § 6 pålægger en forsigtig udøvelse af anklagemyndighedens skønsbeføjelser ("*discretion*"), kan denne ikke være til

fakta om fixerum

Ekstrakt fra Brice de Ryuers "Technical Report to the Pompidou Group" on the compatibility of certain risk-reducing factors with international regulation (conventions)

- "Der er ikke nogen klar vejledning i relation til brugerrums forenelighed med international lov. På den ene side kunne sådanne faciliteter være en overtrædelse af de internationale konventioners bestemmelser vedrørende brug og besiddelse af stoffer, men på den anden side kræver international lov ikke i sig selv strafferetlig reaktion på besiddelse til eget brug. Det kræves kun, at sådanne handlinger modvirkes. Hertil kommer, at lande kan henholde sig til princippet om hensigtsmæssighed med henblik på at tillade besiddelse af stoffer til eget forbrug. Imidlertid må man sige, at regeringer ikke må påberåbe sig dette hensigtsmæssighedsprincip hver gang de ønsker at afvige fra de internationale bestemmelser. Og eftersom brugerrum er en ekstrem form for skadesreduktion kunne der opstå tvivl om viljen til at overholde konventionsforpligtelserne. På den anden side refererer den europæiske handlingsplan til bekæmpelse af narkotika til artikel 152 i Amsterdamtraktaten (1997) med hensyn til at fremhæve et nyt samarbejdsfelt mellem medlemsstaterne, nemlig reduktionen af stofrelateret helbredsskade sammen med det traditionelle samarbejde på forebyggelsesområdet⁵. Derfor bliver skadesreduktionsstrategier, som omfatter brugerrum, mere og mere acceptable. Men endnu en gang: Særlige forudsætninger afgør om disse strategier hører til under skadesreduktionsbegrænsningen."



hindre for en (fortsat) praktisering af opportunitetsprincippet i dansk anklage- og politipraxis, dvs. at man i visse mindre alvorlige tilfælde - herunder mindre stof-sager, især vedr. besiddelse - kan undlade at indgribe over for noget, der formelt er en lovovertrædelse.

Herudover har konventionslandene også en vis frihed til at fastlægge, hvad der er godtagelse af anvendelse af stoffer til "medicinske og videnskabelige formål". Vil man tillade, at narkomaner indtager deres stoffer under ordnede forhold, evt. under tilstedeværelse af en sygeplejerske, kan dette antages at falde ind under det pågældende lands ret til fortolkning af den nævnte passus - i hvert fald hvis der ikke blot gives løs for enhver form for omgang med stofferne, handel o.s.v. på de pågældende steder⁵.

Fixerum i andre lande

Det må antages at være i god overensstemmelse hermed, at man i Tyskland i foråret 2000 har indført en lovændring, der muliggør indretning af fixerum i tyske byer på en række betingelser, der netop imødegår den kritik, der ellers kunne rettes imod fixerum⁶. Efter en noget besværlig procedure med mægling mellem Forbundsdagen og Forbundsrådet er loven nu vedtaget og en række byer forbereder den formelle etablering af fixerum.

Også i Australien (New South Wales, ASC (Canberra) og Victoria) forberedes lovgivning og indretning af fixerum, hvoraf de første formentlig kan forventes etableret i slutningen af år 2000.

INCBs reaktion

Imidlertid har INCB reageret over for de pågældende lande. Organisationen har aflagt besøg hos dem og udtalt sin kritik - og i sin årsberetning for 1999 har man kritiseret både disse lande samt Holland og Schweiz, hvor man også har indrettet fixerum som en skadesreducerende foranstaltning. Det er INCBs opfattelse, at indretning af fixerum - og manglende retsforfølgelse af personer og institutioner der indretter fixerum - er en overtrædelse af de internationale konventioner, mere præcist Wien-konventionens artikel 3, §.1.(c) (iv), der påbyder konventionslandene at indføre straf for "aiding and abetting" (hjælp og bistand til) de opregnede overtrædelser af konventionen, herunder brug og besiddelse af stoffer til eget brug. Man mener således, at de pågældende lande overtræder både konventionernes bogstav



Tysk lov om fixerum

Entwurf

Drittes Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes August 1999 (Tredje ændringslov til ændring af rusmiddeloven)

1. Efter §10 indsættes som §10 a:

Tilladelse til drift af fixerum

- (1) For den som ønsker af drive en institution, i hvis lokaler der gives stofafhængige mulighed for at anvende medbragte, ikke-lægeligt ordinerede euforiserende stoffer (fixerum), kræves en tilladelse fra den kompetente øverste landesmyndighed. Tilladelse kan kun meddeles, hvis landsdelsregeringen har reguleret forudsætningerne for meddelelsen i en retsforskrift i henhold til stk. 2.
- (2) Landsdelsregeringerne bemyndiges til gennem retsforskrifter at regulere forudsætningerne for at give tilladelse efter stk. 1. Forskrifterne skal især fastsætte følgende minimumsstandarder for sikkerhed og kontrol ved brug af euforiserende stoffer i fixerum:
 1. Formålstjenlig indretning af de lokaler, som skal tjene som fixerum.
 2. Ydelse af en øjeblikkeligt indsatsberedt medicinsk akuthjælp.
 3. Medicinsk rådgivning og hjælp med henblik på risikominimering ved brugen af de euforiserende stoffer som er medbragt af de afhængige.
 4. Formidling af videregående rådgivnings- og terapitilbud.
 5. Foranstaltninger til afværgelse af overtrædelser af denne lov i fixerum, bortset fra besiddelse af euforiserende stoffer efter §29, kap. 1, stk. 1, nr. 3 om eget forbrug i ringe mængde.
 6. Fornødent samarbejde med de stedlige myndigheder, som er ansvarlige for den offentlige sikkerhed og orden, med henblik på så vidt muligt at forhindre lovovertrædelser i umiddelbar nærhed af fixerum.
 7. Nøje fastlæggelse af kredsens af berettigede brugere af fixerummene, især i henseende til alder, arten af medbragt euforiserende stof og tilladt forbrugsmønster. Åbenlyse førstegangs- eller lejlighedsbrugere er udelukket fra afbenyttelsen.
 8. Dokumentation og evaluering af arbejdet i fixerummene.
 9. Stadig tilstedeværelse af et tilstrækkeligt antal personligt ansvarligt personale, som er fagligt uddannet til at opfylde de under 1 til 7 nævnte krav.
 10. Udnævnelse af en sagkyndig person, som kan overholde de under 1 til 9 nævnte krav, som er ansvarlig over for tilladelsesmyndighedens krav og overvågningsmyndighedens bestemmelser (ansvarshavende), og som til stadighed kan opfylde de pligter som påhviler ham.
- (3)
- (4) En tilladelse efter stk. 1 giver ikke hjemmel til at personale, som er ansat i et fixerum, kan analysere indholdet af de medbragte euforiserende stoffer eller yde aktiv hjælp ved umiddelbar brug af medbragte euforiserende stoffer.

og ånd. I den forbindelse henviser man til, at man vedtog de pågældende konventionsbestemmelser netop for at bekæmpe "opiumhuler" - og sådan opfatter man altså fixerum.

Der er ikke nogen formel løsning på denne konflikt mellem INCB og FNs Narkotikakommission på den ene side og de pågældende konventionskritiske lande på den anden. Begge parter kan hævde, at de har ret i deres fortolkning. Der kan heller ikke peges på sanktioner, som INCB med rette kan anvende over for de kritiserede lande, jf. ovenfor, idet en embargo (som man dog skal have luftet over for Australien) ikke kan anses for en passende eller acceptabel reaktion. De blotte kritiske henvendelser fra INCB har de pågældende lande foreløbig sat sig ud over.

Den danske Sundhedsministerium

For Danmarks vedkommende er situationen den, at Sundhedsministeriet efter høringen af Narkotikarådet - efter nogen tøven og uden at have konsulteret hverken Socialministeriet eller Justitsministeriet (som den slags konventionsanliggender normalt henhører under) - i december 1998 henvendte sig til INCB og spurgte, om den af Narkotikarådet foreslåede indretning af fixerum i Danmark ville være i overensstemmelse med landets forpligtelser efter konventionerne. Det kan næppe undre, at INCB - i december 1999 - svarede nej, og oven i købet roste Danmark for overhovedet at spørge⁷.

Formelt set kunne Danmark have undladt denne forespørgsel og gjort som Holland, Tyskland og Schweiz uden at møde andet end hævdede øjenbryn og en kritisk bemærkning. Men det virker som om man fra det danske Sundhedsministeriums side ønskede at komme uden om den indstilling, man havde fået fra det formodet sagkyndige høringsorgan, Narkotikarådet.

Ydermere har man fra Sundhedsministeriets side over for INCB udtalt, at Danmark ej heller ville være interesseret i at få ændret konventionerne på dette punkt, hvilket ellers havde været en formel vej ud af dilemmaet. I kraft af denne udtalelse har man effektivt fastlåst den danske position i en repressiv retning og vanskeliggjort landets tilslutning til mere skadesreduktions-orienterede lande, og Danmark har hermed har lagt sig op ad den svensk-norske repres-

sive linie (som de pågældende lande måske nu alligevel er på vej væk fra som følge af dens ringe resultater).

Narkotikapolitik ad bagdøren

Hele forløbet er endnu et eksempel på konflikten mellem den repressive narkotikapolitik, som Sundhedsministeriet stort set uimodsagt nu har fremført i en årrække og på den anden side en mere social, skadesreducerende linie, som erkender at høgenes kamp mod narkotikaen har skadet mere end den har gavnet, og at man må gøre hvad man kan for at give narkomanerne et mere menneskeværdigt liv - uden af den grund at opgive at tilbyde behandling og stoffrihed som langsigtet mål. Det er karakteristisk, at den ene sundhedsminister efter den anden, så vidt jeg kan se, har kørt denne linie uden at konsultere de øvrige fagministerier og på tværs af anbefalinger fra Narkotikarådet. Også afvisningen af et dansk heroinforsøg er gennemtvunget på denne måde til trods for et klart flertal i befolkningen for et sådant forsøg⁸.

Det ville være tragisk, hvis dette magtspil fra et enkelt ministeriums side i lang, ubestemt tid skulle være til hinder for en så oplagt livreddende og skadesreducerende foranstaltning som fixerum. Det kan i hvert fald ikke med rette hævdes, at indretning af fixerum i Danmark er udelukket af juridiske grunde. Hvis man ikke vil skride til en egentlig lovgivning, kan man i det mindste fortsætte med en tænksom anvendelse af det danske opportunitetsprincip hos anklagemyndighed og politi.

Men sagen er i det hele for vigtig til at blive ordnet i dølgsmål i det højere diplomatiske korridorer. Her har USAs høje og deres mager i Sverige og det danske Sundhedsministerium for let adgang til at gennemføre en repressiv narkotikapolitik ad bagdøren imod dansk tradition. ■

1. Det drejer sig først og fremmest om de stoffer, der er omhandlet i bilagene til Enkeltkonventionen (Single Convention), der i 1961 afløste den indtil stadigt voksende kompleks af konventioner især opiumskonventionerne. Til Enkeltkonventionen af 1961 knytter sig en såkaldt "Protokol" af 1972, der supplerer og uddyber denne. I 1971 suppleredes Enkeltkonventionen af Konventionen om Psykotrope Stoffer, bl.a. for at inddrage stoffer som LSD og forskellige lægemidler mv. under kontrolsystemet.

2. I 1988 vedtoges endelig den såkaldte Wien-konvention, der først og fremmest sigtede på at bekæmpe den illegale handel med alle de kontrollerede stoffer samt med stoffer, der kunne omdannes hertil (såkaldte prækursorer), ligesom der indførtes bestemmelser mod hvidvaskning samt om retsligt samarbejde
3. Dette fremgår bl.a. klart af den officielle kommentar til Enkeltkonventionen, jf. "Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1971"
4. Personlig kommunikation fra daværende kontorchef i Alkohol- og Narkotikarådet Mogens Bjørnbak Hansen, der deltog i den danske delegation.
5. Et grundigt responsum herom, afgivet til Pompidou-gruppen den 4. august 2000 af den anerkendte belgiske strafferetsprofessor Brice de Ruyver, Universitetet i Gent, fastslår dette, men trækker visse grænser (Se hans "Technical Report on the "Legal (Pre)conditions and control Mechanisms with Regard to Risk Reduction p. 12-14)
6. Se uddrag af lovtæksten i rubrik/appendix
7. En international kritiker af INCB udtalte hertil, at man lige så vel kunne have spurgt paven, om abort burde være tilladt - Ironisk nok har netop Vatikanet modsat sig indretning af fixerum i tilslutning til et katolsk hospital i Sidney med det resultat, at planerne herom måtte opgives og et nyt hjemsted lokaliseres.
8. Jf. gentagne Vilstrup-undersøgelser, der har vist en vækst i den folkelige tilslutning til et heroinforsøg fra 67 % i januar 1998 (se Politiken 22/4 1998) til 69% i januar 2000 (Berlingske Tidende, 6. maj 2000) samt mere uformelle forespørgsler blandt folketingsmedlemmer, der viste et flertal på 97 for et heroinforsøg over for 81, der var imod (se Det fri Aktuelt d. 2. august 1997)
9. Kommissionens meddelelse til Rådet og det Europæiske Parlament om en europæisk fællesskabsaktion til bekæmpelse af stofmisbrug (2000 - 2004), Com(1999) 239 endelig udgave, Bruxelles, 1999 s.9

Faktaboksene er oversat af
Narkotikarådets sekretariat

Jørgen Jepsen

Leder af Center for Rusmiddelforskning og medlem af Narkotikarådet



Sprøjter og kanyler i fængsler

Problemerne er ikke løst, blot der er fri adgang til sprøjter. Kriminalforsorgen lægger derimod afgørende vægt på, at den primære indsats overfor stofmisbrugere sker gennem behandlingstilbud

AF MARIANNE SECHER, KONTORCHEF I KRIMINALFORSORGEN

Sidste nummer af Stof indeholdt en omtale af Peer Brehm Christensens ph.d.-afhandling om blodoverførte virusinfektioner blandt fynske narkomaner. Til grund for en del af afhandlingen lå en undersøgelse af forholdene i Statsfængslet i Nyborg, hvor Peer Brehm Christensen igennem et års tid havde haft lejlighed til at tage blodprøver på og interviewe en del af de indsatte.

Peer Brehm Christensen konkluderer, at indsatte stiknarkomaner risikerer at blive smittet med leverbetændelse under et fængselsophold og anbefaler, at de indsatte får mulighed for at benytte sterile sprøjter og kanyler. Klorin, som fængslet stiller til rådighed, er ikke til megen nytte, idet der efter hans opfattelse i narkokredse ikke er tradition for at bruge klorin.

Det er indlysende, at der altid er en smitterisiko, hvor stiknarkomaner er sammen, og hvor bevidstheden om smitterisikoen ikke er tilstrækkelig stor til at forhindre risikoadfærd. Dette gælder både for stofmisbrugere i fængslerne og for stofmisbrugere i narkomiljøerne i samfundet udenfor.

Stofmisbrugere i fængsel

Godt 1/3 af de indsatte i Kriminalforsorgens institutioner er stofmisbrugere (personer, som indenfor det sidste halve år forud for indsættelsen mere end nogle ganske få gange har indtaget ét eller flere euforiserende stoffer). Ca. 25 pct. af disse brugte sprøjte udenfor i samfundet. Om disse er fortsat med at bruge sprøjte efter indsættelsen, eller

om de eventuelt har ændret misbrugs-mønster, ved vi ikke.

Fra en ekstern undersøgelse foretaget af Britta Kyvsgaard, ved vi imidlertid, at halvdelen af de indsatte, der havde et misbrug inden indsættelsen, reducerer deres misbrug under afsoningen. Nogle holder helt op med at misbruge rusmidler, andre holder op med at være blandingsmisbrugere og misbruger typisk hash, mens der for en tredje gruppe sker et totalt skift i misbrugets art - almindeligvis fra heroin til hash. Der er endelig også nogle, som begynder at supplere deres misbrug af - oftest - hårde stoffer med hash.

For den anden halvdel, der var misbrugere inden indsættelsen, sker der ifølge undersøgelsen ingen forandring med hensyn til misbrugets art.

Narkotika i fængslerne

Til trods for omfattende kontrolforanstaltninger er det ikke muligt at forhindre indsmugling af stoffer i fængslerne. Der foretages et meget stort antal visitationer både rutinemæssigt og ved konkret mistanke. Der findes stoffer, og der findes også i et vist omfang sprøjter. Såvel stoffer som sprøjter konfiskeres.

Den omstændighed, at det er strafbart at besidde og handle med stoffer, rejser meget store principielle problemer i relation til diskussionen om udlevering af rene sprøjter og kanyler i fængsler. Hertil kommer, at emnet i øvrigt ikke er så enkelt, som det umiddelbart kunne synes at være. Problemerne er ikke løst, blot der er fri adgang

til sprøjter. Med en sådan ordning følger en risiko for alvorlige utilsigtede skadelige bivirkninger.

Uanset om der i forvejen er illegale sprøjter og kanyler i et fængsel, vil udlevering af sådanne utvivlsomt lette adgangen til at injicere og derved kompromittere bestræbelserne på at begrænse stofmisbruget i fængslerne.

Det kan ikke udelukkes, at en lettere adgang til at injicere ville få personer, der ikke tidligere har injiceret, til at påbegynde et sådant misbrug.

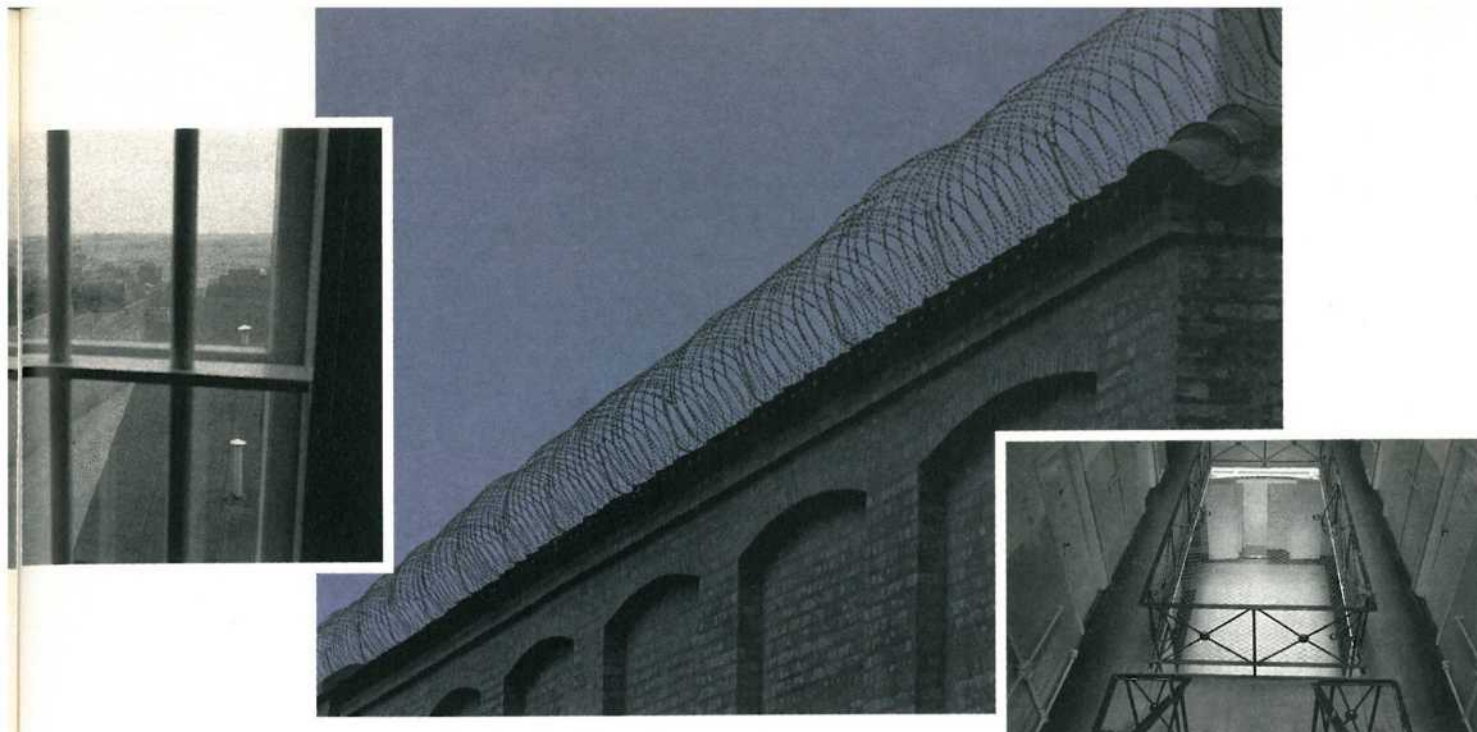
Som forholdene er i dag, er det oplagt, at mulighederne for at opspore ulovlige stoffer blandt andet øges ved fund af sprøjter og kanyler. Hvis udlevering af sprøjter og kanyler skal have nogen praktisk mening, vil det få indflydelse på personalets mulighed for at iværksætte visitationer og lignende. Eftersøgningen ville blive vanskeliggjort, og konsekvensen kunne let blive mere narkotika i fængslerne og større risiko for brug af injektionsmetoden - og dermed øget smitterisiko.

Skadesreduktion og information

Kriminalforsorgen har fundet, at de ovenfor nævnte synspunkter gør det for betænkeligt at udlevere sprøjter og kanyler. I stedet har man valgt at gå andre veje.

De indsatte har, som det nævnes i artiklen, adgang til at rense deres sprøjter i klorin. Denne ordning har været kørt som forsøg gennem en længere periode, og er nu blevet gjort permanent, således at der fremover skal forefindes klorin i portionsflasker i alle Krimi-





nalforsorgens institutioner. Klorinflaskerne er placeret diskret og frit tilgængelige for de indsatte, for eksempel på badeværelser og toiletter.

Desuden skal alle stiknarkomaner have tilbud om test og eventuel vaccination mod hepatitis B. Det er endnu begrænset, hvor mange vaccinationer, der er blevet foretaget. Men det overvejes i Kriminalforsorgen, hvad der kan gøres for at få ordningen til at slå bedre igennem.

Helt afgørende for, om det er muligt at trænge igennem med forebyggelse, er, at der er den nødvendige viden til stede hos den persongruppe, man ønsker at nå. Kriminalforsorgen har derfor netop udarbejdet informationsmateriale om såvel HIV, som Hepatitis B og C. Dette materiale, som vil komme til at fremstå som små let læselige pjecer, er oversat til 16 sprog, og forventes udsendt om kort tid.

Tilbud om behandling

Kriminalforsorgen lægger afgørende vægt på, at den primære indsats overfor stofmisbrugerne sker gennem behandlingstilbud. Sideløbende med det arbejde, som specifikt retter sig mod forebyggelse af blodoverførte sygdomme, gøres der i alle landets fængsler og arresthuse en massiv indsats for at motivere stofmisbrugerne i fængsel til at gå i behandling.

De første kontraktfængselsafdelinger blev åbnet for seks år siden. Der er siden åbnet stoffri afdelinger og endnu en kontraktfængselsafdeling.

Kontraktfængselsafdelingerne er primært beregnet for stofmisbrugere, der

er motiveret for at ophøre med stofmisbruget, og som ønsker at få støtte dertil. Udslusningen fra en kontraktfængselsafdeling kan bl. a. ske via en særlig kontrakt pension. Denne fungerer som udviklings- og behandlingsmiljø for tidligere og nuværende stofmisbrugere, der ved indflytningen kontraktligt forpligter sig til at være stof- og kriminalitetsfri.

De stoffri afdelinger er beregnet for både ikke-misbrugere og tidligere misbrugere, der ønsker at undgå at blive fristet til stofmisbrug. Afsoningen på en stoffri afdeling indebærer, at den indsatte forpligter sig til at være stoffri og til at afgive urinprøve til dokumentation herfor.

I 1997 åbnede Statsfængslet i Vridsløselille som en treårig forsøgsordning en særlig behandlingsafdeling, hvor behandlingen varetages af den selvejende institution Kongens Ø i tæt samarbejde med fængslets personale.

Erfaringerne fra forsøget har været meget positive, og justitsministeren har besluttet, at afdelingen fortsætter indtil 2003. Ordningen er en principiell nyskabelse i det danske fængselsystem i forhold til indsatte stofmisbrugere, idet det er første gang, en privat behandlinginstitution inviteres ind i et fængsel. Forsøget kan betragtes som et supplerende tiltag i forhold til den traditionelle fængselspolitik, hvorefter egentlig behandling af indsatte stofmisbrugere i videst muligt omfang sker i det amtskommunale behandlingssystem - primært ved overførelse af den indsatte i medfør af straffelovens § 49, stk. 2.

Indsatte, som det ikke umiddelbart lykkes at motivere for anden behandling, har mulighed for substitutionsbehandling. Kriminalforsorgen anser dette for at være en bedre måde at forhindre smitteoverførsel på end ved udlevering af sprøjter og kanyler.

Kriminalforsorgen vil i de kommende år udvikle flere behandlingstiltag også overfor den særlig svage gruppe stiknarkomaner, som man vil søge at nå gennem målrettede tilbud.

Justitsministeren har fornylig under det nordiske ministermøde i Århus den 31. august - 1. september 2000 om behandling af kriminelle stofmisbrugere orienteret om Kriminalforsorgens narkotikapolitik. Den danske politik med hensyn til udlevering af sprøjter og kanyler er i overensstemmelse med politikken i de øvrige nordiske lande. ■

Marianne Secher

Formand for Kriminalforsorgens Rusmiddelarbejdsgruppe og medlem af Narkotikarådet



BEHANDLINGSSKADER

Begrebet *behandlingskade* opstod for knapt et år siden i samtaler mellem behandlere og forskere på narko-området, og forekom hurtigt at være et begreb, der både fremkaldte eftertanke og satte ord på oplevelser hos ganske mange. Efter en kort periode, hvor vi vendte begrebet med venner og kolleger for at se reaktionerne, blev vi klar over at det var værd at arbejde videre med. Psykologernes Faglige Selskab for Misbrugsbehandling tilbød at være vært for et tværfagligt seminar med *behandlingskader* som overskrift. Med økonomisk støtte fra socialministeriet blev seminaret gennemført den 2. oktober 2000 i samarbejde med Vestsjællands Amts Misbrugscenter og det europæiske netværk om misbrug T3E, bl.a. efter oplag her i Stof.

Formålet med seminaret var ikke at undervise deltagerne i hvordan man laver (!) eller undgår *behandlingskader*, eller at præsentere forskningsresultater – for de findes ikke (endnu) – men at præsentere nogle opfattelser og foreløbige overvejelser om begrebet og lave et rum for diskussion og meningsudveksling.

Dagen levede op til dette formål og leverede en præsentation af seks forskellige synspunkter ved filosof Michael Jourdan, antropolog Steffen Jöhncke, psykolog Eric Allouche, formand Jørgen Kjær fra Brugerforeningen, overlæge Thomas Fuglsang og institutionsleder Anne Grethe Nyeng. Præsentationerne lagde op til diskussioner med paneler bestående af sociolog Anne-Marie Dahler-Larsen, psykolog Morten Hesse og institutionsleder Lars Steinov. Den fælles diskussion med salen blev styret behændigt af psykolog Liese Recke.

Diskussionerne viste, at der var mange forskellige opfattelse af, hvad *behandlingskader* er og kan være – i en sådan grad, at hvad der er "god behandling" for nogle, er "*behandlingskader*" for andre. Dermed viste det sig også at være nødvendigt at skelne mellem specifikke *behandlingskader*, der opstår i relation til en bestemt behandlingsramme eller indfaldsvinkel, og "*behandlingskade*" som et begreb af generel betydning for misbrugsbehandling og -forskning. Det fælles indtryk af diskussionerne om emnet var, at vi langt fra er færdige med det. På den baggrund efterlader seminaret to konkrete spørgsmål:

Hvorfor kom der så mange mennesker til seminaret – over 170? Er det fordi emnet *behandlingskader* vitterlig rammer et behov og en fælles erfaring eller formodning, som vi hermed kan begynde at sætte ord på? Eller er det snarere selve rammen, der gjorde det: At misbrugsmedarbejdere og andre, der arbejder med misbrug og behandling i Danmark, har brug for et forum at mødes på tværs af faggrænser og ideologier og diskutere frit uden at blive belært eller undervist. Deltagerne i seminaret var overvejende misbrugsmedarbejdere, men også studerende, forskere og brugere.

Hvad sker der med diskussionen nu?

Hvordan skal vi gå videre med det arbejde og de diskussioner, som seminaret lagde op til? Ordet og tankerne er frie, og nye initiativer vil helt sikkert blive modtaget med interesse. Foreløbig har Narkotikarådet her i Stof valgt at bringe 3 redigerede indlæg fra dagen som bidrag til den videre diskussion. Desuden vil Psykologernes Faglige Selskab for Misbrugsbehandling lægge relevant materiale på internetadressen www.misbrugsnet.dk.

Eric Allouche, Misbrugscentret i Vestsjællands Amt og Steffen Jöhncke, Københavns Universitet



MULIGHEDEN FOR AT SKADE OG FEJLE - OG BARRIERER MOD AT TAGE FAT OM NÆLDENS ROD

At man kan komme galt afsted i velmenende behandlerhænder beskrives i den klassiske spøgefuldhed: "Operationen lykkedes, men patienten døde"

Kirurgien står her for skud, men iatrogenese - skade forvoldt af behandleren eller behandlingen - er et velkendt fænomen, som kirurgien ingenlunde har patent på. Spørgsmålet er, om der overhovedet findes en terapi mod nogen form for lidelse, som ikke må opregne følgende 3 kategorier af behandlingsudfald:

- at behandling virker
- at behandling ikke virker
- at behandling skader

Meget taler for, at selv de mest succesrige, gennemprøvede og veldokumenterede behandlingsformer har alle 3 udfald -eller kombinationer heraf- på deres kappe.

I overensstemmelse hermed burde vi også blandt behandlingsudfaldene på misbrugsbehandlingsfeltet kunne forvente at finde eksempler på såvel god effekt, ingen effekt, skadelig effekt samt kombinationer heraf. Men faktisk hører det til sjældenhederne at man indenfor misbrugsbehandling overhovedet beskæftiger sig med de to sidstnævnte.

Søgning i artikelbaserne på opslagsord som 'behandlingsskader og misbrugsbehandling', 'adverse effects of drug treatment', eller 'iatrogenic effects in drug treatment' er alle nitter og den nylige lancering af begrebet, behandlingsskade, indenfor misbrugsbehandlingen markerer derfor et vendepunkt i flere henseender.

I følge et forholdsvis gængs syn på

sagen er der vandtætte skodder mellem på den ene side misbrugsbehandling, som er af det gode, vil det gode og gør det gode og på den anden side stofferne, misbruget og afhængigheden, som er af det onde og som forårsager alle iagtagelige skader ganske uafhængigt af eller på trods af behandlingsindsatsen.

En af vendingerne består i at begrebet behandlingsskade lægger op at til, at der ikke er så vandtætte skodder mellem behandling og skader, som dette gængse syn lader vide og at der ligefrem kan være en forbindelse mellem behandling og skader. Denne forbindelse kalder vi så en 'behandlingsskade' uden indtil videre at kunne redegøre præcist for, hvad i behandlingen som forårsager hvilken skade.

I udforskningen af, hvad god misbrugsbehandling er og hvad 'best practice' er, udgør brugen af begrebet behandlingsskader også en metodisk vending. Man kunne sige, at med indførelsen af behandlingsskader som fokuspunkt bliver jagten på det, som giver gode behandlingsudfald, suppleret af jagten på det, som giver dårlige behandlingsudfald. Hvad dårlig behandling er, og hvad 'bad practise' er, bliver dermed interessant med henblik på at minimere eller eliminere behandlingsskader, hvad disse end måtte bestå i.

Barrierer for et kritisk begreb som behandlingsskader

Hvor ubehageligt det end er at gribe fat

i egne begrænsninger og egne fejl, så er udforskningen af emnet *behandlingsskader* metodisk set en helt uundværlig indfaldsvinkel til at kvalitets-udvikle misbrugsbehandlingen. Metodisk halter man afsted på et ben, hvis man kun fokuserer på det, der ser ud til at virke og kun bygger videre på det, man er god til. Vil man gå på to ben, må alt det som *ikke* at virker efter hensigten findes, man må rette fejl, ændre praksis og kompensere for det man er dårlig til ihukommende lægeløftets ord om først og fremmest ikke at skade.

At iatrogenese ikke før har været tematiseret på misbrugsbehandlingsfeltet synes at være noget af en vildfarelse og metodisk meget beklageligt. Fraværet kan ikke tages til indtægt for at alt er vel, og at behandlingsskader ikke udgør noget voldsomt problem. Man må nærmere antage eksistensen af et antal barrierer, der har ligget eller fortsat lægger sig hindrende i vejen for at afdække mindre heldige behandlingsudfald med brug af et kritisk begreb som behandlingsskader.

En sådan barriere kunne bestå i det forhold, at det hidtil ikke har været politisk opportunt på nogen måde at problematisere misbrugsbehandling. Behandlerne kan meget vel have følt sig truet på eksistensen, og følt at man for egen og klienters skyld ikke skulle save i den gren man selv sidder på, for måske leverede man derved skytset til at blive lukket i morgen.

I disse år sidder misbrugsbehandlingen imidlertid mere sikkert i sadlen end længe set. 'Den Øde Ø' og andre snup-tagsløsninger har holdt flyttedag fra narkotikadebatten over i udlændingedebatten. Man har opnået amtskommunal og statslig forankring af behandlingsindsatsen og man har på alle politiske niveauer en bred politisk enighed bag sig, som støtter behandling. Misbrugsbehandling er kommet for at blive og politisk-taktiske overvejelser burde dermed ikke længere udgøre en barriere.

Går vi et spadestik dybere finder vi en mere ideologisk præget barriere mod brugen af begrebet behandlingsskade. Det er mit indtryk, at brugen af begrebet blokeres af en udbredt behandlingsoptimisme, der indeholder overdrevne forestillinger om, hvad behandling kan udrette, for hvem og i hvilket tempo. Det siger sig selv at overdrevent positive forventninger til udfaldet af en behandlingsindsats rimer dårligt med bevågenhed for om og hvordan misbrugsbehandling kan fejle og skade patienten/klienten.

Behandlingsoptimismen er i dagens Danmark grundfæstet ved det politisk korrekte synspunkt, at den forhåndenværende misbrugsbehandling er vejen ad hvilken det sociale og sundhedsmæssige problem, narkomani, med god effekt kan bekæmpes. Følgelig behandler vi i et omfang, som aldrig før set. Hvert eneste amt i Danmark behandler flere indskrevne med flere ansatte end nogensinde før i historien. Og som et fælles mantra lyder det fra alle sider: Behandling nytter.

Behandling gør en (positiv) forskel.

Behandling er vejen ud af et misbrug.

Disse tre mantraer gentages og gentages og gentages til noget nær ubetvivleligheder. Vi forsikrer bestandigt hinanden, de håbefulde patienter/klienter, dissers pårørende, dissers sagsbehandlere samt naturligvis de bevilgende myndigheder - om at radikal forandring til det bedre er mulig ved hjælp af behandling.

I samme åndedrag nævner vi aldrig muligheden for negative behandlingsudfald. Komplikationerne, skaderne og utilsigtede følgevirkninger efter misbrugsbehandling findes vel i et eller andet omfang, men vi har ikke inden for misbrugsbehandlingssektoren tradition for - som kirurgen - at orientere om risici, chancerne for helbredelse og mulige



bivirkninger, samt at indhente informeret samtykke hos patienten.

Gode grunde til at problematisere behandlingsoptimisme

At man så ensidigt som det oftest er tilfældet, kan slippe afsted med gyldne løfter og at fremstille behandling som svaret på menneskers problematiske brug af narkotiske stoffer må vække til undren. Der er mange gode grunde til at problematisere den fremherskende behandlingsoptimisme. Lad mig opregne nogle stykker:

Fakta er, at stort set al forskning viser at langt det mest almindelige udfald af misbrugsbehandling er et tilbagefald.

Klienterne afbryder i stort antal behandlingsforløbet og blandt dem som fuldfører vil størsteparten falde tilbage. Det gør ikke behandlingsindsatsen værdiløs, men problematisk.

Fakta er at pausedødsfald efter afbrudt behandling er en kritisk faktor i narkomaners overdødelighed. Fakta er også at man ikke kan hjælpe mennesker man ikke er i kontakt med, og at dækningsgraden som anslås til omkring 50 pct. og opadgående, stadigt lader meget tilbage at ønske. De mange uden for behandlings-systemet er et problem for behandlingsoptimismen.

Fakta er også, at der findes narkomaner, som har gennemgået så mange

behandlingsforløb, at de selv dårligt nok har tal på det længere. Hvilke andre behandlinger end narkobehandling kunne få lov til uden nævneværdige positivt resultat at forsøge sig 10-20 gange på samme patient uden at der blev rettet et kritisk søgelys på behandlingen? Hvilke andre behandlinger ville få lov til konsekvent at kaste skylden for et dårligt behandlingsudfald over på patienten ved systematisk at bruge patientens manglende motivation som universal forklaring på fiasko og tilmed diagnosticere særligt vanskelige patienter som "behandlingsresistente"?

Fakta er, at der ingenlunde er enighed og klarhed om, hvad henholdsvis god og dårlig misbrugsbehandling er. Under mottoet om at der er brug for en hel vifte af behandlingsformer, har man mens man udbyggede behandlingstilbudene i amterne i en årrække kørt en pluralistisk behandlingslinie, hvor grundliggende faglige uoverensstemmelser har fået lov at trives side om side. En uhorst stor faglig uenighed om behandlingsmål og -midler blandt ansatte i misbrugsbehandlingssektoren er ikke endt med en afklaring, men i en borgfred. Spørgsmål om hvordan man undgår at skade, hvad man ikke skal gøre, og hvad dårlig behandling er, kommer ikke på dagsordenen under denne borgfred.

Fakta er, at der ikke findes noget så

essentielt, som en fast forankret specialuddannelse i misbrugsbehandling, en fast forankret og langsigtet forskningsindsats og ej heller noget så basalt som et ordentligt kompendium.

Man må spørge sig selv om der findes nogen anden offentligt støttet behandlingspraksis med trecifret millionbudget og tusinder af indskrevne patienter, hvor man hverken har en lærebog eller en lærestol i specialet?

Fakta er, at på misbrugsbehandlingsområdet rubriceres snart sagt en hvilken som helst støtte-, hjælpe-, kontrol- eller medicinsk foranstaltning som behandling. Behandlings-begrebet elasticiteres derved til bristepunktet og forbliver på uholdbar vis meget vagt defineret. Den nødvendige og tilstrækkelige betingelse for at noget er behandling, synes primært at være at tiltaget etiketteres som sådan, ikke at det virker!

På hvilket andet område er behandlingen en proces som patienten kommer ind i fra den ene side og ud af fra den anden, uden at nogen vil påtage sig at beskrive nøjere, hvad der sker inde i den "sorte kasse"?

Dansk misbrugsbehandling har udtrådt barneskoene

Disse problematiseringer af den fremherskende behandlingsoptimisme er ikke nye. Hvad der er nyt er, at man i dagens Danmark kan påpege den slags problemer uden at blive skudt i skoene, at man er mod behandling eller mod at hjælpe narkomaner til et bedre liv. Nyt er det også at der bliver afholdt temadag om behandlingsskader og at mere end 170 behandlere og interesserede tilmelder sig.

Med andre ord tyder noget på at dansk misbrugsbehandling er ved at have udtrådt barneskoene. Noget tyder på at man er ved at finde sig en mere realistisk position mellem almagt og afmagt og mellem behandlingsoptimisme og behandlingskepticisme.

Noget tyder på, at mod til at ændre hvad man kan, sindsro til at af finde sig med hvad man ikke kan ændre, og visdom til at kende forskel, ikke længere udelukkende er et anliggende for folk som går til AA og NA møder, men også et anliggende for professionelle med virke indenfor misbrugsbehandling.

Noget tyder også på, at behand-

lere er mere klar end nogensinde til at gribe i egen barm, og se egen rolle og eget ansvar i skarpere lys, mens 'stofferne magt over klienterne', 'manglende motivation', 'asocialitet og manglende bodfærdighed' og en lang række andre kandidater på hvilke man lidt for let kunne projicere egen afmagt eller fadæser over på, nedtones i betydning.

Endelig tyder åbenheden og interessen for behandlingsskader på, at en ny ydmyghed er ved at have indfundet sig. Hvor man før var mere skråsikker på, hvad der udgjorde den optimale behandling, er man nu mere usikker. Denne nye usikkerhed er i følge den engelske misbrugsekspert, Douglas Cameron, noget af et adelsmærke og ganske uundværlig:

"Hvis misbrugsbehandlere nogensinde føler sig sikre på, at de ved hvordan man skal behandle mennesker med afhængighedsproblemer, så kommer behandlingen til kort.

For det betyder at medarbejderne er holdt op med at udforske kompleksiteten i deres klienter og klienternes verden, og at medarbejderne vil være tilbøjelige til at reagere på stereotypiske og fastlåste måder, samt at behandlere ikke længere tager notits af eller er modtagelige for lektioner fra behandlingens succeser og fiaskoer. Vores klienter fortjener det bedre."* ■

* Douglas Cameron: "Liberating Solutions to Alcohol Problems. Treating Problem Drinkers Without Saying No" London, 1995 (min oversættelse)

Michael Jourdan
Filosof



AF STEFFEN JÖHNCKE, ANTROPOLOG

TRE NIVEAUER AF BEHANDLINGSSKADER

Hvad kan et nyt begreb som "behandlingsskader" betyde for misbrugsbehandlingen? Til at begynde med kan det være en fordel at skelne imellem de forskellige betydninger, som begrebet kan have

Som udgangspunkt må behandlingsskader være noget, der aflæses hos brugerne: Det er dér skaderne (såvel som gevinsterne) ved behandling må findes. Hvis vi vil se nærmere på det potentielt skadevoldende ved behandling, må vi først afgøre hvad vi overhovedet mener med "behandling". Fra et bruger-perspektiv er det nyttigt at se på behandling i bredeste forstand. Det betyder, at behandling ikke blot forstås som "det professionelle behandlere yder eller mener at yde" – behandling er også "den situation at være indskrevet i en behandlinginstitution". Behandling er således heller ikke bare det der sker, når brugere og behandlere møder hinanden inden for rammerne af en institution – behandling er et livsvilkår med mange aspekter og konsekvenser for brugerne i lange perioder af deres liv, for nogle endda som en permanent omstændighed: Hvad enten det er fordi de løbende eller tilbagevendende er i behandling, eller fordi et bestemt behandlingsforløb præger dem resten af livet. Det kan være hensigtsmæssigt at skelne mellem *tre forskellige slags behandlingsskader*:

Fejlbehandlinger

For det første de egentlige *fejlbehandlinger* og konsekvenser af fejlbehandlinger. Tilsyneladende kan de fleste brugere og behandlere komme i tanker om eksempler på dette, om ikke andet så på anekdoteplanet: F.eks. kokain-misbrugeren, der får metadon for sit misbrug; eller psykisk skrøbelige og angstne personer, der udsættes for barske og konfronterende behandlingstiltag.

Dokumentation eller opgørelser af fejlbehandlinger findes ikke – formentlig fordi det ikke er noget behandlingssystemerne ser nogen interesse i at fremvise. Men måske er diskussionen af denne type behandlingsskader i virkeligheden ikke særlig problematisk, fordi den finder sted inden for eksisterende faglige (selv-)forståelser i behandlerkredse: Det er ikke svært at tage afstand fra fejlbehandlinger – især ikke når de sker i andet regi end ens eget, og hvis de bryder mod anerkendt, faglig viden eller på anden måde forekommer åbenlyst urimelige. Imidlertid skal man ikke opregne mange eksempler, før den faglige uenighed viser sig: Hvad der er "fejlbehandling" i den enes øjne er "nødvendige tiltag" i den andens. Alligevel er der måske ikke helt så meget plads til behandlingsmæssige excesser (overdrivelser), som der har været. Misbrugsbehandling har været så rummeligt et begreb – til dels pga. et bevidst ønske om at afprøve mangfoldigheden – at lidt af hvert har kunnet legitimeres som "behandling". I dag synes vi trods alt at nærme os et punkt, hvor nogle af de decideret uprofessionelle og uansvarlige ting, der af ufornæmhed eller afstumpethed er foregået i behandlingens navn, efterhånden fremstår klarere som kvaksalveri og overgreb. Det er også nødvendigt for at bevare behandlings gode navn og rygte.

Uhensigtsmæssige og uønskede bivirkninger

Den anden type behandlingsskader må betegnes som *uhensigtsmæssige og uønskede bivirkninger* af forskellige

metoder, tiltag og medikamenter i behandlingen, eller af den måde, som behandlingen er organiseret på. På dette punkt kan det være mere problematisk for behandlere at se konsekvenserne af deres indsats i øjnene. Spørgsmålet er, om det er forhold, som behandlingssystemerne er villige til at erkende og



også oplyse brugerne om? Ved vi nok? F.eks. om de kort- og langsigtede bivirkninger af medikamenter, der bruges i behandling? Om risici og mulige skader ved forskellige psykologiske o.a. terapiformer eller den måde, disse bruges på? Om konsekvenser af den måde, behandlingen er organiseret på – f.eks. kontrol-tiltag, ventetider, manglende opfølgning trods løfter om det modsatte? Hvad betyder disse ting, ikke bare for brugernes umiddelbare tilstand og syn på behandling, men for brugernes liv på lang sigt?

Et første afgørende skridt i retning af at indse behandlingsskader på dette niveau vil være at erkende, at de netop er *skader af behandling*, og ikke bare problemer, der udspringer af brugerne selv. Dette være sagt imod tendensen til at beskrive al slags behandling positivt og forskønnende – f.eks. som noget, der giver "struktur", hvilket kan retfærdiggøre hvad-som-helst – og tendensen til at forklare alle fejlslagte tiltag og problemer hos brugerne med "mangelende motivation" eller lignende. Eksempelvis er det et faresignal, når de negative sider af behandling bevidst

ignoreres, bagatelliseres eller rent ud *therapeutiseres* som fremmede for processen: når det ses som *kun godt*, at behandling er ubehagelig, fordi det tilskynder brugeren til at "komme videre". Det gør behandling til et fuldkommen lukket system, som det er umuligt at kritisere.

Faktisk er et systematisk blik for behandlingens u hensigtsmæssige og uønskede bivirkninger vel først og fremmest et bidrag til større faglig bevidsthed og tydelighed: Det fordrer f.eks. at man definerer, hvad de *ønskede* mål og midler er, og at man nøje overvejer, hvilke *risici for skader* behandlingen indebærer. Måske kunne det gøres til et krav, at enhver institution var i stand til at redegøre for det?

Hvad indebærer behandling for brugerne

Med den tredje type behandlingsskader tages et skridt videre fra den anden type: Det har at gøre med, hvad "*behandling*" som et sæt af bestemte *idéer og handlinger* overhovedet indebærer for brugerne. Udgangspunktet er, at behandling for en stor del af brugerne ikke kan afgrænses til en bestemt periode eller noget, der har visse afgrænsede implikationer for deres liv. At være i behandling er for mange tilbagevendende eller endog permanent i en stor del eller resten af livet. På godt og ondt kan behandling få lige så afgørende og indgribende konsekvenser for brugernes tilværelse og på deres syn på sig selv som misbrug har eller har haft. Både misbrug og behandling bliver livsvilkår. "Behandling" er ikke bare "løsningen" og modsvaret på misbruget – det er et system og en verden, der skal håndteres. Omgangen med behandlingssystemet kan blive en belastning i sig selv.

Gennemgående negative omkostninger ved behandling?

At behandling kan have gavnlige virkninger er veldokumenteret. Men med blik for behandlingsskader må vi også spørge: Har behandling også nogle *gennemgående* negative omkostninger? Ud fra mit eget kendskab kunne én målestok herfor være brugernes selvtillid og selvværd under indflydelse af behandling.

Al behandling fordrer, at man som bruger erkender sig som "behandlingskrævende" – at man "erkender" over for sig selv og andre, at man ikke kan klare

sit liv og sit misbrug længere. Det gælder ikke kun de behandlingsformer, der kræver "overgivelse", men al behandling: Man skal påtage sig rollen ikke bare som narkoman, men som "mislykket narkoman" – en af dem, som ikke kunne klare det uden at holde sig fri af behandling. Behandling begynder således med stigmatisering: Både direkte i form af, at man registreres som narkoman (hvis man ikke allerede er blevet det), med konsekvenser for forholdet til sine børn, på arbejdsmarkedet, osv., og indirekte i form af et negativt budskab: Du klarede den ikke. Det er forskelligt, hvor problematisk dette bliver for brugerne set over længere tid. For nogle brugere bliver behandlingen det daglige eller regelmæssigt tilbagevendende nederlag og påmindelse om, at "der er noget galt med dig". Kontakten til behandlingssystemet bliver til et vedvarende slid på selvtilliden – selvom de fleste behandlingsformer påberåber sig det modsatte mål. Dermed kan fortsat behandling virke imod sin egen hensigt: Det skaber formindsket – ikke øget – selvværd hos brugerne.

Det er ukomfortabelt for behandlere at se på dette sidste niveau af behandlingsskader, fordi det stiller spørgsmålstegn ved det tilsyneladende indlysende i, at behandling er godt og at mere behandling er bedre. En erkendelse af skader som følge af selve det at være underlagt behandling gør det nødvendigt at se på *grænser for behandling* – hvornår behandlingens rolle er udspillet og andre former for indsats for brugerne er påkrævet. Det betyder også, at nogle brugeres ønsker om at slippe for mere behandling og flere behandlere ikke bare er virkelighedsflugt – de har måske bare i enhver betydning *fået nok!* ■

Steffen Jöhncke

antropolog,
Københavns Universitet



AF ERIC ALLOUCHE, PSYKOLOG

DE BEDSTE HENSIGTER

Vold er i behandlingssammenhæng et centralt punkt, hvor behandlingsskader kan udspille sig. Den vold og aggressivitet, der er i misbrugsbehandling, skal dog ikke kun opfattes bogstaveligt, som de sjældne gange, hvor en behandler virkelig slår en stofmisbruger i behandling

Volden skal opfattes bredt og udvides til mere almindelige situationer såsom mindre overgreb, ydmygelse, undertrykkelse. Det kan f.eks. være at anvende overvågede urinprøver eller at true med at bruge administrativ nedtrapning. Det kan også være de mest subtile og abstrakte former for aggressivitet, som man finder f.eks. i de almindelige idéer om at "man skal anerkende sit misbrug", at "misbrugere skal skrabe bunden, før de bliver parate til behandling" eller at "man skulle sende dem til en øde ø". Med sådan en ideologisk baggrund kan man næppe undre sig over, at nogle behandlere godt kunne tænke sig at det var muligt at anvende tvangsbehandling over for stofmisbrugere.

Når udgangspunktet ikke er, at misbrugsbehandlere er psykopater eller småsadister, så må man spørge sig selv: Hvad kan få også gode behandlere til at opføre sig mere eller mindre voldeligt? Der er to indlysende svar. Enten kan de ikke se volden i det, de gør – fordi den tanke, at det de gør er voldeligt, er så fjern fra den måde de opfatter sig selv og deres arbejde på, at volden bliver fuldstændig overset, fortrængt. Eller de mener, at det godt kan være at hensynsfuld behandling virker – men voldelig behandling virker bare bedre.

Og til en vis grad må man give det sidste svar ret. Behandling, ikke kun den værste, men også den bedste, kræver en vis mængde vold. Man kan således ikke benægte at en kirurg er nødt til at bruge en skalpel eller en tandlæge et bor. Tættere på vores felt kan man i den pædagogiske verden se, at "vold" heller ikke er et fremmedelement – f.eks. i "konsekvenspædagogik", som i

sin tydeligt voldelige form (hvor "konsekvens" er lig med straf) bliver anvendt i nogle institutioner landet over.

Vold som produkt af vort syn på stoffer og stofmisbrug

For os behandlere kan den undgåelige vold være at tage svære emner op i samtaler. Eller i den mest enkle form: At bede en klient blive siddende, når han ønsker at gå, eller at stoppe en samtale selvom klienten stadig har mere at sige. Men selvom en vis mængde behandlingsvold forekommer at være både undgåelig og nødvendig, så virker vold i misbrugsbehandling ofte så umotiveret eller overdrevet at man er nødt til at kigge på andre faktorer.

For at starte fra et eksternt synspunkt kan man først kigge på vore kulturelle forestillinger om stoffer og stofmisbrug: Stofmisbrug er farligt. Ja – men at det er "farligt" er noget helt andet end at stofmisbrug indtager pladsen – eller funktionen – som indbegrebet af *det farlige* i vores kultur. Hvad vil det sige? At folk igennem tiderne har konkretiseret deres "ubestemte angst" på ret vilkårlige grupper, ting og fænomener. Den franske idéhistoriker Michel Foucault viser således i sin bog om galskab, at da de store epidemier – bl. a. pesten – forsvandt i 1500-tallet, efterlod de en stor tom plads, hvor der i 200 år havde været en gruppe af socialt udstødte som samlede verdens ondskab på sig. Når man i Europa samtidig havde brændt jøder i stor stil for at se om det kunne hjælpe på pesten, var der ikke ret mange tilbage at sætte på den tomme plads. Foucaults pointe er, at det blev *de gale*, der blev forvist til den plads, med den sociale funktion at være dem,



der stod uden for det gode samfund.

Mange detaljer peger på, at det i dag er stofmisbrugere, som har overtaget denne plads. Det er således ret tankevækkende at se aviserne anvende overskrifter som "dansen med døden" og "danse macabre" i forbindelse med ecstasy, når "danse macabre" lige præcis er noget, der opstod i forbindelse med pestens storhedstid. Den samme sammenhæng kan man finde i det billede af "narreskibet", som Foucault nævner som startskud på udstødelsen af de gale og som er titlen på Jacob Winslows bog om stofmisbrugere og misbrug. At påstå at stofmisbrugere i vores tid konkretiserer den ubestemte trussel,



som ligger i vores samfund, og af den grund bliver udstødte, er på den baggrund ikke nogen uvovet hypotese. Fordi stofmisbrugere er en social udstødt gruppe, kan man i behandlingen tillade sig at overskride de grænser, som gælder for den almindelige befolkning. At udstødte grupper bliver udsat for en ualmindelig voldelig behandling kom også til udtryk ved tvangssterilisationerne af såkaldt "åndssvage" og kastrationer af homoseksuelle mænd i Danmark indtil for så sent som 50-60 år siden.

Desuden er den måde vi opfatter misbrug som en sygdom på, et vigtigt element i forbindelse med anvendelsen af vold i behandling. Når vi opererer

med den opfattelse, at stofmisbrug er en meget alvorlig tilstand eller sygdom, som kan sidestilles med andre "dødelige sygdomme" såsom kræft eller aids, medfører det at grænsen for acceptabel behandling i forhold til de skader man kan påføre patienten, bliver trukket meget langt.

"Strengt nødvendig behandlingsvold"

Alle disse kulturelle faktorer er problematiske og bærer i sig roden til mange mulige behandlingsrelaterede skader, men de er til en vis grad ret almindelige og fælles for forskellige udsatte grupper. Det gør behandlingsvold til et

endnu mere vanskeligt spørgsmål, når vi ser og hører, hvad brugerne selv kræver af behandling. Misbrugerne – selvfølgelig ikke alle, men så mange at det ikke kan overses – appellerer til eller ligefrem ønsker en voldelig behandling. Dette ønske om voldelig behandling kan udtrykke sig meget forskelligt. F.eks. kan man meget ofte høre en bruger sige: "Hvis jeg var behandler, så ville det ikke være så nemt at snyde eller narre mig". Eller: "Jeg har brug for en hård behandler". I praksis viser det sig også, at brugerne ofte kommer med forslag om strammere regler og restriktioner end behandlerne gør, og især at de er meget mere voldelige med hensyn til hvordan de ville straffe dem, der overtræder reglerne. Og næsten i en kategori for sig finder vi de brugere, der direkte beder deres behandler om at anvende vold imod dem. En kollega fortalte mig således om en kvindelig klient, der bad ham om at binde hende, så hun ikke kunne løbe hen til sin pusher, som hun så igennem vinduet.

Derfor kan man som behandler komme i tvivl om, hvorvidt misbrugerne har ret når de siger, at de trænger til en mere håndfast behandling. Når en klient kommer og siger, at han trænger til "et spark i røven", hvilken behandler kan være så streng at nægte den slags hjælp til et menneske, der beder om det? Udsat for et pres, der kommer både fra samfundet og fra brugerne, er det vores problem at diskutere og definere voldens plads og funktion i misbrugsbehandling, hinsides de gode hensigter, så volden begrænser sig til den "strengt nødvendige behandlingsvold" og ikke udvikler sig til overgreb og behandlingsskader. ■

Eric Allouche

Psykolog, Misbrugscentret
i Vestsjællands Amt



BELGIEN: Der findes i Belgien ikke noget egentligt lovgrundlag for at udlevere metadon. Imidlertid blev der i 1994 ved hvad i Belgien er kendt som Metadonkonsensuskonferencen, udarbejdet retningslinjer og regler for metadonbehandling. Uanset et fraværende lovgrundlag er metadon idag til rådighed hos praktiserende læger og adgangskriterier for indtrædelse i substitutionsbehandling er almindeligvis ganske fleksible.

DANMARK: Loven blev i 1996 ændret med det sigte at både stramme kontrollen og forbedre kvaliteten af substitutionsbehandlingen. Substitutionsbehandlingen blev som følge af lovændringen overlagt til amterne, som står for driften af de specialiserede centre (som kan bære forskellige navne afhængig af amt/kommune), der udleverer substitutionsstoffet. Med overdragelsen af ansvaret for metadonbehandlingen til amterne fulgte dels en ekstra bevilling dels metadoncirkulæret, som nærmere præciserede reglerne for metadonbehandlingen. Danmark lancerede i 1998 to forsøg med henholdsvis LAAM og Buprenorfin.

FINLAND: Finland repræsenterer sammen med Sverige en undtagelse i europæisk sammenhæng idet den overvejende del af stofmisbrugerne tager amfetamin og ikke heroin, og substitutionsbehandling er derfor rettet mod en relativ lille gruppe af stofmisbrugerne. I Finland finder substitutionsbehandling sted igennem specialiserede centre/klinikker i hospitalsregi, som har et begrænset antal behandlingspladser, p.t. omkring 100 i alt. Buprenorfin har været i brug siden 1997, og et nyt dekret muliggjorde fra første juli i år tillige brug af LAAM.

FRANKRIG: Lovgivningen på substitutionsbehandlingsområdet stammer fra en række cirkulærer og bekendtgørelser fra marts 1994 og frem til slutningen af 1995. Med disse lovændringer blev substitutionsbehandling tilladt og har siden ekspanderet ret voldsomt. Frankrig er eneste land i EU-sammenhæng ved at være det eneste land hvor Buprenorfin har fortrængt metadon til en sekundær position i substitutionsbehandlingen. Frankrig er endvidere særegen ved at være det eneste land med hvad man kunne kalde et "blandingsparadigme" idet metadonudlevering foregår via specialiserede centre hvorimod buprenorfinudlevering finder sted igennem praktiserende læger.

GRÆKENLAND: Substitutionsbehandling blev lanceret relativt sent i Grækenland – først i 1993 åbnede det første substitutionsbehandlingsprogram. Det er nu blevet udvidet således at der idag er 4 enheder, 2 i Athen og 2 i Thessaloniki, hvorfra der bliver

udleveret metadon. Praktiserende læger er ikke tilladt at udlevere metadon eller anden slags substitutionsbehandling. Der er i Grækenland et på forhånd defineret og begrænset antal substitutionsbehandlingspladser.

HOLLAND: I 1995 blev en ny lov vedtaget, som havde til formål bl.a. at begrænse gener af stofmisbrug. Som led i loven skulle metadon være bredt tilgængeligt og metadonbuser blev og er et hyppigt fænomen i flere hollandske byer. I forlængelse af det svejsiske heroinforsøg blev et lignende forsøg påbegyndt i Nederlandene i 1997. Ordinerer af substitutionsstoffer finder sted igennem specialiserede centre.

IRLAND: Substitutionsbehandling i form af metadon blev påbegyndt i 1970. I 1998 blev en lov nedfældet, som ekspliciterede retningslinjer for praktiserende læger som forestår substitutionsbehandling. Irland har introduceret et såkaldt behandlingskort (treatment card) med billede og identitetsbeskrivelse, samt navn på både patient og praktiserende læge. Behandlingskortet udstedes af en central koordineringsenhed.

ITALIEN: Substitutionsbehandling blev lanceret i 1975 men blev først lovfæstet i 1980. Loven blev ændret i 1990 og indebar bl.a. etablering af en række statslige specialiserede centre til at forestå metadonbehandling. Ordinerer finder stadig sted igennem disse specialiserede centre som bærer navnet Sert (Servizio Ente per il Ricupero di Tossicodipendenza). Italien muliggjorde i 1999 brugen af Buprenorfin i substitutionsbehandling.

LUXEMBOURG: Substitutionsbehandling i form af metadonbehandling blev igangsat i 1989 og finder nu som da sted igennem praktiserende læger. Ved siden af dette officielle substitutionsbehandlingsprogram eksisterer et grå-zone program med praktiserende læger som udskriver Mephenon® (Metadon i pilleform). Endvidere blev udskrivning af Buprenorfin tilladt fra i år.

PORTUGAL: De statsdrevne specialiserede SPTT-centre (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência) forestår for øjeblikket substitutionsbehandling i Portugal. Der er imidlertid planer om i højere grad at inddrage NGO'ere og praktiserende læger, især hvad angår lavtærskel tilbud. Metadon er det hyppigst udskrevne substitutionsstof omend et forsøg med LAAM har løbet siden 1994.

SPANIEN: Det lovmæssige grundlag for substitutionsbehandling i Spanien er et dekret/bekendtgørelse fra 1990, som i 1996 blev ændret, bl.a. for at specificere organiseringen af substitutionsbehandlingen i landet. Spanien anslås at være det EU-land (og formentlig det land i Europa) som har

forholdsmæssigt flest brugere i substitutionsbehandling. I 1997 lancerede et LAAM-forsøg som stadig løber. Ordinerer og udleverer finder sted igennem specialiserede centre.

STORBRITANNIEN: Substitutionsbehandling blev lanceret på et relativt tidligt tidspunkt, nemlig i 1968. I 1999 blev der endvidere åbnet op for brugen af Buprenorfin i substitutionsbehandling. Substitutionsbehandling finder sted igennem både specialiserede centre og praktiserende læger, omend det skønnes at størstedelen af patienterne modtager behandling af sidstnævnte. Der findes ikke fuldstændige overblik over hvor mange der i substitutionsbehandling i Storbritannien og derfor heller ikke i fordelingen mellem specialiserede centre og praktiserende læger.

SVERIGE: Substitutionsbehandling med metadon finder i Sverige sted igennem fire specialiserede centre i henholdsvis Malmö, Lund, Stockholm og Uppsala. Disse fire centre har et begrænset antal behandlingspladser og der er en række kriterier, som skal opfyldes for overhovedet at komme i betragtning for at gå i behandling. Der er nu mulighed for at have op til 800 patienter i substitutionsbehandling i Sverige, men i henhold til sidste tal er det kun cirka 630 af disse pladser der på nuværende tidspunkt er besat.

TYSKLAND: De seneste år har der været en ret voldsom stigning i antallet af modtagere af substitutionsbehandling i Tyskland. Endvidere er lovgivningsmæssige og forordningsmæssige ændringer blevet foretaget indenfor de sidste par år bl.a. i kraft af at brugen af LAAM og Buprenorfin nu er blevet tilladt, samtidig med at andre lovændringer har haft som sigte at begrænse brugen af dihydrokodein. Det lovmæssige grundlag for substitutionsbehandling er at finde i narkotikalovent fra 1991, som dog er ændret ved adskillige lejligheder siden da (det forestående heroinforsøg baserer sig ikke på denne lov, men derimod på særlov). Ordinerer finder almindeligvis sted gennem praktiserende læger.

ØSTRIG: Substitutionsbehandling blev lanceret i 1987 med det lovmæssige grundlag værende hvad normalt i Østrig går under betegnelsen Substitutionsdektretet. I 1998 blev loven revideret bl.a. med de formål at gøre metadon lettere tilgængeligt for stofmisbrugere samtidig med at forsøge at imødegå misbrug af substitutionsbehandlingsstoffer, navnlig metadon. Brug af andre substitutionsstoffer end metadon er blevet lanceret i 1997 i kraft af tilladelse af langsomt-virkende morfin og Buprenorfin. Substitutionsbehandling finder sædvanligvis sted igennem praktiserende læger.



Substitutions- behandling i EU

EU-landenes substitutionsbehandling er så uensartet at der stort set kun er én fællesnævner: Der udleveres substitutionsstof

Substitutionsbehandling opstod for første gang i EU i slutningen af 1960'erne som reaktion på et gryende stofmisbrugsproblem i de europæiske lande. Det tog knap 30 år før substitutionsbehandling var at finde i alle EU-medlemslande omend dækning og tilgang fortsat varierer meget. Samme store variation er også at finde i håndteringen og organiseringen af substitutionsbehandling i EU og det er netop denne variation som denne artikel har til hensigt at belyse.

Det bør holdes for øje at at substitutionsbehandling er et område med gråzoner. Dermed menes, at det i mange tilfælde ikke forholder sig således at substitutionsbehandling er gået helt efter bogen - først er det blevet tilladt, derefter implementeret og så går det iøvrigt som foreskrevet i lovgivning og hensigtserklæringer. Der er talrige eksempler på at substitutionsbehandling er blevet ført ud i livet uden at der har været nogen lovgivning på området (og dermed heller ikke lovgivning imod), eksempler på at der har været lovgivning imod og det alligevel er blevet tolereret, samt eksempler på parallelle og ikke lovfæstede substitutionsbehandlingsprogrammer. Der er ikke noget at gøre ved denne omstændighed men den er vigtig at have i baghovedet.

Om organisering af substitutionsbehandling i EU idag, kan man sige at den i bedste fald er uensartet og i værste fald arbitrær. Tilgangen til og organiseringen af substitutionsbehandling varierer meget indenfor og på tværs af medlemsstater og stofmisbrugere der søger substitutionsbehandling bliver behandlet meget forskelligt med stort set eneste fællesnævner værende den blotte udlevering af substitutionsstof (der så iøvrigt også varierer!). Substitutionsbehandlingstilbud er taget til i omfang i løbet af de sidste år og det er mit håb at vi de næste år vil se tegn på at lære af hinandens erfaringer med deraf følgende tegn på begyndende ensartethed i tilgangen til og organisering af substitutionsbehandlingstilbud. ■

Kilder:

1. Annual report on the drug situation. Greek REITOX Focal Point. University Mental Health Research Institute Athens, 2000.
2. Annual report on the state of the drugs problem in Italy for the year 1999. Prevention and rehabilitation activities co-ordination unit. Department for social affairs of the presidency of the council of ministers. Rome, 2000.
3. Annual national report on the drug situation 1999. Alain Origer. Direction de la santé. Luxembourg, 2000.
4. Belgian national report on drugs 1999. REITOX Belgian Focal Point. Scientific Institute of Public Health. Bruxelles, 2000.
5. Narkotikasituationen i Danmark. Sundhedsstyrelsen. København, januar 2000.
6. National report on drug issues Ireland 1999. Rosalyn Moran, Mary O'Brien, Eimear Farrell og Lucy Dillon. Health research board. Dublin, 2000.
7. National report Portugal 1999. Instituto português das drogas e toxicoddependências. Lissabon, 2000.
8. National report on the drugs situation in Finland 1999. Stakes. Helsinki, 2000.
9. National report on the drug phenomenon. Observatoire Français de Drogue e toxicomanie. Paris, 2000.
10. Netherlands National Report 1999, the. André van Gageldonk. Trimbos Institute. Amsterdam, 2000.
11. Report on the drug situation in Germany 1999. Institute for Therapy Research. Munich, 2000.
12. Report on the Drug Situation 1999. Sabine Haas, Klarissa Guzei og Elisabeth Türscherl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, Østrig. 2000.
13. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA. Office for Official Publications of the European Union. Luxembourg, 2000.
14. Spanish national report to the EMCDDA 1999. Plan national sobre drogas. Madrid, 2000.
15. Swedish national report 1999. Folkhälsainstitutet. Stockholm, 2000.
16. UK national report 1999/2000. Institute for the study of drug dependence. London, 2000.
17. Årsberetning om narkotikasituationen i den Europæiske Union. EMCDDA. Kontoret for de Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer. Luxembourg, 2000.

Ulrik Solberg

Videnskabelig medarbejder
EUs Narkotikaagentur, Lissabon



AMBULANT BEHANDLING OG INGEN VENTELISTE

Behandlere og stoffri narkomaner lægger i fællesskab en ring om stofmisbrugeren, indtil han selv kan holde kursen. Et lovende projekt, vurderer Center for Rusmiddelforskning

Der er altid plads til nye og 'faldne' narkomaner i Fredericia Kommunes projekt 'Nærbehandling'. Der er så at sige selvvisitering, for det gør ingen forskel, om det er 30 eller 40, der skal op på talerstolen og hente styrke ved at give de andre lidt af sig selv.

Men udtrykket 'Nærbehandling' er lidt af en tilsnigelse. 'Nær' er dækkende, for det står for både nærmiljø – det foregår lokalt – og for nærhed i kontakten med hinanden. Men 'behandling' er et vaneord uden mening i denne forbindelse – skal man tro konsulent Sten Knudsen. I de senere år har han været involveret i Fredericias narkobehandling, og, siger han: "Narkomaner kan ikke behandles, men man kan skabe et sted, en atmosfære, en ånd, et rum, hvor narkomanen når frem til en vilje til at ville holde op. Hvis der er en hemmelighed ved Fredericias resultater i narkobehandling, så er det, at alle involverede har den nødvendige tålmodighed. Det er meget belastende for en narkoman at komme ud af sit stofmisbrug og straks skulle forholde sig til, hvad han vil være og arbejde med. Det tager tid, og det har vi snakket meget med politikerne om."

"Resultaterne kommer, når man ikke er fikseret på dem, og når tilbagefald ikke ryster, så falder antallet af tilbagefald. I NA klappes der, hver gang folk kommer tilbage. Det er et omsorgsmiljø – der er ikke noget at være bange for. Du har lov at være den, du er", siger Sten Knudsen.

At finde sig selv og tro på at man er et fuldgældigt individ i et menneskeligt fællesskab, det er hvad det handler om, kan man læse i en pjeces om programmet i 'Nærbehandlingen'. For det mindsker trangen til at flygte i stoffer eller alkohol.

Omvendt privatisering

I stedet for at sende folk væk fra byen og miljøet, og lade dem afgifte på en døgninstitution, har Fredericia med 'Nærbehandlingen' skabt et ambulante

tilbud, som lægger en ring om narkomanen stort set døgnet rundt. Det hører med, at ringen kun kan sluttes, fordi der efterhånden er opbygget et tæt netværk af stoffri narkomaner som holder sig selv og hinanden på rette vej i Anonyme Narkomaner (NA) og foreningen Solstrålen.

"Det er omvendt privatisering," siger leder af Misbrugscentret, Niels Danstrup, og økonomisk set er det en fordel for kommunen. Narkomanerne kan stadig komme på døgninstitution, men der er ikke ret mange, der vil. "Vi har aldrig haft narkomaner på venteliste til døgnbehandling, men hvis der var lige så mange, der ville det, som vi nu har her i 'Nærbehandlingen', ville vi ikke have penge nok. Vi ville være nødt til at vælge, hvem der skulle afsted. Og dybest set er der jo ingen, der ved, hvem der klarer sig, så det er svært at visitere."

Men det er ikke det økonomiske, der er det afgørende for Niels Danstrup.

"Det væsentligste er, at vi høster erfaringerne i kommunen og beholder dem her hos det daglige personale. Man kan se, hvordan medarbejderne vokser hele vejen i systemet. Vi er på kryds og tværs involveret i hinandens projekter", siger Niels Danstrup og tilføjer: "Mange af de narkomaner, vi har med at gøre, er blevet sendt væk som børn. Måske er det slet ikke nogen god idé at fortsætte med at sende dem væk som voksne!"

Tryk i livet

"Forskellen på døgnbehandling og det her er, at du ikke får det hele i hovedet på én gang," siger Jan, der har været clean i fem måneder. "Du er ude i livet, men du har samtidig et sted, hvor du kan føle dig tryk. Det er frivilligt, hvor meget du vil gå ind i det, men jo mere du kan gå ind, jo mere får du ud af det."

Jan var clean, da han i sin tid flyttede til Fredericia efter ét af flere ophold på en døgnbehandlings-institution. Han var

vant til den hårde metode. "Man levede hele tiden i frygt, fordi de truede med, at man røg på stoffer igen, hvis man ikke makkede ret. Der er nogen, der siger, at det virker, men jeg synes ikke, det dur med frygt", siger Jan.

I Fredericia røg han i vandet igen – fordi han ikke formåede at åbne sig, siger han. Men efter et halvt år i snavset gik han ind ad døren til Havnekiosken, og siden har han taget hele turen gennem 'Nærbehandlingen': Først en periode hvor han gennem samtaler og rådgivning blev helt sikker på, at han rent faktisk ville ud af stofferne. Dernæst tre uger i sommerhus i Thy, hvor den sidste metadon blev taget dagen før, bussen kørte nordpå. Det var et ophold af de mere egenartede i et fællesskab af abstinerende, og mere eller mindre desperate narkomaner, og det var ikke alle, der holdt ud. Men Jan gjorde:

"Da begyndte jeg at føle mig som en del af fællesskabet, og jeg turde for første gang fortælle om mig selv – hvor bange jeg var og sårbar", fortæller Jan.

Sammen med resten af gruppen fra sommerhuset fortsatte han med næste fase af 'Nærbehandlingen' i 'Clean-gruppen', og videre ind i 'Dagbehandling'. Under hele forløbet har han boet i en af Misbrugscentrets 28 boliger, og nu er han klar til at afstikke kursen på sin fremtid. Det foregår på kurset Back2Events, som afvikles i et samarbejde mellem kommunens Aktiveringsafsnit, Kolding Pædagogseminarium og Misbrugscentret.

Lovende projekt

Ifølge Mads Uffe Pedersen fra Center for Rusmiddelforskning er der meget få stoffri ambulante projekter i Danmark, og en del af de få forsøg, han har hørt om, er gået mere eller mindre i sig selv, skriver han i bogen 'Stofmisbrugere før, under og efter Døgnbehandling'. Uden at nævne det ved navn skriver han om projektet i Fredericia (side 46): *Et enkelt*

“Jeg hedder Ole, jeg er narkoman”

Turen til talerstolen er lige så rituel og nødvendig som morgen-tandbørstning. Den daglige erkendelse overfor alle de andre er med til at holde fødderne fast på stoffri jord. Når Ole derefter fortæller – ligesom han gjorde i går morges – at han vil prøve at klare endnu en dag uden stoffer, er han trådt et skridt videre – en dag længere – væk fra den tyndeste is. Der er ingen garanti for, at han ikke ryger i vandet igen, det ved enhver. Vi tager en dag ad gangen. Men hvis han vender tilbage, bliver der taget godt imod ham.

AF JOURNALIST KAREN STOUSTRUP

ambulant stoffrit projekt tyder dog lovende, og det er bestemt ikke utænkeligt, at man herfra vil kunne fremvise lige så gode resultater, som man kan i den stoffri døgnbehandling. Dette projekt er vi i øjeblikket ved at evaluere, og der vil komme resultater herfra, som direkte kan sammenlignes med denne døgnbehandlingsevaluering om 1-2 år. At vi måske også i Danmark får en stoffri ambulant behandling at se, som kan fremvise samme resultater som døgnbehandlingen, betyder dog ikke, at vi for eftertiden "bare" kan lave ambulant stoffri behandling i stedet for døgnbehandling. Det ville være uansvarligt på den måde at erstatte døgnbehandling med ambulant behandling. Det nævnte lovende ambulante projekt har således som en meget stor styrke, at det bygger på et relativt finmasket og meget engageret selvhjælpsnetværk, hvor flere fra dette selvhjælpsnetværk er blevet ansat som medarbejdere på det ambulante projekt. Det er ikke nok at lave et løsrøvet ambulant stoffrit behandlingstilbud uden sammenhæng med en eller anden form for finmasket netværk.

Den største styrke

Den første på talerstolen her til morgen er Jette Stjernholm. Hun er ikke narkoman, men leder af 'Nærbehandlingen'. Hun har sovet rigtig dårligt i nat, fortæller hun fra talerstolen, og det viser sig, at mange af de andre også har haft en rædselsfuld nat. Det gør det ikke lettere at komme gennem endnu en dag uden stoffer. Én har en god veninde, der stadig er på stoffer. Det er en farlig kontakt for en stoffri, men veninden har det rigtig dårligt, og han bliver nødt til at hjælpe hende. Hun har hjulpet ham så tit. En anden har så ondt i ryggen, at han er lige ved at få ondt af sig selv, men humoren kommer til hjælp. Når man er færdig med sit korte eller lange indlæg, bliver man hilst med et højtlydt go'morn, og podiet er klar til næste taler. "Vi gør ikke en ekstra indsats for dem, der står og fortæller, at de har det skidt. Men de får lov til at fortælle det. Det kræver rummelighed af behandlerne, og evnen til at rumme er vores største styrke og alfa og omega i narkobehandling. Det er det, vi bruger flest kræfter på" fortæller Jette Stjernholm.

Prisen er ærlighed

Tina var gravid, da hun meldte sig som narkoman i Havnekiosken i Fredericia. Første trin i 'Nærbehandlingen'. Hun

blev med det samme sendt på Gunderuplund til langsom nedtrapning på grund af de særlige omstændigheder, og hendes første søn kom i familiepleje. Tina fødte på Gunderuplund, og da hun vendte hjem til Fredericia, flyttede hun ikke i halfway-hus, som andre ville gøre. På grund af børnene fik hun i stedet knyttet en misbrugskonsulent til sig i sin egen lejlighed.

Efter ni måneder som clean startede hun i Nærbehandlings daggruppe. Hun følte sig med andre ord så godt tilpasset den nye situation som stoffri, at hun kunne springe 'Clean-gruppen' over. Men hendes veninde var stadig på stoffer, og en dag kunne Tina ikke modstå presset. Det betød to ting: Hun måtte rykke et felt tilbage i Nærbehandlingen – til 'Clean-gruppen'. Her får nyafgiftede narkomaner ro til at komme til hægterne og til at vænne sig til, at dagen skal gå uden stoffer. Og hun sagde venindeskabet op. Det var for svært at være i kontakt med én, der stadig var aktiv.

"I 'Clean-gruppen' spørger de til dig, hvis du hænger med hovedet. I 'Dagbehandling' skal du selv tage dig sammen til at fortælle, og du er nødt til at være ærlig, hvis du vil holde dig clean. Du har jo taget stofferne for at glemme alle de grimme følelser. Det er godt at fortælle hver dag, så det ikke hober sig op", siger Tina, der siden er avanceret til 'Dagbehandling' igen. Michael tilføjer: "Det man siger på talerstolen er kun overfladisk. I gruppen går vi i dybden."

Michael var egentlig 'ringet ud', dvs. færdig og klar til det virkelige liv, og han var startet på en uddannelse. Men det viste sig, at han ikke kunne gennemføre, fordi han kun har et øje, så nu venter han på at komme i gang med en anden uddannelse. Ventetiden bruger han i 'Dagbehandling', og når kurset Back2-Events starter, går han med der.

"Når jeg går ind ad døren her, føler jeg mig tryk. Det er som at få junk", siger Michael. Og det må siges at være noget af en mental kovending.

"Da jeg først kom her, var jeg meget skeptisk. Jeg tænkte på sidste gang, jeg var faldet i, hvor jeg følte, jeg blev fordømt af dem, der var clean. Jeg havde en masse forestillinger og var meget vred. Jeg ved godt, at meget af det er noget, der foregik i mit hoved, men der er andre folk her nu med andre holdninger. Der er en helt anden ånd. Ingen frygt og skammen ud, hvis man træder ved siden af. Vi inddrages i alt,

hvad der foregår, og udveksler erfaringer med hinanden."

Et program uden frygt

"Det er ikke et Minnesota-program, vi har lavet. Vi bruger de 12 trin som fundament og grundlag i 'Nærbehandlingen'," siger konsulent Sten Knudsen. "Vi arbejder ikke efter 'kæft trit og retning-modellen'. I starten gjorde det narkomanerne noget mistroiske, når de kom her. De kunne ikke forstå, at de ikke skulle have det hårdt, sådan som de var vant til. Grundtanken i vores program er omsorg og kærlighed. Vi komplementerer NA-fællesskabet i byen, som er helt afgørende for arbejdet i 'Nærbehandlingen'", siger Sten Knudsen.

'Nærbehandlings' program består af fem temaer. Narkomanerne arbejder i grupper og bruger tre uger på hvert tema. De bliver inspireret af forskellige foredragsholdere som kunstnere, læger, præster og alternative tænkere og slutter hvert tema med at fremlægge de erfaringer, de selv har på området.

Temaerne er:

- Misbrug og Magtesløshed
- Følelser og Adfærd
- Magter større end os selv
- Vejen til frihed og ansvar
- 12-trinsprogram og fællesskaber. ■

kort og godt

Projekt Nærbehandling er et treårigt forsøgsprojekt, der retter sig mod stofmisbrugere i Fredericia Kommune. De behandles ambulant, og får boligstøtte i hele perioden. Projektet støttes økonomisk af Socialministeriet, som også betaler Center for Rusmiddelforskning for at evaluere effekten af det.

Kommunen startede 1. september 1999 med at teste programmet, og selve projektet blev sat i gang 1. november.

Grundlaget for projektet ligger i det fintmaskede net, der er opbygget i kommunen efter de seneste fem, seks års indsats på området. Et meget omfattende tilbud af behandling, bostøtte, væresteder og foreninger, der overalt inddrager og bakkes op af de efterhånden mange stoffri narkomaner, betyder, at der reelt er tale om 'døgnbehandling' af narkomanerne.

En gruppe eksperter er knyttet til projektet i et Projektråd. Et par gange om året mødes rådet med 'Nærbehandlings' medarbejdere og ledelse for at give modspil og øse af deres ekspertise på områder som narkopolitik, pædagogik, etik og psykologi.



HVIS NARKOMANI ER EN HISTORIE...^(II)

Hvis narkomani betragtes som en historie om livet snarere end som en psykosocial tilstand eller som en sygdom, hvad bliver da muligt som ikke er muligt idag? var spørgsmålet i første del af denne artikel, som blev bragt i Stof nr. 12. At få historien afsluttet og begynde at skrive en ny, var svaret. Her følger en redegørelse for hvordan det kan gøres

I København er kun hver tyvende tidligere eller nuværende stofmisbruger i substitutionsbehandling i ordinær beskæftigelse (Jöhncke, 2000). Dette er vel det tydeligste udtryk man kan behøve for den isolation som disse mennesker befinder sig i.

Den sociale isolation af stofmisbrugere i eller udenfor substitutionsbehandling er ikke en naturlov. I de tidlige metadonprogrammer i USA og Sverige arbejdede op mod 80 pct. af deltagerne (se gennemgangen i Winsløw & Ege, 1983, s. 33-48). I andre historiske og kulturelle sammenhænge arbejder også de fleste aktive misbrugere. Ghettoiseringen er en del af den narkomane historie, som den har udviklet sig i dagens Danmark.

Narkomanens historie

I henhold til den narkomane historie skal livet leves i en social ghetto, hvor der kun bor andre narkomaner, behandlere og politifolk. Det er sjældent at historien giver plads til familiemedlemmer, herunder egne børn. Udvalget af job,

hvor praktiske, intellektuelle og medmenneskelige færdigheder kan udvikles er også meget begrænset.

Narkomanens historie er en meget ufri historie. Den er baseret på en jernhårdt deterministisk kausaltænkning: Narkomanen er enten det værgeløse offer for en biologisk bestemt "stoftrang", den viljesløse udlever af overdreven nydelsessyge, eller det lige så hjælpeløse produkt af andres mishandling og udstødning af ham. Hvilken årsagsteori man nu måtte hælde mest til er narkomanen under alle omstændigheder et offer, og hans vigtigste kendetegn viljens svaghed.

Kursets metahistorie

Det er denne historie vi stræber efter at erstatte med en mere rummelig historie i CSUs kursus for tidligere og nuværende stofmisbrugere i substitutionsbehandling:

Formålet med kurset er at give kursisten mulighed for at deltage i samfundet udenfor stofmisbrugsghettoen, herun-

der at deltage i arbejdslivet. Kursets værdigrundlag er at det er godt for mennesker at kunne deltage frit i samfundet, uden at være begrænset af de forestillinger om dem, som de selv og/eller andre måtte have.

Midlet er gennem kurset at give kursisten lejlighed til at udvikle, afprøve og konsolidere en ny historie om sig selv og om livet. Historiens rammer - "metahistorien" - er den narkomane histories modsætning:

- jeg er aktør i mit liv, ikke offer
- jeg er den jeg siger jeg er
- jeg bidrager til og modtager fra andre mennesker

I det følgende vil jeg gøre rede for nogle af kursets hovedelementer. Derefter vil jeg sætte dem ind i rammen af det såkaldt "narrative" livssyn jeg skitserede i denne artikels første del.

Kursets forløb

Kurset består af tre faser, kendetegnet af forskellig grad af involvering i samfundet udenfor kurset og udenfor den

Figur 1.

Faser og projekter i CSUs kursus for tidligere og nuværende stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

	VARIGHED	PROJEKT
Invitationsfase	variabel	At se nye muligheder
Gæstefase	4 uger	At kortlægge kompetencer erhvervet på gaden og i behandlingsinstitutioner og anvende dem på nye måder eller til nye formål
Ventefase	variabel	At lægge sine livsomstændigheder til rette så deltagelse i kurset bliver muligt
Fase I-1	4 uger	At gøre hovedrent i egen og medkursists bolig
Fase I-2	4 uger	At hverve nye kursister til kurset
Fase I-3	4 uger	At markere den gamle histories afslutning
Første ferie	1 uge	At øve nye redskaber udenfor Centret
Fase II-1	4 uger	At være vært for gæstekursister i en gæstefase
Fase II-2	4 uger	At lave en feltundersøgelse af forholdene på en arbejdsplads
Fase II-3	4 uger	At planlægge fase III
Anden ferie	1 uge	At leve den nye historie udenfor Centret
Fase III	min. 26 uger	Afgangsprojekt: Gruppetransaktion efter eget valg hvor gruppedeltagerne lærer noget de ikke kunne før, og skaber noget af værdi for andre

narkomane histories ghetto. Før selve kursets start går den prospektive kursist gennem 3 introducerende faser (se Figur 1).

Invitationsfasen består af samtaler med kursister og medarbejdere i CSU. Invitationsfasen starter enten ved at den prospektive kursist selv henvender sig til CSU eller ved at han opsøges af en ven eller bekendt, som er kursist. Gæstefasen er fire dage med en uges mellemrum, hvor de prospektive kursister arbejder sammen med kursister og medarbejdere på Centret. Opgaven i gæstefasen er at beskrive de særlige kompetencer, som hver enkelt har erhvervet sig på gaden og i behandlingsinstitutionerne og undersøge hvad de kan bruges til som de ikke tidligere er blevet brugt til. Såfremt den prospektive kursist efter gæstefasen beslutter sig for at ville deltage i kurset overgår han til ventefasen, hvor Centret forhandler om en bevilling til ham mens han selv, i samarbejde med en ældre kursist på Centret, forbereder sine livsomstændigheder på det langvarige kursusforløb.

Kurset falder som nævnt i tre dele, I, II og III af hhv. 13, 13 og min. 26 ugers varighed. Fase I foregår på Centret, Fase II overvejende på Centret og Fase III overvejende udenfor Centret. Hovedopgaven for kursisten er at skrive en ny historie om sig selv og livet, og hovedopgaven for Centret er at inspirere ham til den nye historie og bakke ham op i

virkeliggørelsen af den. Til det formål vil Centret stille en række håndtag til kursistens rådighed. I det følgende vil jeg omtale tre af dem: *Støttestrukturer, selvopmærksomhed og faglige færdigheder*.

Støttestrukturer

Hver delfase indeholder sit projekt (se Figur 1), som skal planlægges og udføres i samarbejde med andre kursister. De 20-25 kursister, som starter på et hold opdeles i grupper, indenfor hvilke kursisterne parres to og to. Kursisterne i en gruppe er fælles om en træner, der støtter den enkelte i at nå sine mål, og gruppen i at løse fælles opgaver. For indenfor gruppen og i parret er opgaven at støtte hinanden, og bruge hinanden som støtte, i løsningen af opgaver og udførelsen af projekter. I nogle af disse projekter skal kursisten støtte mennesker der overvejer kurset som en mulighed.

I Fase II føjes deltagelse i en fritidsaktivitet til den daglige undervisning. Målet med dette projekt er, sammen med en mentor, som er en ulønnet frivillig som i forvejen deltager i det fællesskab der er omkring fritidsaktiviteten, at definere og udføre et projekt, hvor kursisten bidrager til dette fællesskab. O.s.v. frem til afgangsprojektet i fase III, hvor gruppen, i sin fritid fra den arbejds-, praktisk eller skolevirksomhed, der udgør hverdagen for kursisterne i fase III, definerer

og udfører et projekt, hvor de selv lærer noget nyt, og hvor andre opnår noget af værdi: Alle projekter, og alt hvad der foregår på Centret er muligheder for at undersøge sig selv inde i historien om et menneske, der bidrager og modtager fra andre mennesker.

Selvopmærksomhed

Følelser er hellige i det moderne samfund: De skal helst være behagelige, de skal helst udleves og de bliver jævnt hen undertrykt hvis de ikke er behagelige eller ikke kan udleves uden konsekvenser for den der lever dem ud. Også her fungerer narkomanens historie som et troldspejl for os andre: Ifølge den narkomane historie er stofmisbrugeren en slave af behagelige følelser, og ude af stand til styre sig i forhold til dem eller andre følelser. "Kontroltab" er som bekendt en definerende egenskab ved stofmisbrug.

Følgelig vil vi starte kurset med at undersøge hvad det er der sker når vi føler og de forskellige relationer der er mulige mellem følelse og handling. Dette delprogram vil blive sammensat med elementer fra såkaldt mindfulness-meditation (Kabat-Zinn, 1990) og struktureret tilbagefaldsforebyggelse (Marlatt & Gordon, 1985).

Faglige færdigheder

Det regnes som en forudsætning for at kunne deltage i arbejdslivet og i samfun-

det i øvrigt at man kan læse, skrive og regne. Derfor bruges omkring halvdelen af undervisningstiden i fase I og II på prøveforberedende undervisning i disse fag. Målkriteriet er færdigheder på disse områder der svarer til prøven efter 9. klasse, hvorfor nogle kursister for at nå målet vil skulle fortsætte undervisningen på andre uddannelsesinstitutioner i fase III, mens andre kursister vil opfylde dette mål allerede ved kursets start. For disse vil der blive arrangeret anden faglig undervisning, såsom undervisning der sigter mod at erhverve PC-kørekortet, eller dele deraf.

Metahistorien igen

Den metahistorie, som kurset stiller til kursisters rådighed betoner modsætningerne til den narkomane personlighed i narkomanens historie: Viljeløshed, upålidelighed og egoisme. Denne metahistorie er således ideel for mennesker, som ønsker at bevæge sig ind i normalsamfundet, ud af stofmisbrugsghetto. Men kan de det? Kan mennesker frigøre sig fra historier, som de selv har deltaget i konstruktionen og vedligeholdelsen af?

Det gør mennesker, rent faktisk. Vi går alle omkring med historier om hvem vi er og hvordan livet er, historier som vi selv har konstrueret, og som på én gang muliggør og begrænser vores udfoldelse i livet. Mange af os får lejlighed til at skrive den historie om i forbindelse med ydre anledninger som tab, karriereskift, ægteskab og familiestiftelse. De fleste nøjes med små tilpasninger af den gamle historie. Men mange skriver nye historier.

Radikale nyskrivninger af vor historie om livet forudsætter at vi, i den nye historie, får øje på nye muligheder for at være og handle. Uden en model, et forbillede eller en metahistorie med tiltrækkende muligheder for at være eller handle holder vi fast i hvad vi har.

Radikale nyskrivninger kræver også at der er nogen som vil indgå i vores nye historie. Det er lidt ligesom manden der sent i livet finder sit livs kærlighed: Hvis hun ikke vil have ham får han ikke mulighed for at udfolde historien om kærlighed til et andet menneske. Hvis hun ta'r ham får han lov til at fortælle historien. Og han bliver holdt op på den af noget udenfor ham selv.

Så det er hvad vi vil gøre i CSU, samti-

dig med at vi lover kursisterne at give dem redskaber til at slå bro fra Centrets beskyttende miljø til samfundet omkring det.

Og dem der ikke kan bruge metahistorien?

Til gennemførelsen af hver enkelt delfase knytter Centret nogle præcise løfter til kursisten om hvilket udbytte han vil få af at gennemføre den. Fra delfase I-2 og fremefter er indfrielsen af disse løfter betinget af at kursisten kan bruge metahistoriens ramme til at lave en nye historie om sit liv.

Det er imidlertid forventeligt at nogle kursister på et tidspunkt i forløbet vil konkludere at Centrets metahistorie ikke rummer nye muligheder for dem. Det betyder at Centrets metahistorie ikke rummer nye muligheder for dem, intet andet. Det siger ikke noget om kursisten og det siger ikke noget om kurset. Begge er som de skal være.

Kursets værdigrundlag er at det er godt for mennesker at kunne deltage frit i samfundet, uden at være begrænset af de forestillinger om én, som man selv og/eller andre måtte have. Det er ingen evig sandhed. Det er et værdigrundlag man kan vælge, og et man kan vælge at forkaste, uden at nogen rationelt kan anfægte det ene eller det andet valg.

Derfor er CSUs metahistorie kun en ramme, som hver kursist må undersøge ved at lægge sit eget liv ind i den. Hvilke muligheder åbner der sig for mig ved at tage ansvar for mit liv, ved at være mit ord, og ved at give mig selv til andre? Er der noget i den historie, som jeg ikke får idag, og som tiltrækker mig? Hvis der er, så er metahistorien en god ramme for en ny historie til mig. Hvis ikke, så er den ikke en god historie for mig. Så enkelt er det. ■

Litteratur:

Jöhncke, Steffen, Oplæg på konferencen *Fit for Fight*, Borups Højskole, 9.3.00.
Kabat-Zinn, Jon, *Full Catastrophe Living*. New York: Delta, 1990.
Marlatt, G. Alan & Judith R. Gordon (red.), *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press, 1985.
Winsløw, Jacob Hilden & Peter Ege, *Metadon - og hvad så?* København: Alkohol- og Narkotikarådet, 1983.,

fakta om centret

Center for Social Udvikling er en selv-ejende institution under dannelse. Formand for bestyrelsen er souschef Kirsten Windekilde, Den Social Højskole i København. De øvrige medlemmer er advokat Sysette Vinding Kruse, revisor Christian Lundgaard og direktør John Hollis-Davies, The Social Partnership i Liverpool, England. Centret søger for tiden midler fra fonde og puljer til at igangsætte det beskrevne kursus. Til at evaluere kurset er nedsat en Evalueringsgruppe bestående af socialoverlæge Peter Ege, professor Flemming Balvig, docent Bjørn Holstein og psykolog Liese Recke. Jacob Hilden Winsløw er direktør for CSU. Uddybende materiale om planerne for kurset kan rekvireres på e-mailadressen center.soc.udv@get2net.dk.

Winsløw, Jacob Hilden,
dr.scient.soc., Direktør for
Center for Social Udvikling



Familiecenter Dyreby



- Familiecenter Dyreby er en familiebehandlingsinstitution under Hjulsgård-fonden grundlagt i 1985 af Frands Kristensen.
- Fonden driver i dag tre behandlingscentre og et afgiftningscenter baseret på 20 års erfaringer.
- Der er ingen private, profitøkonomiske interesser blandet ind i arbejdet.
- Behandlingen på Dyreby tager knapt tre år.
- Der er plads til otte-ti familier ad gangen. Behandling tilbydes også gravide misbrugere.
- Man skal være afgiftet ved ankomsten. Det sker ofte i et sommerhus i nærheden.
- Restriktionerne er skrappe. Man skal aflevere alle sine penge. Penge = junk og/eller alkohol, piller osv.
- Tager man noget, ryger man kort og godt ud.
- Man kan i begyndelsen ikke tage nogen steder uden ledsager.
- Der afleveres jævnligt urinprøver.
- Gamle elever hjælper nye.
- De voksnes terapi foregår i dagtimerne, mens børnene er sammen med pædagogerne i Dyrebys børneskovgruppe.
- De større børn kommer i friskole, når de vurderes parate. De et-fem-årige kommer i kommunal dagpleje/børnehave, når Dyreby vurderer, at de følelsesmæssige relationer kan bære det.
- Alle voksne får en forældreuddannelse.
- Alle - både voksne og børn - får deres egen terapeut.
- Man er ikke i terapi hele tiden. Terapien veksler med praktisk arbejde med at vedligeholde stedet, rejser osv. Det giver en fornemmelse af, hvor langt man er nået. Ingen kan forandre sig med et knips.
- Forældrene bor med deres børn i små, hyggelige lejligheder. De har egne værelser og deler køkken, stue og badeværelse med en anden familie. Her spiser de morgen- og aftensmad og hygger sig med børnene, som i enhver anden "normal" familie. Også i weekenderne.
- Centret rummer desuden fælles køkken, vaskerum, kontor, samtalerum, stort undervisningslokale, gymnastiksal, værkstedsrum, og helserum.
- Der tilbydes bl.a. massage og zoneterapi, ligesom der er mulighed for ridning på islandske heste.
- Efter godt et år kommer man i udslusning. Dvs. bor for sig selv, men går stadig til behandling på Dyreby.
- I den sidste del af behandlingsforløbet tilbydes eleven et basiskursus inden for selvudvikling og møder her mennesker, der på en måske anden baggrund ønsker det samme.
- For at sikre den enkelte et socialt netværk, der måske kan være et sikkerhedsnet resten af livet, etableres netværksgrupper af elever, som er eller har været i behandling.



"Når man hører de menneskelige historier her på Dyreby, er der ikke noget at sige til, at folk føler sig vrede og misbrugte. Vi er her bl.a. for at lære dem, at den følelse er helt i orden, og at følelserne skal ud, for at de kan komme videre med deres liv – voksne såvel som børn", siger Rita Knudsen.



På Dyreby er det i orden at blive gal i hovedet

"Båndene mellem misbrugerne og deres børn er flossede, spinkle eller brudte. Men de kan ofte repareres, og samfundet skylder børnene at forsøge", siger Rita Knudsen, leder af Familiecenter Dyreby

AF KAREN SLOTH, JOURNALIST

På Familiecenter Dyreby ved Henne i Vestjylland er det i orden at vise sin vrede, skrike sit raseri og sin sorg ud - altså vise alle de følelser, der måtte komme op til overfladen, når den enkelte erkender og mærker, at de er blevet mishandlet, og at de har mishandlet sig selv og deres børn. Og mange af de familier, der er i behandling på centret, har virkelig noget at rase over.

Lægger man de personlige beretninger sammen, får man et billede af forsømte mennesker, hvor vold, druk, piller, stoffer, omsorgssvigt, utryghed og ensomhed dominerede hverdagen. En hverdag, der ligger fjernt fra de fleste andre danskere. Man spørger sig selv, hvorfor de mennesker ikke for længst har givet op og vinket farvel til livet, og hvorfra de har hentet styrken til efter et

årelangt misbrug at hanke op i sig selv, gå i behandling og nu forsøge at skabe sig et nyt liv for sig selv og børnene.

Svaret findes også på Familiecenter Dyreby: Det er netop børnene.

"Selv om man er misbruger, kan man jo godt elske sine børn og ønske dem et bedre liv, end man selv har haft, og det er ofte truslen om en tvangsfjernelse, der får forældre til at gå i behandling sammen med deres børn", siger Rita Knudsen, der er daglig leder på Familiecenter Dyreby.

Her på den tidligere skole i det forblæste Vestjylland, er der plads til at otte-ti familier ad gangen.

Vigtigt at have forældre

Familiecenter Dyreby forsøger at læge de sår, der uvægerligt opstår i misbrugsramte familier. "I modsætning til så

mange andre behandlingssteder tager vi udgangspunkt i barnet. Det er vigtigt for børn at have forældre - i det mindste den ene af dem. De fleste, vi får i behandling, er mødre med børn. Fædrene er meget fraværende, men vi har dog også fædre, der kommer her sammen med deres børn", siger Rita Knudsen.

Der tales meget om, at det skal være lettere at tvangsfjerne børn, men på Familiecenter Dyreby er man mere af den holdning, at man, inden tingene kommer så vidt, i hvert fald skylder børnene at gøre et forsøg på at reparere de flossede bånd, der er mellem børn og forældre.

"Vores erfaring er, at båndene er der, og at vi netop gennem børnene kan nå mange forældre", siger Rita Knudsen.

"Samtidig må vi erkende, at det selvfølgelig ikke er altid, det lykkes, men så



kan vi i hvert fald sørge for, at det bliver en ordentlig adskillelse og sørge for, at forældrene erkender, at de ikke magter opgaven. Det er jo også vigtigt for barnet at vide, at både forældrene og samfundet har forsøgt alle muligheder for at få tingene til at fungere", mener hun.

Man skal turde reagere

På Familiecenter Dyreby er alle professionelle. Medarbejderne er pædagoger, socialrådgivere og psykologer – alle med en terapeutisk efteruddannelse. Der arbejdes ud fra en psykoanalytisk synsvinkel – både med forældre og børn. "Vi skal vide noget om skrøbelighederne bag facaden. Vide, hvorfor folk reagerer, som de gør", siger Rita Knudsen.

Og der bliver reageret en hel del under behandlingerne, der foregår i dagtimerne på Dyreby. Der bliver grædt, råbt og raset ud, efterhånden som facaderne falder, men det gør ingenting.

"Selvfølgelig er der grænser, men ingen tager skade af at råbe eller være ked af det. Tværtimod er det godt, når man begynder at turde reagere imod sit liv. I det hele taget arbejder vi meget med livshistorier. Mange af vore beboere kommer fra familier, hvor det kunne være farligt at vise sin skrøbelighed. Det kunne udløse et par på hovedet eller anden vold og måske seksuelle overgreb. I den slags familier skal man klare sig på sin styrke – selv om den måske er påtaget", oplyser Rita Knudsen.

Manglende eller dårlig voksenkontakt er et problem, der har præget mange barndomme, når man forhører sig på Dyreby, og en dårlig barndom be-

høver ikke skyldes forældrenes misbrug.

"Det kan også give ar på sjælen at vokse op hos arbejdsnarkomaner, der negliger børnene. Så føler de sig forladte. Børn har brug for mad og tøj, men så sandelig også for følelsesmæssig kontakt", påpeger Rita Knudsen.

Brud med den sociale arv

Hun håber, at tilbudet fra og behandlingen på Dyreby kan være med til at nå nogle børn i tide – inden de selv kommer ud i et misbrug, kriminalitet osv., og hvad der ellers koster samfundet og de mennesker, det går ud over, dyrt.

Det drejer sig om at bryde den sociale arv, og det gøres med forskellige former for terapi – enkeltvis, i grupper eller forældre og børn sammen. Bl.a. anvendes "holding", hvor moderen simpelthen holder barnet fysisk og psykisk øver sig i at rumme dets følelser.

"Det er smertefuldt og hårdt at stå med sit barn, der råber og skrider, at det er blevet forsømt og misbrugt – har været bange og er blevet svigtet. Man skal jo huske, at der er ingen her, der har ønsket at gøre deres barn fortræd – selv om de er kommet til det alligevel. Det skal vi hjælpe parterne med at erkende", understreger Rita Knudsen.

"Man er jo misbruger for at flygte fra sine følelser. Når man så er her – uden stoffer – så kommer alle følelserne væltende. Samtidig skal man vove det ene øje – f.eks. turde knytte sig til Dyreby. For de fleste er det altid gået galt, når de har knyttet sig til nogen. Det gælder både voksne og børn", siger hun.

En kendsgerning er det, at ingen af

dem, der er på Familiecenter Dyreby, er blevet passet godt nok på. Ingen har fået den rette start i livet.

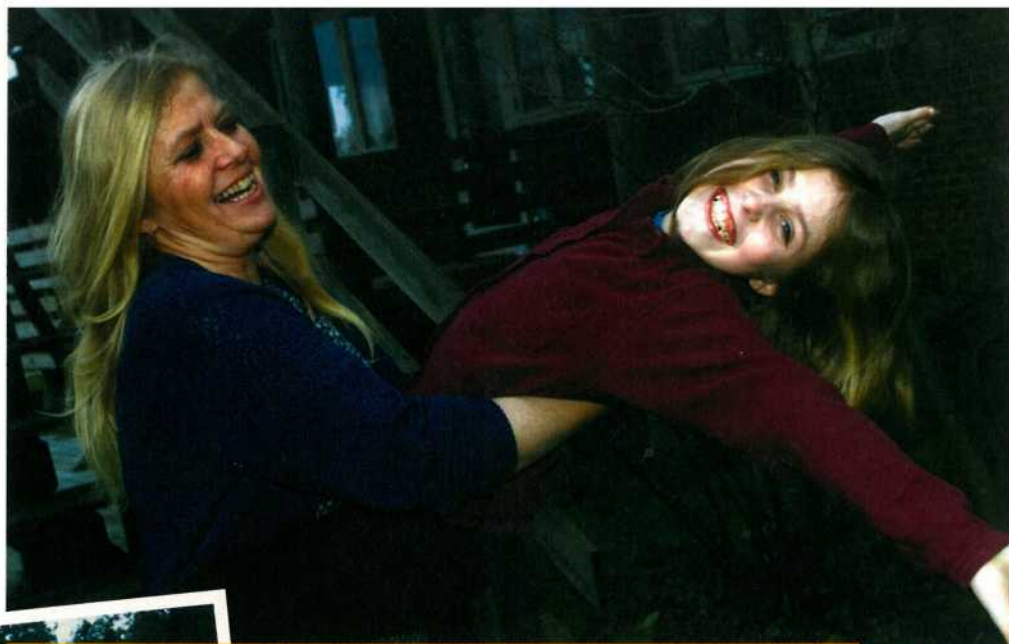
"Det er da klart, at både voksne og børn kan føle vrede over det. De skal bare opleve, at det er i orden, og at der bliver holdt lige meget af dem bagefter. Faktisk er de jo stærke mennesker – ellers havde de slet ikke overlevet så længe. Men de skal lære at bruge styrken konstruktivt i stedet for destruktivt, hvis de skal få et ordentligt liv. De skal også lære at holde af sig selv", påpeger Rita Knudsen.

Uanset hvor godt behandlingen virker, så gør man også meget for at oplyse om, at livet bliver svært, når Dyrebys beskyttende mure forlades. Fristelser er der nok af – ikke mindst for alkoholmisbrugere, fordi alkohol er en accepteret og lovlig del af folks sociale samvær.

"Nogle vil sikkert også forsøge, men det er et farligt eksperiment. Misbrug af junk og alkohol er i virkeligheden langsomt selvmord, og vi arbejder for en forståelse for, at eleverne skal tage ansvar for deres eget liv og passe på sig selv. Også når vagthundene trækker sig tilbage", siger Rita Knudsen.

Lige nu er fire i udslusning, og alle tegner positivt. Desuden er en del familier færdigbehandlet og klarer sig selv.

"Det gælder også om at få dem til at indse, at der ikke er tale om et spildt liv. Nogle af dem vil sikkert kunne gøre gavn ved at fortælle andre unge om, hvordan de har oplevet tilværelsen som misbrugere. Dette vækker alle, og forfærdelige historier har vi i hvert fald nok at tage af", mener Rita Knudsen. ■



NIELS HUSTED

"Anne var en lille voksen – nu har jeg i stedet fået en glad, lille pige. Og så skal jeg i øvrigt snart være mormor. Det glæder jeg mig utroligt til, og det ansporer også til at bryde den sociale arv", siger Solveig med et stort smil.



Solveig holdt facaden *alt for godt*

Udadtil fungerede tingene, men misbrug hørte til dagens uorden, lige fra Solveig var barn

AF KAREN SLOTH, JOURNALIST

Druk, piller, vold og skænderier var en fast bestanddel af hverdagen, da Solveig på nu 42 år var barn i Sønderborg. Hendes mor var hjemmegående med fem børn – altså når hun ikke gik på gaden med børneflokkene, fordi hun ikke turde gå hjem til en ægtemand, der var skæv af piller og spiritus og tævede hende. Til sidst skød han sig.

"Men da var jeg allerede som 12-årig startet med at ryge hash. Det var det, man kunne få fat i", fortæller Solveig. Pengene skaffede hun ved at stjæle fra butikker, men allerede inden hun var 18 år, var hun også med til at lave penge-skabsbræk, indbrud på fabrikker osv. En forhutlet tilværelse erkender hun i dag.

Kæresten blev myrdet

Solveig tog til Christiania og fandt en kæreste. "Men jeg holdt mere af hans kammerat og blev så kæreste med ham med det resultat, at min første kæreste slog ham ihjel. Da var jeg 17 år", siger Solveig.



Politiet fløj hende tilbage til Sønderborg. - Det fik mig vist til at vågne så meget op, at jeg kunne tænke: "Det er sgu' farligt det her." husker hun.

Solveig fik ingen uddannelse, men et job på Danfoss. Hun fik også det, hun kalder sin første "rigtige" kæreste og flyttede i lejlighed. Livet var rimeligt stabilt, selv om hun stadig røg hash og også tog amfetamin. Børn fik parret også, da det havde boet sammen i fem år, Charlotte og Kenny – i dag 20 og 19 år. "Det skulle have været så godt – en rigtig, lille kernefamilie, men John fik problemer med alkohol og piller. Det gjorde ham voldelig, og jeg fik jævnligt et blåt øje", siger Solveig med et lidt træt smil.

"Vi var nok vokset fra hinanden, og jeg kunne skam også godt genkende mønstret, men havde ikke overskud til at søge den nødvendige hjælp. Desværre var jeg nok også alt for god til at holde facaden pæn. Børnene var velfungerende, velklædte og veltalende.

Ingen opdagede noget, og udtalelser fra institutioner og skoler var fine", konstaterer Solveig, der passede jobbet på på Danfoss. Det kunne hun godt klare, bare hun var på stoffer. "Det var nødvendigt at holde facaden. Jeg ville jo ikke risikere, at kommunen fik kig på børnene", siger hun.

Ingen hjælp fra kommunen

Hun blev skilt og fandt en ny kæreste. En præstesøn, der bragte stabilitet i tilværelsen. Han var glad for hende og børnene. Han var ikke selv misbruger, men accepterede hendes misbrug, selv om han prøvede at få hende til at søge hjælp.

"Men jeg kunne ikke rigtig finde

modellen", erkender Solveig. Til gengæld gav hun efter for hans ønske om at få et fælles barn – selv om hun egentlig selv syntes, hun var færdig med at få børn.

"Men jeg blev gravid, og da vi skulle have vores datter, Anne på nu 10 år, blev min mand ramt af en blodprop, der lammede ham i højre side og fratog ham talens brug", siger Solveig vemodigt.

Hun havde pludselig fire børn, og Sønderborg Kommune rakte hende ikke så meget som en lillefinger til hjælp.

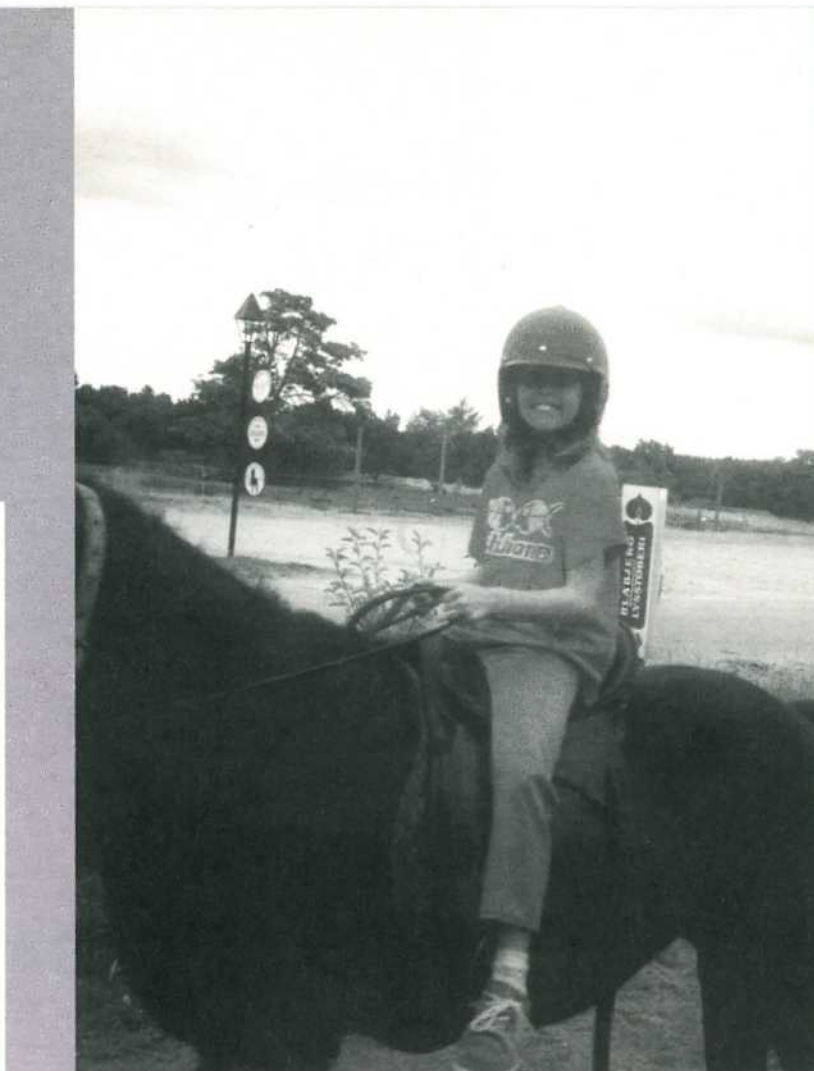
"Søgte jeg hjælp til at klare hjemmet og hverdagen med pasning, genoptræning osv., fik jeg bare at vide, at der var jo én i familien, der ikke var handicappet, så det måtte jeg selv klare. Så jeg fyldte mig med alt, hvad jeg kunne få fat i af stoffer for at holde hverdagen ud", siger Solveig, der selv passede sin syge mand i otte år, før hun gav op, og han flyttede i en beskyttet bolig. "Vi er stadig gode venner, og han har kontakt til Anne, der også er på weekend ved ham. Han er stadig lidt lam og kan ikke tale", siger Solveig.

Skyld og skam

Hun skammede sig forfærdeligt over, at hun ikke længere kunne klare at passe og hjælpe ham. "Tænk, at jeg kunne forlade et sygt menneske. Jeg isolerede mig helt i tre måneder", fortæller hun.

Så mødte Solveig en ny kæreste, og så gik det helt galt. "Og var jeg ikke misbruger, så blev jeg det da nu. Han overtog totalt styringen af mit liv. Vi tog til Amsterdam og hentede store mængder stoffer. Hans ord var lov. Han regerede med vold og utryghed. Min selvrespekt røg helt i bund, og pludselig fandt jeg mig selv gående rundt i gaderne med mine børn uden at vide, hvor jeg skulle gå hen – nøjagtig som min mor havde gjort det", siger Solveig.

Hun prøvede nogle gange at gå i behandling, men sprang fra, fordi hun ikke kunne undvære børnene, som hun dog trods alt havde sin mor til at passe. Det har hun været glad for. Hun røg



også på psykiatrisk afdeling i tre måneder, fordi hun glemte at spise. Her blev hun nedtrappet, men bagefter bare sendt hjem til det samme liv.

"Jeg skulle ellers have været i behandling", siger Solveig, der dog fik det ud af opholdet, at hun efterfølgende fik brudt med kæresten.

En glad, lille pige

Hun kom så til psykolog og på metadon, men havde alligevel et sidemisbrug. De store børn var flyttet hjemmefra, men Rådgivningscentret, hvor hun fik metadon, fik kig på Anne og forlangte urinprøve af Solveig for at se, om der var sidemisbrug.

"De ville have mig i behandling, men jeg sagde nej. Ikke uden Anne – og det kunne de ikke tilbyde mig. Sønderborg Kommune syntes nemlig ikke, Anne var behandlingskrævende. Hun fungerede jo og var aldrig til besvær", fortæller Solveig.

Anne var ganske rigtigt ikke til besvær. Men der skulle en børnepsykolog til at se det forkerte i opførslen og til at råbe kommunen op, men så gik det også stærkt med at komme til Dyreby. "Anne var en lille voksen – nu har jeg i

stedet fået en glad, lille pige. Og så skal jeg i øvrigt snart være mormor. Det glæder jeg mig utroligt til, og det ansporer også til at bryde den sociale arv", siger Solveig med et stort smil.

Man glemmer børnene

Hun fatter i dag ikke, at der ikke blev grebet ind allerede, da hendes far skød sig. "Man glemmer børnene. Man taler om spædbørn, der fødes som narkomaner, og man sætter fokus på teenagerne problemer, men børnene derimellem glemmer man. De er ellers i ligeså dyb krise som forældrene, og de overtager forældrenes mønster. Det er skræmmende", mener Solveig.

Står det til hende, skal hash ikke være lovligt. Det hensætter folk i en døs uden overskud til at gøre noget ved livet.

Solveig skal være længe på Dyreby endnu, men når hun er klar til at bo selv, vil hun gerne uddannes til noget med fotografering.

Solveigs fire søskende er i dag også hårdt belastede misbrugere. Hendes far var ud af en søskendeflok på 11, som han skulle hjælpe med at passe. I dag kan hun se, at han simpelthen hadede kvinder. ■

Anjas liv er først *lige* begyndt

Bag Anja ligger 20 års døs – nu drømmer hun om en uddannelse og et hus på landet, hvor hun kan være sammen med sine børn

Anjas mor var ligeglad med Anja. Hun ville hellere sidde på værtshus, så Anja fik stort set lov at passe sig selv i hjemmet i Århus. Og når ingen tog sig af Anja, måtte Anja selv finde nogen, der gad have med hende at gøre. Desværre for Anja valgte hun de forkerte. Det kan 32-årige Anja sagtens selv indse i dag, men da hun var 12 år og begyndte at ryge hash sammen med et sjak, der var meget ældre end hende og stjal biler og begik småkriminalitet, bekymrede det hende ikke.

“Det var vist bare spændende, og desuden kunne jeg ikke lide at være alene, så jeg levede og åndede for det fællesskab, jeg fandt i gruppen”, fortæller Anja, der nu har været på Dyreby i halvandet år sammen med datteren Maja på to et halvt år og er nået frem til at være i udslusning.

Hendes drøm er at få en uddannelse på Teknisk Skoles levnedsmiddellinie som f.eks. køkkenassistent, og så ellers få et lille sted på landet, hvor hun kan bo i fred sammen med sine tre børn. Det er Maja og storebrødrene Mikkel og Casper, der i øjeblikket bor hos deres far, der også er misbruger.

“Han fik forældremyndigheden, da jeg var langt ude. Det var rigtigst på det tidspunkt”, mener Anja selv. Nu er hun igen i stand til at overtage forældremyndigheden, hvis det bliver muligt.

Det vilde liv

Men det skulle også tage 20 år, før Anja fik gjort op med fortiden og begyndte at sætte sig mål i livet, som hun gør nu.

Det vilde liv, hun startede som 12-årig, fortsatte. Hun eksperimenterede med speed, stjal opium fra marker, blæste på skole og uddannelse og røg fra job til job – kun interesseret i at tjene til den næste pipe hash og få hjemmet på Horsens-egnen til at hænge nogenlunde sammen. I mellemtiden havde hun nemlig fået en mand og de to drenge, der i dag er ni og ti år.

“Men min mand var også misbruger,

og det gik skidt, så da den yngste var et år, blev vi skilt”, fortæller Anja, der efter skilsmissen også måtte stå model til psykisk terror fra eksmanden.

“Jeg var meget langt nede. Bestilte ikke andet end at ryge. Så flyttede jeg tilbage til Århus, og hvad var nemmere end at opsøge det kendte miljø? Jeg lærte de forkerte at kende på Væreste-

det, mødte en ny kæreste og begyndte at eksperimentere. Først som weekendhygge, men siden gik det stærkt. Børnene blev sendt i børnehave og dagpleje, mens vi tog stoffer”, fortæller Anja.

Gravid igen

Så blev hun gravid med Maja, og det fik narkotagerne til at lette så meget, at det

“Opholdet på Dyreby har givet mig mod på at tage kampen op. Jeg har indset, at jeg – og mit liv, børnenes liv – er værd at kæmpe for. Jeg har lært, at det giver tilfredshed at gennemføre nogle ting her i livet. Det har jeg aldrig prøvet før, og det har også givet mig mod på at prøve at få en uddannelse”, siger Anja.



NIELS HUSTED



gik op for hende og kæresten, at de havde et problem. "Alligevel turde jeg ikke gå til Familiehuset, for jeg havde hørt så meget om, at så blev børnene fjernet", siger Anja, der dog til sidst overvandt skrækken.

"Og vi fik heldigvis hjælp. Reel hjælp. Jeg fik metadon, mens jeg var gravid, og holdt helt med stofferne en måned før fødslen skulle finde sted. Men Maja dukkede op tre uger før tiden og blev derfor født med abstinenser", siger Anja.

Familiehuset fulgte dog op på familien, men efter to måneder røg Anja i igen. Hun var utilfreds med sit liv og tyede til stofferne for at holde det ud.

Kommunen sagde stop

"Så strammede Familiehuset grebet og sagde, at det næste, der ville ske, var, at jeg kom i behandling og Maja i pleje. Jeg sagde, at så ville jeg herud på Dyreby, for her kunne jeg få Maja med", siger Anja, der i dag er glad for, at kommunen skruede bissen på og truede med at fjerne barnet. Det var nemlig det, der fik hende til at slås.

"Opholdet på Dyreby har givet mig mod på at tage kampen op. Jeg har indset, at jeg – og mit liv, børnenes liv – er værd at kæmpe for. Jeg har lært, at det giver tilfredshed at gennemføre nogle ting her i livet. Det har jeg aldrig prøvet før, og det har også givet mig mod på at prøve at få en uddannelse", siger Anja.

Hun er glad for, at hun vågnede op, før det var for sent. Da hun blev sendt til

Dyreby, vejede hun kun 42 kg – mad havde ingen interesse. Nu har hun lagt 18 kg til og fået en kampgejst, der skal komme børnene til gode.

Børnenes liv

"Jeg vil have en god kontakt til mine børn. Vise, hvordan det er at tage ansvar for sit eget liv. Den onde cirkel skal brydes, for de skal ikke havne i et liv, der ligner det, jeg havde, og spillede så mange år på det", siger Anja.

Hun bor nu i en lejlighed i Henne sammen med en anden tidligere misbruger, der også er i udslusning. "Det har været hårdt, men det er det hele værd. Og ingen skal tro, at man løser problemer ved at legalisere hash. Tværtimod. Det er der, de fleste begynder, og hash gør noget ved kroppen. Man lever i en døs", siger Anja. Hun indrømmer gerne, at havde hun ikke haft sine børn, havde hun nok begået selvmord.

"Det er uværdigt at have et liv, hvor man skal lyve og stjæle. Men jeg er glad for, at jeg kom til Dyreby, hvor Maja kunne komme med. Mor og barn hører sammen, og selv om man er misbruger, så kan man jo godt elske sine børn. Vi er jo også mennesker", siger Anja.

Anjas forældre blev skilt, da hun var lille, og hun så højest sin far et par gange om året. Bedsteforældrene interesserede sig heller ikke for hverken Anja eller hendes bror, der i dag også er narkoman. ■

Sprøjten

Man skal aldrig tage stoffer
For så bliver man et offer
Det koster mange penge
Følelsen varer ikke længe.

Venner kan med ned i det komme
Og så er de to liv omme
Familien vil græde
Bare fordi du skal ha' glæde.

Politiet du får med at gøre
Og så er chancen endnu større
For at ryge i fængsel
Og så har kroppen længsel.

Farvel det er hvad du siger
Mens kroppen den tier
Op til gud du står i kø
Om lidt der vil du stille dø.

Kasper Damgaard, Aabenrå

Kasper på 13 år har skrevet en skole-opgave om narkotika, hvor en af opgaverne var at lave et digt.

Redaktionen lægger vægt på en alsidig debat og modtager gerne indlæg til disse sider. Skriv kort og præcist - teksterne bør ikke være på mere end 2.000 anslag, så bliver der også plads til flere synspunkter. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere det indsendte. Red.

Ikke nok med rene sprøjter



Vedrørende artiklen "Indsatte narkomaner bør have adgang til rene sprøjter og kanyler" ved journalist Birgit Søs Rasmussen, Narkotikarådets blad "Stof" nr. 12, oktober 2000

Fri adgang til rene sprøjter og kanyler sikrer ikke mod deling af sprøjter og kanyler, da det, der skal ind i sprøjten, misbrugsstofferne, indtil videre er bandlyst i Kriminalforsorgens institutioner. På grund heraf skal indsatte med evt. fri adgang til rene sprøjter og kanyler vel hurtigst muligt få de forbudte stoffer ind i sprøjten og selv sagt hurtigst muligt ind i kroppen - da sprøjter med misbrugsstof indtil videre er bandlyst. På grund af sidstnævnte vil formentlig rene sprøjter og kanyler ikke sikre mod indsatte fælles brug af sprøjter og kanyler, da de indsatte ventelig forventer at kunne nedsætte risiko for at blive opdaget (vedr. misbrug) ved hurtig brug af kanyler og sprøjter, hvor disse er tilgængelige og uden hensyn til renhed. En brugt sprøjte (sædvanligvis altid med kemisk påvisbart spor af misbrugsstof) vil kunne være afgørende tegn på stofmisbrug, der i fængslet vil kunne medføre disciplinære strafforanstaltninger. Fængselsfunktionærer har fået oplyst, at uanset aktuelt tildeling af rensesække til rengøring af sprøjter og kanyler (og dermed alt andet lige også evt. adgang til rene sprøjter og kanyler) skal det ikke medføre mindre nidkær opsporing af misbrugsstof eller indsatte brug heraf. Det skal erindres, at mange af de indsatte er sigtet eller dømt for handel med misbrugsstoffer og vel bl.a. derfor kan det ikke politisk accepteres, at der foregår misbrug i Kriminalforsorgens institutioner!

Vedrørende sprøjter og kanyler kan sammenfattes: Rene sprøjter og kanyler vil ventelig i det ekstremt regulerede miljø i Kriminalforsorgens institutioner ikke væsentligt kunne nedsætte fælles brug af sprøjter og kanyler i forhold til "udenfor", hvor der i øvrigt også forekommer fælles brug og genbrug, trods nogen (ikke altid/alle steder) fri adgang til sprøjter og kanyler.

I øvrigt bemærkes, at artiklen omtaler, at der haves (endnu) ikke kendskab til forekomst af situationer, hvor indsatte har truet personalet med blodforurenede sprøjter og kanyler! Hertil skal bemærkes, at kendskab haves til omtalte udenfor Kriminalforsorgens institutioner, så vidt jeg ved i politiets regi. I øvrigt i vurdering af arbejdsmiljørisici kan man spørge hvorvidt accept af selvvalgt risikoadfærd hos indsatte skal påtvinge accept af erhvervsbetingede risici hos ansatte (og andre indsatte)?

Udregning, der fører til postulat om "at 16 ud af 100 indsatte narkomaner vil blive smittet i løbet af et år mod stort set ingen blandt den almindelige befolkning" savnes.

Udregningen forekommer ikke sandsynlig. De meget små tal med én indsat, overvejende sandsynlig smittet i fængslet med hepatitis B ud af 142 genundersøgte indsatte efter 3 måneder - tillader ikke omtalte konklusion med risiko for 16/100 smittede indsatte narkomaner på et år.

Der fås den mistanke til nævnte "regnestykke": At registrerede antal nysmittede med hepatitis B i undersøgelsesperioden på 3 måneder (inkl. dem, der kan være smittet "udenfor"): I alt 6 ud af 142 indsatte har medført et regnskab på: $6 \times 4/142 \times 100 = 16$, dvs. 16 ud af 100 narkomaner smittet pr. år, men altså ikke alle smittet i fængslet, reelt kun sandsynliggjort én, dvs. $1 \times 4/142 \times 100 = 3$ indsatte narkomaner ud af 100 smittet pr. år, resten: 13 narkomaner ud af 100 narkomaner smittet udenfor fængslet pr. år! - hvis vi skal bruge artiklens "talgymnastik" med stor risiko for statistisk lændehold!

Knud Chr. Christensen
adm. Overlæge ved Københavns Fængsler

Bør indsatte narkomaner have adgang til rene sprøjter og kanyler?

En kommentar i forbindelse med Birgit Søs Rasmussens artikel i seneste udgave af Stof

I Hepatitis Foreningen synes vi at spørgsmålet der stilles i artiklen egentlig er forfejlet. Det bør vel slet ikke dreje sig om rent værktøj, men mere om en holdning til forebyggelse og behandling både blandt indsatte, men så sandelig også blandt ansatte i Kriminalforsorgen.

Det er korrekt at hepatitis B og C er nærmest uhyggeligt udbredt blandt IV misbrugere. Det er også korrekt at i forhold til hepatitis B er vaccination en effektiv forebyggelses-

debat

metode hvis man færdes i et risiko miljø. I forhold til hepatitis C som man vel må betegne som en alvorligere hepatitis form, findes der ingen vaccination og her er kendskab til smitteveje den eneste forebyggelse.

Hepatitis Foreningen mener at hele miljøet i de danske fængsler bør anses for et højrisiko område. Derfor bør en diskussion også tage sit udgangspunkt i hvordan man mindsker udbredelsen af hepatitis både blandt de indsatte og så sandelig også blandt de ansatte, og være starten på en langsigtet kampagne.

I Hepatitis Foreningen mener vi at vaccination og rent værktøj kun er en del af forebyggelsen. Med kendskab til smitteveje, herunder det faktum at det ikke kun handler om rene kanyler, men også om rent vand og ubrugt vat og viden om, at hepatitis B også er en seksuelt overført sygdom. Med kendskab til symptomer tror vi der kan vindes en masse.

Vi forstår godt de ansattes frygt for at blive smittet, fordi hepatitis kan udvikle sig til en alvorlige sygdom med en lang række symptomer og følgesygdomme. Vi forstår ikke de ansattes frygt for at deltage i forebyggelsen, herunder at sikre sig at risikoen for at blive påført en stiklæsion på en inficeret kanyle nedsættes. Når værktøjet der benyttes i fængslerne skal holdes skjult og bruges igen og igen er det klart at der ved visitation er en endog meget forhøjet smiterisiko.

Hepatitis Foreningen tror på, at kendskab til smitteveje og forebyggelse samtidig kan være med til at fjerne en lang række af de fordomme der er med til at udstøde hepatitis-ramte fra samfundet og desværre også i en lang række tilfælde fra arbejdsplads og familie.

Vi tror også, at egentlige hepatitis-skoler i fængslerne for både de indsatte og de ansatte, kan blive en vigtig brik i forebyggelses arbejdet. Med en øget forståelse af de forskellige hepatitis formers udbredelse, smitteveje, farlighed og med en oplysning om de menneskelige og økonomiske omkostninger sygdommen kan medføre, tror vi også, at et forløb hvor de indsatte blive motiveret til at gennemgå en vaccinationsserie mod hepatitis A og B, hvor de ansatte selvfølgelig ligeledes tilbydes en vaccination (det er vel stadig sådan, at hvis man arbejder på en arbejdsplads, hvor der er en erkendt risiko for en arbejdsulykke, er det arbejdsgiverens pligt at forebygge), og hvor man måske kan opnå den forståelse der vil give mulighed for at indsatte kan få adgang til de nye kanyler der kun kan benyttes en gang.

Hepatitis Foreningen har en lang række frivillige "Hepatitis Informatører" der gerne deltager i arbejdet med gennemførelse af disse hepatitis skoler, hvor vi tror at viden og forståelse vil medføre en øget ansvarlighed fra alle parter.

Vi tror også, at gennemførelse af disse undervisningsforløb kan give en kraftig besparelse på budgettet. En behandling for hepatitis B eller C koster for tiden ca. kr. 150.000,00 i rene medicin omkostninger. Hvis man dertil lægger personale og laboratorium nærmer prisen sig

såmænd nok en million. Så den mulige besparelse er nem at få øje på, og det endda uden at man har kigget på den menneskelige lidelse, den ramte og dennes familie kan spares for.

Derfor opfordrer Hepatitis Foreningen til dialog, i stedet for at fokusere på enkelte punkter i en lang række muligheder for en effektiv forebyggelse og forståelse.

Erling Olsen
Landsformand
Hepatitis Foreningen

Nyt behandlingstilbud på Fyn

Fyns Amts Behandlingscenter (FAB) har besluttet at møde stofmisbrugerne på en ny og mere konstruktiv måde. Beslutningen er taget i erkendelse af, at mange brugere ikke passer ind i den nuværende substitutionsbehandling med metadon eller i stoffri døgnbehandling. Behandlingstilbudene på Fyn har indtil nu ikke være differentierede i forhold til brugerne, og dermed er der mange brugere som ikke opnår en reel behandling.

Hanne Boesby og Gitte, Jacobsen som er ansatte hos FAB fortæller, at "FAB på nuværende tidspunkt har 30-40 metadonbrugere, som virkelig har svært ved at indgå i behandlingsforløbet, og de krav der stilles hertil. Samtidig har FAB kendskab til stofmisbrugere, som ikke vil skrives på ventelisten hos FAB, da de på forhånd ved, at de ikke magter den nuværende behandling."

Accept trods misbrug

FAB har nu, ved at opstarte harm reduction-behandling med metadon, besluttet at møde de brugere som ikke kan profitere af de nuværende behandlingstilbud. Behandlingstilbudet skal være et sted, hvor brugerne kan få udleveret metadon, uden at der f.eks. stilles krav om rene urinprøver. Samtidig skal tilbudet også være et omsorgstilbud, hvor brugerne kan deltage i aktiviteter eller samvær med andre brugere. Kort sagt skal brugerne accepteres trods misbruget af stoffer.

Projektet er stadig i opstartsfasen, og derfor har jeg som studerende i et projektforsøg valgt at give mit bud på, hvordan denne opgave kan løses. Jeg vil derfor give mine synspunkter videre, idet jeg mener, det på landsplan er vigtigt at udvikle lignende tilbud. Der er sandsynligvis allerede amter, som har udviklet lignende tilbud, og for disse amter kan jeg kun opfordre til at videregive viden. Det skal være muligt at møde stofmisbrugerne, der hvor de er.

Det interessante omkring projektet er ikke, hvordan man fysisk laver et sted hvor brugerne føler sig hjemme, da dette

er prøvet mange gange. Det interessante er, om det lykkes for behandlingssystemet at tilpasse sig de brugere, som hidtil har været vanskelige eller umulige at behandle i det nuværende system. Dermed sagt at problematikken skal vendes, så brugerne ikke længere skal ses som en vanskelig eller umulig gruppe, men som brugere af et behandlingstilbud.

Magt i stedet for afmagt

Det er min opfattelse, at måden og metoderne omkring harm reduction-behandling har afgørende betydning for, hvorvidt brugerne kan profitere af behandlingen. Alfa og omega må altså være, at brugerne føler sig værdigt behandlet og accepterede trods misbrug af stoffer. Omsorg er et centralt begreb, når målet er skadesreduktion via værdighed og accept. Gennem omsorgsarbejdet skal brugerne have en følelse af, at de har magten og styringen over egen livssituation. Dette opnås bl.a. ved at understøtte brugerne i små realistiske delmål, så følelsen netop bliver magt i stedet for afmagt. Konkret betyder dette princip, at brugerne skal have indflydelse og inddrages i udviklingsprocessen omkring harm reduction-behandling. Brugere skal fra starten være med til at udvikle behandlingen og omgivelserne, så det netop bliver brugernes rummelige sted. En rummelighed som gør, at der ikke stilles krav til brugerne om f.eks. ophør af sidemisbrug, da det er et krav, som brugerne ikke kan leve op til. Alligevel skal der dog stilles "krav" til brugerne, hvilket jeg ønsker at betegne som mål, brugerne kan profitere af. Det kan f.eks. være en hjælp for nogle brugere, at der i samarbejde med personalet laves små delmål, så der er noget at stræbe efter. Mange af brugerne vil ønske en eller anden form for forandring, hvilket er en proces som i sig selv er svær at magte.

Hvis harm reduction-behandling hviler på principperne om at skabe magt i stedet for afmagt ved brugerindflydelse, vil det være muligt at møde stofmisbrugerne der hvor de er, fordi brugerne gennem disse principper accepteres trods misbrug. Dermed er det i første omgang muligt at opnå værdighed i behandlingen.

Værdighed er dog mere end et tilbud om harm reduction-behandling, idet værdighed betyder, at brugerne generelt skal tilbydes differentierede behandlingstilbud. Hermed sagt at harm reduction-behandling ikke må mindske målgruppens udviklingsmuligheder, idet det altid skal være muligt at komme i andre former for behandling. Det at skabe et nyt behandlingssted er ikke nok til at systemet kan imødekomme målgruppens behov for behandling. Idet målgruppen får mulighed for at udvikle sig, vil der også blive skabt et behov for at indgå i andre behandlingstilbud, og netop derfor skal denne mulighed sikres. Ellers møder behandlingssystemet ikke brugerne dér hvor de er.

Charlotte Thomsen
socialrådgiverstuderende på DSH-Odense

NYT FRA NARKOTIKARÅDET

Er du også blevet afhængig af Stof?

SÅ HUSK AT BETALE SENEST D. 17. JANUAR 2001
- SÅ ER DU DÆKKET IND MED STOF NÆSTE ÅR
Et årsabonnement koster kun 150 kr. for 3 numre

- Skal du have mere end et sæt blade koster det:
2 sæt: 300 kr. pr. år, 3 sæt: 450 kr., 4 sæt: 600 kr., 5 sæt: 750 kr.,
6 sæt: 900 kr., 7 sæt: 1.050 kr., 8 sæt: 1.200 kr., 9 sæt: 1.350 kr.
- Skal du have 10 sæt eller mere koster det kun 220 kr. pr. sæt omf. 3 numre og 80 kr.
- 10 sæt: 1.200 kr. pr. år
Pr. 15 sæt: 15 x 120 = 1.800 kr.

GIROINDBETALING KVITTING

1-889-7087
SOCIALMINISTERIET
NARKOTIKARÅDET
Borgergade 22
1100 København K

+01+ +16697087+

Stof koster!

Narkotikarådet er desværre nødt til at gøre Stof til et blad man betaler for. Rådet blev nedsat i 1995 med et budget, der ikke tog højde for at man i 1997 begyndte at producere bladet Stof. Bladets finansiering har hidtil været løst ad hoc via puljemidler fra socialministeriet. Narkotikarådet håber, at de nuværende abonnenter vil fortsætte deres engagement i bladet, og at mange nye læsere vil komme til, så vi kan fortsætte med at udgive et godt og debatskabende blad.

Et abonnement (3 årlige blade) kommer til at koste 150 kr. Køber man 10 sæt eller mere er der rabat – se det vedlagte brev med prislister og girokort. Enkeltnumre vil koste 50 kr.

På Narkotikarådets hjemmeside www.narkotikaraadet.dk kan man læse artiklerne fra alle tidligere (nu udsolgte!) numre af Stof.

Inspirationsgruppen bag Stof holder pause

Stofs redaktion har besluttet at nedlægge inspirationsgruppen efter dette nummer og tage en pause, hvor vi vil overveje nye muligheder for rådgivning og inspiration. Redaktionen vil gerne takke inspirationsgruppen for altid konstruktiv kritik, faglig spændvidde og mange gode idéer.

Red.

Amterne og ecstasy

Amtsrådsforeningen har indsamlet oplysninger fra samtlige amter om deres indsats overfor ecstasy-misbrug. Svarene viser, at der i alle amter er initiativer på vej eller i gang, lige fra telefonrådgivning og andre oplysningsaktiviteter til konsulentbistand i forhold til institutioner for børn og unge og forældre-samarbejde.

Amtsrådsforeningen har udarbejdet et notat om amternes ecstasy-indsats, som kan læses på hjemmesiden www.arf.dk

Oplysning om ecstasy

Misbrugscentret i Frederiksborg Amt har udsendt to nye foldere om ecstasy. Den ene er rettet mod forældrene og gennemgår forskellige forestillinger om ecstasy (f.eks. "Ecstasy er livsfarligt"), fakta om stoffet (f.eks. "Hvad siger lægerne") og konklusioner om ecstasy (f.eks. "Hvor farligt er det så?"). Den anden folder er rettet mod professionelle aktører på området, og her får man et overblik over de seneste undersøgelser af forbrugsmønstre og pillernes indhold og virkning samt hvor man kan få mere at vide.

Folderne er udarbejdet af Forebyggelsesafdelingen i Frederiksborg Amts Misbrugscenter. Tlf.: 4820 0220.

Ecstasy i Aalborg

Ungdomscentret i Aalborg har foretaget en ny spørgeskemaundersøgelse om brug og misbrug af ecstasy blandt ca. 1.000 unge på ungdomsudannelserne. Man har brugt de samme spørgsmål og samme antal deltagere som i den første undersøgelse fra 1997/98. Besvarelserne viser bl.a., at 15,3 pct. af de unge har prøvet ecstasy, hvilket

svarer til næsten en tredobling i forhold til 1997.

59 pct. af de unge, der har prøvet ecstasy, er drenge/mænd (mod 69 pct. i 97). Ud af 152 unge, der har prøvet ecstasy, har 34 pct. prøvet over 10 gange (i 1997 var tallet 29 pct.). 61 pct. af de unge, der har prøvet ecstasy, oplever konkrete ændringer i forhold til humør, familie, kammerater og uddannelse. Yderligere oplysninger om Aalborg Kommunes Ungdomscenter og undersøgelsen kan fås i *Informationen hos afdelingsleder Pia Knudsen og forebyggelseskonsulenterne Eisenhardt Christensen og Birgit Brinkmann. Jernbanegade 23, 9000 Aalborg. Tlf.: 9813 6144.*

DrugDebate.com

Www.DrugDebate.com er et nyt uafhængigt debatforum, der har som målsætning at bygge bro mellem forbrugere, myndigheder og medicinalindustri. Bag projektet står forsker ved Danmarks Farmaceutiske Højskole ph.d. (pharm) Claus Møldrup, hvis bog "Den medicinerede normalitet" har givet anledning til konstruktiv debat om danskernes lægemiddelforbrug.

Hjemmesiden indeholder bl.a. et debatforum med indlæg om ecstasy.

Straf og misbrugsbehandling

Center for Rusmiddelforskning har udsendt Anette Storgaards supplerende rapport vedrørende 'Straf og misbrugsbehandling under samme tag'. Den tidligere udsendte evalueringsrapport omfattede dels afsoningen på 'import-modellens' betingelser og dels integrationsprocessen mellem de to personalegrupper, nemlig det oprinde-

lige fængselspersonale og behandlingspersonalet, som er en helt ny personalegruppe bag fængslets mure. I det nu udsendte supplement behandles spørgsmål og konstaterede kommunikationsproblemer vedrørende udslusningen efter afsoning i 'import-modellen', som den praktiseres i Statsfængslet i Vridsløse. Datamaterialet er indsamlet blandt et repræsentativt udsnit af de lokale behandlingsvisiterende og -finansierende myndigheder, som har været i samarbejde med fængslet om konkrete sager. Rapporten kan rekvireres på Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Jens Baggesens Vej 43-45, 8200 Århus N. Tlf.: 8610 8555.

Hjemmeside: www.crf.au.dk

Det fede liv

Per Straarup Søndergaard har udsendt bogen 'Det fede liv', en autentisk beretning om en ung piges stofmisbrug, som bygger på samtaler med anonyme unge fra misbrugsmiljøet. Forfatteren har tidligere udsendt 'Stoffer for sjov', en debatbog om unges stofmisbrug, og det er primært erfaringer fra researchen til denne bog der ligger til grund for 'Det fede liv'. Til bogen hører desuden et arbejdshæfte med opgaver, forslag til temaforløb og oversigt over supplerende materiale.

Bogen er på 112 sider og koster

158 kr. Arbejdshæftet koster 178 kr.

Udgivet på CDR-Forlag, Skolebakken 11, 8000 Århus C.

Tlf.: 8612 3078. Fax: 8619 9566.

Hjemmeside: www.forlagene.dk

Udgivelser fra EMCDDA

E'valuation: a key tool for improving drug prevention' er udkommet som No. 5 i serien EMCDDA Scientific Monograph. Formålet med rapporten er at fremme evalueringskulturen i Europa med henblik på at forbedre forebyggelsen af narkotikamisbrug. EMCDDAs årsberetning for 2000 er offentliggjort på Internettet. Blandt fokusområderne i beretningen er bl.a.: Hvorfor er det problematiske stofbrug i EU ved at ændre sig? Hvorfor er blandingsmisbrug et afgørende spørgsmål? Hvilke fremskridt gøres der inden for substitutionsbehandling? Særlige problemer forbundet med kvinder og narkotika. Børn og unge i risikogrupper. Fakta og tal for hver medlemsstat.

Yderligere oplysninger på www.emcdda.org

NYT FRA SOCIALMINISTERIET

Metadonforsøg med massiv psykosocial indsats

Som alternativ til gennemførelse af et heroinforsøg blev der på finansloven for 2000 - 2002 afsat midler til særlige forsøgsordninger for misbrugere i metadonbehandling samt forsøg med et skadestue/åbent ambulatorium tilbud for socialt udstødte, primært stofmisbrugere. Dette sker især med henblik på forbedring af den sundhedsmæssige og sociale tilstand for de sværest belastede stofmisbrugere, herunder minimering af overdosisdødsfald samt nedbringelse af antallet af 'skjulte' og hjemløse stofmisbrugere. Formålet er at undersøge, i hvilket omfang man kan opnå resultater som ved heroinforsøgene i form af bedre social, sundhedsmæssig og psykisk funktion som f.eks. bedre bolig-, beskæftigelses- og uddannelsesforhold, forbedring af forsørgelsesgrundlaget, af den medicinsk/psykisk status samt nedbringelse af rusmiddelforbrug og kriminalitet.

Forsøget skal tillige afprøve i hvilket omfang det er muligt at få kontakt med og sikre bedre overlevelse for den tungeste gruppe af stofmisbrugere.



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.

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 Misbrugcenter

Layout: Lucky Seven/info@lucky7.dk
Fotos: Michael Daugaard
Tryk: Glumsø Bogtrykkeri A/S
Forsidefoto: Michael Daugaard
Oplag: 7.000
ISSN 1397 - 3385

Redaktionen afsluttet 25. november 2000
Deadline for næste nr.: 12. februar 2001
Stof 14 udkommer april 2001
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.

Kalender

15.-16. jan. 2001 Konsulentfirmaet Geir Lahnstein a.s. og Bergensklíníken: "Forebyggelse af rusmisbrug - Nye trender i forebyggende arbejde", Oslo, Norge

2-dags seminar
Yderligere oplysninger:
Berg-Hansen Reisebureau AS
Konferanseavdelingen, p.b. 789
4666 Kristiansand, Norge
Tlf.: +38 12 21 60

24. jan. 2001 (foreløbig dato) Folketingets Sundhedsudvalg og Socialudvalg: "Høring om unge og rusmidler", Christiansborg, København, Danmark

Yderligere oplysninger:
Teknologirådet, Lars Frelle-Petersen
Antonigade 4
1106 København K
Tlf.: 3345 5370, Fax: 3391 0509
E-mail: lfp@tekno.dk, Homepage: www.tekno.dk

25.-26. Jan. 2001 MARIO: 2. Nationale metadonkonference "Medikament-assisteret rehabilitering - en integreret del af tiltagsapparatet", Oslo, Norge

2-dags konference
Tilmelding senest d. 1. december 2000.
Pris: 1900,- (Inkl. konference, frokost og kaffe begge dage).
Yderligere oplysninger:
MARIO
Kirkeveien 166
0407 Oslo, Norge
Tlf.: +472 2301 6050
Homepage: www.metadon.org

1.-5. April 2001 IHRA: 12. Internationale konference om "Reduction of Drug Related Harm", New Delhi, India

4-dags konference
Yderligere oplysninger:
Showtime Events Pvt.Ltd.
S-567, Greater Kailash - II
New Delhi 110048, India
Tlf.: +91 11 6237417 / 18, Fax: +91 11 6217493
E-mail: showtime@vsnl.com
Homepage: www.ihrc-india2001.net

14.-16. juni 2001 T3E: "Brugerinddragelse", Danmark

2-dags sommeruniversitet
Yderligere oplysninger:
Eric Allouche
Tlf.: 5576 0146 eller 5850 2088
E-mail: 189ea@vestamt.dk

flere kalenderoplysninger på www.narkotikaraadet.dk

Stof
Narkotikarådet
Holmens Kanal 22,
1060 København K

B

Returneres ved varig adresseændring

 **POST**
PP DANMARK



Er du **Også**
blevet **afhængig**
af **Stof?**

SÅ HUSK AT TEGNE ABONNEMENT SENEST D. 17. JANUAR 2001
- SÅ ER DU DÆKKET IND MED STOF NÆSTE ÅR
ET ÅRSABONNEMENT KOSTER KUN 150KR. FOR 3 NUMRE