

Birgitte Jensen

stof

NARKOTIKARÅDETS BLAD NR.15 SEPT 2001

TEMA: STATUS-BEHANDLING





FORSIDE: SCANPIX/NORDFOTO

Sprøjterum. Sprøjterummet i det nyåbnede narko-center på Nørrebrogade. Lederen meldt til politiet. 19.02.72

Stof udgives af Narkotikarådet

Bladet udkommer tre gange om året og koster 150 kr. for et årsabonnement.

Spørgsmål vedrørende betaling

og/eller abonnement kan rettes til Narkotikarådets sekretariat: Tlf. 3392 9400
E-mail: dpbda@sm.dk

Bestilling af abonnement på Stof

kan ske via Narkotikarådets hjemmeside www.narkotikaraadet.dk eller Socialministeriets Lovekspedition, Holmens Kanal 22, 1060 København K. Ekspeditionstid: 10.30-12 og 13-15. Tlf.: 3392 9326. Fax: 3393 2518. E-mail: ktlex@sm.dk

Redaktion:

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

Grafisk tilrettelæggelse: Lucky7
lucky7@grafisk.dk

Billedresearch: Michael Daugaard
Tryk: Glumsø Tryk
foto: Scanpix/Nordfoto
(hvor andet ikke er angivet)

Oplag: 3.000
ISSN 1397 - 3385

Redaktionen afsluttet 11. sep. 2001
Deadline for næste nr.: 15. oktober 2001
Stof 16 udkommer december 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
E-mail: nkr@sm.dk

Stof

udsendes til en lang række af myndigheder, institutioner og fagfolk m.v. på stofmisbrugsområdet.

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

Tema

behandling - status

6

UDVIKLINGSTENDENSER I BEHANDLINGEN. EVIDENS ELLER IDEOLOGI? Peter Ege

Narkotika- og behandlingspolitikken udvikles ikke kun rationelt, men domineres af politiske og 'moraliske' vurderinger. Udviklingen har to modsatrettede poler: Afstraffelse af afvigeren/synderen på den ene side og hjælp til den nødlidende på den anden.

SCANPIX/NORDFOTO



DEN SOCIALE INDSATS OVERFOR STOFMISBRUGERE – EN NATIONAL STATUS I ET INTERNATIONALT PERSPEKTIV

Mads Uffe Pedersen

Der er kommet flere penge og flere misbrugere ind i behandlings systemet. Også øget engagement, et stort privat initiativ og en delvis af-ideologisering har været med til at ændre 'indsats-scenen' op i gennem 90'erne. Det er dog ikke alle metoder der virker lige godt....



SCANPIX/NORDFOTO

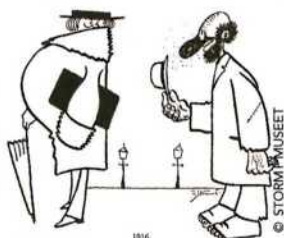


SCANPIX/NORDFOTO

22

VIDEN OM BEHANDLING – ELLER 9 MÅDER AT UNDGÅ AT BLIVE KLOGERE

Michael Jourdan



'Learning by doing-princippet' har længe været fremherskende på misbrugsfeltet. Hvis bord er det at stå for vidensbaserede løsninger, der kan dæmme op for syndfloden af publikationer om afhængighed, og bygge bro mellem feltets mange fagdiscipliner og institutioner? Hvilke metodiske faldgruber og barrierer er der udover den generelle 'vidensresistens' på narkofeltet?

22

KØBT ELLER SOLGT – TANKER OM USIKKERHED Cliff Kaltoft

I løbet af de sidste 7-8 år er forholdene for stofafhængige blevet forbedret i en grad, som få havde turdet håbe på: Der er stadig mange modstridende syn på tingene, men ikke længere så mange hellige køer. Blandt brugerne trives fornemmelsen af at være enten 'købt eller solgt' dog stadig, et fænomen der også slår igennem på flere niveauer i behandlings- og omsorgssektoren.

30

ØREAKUPUNKTUR VED ABSTINENSBEHANDLING

Lars Wiinblad og Jens Frydenlund Nielsen

Flere behandlingsinstitutioner bruger øreakupunktur for at reducere den afhængiges oplevelse af abstinenser, stoftrang, søvnproblemer, aggression, psykisk og fysisk uro.

33

SPIRITUEL AFVÆNNING Thomas Davidsen

'Spiritualitet og disciplin er forberedelse til at afværge problemer', siger Kiran Bedi, grundlæggeren af det indiske behandlingsprojekt Navjyoti.

Plads til den sidste...

Efter tiltagende kritik af kontrolpolitikens omfang og skadevirkninger, fokus på et stort set ikke-eksisterende behandlingssystem og ængstelse over et markant stigende dødstal blandt stofmisbrugere, kom narkotikaindsatsen i Danmark for alvor på dagsordenen i begyndelsen af 1990'erne.

Det er nu snart syv år siden, at SF sammen med de øvrige satspuljepartier sørgede for, at den sociale indsats for stofmisbrugere fik et tiltrængt og markant ressourcemæssigt løft. Samtidig nedsattes en politisk følgegruppe, *Narkofølgegruppen*. Herfra lød det, med Agerschou-rapporten fra juni 1998, at det økonomiske løft har virket efter hensigten. Aldrig har der været så mange behandlingspladser og aldrig har så mange været i behandling. Satspuljemidlerne havde, sammen med den nedsatte politiske narkofølgegruppe, ansporet kommuner og amter til at følge trop. Vi kan således konstatere, at denne model virker.

Det er altså ikke hele sandheden, som man ellers ofte hører, at mere end 30 års narkotikapolitik er slået fejl. Der er taget nogle vigtige skridt på et af de mest forsømte områder i den danske velfærdsstat. Nu er det tid til at erkende og tage fat på de udfordringer som - åbenbart for enhver - stadig ligger på området. Hvad kan vi gøre for de stofmisbrugere, der ikke kan profitere af det etablerede behandlingssystem og som hvert år stadig dør i så stort et omfang, at Danmark næppe kan markere sig mere uheldigt i europæisk sammenhæng? Hvordan når vi den gruppe af stofmisbrugere - det såkaldte mørketal - der slet ikke har kontakt med behandlingssystemet og som, hvis de da ikke forinden dør af en overdosis, ofte først får kontakt, når selv en omfattende hjælpeindsats ikke er tilstrækkelig?

For at nå de allersvageste stofmisbrugere, må en tilstrækkelig differentiering i den sociale og sundhedsmæssige indsats fastholdes som en væsentlig prioritering. Ikke to stofmisbrugere er ens, og vi skyder os selv i foden med ufravigelige målsætninger om at alle tiltag skal have stoffrihed som eneste sigte her og nu.

Tidligere har man, formentlig af iver efter at løse problemerne på området, især prioriteret forbudspolitik og kontrolindsats. Men i takt med at det er gået op for os, at man dermed reelt har forværret problematikken, er skadesreduktion som både målsætning og middel vundet frem. *Ikke* som udtryk for en fravigelse af hovedmålsætningen om stoffrihed. *Ikke* som udtryk for at man har givet op. *Ikke* som udtryk for at (alle) 30 års narkotikaindsats er slået fejl. *Ikke* som udtryk for en hverken åben eller skjult dagsorden om legalisering. Men af nødvendighed. Og fordi vi er blevet klogere. Fordi

myter gradvist er blevet aflivet. Fordi vi er blevet mere rummelige, har større forståelse og sænket de moralske og ideologiske parader så meget, at vi lige akkurat kan se, at livet som stofmisbruger er uværdigt, umenneskeligt og faktisk dødeligt.

Skadesreduktion er udtryk for den humanistiske filosofi, at møde mennesket hvor det er. Skadesreduktion er at tage udgangspunkt i og acceptere den enkelte stofmisbrugers aktuelle virkelighed. Skadesreduktion er at yde adækvat og relevant hjælp på den enkelte stofmisbrugers præmisser.

Stofmisbrug synes i stigende grad at blive anskuet som det det er; nemlig et socialt problem. Bekendtskab med narkotiske stoffer er for det store flertal kendetegnet ved, at det så at sige "går over af sig selv". For et mindretal bliver bekendtskabet imidlertid længerevarende og for en endnu mindre gruppe ligefrem skæbnesvangert. Stofmisbrugere, der har solide netværk, nogenlunde intakt helbred og for hvem selve stofmisbruget dermed er primær årsag til problemerne, er bedre hjulpet i det etablerede behandlingssystem med sit indbyggede umiddelbare sigte på stoffrihed. Men stofmisbrugere som alene har oplevet massivt omsorgssvigt og som i dag står helt uden primært netværk, vil her ofte komme til kort. Stofmisbruget er nemlig symptom mere end det er årsag.

De allerførste skridt på vejen til stoffrihed for denne gruppe kan være mødet med opsøgende gadearbejdere, etablering af relevante lavtærskeltilbud, som f.eks. fixerum, der har det umiddelbare sigte at hindre en alt for tidlig død eller yderligere social og fysisk funktionsnedsættelse, samt sikre en tilstrækkelig bredde i viften af behandlingstilbud. Er heroin-understøttet behandling en forudsætning for, at vi kan nå en meget socialt udsat og samtidig kontaktafvisende gruppe af stofmisbrugere, skal denne behandlingsform være en del af den samlede behandlingstilbud.

Vi skal nemlig lade det konkrete behov afgøre bredden i behandlingsindsatsen. At nå de svageste forudsætter at vi ikke blot sænker de moralske og ideologiske parader, men lægger dem. Det skal vi gøre nu. Det er nødvendigt og vi kan ikke være andet bekendt.



Villy Søvnald

Villy Søvnald

4

behandling - status

Hvor langt er vi kommet med narkobehandlingen i Danmark? Virker det vi gør, hvad virker bedst og hvad virker slet ikke?

Disse spørgsmål er ikke nye – man har søgt svar på dem lige så længe narkotikabrug og -misbrug har været på dagsordenen. Peter Ege beskriver i den følgende artikel hvordan spørgsmål og svar har varieret gennem tiden, alt efter hvilket syn på misbrug og behandling der har været fremherskende, og han giver bud på hvilke udfordringer han ser på området lige nu.

Mads Uffe Pedersen gør i sin artikel status over den sociale indsats overfor stofmisbrugere. Artiklen er primært baseret på den viden der er kommet frem de seneste år via forskningen på Center for Rusmiddelforskning, og forfatteren sammenfatter hvad vi i dag ved om effekten af forskellige metoder og programmer inden for narkobehandling.

Michael Jourdan forsøger i sin artikel at trække i nødbremsen: Selv om der findes utrolig megen viden på narkoområdet er der stadig meget vi ikke har svar på. Måske er det ikke så meget ny viden der mangler, men mere en kritisk og systematisk gennemgang af dét, der allerede er tilgængeligt. Forfatteren gennemgår nogle af de metodiske faldgruber på området der skal styres uden om.

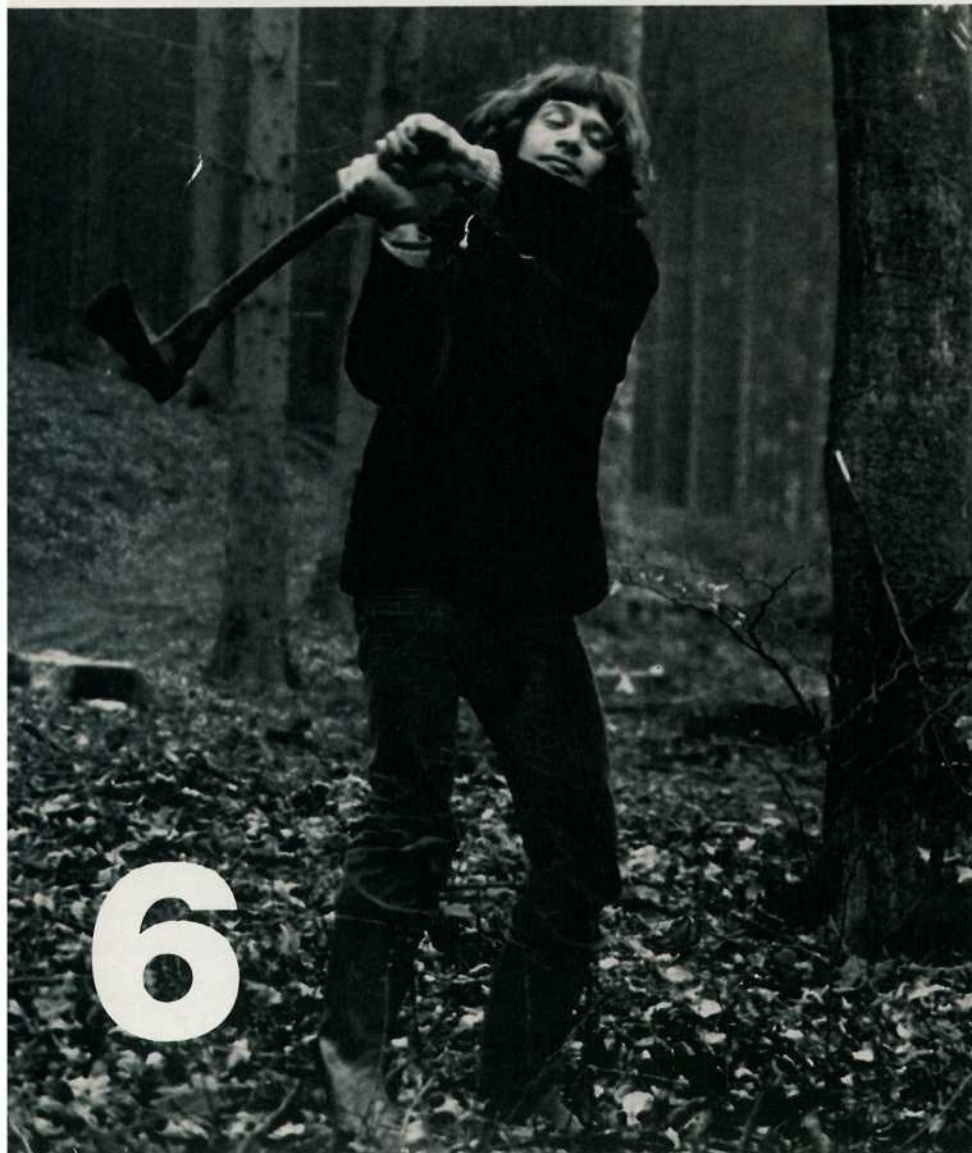
Cliff Kaltoft runder temaet af med et mere personligt syn på de seneste års udvikling på narkoområdet: Generelt er tingene blevet bedre, men vi har stadig meget at lære – f.eks. fra Italien. Man skal ikke lave forsøg for forsøgenes skyld, og frem for alt skal brugerne have trykthed i deres hverdag uanset om de er i behandling eller brugere af de forskellige væresteder. Stofs redaktion vil med dette tema gerne opfordre læserne til at komme med deres syn på hvordan det er at arbejde på narkoområdet nu og tidligere – og måske i fremtiden.

Vi hører meget om stofferne, behandlingsmetoderne og brugernes personlige historier, men hvordan er det at være f.eks. behandler, politimand, forebygger, administrator eller forsker? Hvordan er dine håb, prioriteringer og faglige udfordringer i relation til dit arbejde? Hvorfor valgte du at arbejde med stofmisbrug og hvad er godt og dårligt ved det? Hvilke muligheder og barrierer oplever du i jobbet? Hvordan har du det med udbrændthed, flaskehalse, kassetænkning og andre uhensigtsmæssige ting?

Redaktionen ser frem til mange - korte eller lange - bud fra læserne. Vi modtager også gerne forslag til beslægtede problemstillinger der kan arbejdes videre med.

Red.





6



Narkohøring
på Christania
28.10.79



STIG STASIG, BAM

7

AF PETER EGE, SOCIALOVERLÆGE

Udviklingstendenser i behandlingen. Evidens eller ideologi?

På ethvert kompliceret problem findes der en løsning der er enkel, ligetil og forkert

Det følgende er et forsøg på dels at skitsere nogle udviklingstendenser i behandlingsindsatsen overfor stofmisbrugere, nationalt såvel som internationalt, dels et forsøg på at forklare udviklingen. Nemt er det ikke, for udviklingen har bestemt ikke været entydig. Vi befinder os i et kompliceret landskab, og det kan meget vel være at jeg farer vild et par gange. Hvilket hænger sammen med, for nu at foregribe en af konklusionerne, at narkotika- og behandlingspolitikken ikke kun er noget der udvikles rationelt, for at sige det mildt. Vi befinder os i et landskab der i allerhøjeste grad er domineret af politiske, herunder "moraliske" vurderinger.

Vi skal begynde et sted. Historisk kan oprindelsen til den nuværende narkotikapolitik spores tilbage til det første og andet årti i det 20. århundrede. Alarmeret af det stigende forbrug af opiat, kokain og marihuana, men også racistisk motiveret fordi brugen af de nævnte stoffer var knyttet til etniske minoriteter (opiat: kinesere, marihuana:

mexicanere og negre), indførte man en række kontrollove. Den bedst kendte og mest vidtgående var *Harrison Act* fra 1914⁽¹⁾, som definerede ethvert ikke-medicinsk brug af psykoaktive stoffer som en kriminel handling, og følgelig brugeren som en kriminel person.

Det modsatte synspunkt kan illustreres med den britiske *Rolleston Act* fra 1928, hvor man fastslog at stofmisbrug var et sundheds- og samfundsmæssigt problem, og at den stofafhængige skulle betragtes som en patient, der havde ret til behandling.

De to lovbestemmelser illustrerer med al ønskelig tydelighed spændet i narkotikapolitikken, og dermed også i behandlingspolitikken. De tendenser de illustrerer lever begge i bedste velgående, og har en vidtgående indflydelse på den konkrete tilrettelæggelse af behandlingen. Og man skal ikke være blind for (specielt ikke i liberale kredse), at forestillingen om stofmisbrugeren som en kriminel, og dermed afvigende (og skidt) person, stadigvæk har overordentligt godt fat i både store dele af be-

folkningens og politikernes bevidsthed.

Problemets natur

De forskellige måder at forstå narkotika-problemet på har selvfølgelig en afgørende indflydelse på både hvilken indsats man vil tilbyde stofmisbrugeren, og på hvad der er målet for indsatsen.

Opfatter man stofmisbrugeren som kriminel, som en personlig eller social afviger, som den nydelsessyge psykopat, eller som den abstinensstyrede kriminalitetsmaskine, bliver behandlingen (gen)opdragelse, straf og kontrol, og tolerancen overfor tilbagefald vil være begrænset. Målet er altid "helbredelse", dvs. stoffrihed.

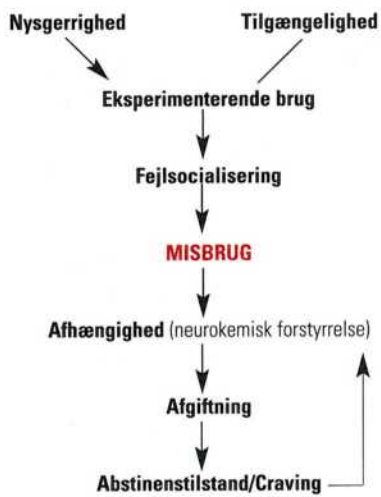
Opfatter man stofmisbrug som en lidelse eller sygdom, specielt hvis man opfatter det som en kronisk sådan, bliver indsatsen symptomatisk. Det vil sige retter sig dels mod stofafhængigheden, dels mod de konkrete sociale, psykiske, helbredsmæssige og andre misbrugsrelaterede symptomer som personen frembyder. Målet er at den pågældende får det bedre, der er oftest



Figur 3.
Stofmisbrug/-afhængighed i et 20 års forløb



Figur 1.
Den socialpsykologiske model



Figur 2.
Den metaboliske teori



ikke tale om "cure", men om "care". Målet er ikke stoffrihed, men indsatsen udelukker selvfølgelig ikke stoffrihed som et middel til at få det bedre. Tolerancen overfor tilbagefald er høj.

De to modeller kan illustreres som vist i figur 1 og 2².

Model 1 er ikke (helt) forkert, men den er utilstrækkelig. Primært fordi man opfatter tilbagefald som et udtryk for manglende karakterstyrke/motivation, og ikke som et udtryk for tilstanden afhængighed. Nikotinafhængighed kan bruges som et paradigme. Cigaretrygeren er ikke (kun) ude af stand til at holde op fordi han er en svag og fejlso-cialiseret person med en ulykkelig barndom, men fordi han er blevet afhængig af nikotin. Og derfor bliver forløbet i et 20 års perspektiv hos den stofafhængige person, baseret den på den tilgængelige epidemiologiske viden, som vist i figur 3.

Erkendelsen af at stofafhængighed ofte er en kronisk lidelse, karakteriseret ved social elendighed og en meget høj dødelig- og sygelighed, har haft svært ved at trænge igennem uanset hvor massivt den er dokumenteret, i forhold til den politiske og folkelige opfattelse af stofmisbrugerens som karakter- og viljesvag person, som dybest set selv er skyld i alle de ulykker der kommer over hans hoved. Det skal jeg vende tilbage til, men først efter et strejftog hen over den nyere behandlings historie.

Behandlingens historik

Udformningen af behandlingen som vi kender den i dag har en relativ kort historie. I mellem de to verdenskrige og i årene efter den anden hed behandlingen - hvis man ikke bare blev sat i fængsel - kortvarig afgiftning i lukkede institutioner, til tider lidt psykiatrisk behandling og - for de mere privilegerede, narkomanerne på første klasse - stofkvoter eller smertebehandling.

Først i 1950'erne og 1960'erne begyndte den udvikling som vi ser resultaterne af i dag. AA blev grundlagt 1953, Minnesotainstitutionerne kom i 1960'erne og det første Terapeutiske samfund "Synanon" i 1958. Minnesotainstitutioner er Minnesotainstitutio-

ner, og har ikke fjernet sig fra sit oprindelige koncept, men har nyudviklet sig ved at inddrage stofmisbrugere som en målgruppe. I modsætning hertil har de terapeutiske samfund udviklet sig i mange retninger. De er først og fremmest blevet mindre lukkede og selvfor-synende og mere professionelle, og spekteret illustreres for så vidt meget godt ved *Genopbygningsgården* i den mere traditionelle ende til *Projekt Menneske* i den anden. Selvom disse institutionstyper i deres praksis kan ligne hinanden næsten til forveksling, er der dog afgørende forskelle i deres måder at anskue og behandle stofproblematikken på, som følger de skillelinier der blev beskrevet indledningsvist.

De terapeutiske samfund anskuer misbrug som en karakterdefekt hos den enkelte misbruger, som et udslag af manglende viljestyrke og motivation. Behandling består i en stærk adfærdso-rienteret genopdragelse i et hierakisk system med straf og belønninger, og målet er stoffrihed.

I AA og Minnesota-modellen opfat-tes afhængighed som en kronisk lidelse.

Den afhængige er ramt af en sygdom, som ikke kan helbredes, men kan be-handles og kontrolleres ved brug af 12-trins modellen og fællesskabet i AA-grupperne. Også her er målet stoffrihed.

I 1963 indførte Dole og Nyswander metadonbehandlingen, som hurtigt blev den kvantitativt dominerende be-handlingsform både i USA og Europa. I lighed med Minnesotamodellen er også grundlaget for denne behandling oprindeligt opfattelsen af stofmisbrug som en kronisk sygdom, en langvarig eller permanent neurokemisk forstyrrelse. Det kan illustreres med følgende citater:

*"Addictions are similar to other chronic disorders such as arthritis, hypertension, asthma and diabetes. Addicting drugs produce changes in brain pathways that endure long after the person stops taking them. Treatment for addiction, therefore, should be regarded as being long term, and a "cure" is unlikely from a single course of treatment"*³. Og *"The drug-seeking behavior of a chronic user of heroin reflects a lesion in the nervous system."* Dole,⁴

I overensstemmelse hermed var behandlingen i princippet tidsube-stemt, der blev lagt vægt på de medi-cinske aspekter og analogiseret til andre kroniske sygdomme (sukkersyge), og kontrolaspektet fik ikke lov til at domi-nere. Metadon blev anskuet som et middel til at normalisere de defekter et langvarigt misbrug havde påført den enkelte, og som en forudsætning for at det blev muligt at gennemføre den psykosociale del af behandlingen. Tankegangen kan igen illustreres med et citat fra Dole⁴ - *"normalization can be achieved by an adequate, constant, daily, oral dose taken under competent medical supervision, with social assistance as needed."*

Denne medicinske (eller rettere kombinerede medicinske/psykosociale model) blev imidlertid allerede i 70'erne udsat for kritik og forvrænget af grupper i samfundet der havde svært ved at opgive tanken om stofmisbrugen som en kriminel afviger - *"The fact that treatment represent a refuge from the difficulties of addiction does not sit comfortable with most people It does not seem appropriate to protect people from the adverse consequences of deviant behavior"*⁵. Resultatet blev hvad der er betegnet som *"the regulatory counterattack"*⁶, hvor hovedvægten i indsatsen blev lagt på kontrol, dvs. på urinkontroller, overvågning af indtagelsen, dosisregulering og tidsbegrænsning på behand-lingens varighed, og hvor målet med behandlingen igen blev stoffrihed. Resultatet af dette blev en faldende kvalitet af behandlingen, faldende retention i behandlingen og en stigende utilfredshed med behandlingen blandt brugerne. Herhjemme er dette "regula-toriske modangreb" kommet til udtryk i publikationen om metadonbehandling fra kontaktudvalget vedrørende Alko-hol- og Narkotikaspørgsmål (1979) og senest i Metadonloven og den tilhøren-de vejledning fra Sundhedsstyrelsen.

Den stigende kritik mod overregule-ringen, og den ofte brugerfjendske udformning af metadonbehandlingen, har paradoksalt nok ikke ført til en tilbagevenden til metadonbehandlin-gen i sin oprindelige udformning, men til *harm-reduction* modellen, hvor kon-

trolaspektet er nedtonet og erstattet af en brugervenlig holdning, hvor det ikke er medicinsk faglige betragtninger der styrer den medicinske behandling, men brugerønsker. Dette er, som *Dole*⁴ udtrykker det "not entirely bad, but it is a poor way to practice medicine and it is not the "methadone maintenance treatment" described in the early literature." Det ville i øvrigt være utænkelig inden for andre former for behandling, jf. fx smertebehandling, hvor man i patientens interesse aldrig ville drømme om til en kronisk smertepatient at tilbyde korttidsvirkende præparater indgivet intravenøst, uanset hvor meget patienten plæderede for det.

Når harm-reduction begrebet er blevet så populært er det fordi det lugter af sund fornuft og humanisme – hvem vil modsætte sig en begrænsning af skader? Begrebet er imidlertid ikke uproblematisk fordi det samtidig er så tvetydigt. Hvilke skader taler vi om? Og i forhold til hvem skal de begrænses? Og hvem skal profitere af begrænsningen af skaderne? Den mudrede heroindebat kan tjene som et godt eksempel herpå.

Sagen er, at mens harm-reduction begrebet i en overordnet (Public Health) samfundsmæssig sammenhæng er et nyttigt begreb i prioriteringen mellem forskellige foranstaltninger, bliver det et meget tvivlsomt begreb når vi bevæger os ned i den konkrete behandlingsvirkelighed. Fordi tankegangen, ligesom hos strammerne er, at stofmisbrugeren er en kriminel og social afviger, og når skvadderhovedet ikke har karakter nok til at blive stoffri, så giv ham inden for en legal ramme det stof han vil have (fordi det er brugervenligt), så han bliver mindre kriminel. Det er sigende, at i en undersøgelse København for nylig har foretaget blandt brugerne i metadonbehandling, mente halvdelen af de adspurgte, at behandlingen ikke var til for deres skyld, men var et forsøg på at pacificere dem af hensyn til det omgivende samfund. Man kan nemt forestille sig hvad det betyder for selvværdet. Så det er vigtigt at skelne mellem niveauerne. På det samfundsmæssige niveau kan vi tilbyde

behandling for hjælpe de nødstedte og for at begrænse de samfundsmæssige skader. Men ude i den konkrete behandlingsinstitution bør det ikke handle om reduktion af skader, men kun om at hjælpe mennesker til at få det bedre, give dem muligheder for at frigøre sig fra afhængigheden hen i mod en større selvstændighed.

Udviklingstendenser i narkotikapolitikken

Udviklingen, både i udlandet og herhjemme, er præget af de to modsatrettede overordnede synspunkter; afstraffelse af afvigeren/synderen på den ene side og hjælp til den nødlidende på den anden. Mellem disse to ekstremer kan man skitsere en række politikker, som indeholder større eller mindre elementer af de to synssæt, som vist i nedenslåede tabel, der er inspireret af *Helge Waal*¹.

Som man kan se eksisterer alle de beskrevne narkotikapolitiske synspunkter både i virkeligheden og i debatten, men sjældent i ren form. Krigen mod stoffer er dominerende i USA, men ikke så fremtrædende i Europa, hvor samfundsmedicinske/harm-reduction synspunkterne vinder frem. Man skal dog ikke lade sig narre af den officielle retorik, krigen mod narkotika er også i Europa det dominerende element i narkotikapolitikken, og uden sammenligning det mest omkostningstunge. Men vi er ikke som i USA helt ude på overdrevet. Og i den officielle debat, også herhjemme, kan man skelne mellem tre forskellige linier:

- 1) Ønsket om et stoffrit samfund (jf. Tom Behnke fra Det Konservative Folkeparti, forespørgselsdebatten d. 9. april 2001: "Det kan være nødvendigt at udlevere metadon, men disse passive foranstaltninger må aldrig blive en sovepude. Målet skal for alle være afvænnning, og pengene skal fokuseres på egentlig afvænnning og ikke bare på varmestuer og lignende til narkomaner"),
- 2) Det samfundsmedicinske synspunkt og endeligt
- 3) Den tredje vej, der bedst kan karakteriseres som et mismask af harm re-

duction, begrænset legalisering, liberalisering og forbrugersynspunkter. Herointilhængerne kan klassificeres i den sidste kategori, men klarheden i diskussionen er ikke stor.

Udviklingstendenser indenfor behandlingsområdet

Ambulant behandling bliver i stigende grad prioriteret på bekostning af døgnbehandling. Baggrunden herfor er vel primært økonomisk, men ikke kun. Det hænger også sammen med opfattelsen af stofmisbrug som et kronisk problem, og den manglende dokumentation af døgnbehandlingens effekt. Døgnbehandling opfattes ikke som en behandling i sig selv, men som en fase i et langvarigt, overvejende ambulant behandlingsforløb, og benyttes derfor kun under særlige omstændigheder; f.eks. hvor der er behov for en døgndækkende skærmning af klienten, ved behov for miljøsift i forbindelse med afgiftning, etc. Der kan være store nationale variationer i dette, men der er ikke tvivl om at dette er tendensen, og at udviklingen vil fortsætte. De terapeutiske samfund, inklusive de religiøse, og Minnesotainstitutionerne vil fortsat dominere feltet. Der ser ikke ud til at ske ændringer på dette område, bortset fra at Minnesotainstitutionerne i stigende grad vil dominere, dels fordi de er de billigste, dels pga. sygdomsmodellen som tiltrækker mange, men først og fremmest fordi de knytter an til de store AA- og AN-fællesskaber. Forhenværende stofmisbrugere vil fortsat i begge døgnmodeller udgøre en stor del af personalet. Døgnbehandlingen vil, om muligt, i endnu højere grad end nu være privatiseret, de private institutioner vil blive presset af arbejdsgiverne til at levere varen til den billigste mulige pris, og udviklingen vil ikke være præget af eksperimenter og en systematisk professionalisering. Det er en skam at det offentlige har afviklet sine døgninstitutioner af økonomiske grunde, for hermed har man også blokeret for en udvikling af indholdet i døgnbehandling og for en afprøvning af forskellige samarbejdsmodeller

TYRSDAG DEN 10. NOVEMBER 1983

Karl Vogt-Nielsen
forfatter af artiklen



Stop for metadon-behandling

Der skal være et afbrydnings- eller et andet alternativ til metadonbehandling af stofferafhængige. I Danmark er metadonbehandling af stofferafhængige blevet en vigtig del af behandlingen af stofferafhængige. Men det er ikke alle, der kan klare sig på metadon. Mange bliver afhængige af metadon, og det er en meget alvorlig sygdom. Derfor er det vigtigt at finde andre alternativer til metadonbehandling. Det kan være psykologisk behandling, gruppebehandling eller anden form for behandling. Det er vigtigt at finde et alternativ, der fungerer for den enkelte patient.



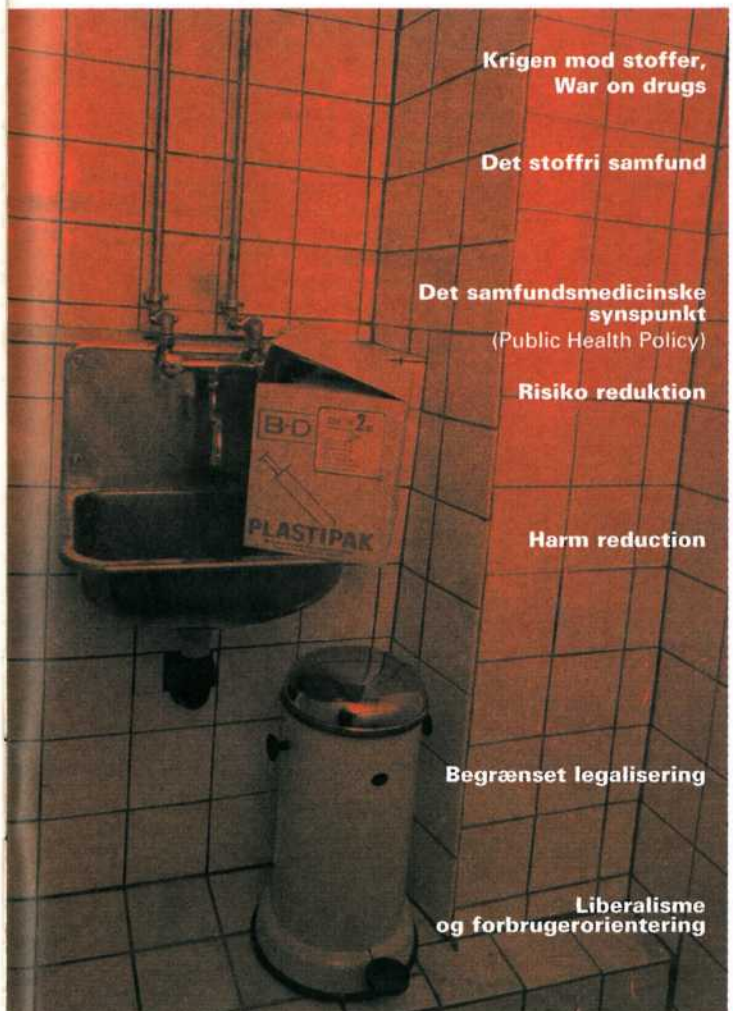
Embedslæger: spar på behandlingen af stiknarkomaner

Den har alligevel kun ringe udsigt til at lykkes

Stoffrihed er ikke eneste mål

AF OLE ESPERSEN POLITIKENS KRONIK 1. AUGUST 1984

Narkotikapolitik som et kontinuum mellem ekstremer



Krigen mod stoffer, War on drugs

Det stoffri samfund

Det samfundsmedicinske synspunkt (Public Health Policy)

Risiko reduktion

Harm reduction

Begrænset legalisering

Liberalisme og forbrugerorientering

Producenter og forhandlere af illegale stoffer betragtes som fjender. Stofmisbrugeren er både offer og fjende, men behandles som det sidste. Målet helliger, som i enhver hellig krig, midlerne.

Der er store ligheder med ovenstående, men retorikken er anderledes. De svage skal i solidaritetens navn beskyttes mod de "onde" stoffer. Ingen skal ledes i fristelser. Igen helliger målet midlerne. Sverige er skoleeksemplet.

Prævention og behandling står i centrum. Stofmisbrug/afhængighed er en kronisk lidelse, og den ramte har ret til behandling. Målet er begrænset nyligtgang, omfanget af misbrug og konsekvenserne af dette.

Kan betragtes som en del af den samfundsmedicinske strategi. Begrænsning af det illegale brug har første prioritet, men bør suppleres med strategier der kan begrænse risici ved brug. Midlerne er oplysning om risici, anvisning af mindre usikre metoder og konkrete foranstaltninger som fx sprøjtebytte/udleveringsordninger.

Kan ligeledes betragtes som en del af den samfundsmedicinske strategi. Stofbrug ansues som et problematisk, men uundgåeligt fænomen. Forebyggelse af brug er urealistisk, og forsøg herpå forårsager ofte skader (kontrolskader). Stofbrug bør afkriminaliseres, og stof(mis)brugeren ansues som en person med selvstændige rettigheder og interesser, som ikke nødvendigvis skal undertrykkes gennem behandling. Begrænsning af skader på det samfundsmæssige plan, men ikke nødvendigvis på det individuelle, har første prioritet.

Reduktion af kriminalitet og i antallet af fængslinger har første prioritet. Brug af stoffer skal ikke straffes. Håndhævelsen af kontrollovgivningen er den egentlige årsag til problemerne. Stofmisbrugere skal forsynes med de stoffer de har behov for.

Det enkelte individs rettigheder har første prioritet. Der skal ikke lægges begrænsninger på forbrug så længe det ikke skader andre. Stofferne skal legaliseres, underlægges kvalitetskontrol og sælges frit. Konkurrence skal sikre god kvalitet og lave priser.

mellem ambulat og døgntbehandling. Hvis man vil en udvikling på døgnområdet forudsætter det døgnbehandling i offentligt regi – de private kan ikke løfte denne opgave.

Når det gælder den medicinske behandling har man specielt i Europa set en voldsom udvikling i antallet af personer i substitutionsbehandling, primært metadon, men også LAAM, buprenorphin og heroin. Indenfor EU modtager ca. 300.000 personer substitutionsbehandling (i USA 110.000, i Australien 20.000⁷), og antallet er ca. femdoblet fra begyndelsen af 1990'erne til i dag. I takt med denne udvikling er de praktiserende læger i stigende grad blevet involveret i behandlingen, kun i Danmark er man gået den anden vej og har begrænset de praktiserende lægers involvering i behandlingen. Men substitutionsbehandling er mange ting, og kan i forhold til den teoretiske forståelsesramme som den administreres i, grupperes i nedenstående tre former:

- Den medicinsk/psykosociale model med hovedvægten lagt på social rehabilitering. Den medicinske behandling retter sig mod afhængigheden, og forsøger at normalisere og stabilisere klienten som en forudsætning for den psykosociale behandling.
- Den defensive, abstinensorienterede substitutionsbehandling, hvor metadon kun gives i en periode, ofte ledsaget af megen kontrol og i små doser, indtil den "rigtige" stoffri behandling kan iværksættes.
- Harm-reduction modellen med det formål at begrænse skaderne ved det illegale brug. Kan anskues som en legal udlevering af stoffer til afgrænsede grupper ofte uden behandlingsmæssigt sigte.

Det er vanskeligt af afgøre hvilken model der vil dominere i fremtiden. Den medicinske model er den bedst dokumenterede, og den der har givet de bedste resultater, men er den dyreste og appellerer ikke til den folkelige og politiske bevidsthed. Først og fremmest fordi den analogiserer til kroniske medicinske og psykiske lidelser, og det er ikke spiseligt for brede kredse i befolkningen og blandt politikerne, der vil

anskue stofmisbrug som socialt afvigende og som noget forbigående der kan løses indenfor overskuelig tid med den korrekte indsats. Og forskning og dokumentation rykker kun langsomt ved den holdning, jf. igen Folketingsdebatten, hvor *Tove Fergo* slap af sted med følgende bemærkning: "*Venstres holdning til narkotikamisbrug er, at det er at sammenligne med en akut lidelse*". Hun kunne lige så godt have sagt at jorden er flad og at svin har vinger.

Både nationalt og internationalt er der en betydelig risiko for at de ikke-medicinske modeller vil blive de dominerende resulterende i en faldende kvalitet af behandlingen.

Udfordringer

Dem er der mange af, og jeg skal kun pege på nogle enkelte.

Det er af stor vigtighed, at man i behandlingssystemet forstår, og bibringer forståelse om problemets "natur" – personlighedsforstyrrelser, socialt afvig og langvarig lidelse – til politikere (folket) og administratorer. Den udbredte modsatte opfattelse af at stofmisbrug er noget forbigående, som kan løses med den korrekte (bedste) indsats, kan resultere i at der lægges gift ud for behandlingen, fordi resultaterne ikke står mål med forventningen om stoffrihed for alle behandlede.

Der bør arbejdes for evidens i behandlingen. Det indebærer bl.a. at man målsætter de ydelser man tilbyder brugerne, og løbende registrerer i hvilket omfang man indfrier de fastsatte mål (kvalitetssikring). At man ikke iværksætter nye tiltag uden at man som minimum sikrer hvordan disse evalueres internt, uanset om de er puljefinansierede eller ej, og at man med regelmæssige mellemrum evaluerer eksisterende tiltag.

Man skal ikke privatisere hele døgnsektoren, men bevare/oprette døgninstitutioner i officielt regi der kan fungere som centre for udviklingen af indholdet i døgnbehandlingen og samarbejdsformer til den ambulante behandling.

Man skal arbejde for en differentiering af den ambulante og den medicinske behandling der modsvarer den meget store variation i målgruppen.

Misbrugscentrene skal være specia-

linstitutioner der primært varetager behandlingen af nye klienter og komplicerede tilfælde. Den primære sundhedssektor bør involveres i meget større omfang hvis ikke de amtslige behandlingsinstitutioner skal sande til i færdigbehandlede klienter, og klienter hvor opgaven primært er omsorg.

Der er behov for at udvikle og afgrænse både den medicinske og den psykosociale faglighed, og for udviklingen af et tværfagligt samarbejde om en fælles målsætning, hvor man respekterer hinandens faglighed.

Litteratur

1. Waal H. Risk reduction as a component of a comprehensive multidisciplinary approach to drug abuse problems. Council of Europe. Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group). Strasbourg, 3.8, 2000.
2. Courtwright DT. The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance, and the metabolic theory of addiction. *Addiction* 1997; 92: 257 – 65.
3. O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996; 347: 237 – 40.
4. Dole VP. What is "Methadone maintenance"? *J Maintenance Addiction* 1997; 1: 7 – 8.
5. Bell J. Delivering effective methadone treatment. I: Ward J, Mattick RP, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Harwood Academic Publishers; Amsterdam, 1998: 161 – 75.
6. Payte JT. Methadone maintenance treatment: The first thirty years. *J. Psychoactive Drugs* 1997; 29: 149 – 53.
7. EMCDDA. Reviewing Current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Luxembourg; Office for official publications of the European Communities, 2000.

Peter Ege

*Socialoverlæge I
Københavns Kommune,
medlem af Narkotikarådet*





**Den sociale indsats
overfor stofmisbrugere**
*- en national status
i et internationalt perspektiv*

14

AF MADS UFFE PEDERSEN, CENTERLEDER

Den sociale indsats overfor stofmisbrugere – en national status i et internationalt perspektiv –

Den sociale indsats overfor stofmisbrugere har ændret sig markant igennem 90'erne. Det skyldes bl.a. at der ikke mindst i sidste halvdel af 90'erne blev flere og flere indskrevet i behandlingssystemet' og at der, ligeledes i den sidste halvdel af 90'erne, blev tilført området betydeligt flere økonomiske ressourcer. Forandringen kan nu næppe alene forklares med, at der er kommet flere penge og flere misbrugere ind i behandlingssystemet. Også et generelt øget engagement, et stort privat initiativ og en delvis afideologisering har været med til at ændre "indsats-scenen" op igennem 90'erne.

Fra at der sidst i 80'erne fandtes få

egentlige døgninstitutioner, der tilbød stoffri behandling til de mest belastede stofmisbrugere, er der i dag over 40 af disse institutioner. Ligeledes fandtes der sidst i 80'erne kun få væresteder, som primært var henvendt til stofmisbrugere. I dag findes der over 70 – de fleste etableret i sidste halvdel af 90'erne. Ligeledes er etableringen af selvhjælpsgrupper – ikke mindst i NA regi – nærmest eksploderet. I dag afholdes der således mere end 200 NA møder om ugen på landsplan. Det sidste vidner om at eks-misbrugerne er blevet langt synligere, og at der uden tvivl også er kommet flere af dem. Det betyder også, at vi har fået langt flere positive fortællinger om en vej ud af stofmisbruget.

Dette kan forhåbentligt være med til at ændre den folkelige opfattelse af "én gang stofmisbruger, altid stofmisbruger". Det har måske også været med til at højne engagementet i indsats-systemet og dermed i nogen grad elimineret den tillærte hjælpeløshed, som indimellem dog stadig stikker sit hoved frem ("det nytter jo alligevel ikke noget" holdningen). Udover ovenstående forandringer er der desuden etableret brugerforeninger, pårørendegrupper, faglige interessegrupper og rådgivende organer. Endelig er ansvaret for behandlingen strukturelt overgået fra kommunerne (og de praktiserende læger) til amterne.

E.R.'s narkomanklienter kommer selv og får deres metadonpille, mens hun ser på. Hun tror ikke på institutionsbehandling. 05.08.73



FOTOS: SCANPIX/NORDFOTO (HVOR ANDET IKKE ER ANGIVET)



Status 2001

I denne artikel skal følgende indsatsområder overfor stofmisbrugerne belyses:

- Substitutionsbehandling med dertilhørende psykosocial støtte.
- Stoffri behandling – døgn og ambulant.
- Rehabilitering og revalidering.

Dertil kommer den måde, som indsatsen organiseres på. Her tænkes bl.a. på følgende:

- En passiv afventende organisering versus en aktiv opsøgende organisering.
- Koordinationen mellem metoder og indsatsenheder.

Artiklen afsluttes med en sammenfattende konklusion og diskussion med følgende overskrift:

- Den evidensbaserede sociale indsats overfor stofmisbrugere – en konkluderende diskussion.

Substitutionsbehandling med dertilhørende psykosocial støtte

Substitutionsbehandling er i sig selv ikke nogen social indsats, men en medicinsk indsats. Når den alligevel medtages her, er det fordi det er umuligt at tale om den sociale indsats overfor stofmisbrugere generelt uden også at tale om substitutionsbehandling – og vice versa. Substitutionsbehandling og psykosocial støtte hører i den grad sammen – også juridisk.

Substitutionsbehandling består i Dan-

mark helt overvejende af metadon og i betydeligt mindre omfang af buprenorphin. Andre substitutionspræparater anvendes i meget ringe udstrækning. Internationale undersøgelser har klart dokumenteret virkningen af metadon. Således har en såkaldt meta-analyse, hvor resultaterne fra 43 undersøgelser blev sammenholdt², vist at peroral metadon signifikant reducerer heroinmisbruget, den kriminelle adfærd og risikoadfærd (herunder injektionsmisbrug). Foreløbige resultater fra en dansk undersøgelse³ viser, at metadon synes at halvere heroinmisbruget, den kriminelle adfærd og injektionsmisbruget. Dette er altså i overensstemmelse med, hvad der er fundet internationalt⁴. Til gengæld synes benzodiazepinbruget/misbruget og hashbruget/misbruget at stige hos stofmisbrugere, som kommer i metadonbehandling. Også disse resultater er foreløbige, men ikke desto mindre ret klare. Endelig skal der også fra den danske undersøgelse nævnes, at det selvrapporterede sidemisbrug hos 165 metadonklienter den sidste måned op til interviewet var ret markant. Således havde 11 pct. slet ikke haft noget sidemisbrug den sidste måned, 18 pct. havde alene røget hash, 7 pct. havde udover hash misbrugt opiatier og kokain 1 til 2 gange den sidste måned, 44 pct. havde udover hash misbrugt en blanding af illegale stoffer 3-15 dage den

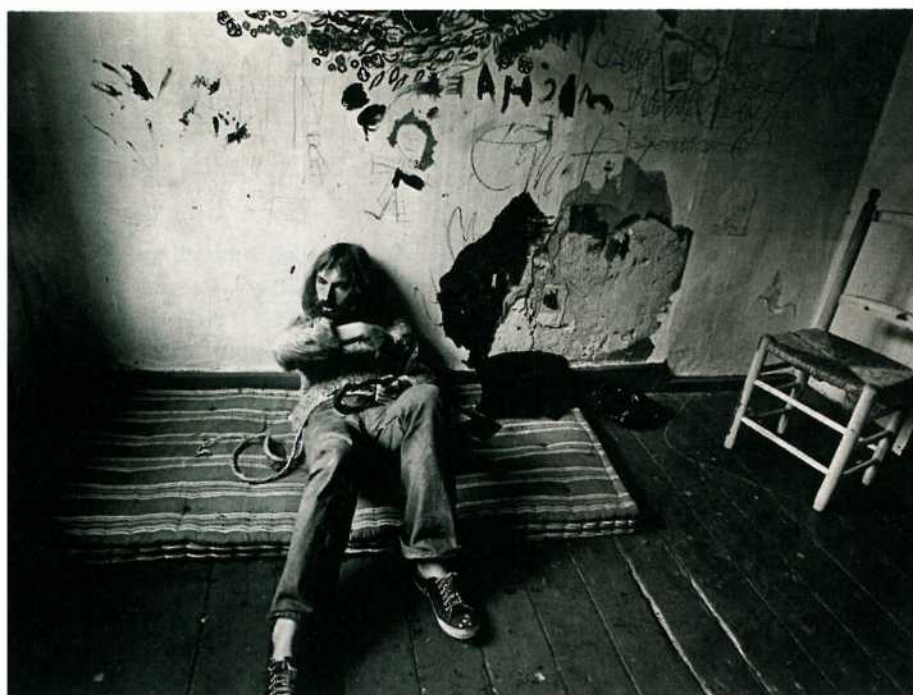
sidste måned, og endelig havde 20 pct. haft et massivt sidemisbrug inkluderende heroin 15-30 dage om måneden.

Virkningen af substitutionsbehandlingen hænger tæt sammen med mængden og kvaliteten af den psykosociale støtte, der tilbydes stofmisbrugerne. I flere internationale undersøgelser har man konkluderet, at metadonbehandling uden psykosocial støtte alene har en effekt på nogle få grupper af stofmisbrugere. Tværtimod synes metadonbehandling uden psykosocial støtte, for nogle grupper af stofmisbrugere, at kunne forværre deres i forvejen ringe funktionsniveau⁵.

I vore egne undersøgelser har vi set, at de metadonklienter, der ikke modtager nogen form for psykosocial støtte, har et signifikant større sidemisbrug end de metadonklienter, der modtager psykosocial støtte. I sig selv er dette dog ikke endnu noget endeligt bevis på den psykosociale støttes betydning. En nærmere belysning af dette undersøges i øjeblikket i det såkaldte *Metadonprojekt*.

Den psykosociale støtte retter sig jo sædvanligvis ikke mindst mod en forbedring af stofmisbrugernes psykosociale funktion (psykiske velbefindende, relationen til familie, venner og andet netværk, beskæftigelsesmæssige funktion, livskvalitet generelt mv.). I vores egne undersøgelser har vi indtil videre





Tabel 1.

Tilbud på 8 områder de sidste 14 dage inden interview for metadon-klienter og stoffri tidligere misbrugere

	Metadon N=212	Stoffri (5) N=149
Antal stofmisbrugere pr. behandler	25-40	
Professionel rådgivnings sidste 14 dage ⁽¹⁾	54 pct.	22 pct.
Semi-prof. rådgivning sidste 14 dage ⁽²⁾	12 pct.	40 pct.
Beskæftigelse sidste 14 dage ⁽³⁾	18 pct.	46 pct.
Uddannelsesaktivitet sidste 14 dage ⁽⁴⁾	5 pct.	33 pct.
Psykoterapi sidste måned	6 pct.	6 pct.
NA sidste 14 dage	13 pct.	66 pct.
Værested sidste 14 dage	32 pct.	39 pct.

(1) Uddannet, offentligt ansat behandler, (2) Eks-misbruger, (3) Lønnet arbejde, aktivering, frivilligt arbejde,

(4) daghøjskole, VUC, AMU m.m., (5) tidligere misbrugere, som mindst har været stoffri 1 måned (102 har været stoffri mere end 1 år).

ikke kunnet påvise, at hverken metadonen eller den standard psykosociale støtte, der i dag gives til metadonklienterne, har nogen signifikant effekt på stofmisbrugernes psykosociale funktionsniveau. Men vi ved fra internationale undersøgelser, at adækvat psykosocial støtte også påvirker stofmisbrugernes psykosociale funktion i positiv retning (se note 5). Det betyder ikke nødvendigvis, at den metadonbehandling og den psykosociale støtte, der i dag generelt gives til stofmisbrugerne i Danmark, slet ikke virker, men den virker ikke så meget, at det indtil videre kan måles statistisk. Dette kan forklares

både med a) den danske undersøgelses foreløbige karakter, b) at det altid er vanskeligere at påvise signifikante effekter på disse "bløde" effektmål end det er at påvise de "hårde" effektmål og c) at den standard psykosociale støtte, der i dag generelt gives til metadonklienterne, ganske enkelt ikke er tilstrækkelig. Hvorvidt der er tale om det sidste skulle gerne kunne afdækkes i Metadonprojektet. Meningen med Metadonprojektet er netop at etablere sammenlignelige grupper af stofmisbrugere, som får henholdsvis meget psykosocial støtte og standard psykosocial støtte. Med standard psykosocial støtte for

metadonklienter menes der bl.a. variablerne i nedenstående tabel, som er udregnet på 212 metadonklienter fra seks forskellige behandlingscentre i Danmark⁶. I tabellen er de sammenholdt med 149 tidligere misbrugere (har alle været stoffri i mindst 1 måned).

Den udvidede psykosociale støtte i Metadon-projektet vil bl.a. betyde betydeligt færre stofmisbrugere pr. behandlere (fra 8-15), hvilket i øvrigt har vist sig af signifikant betydning for behandlingseffekten⁷. Det kan desuden forventes, at flere af de andre tilbud, som er vist ovenfor, vil stige. Den udvidede psykosociale støtte vil også betyde



en anden organisering af indsatsen. Også dette undersøges i Metadon-projektet.

Stoffri behandling – døgn og ambulant

I en dansk opfølgingsundersøgelse af 326 stofmisbrugere, som nåede at komme i egentlig stoffri behandling (dvs. gennemførte afgiftningen, hvilket ca. 80-85 pct. gjorde), var 10 døde to år efter behandlingens afslutning (3 pct.). Af de resterende 316 var hver femte fortsat stoffri, ligeledes to år efter behandlingens afslutning. Det betyder ikke, at de 80 pct., der havde haft tilbagefald, havde levet de sidste 2 år i et konstant stofmisbrug. Mange af disse tilbagefaldne stofmisbrugere havde i perioder været stoffri. Således var konstant knap 40 pct. af de 316 til hver en tid stoffri, mens mellem 20 og 40 pct. af de 316 konstant var i metadonbehandling. For dem der havde været mest i stofmisbrug, var der perioder med massivt misbrug og perioder med et betydeligt mere moderat misbrug. I det hele taget er stofmisbrug ikke nogen konstant størrelse. Kun meget få stofmisbrugere har råd og helbred til at opretholde et stort forbrug i længere tid. De relativt få, der har råd og helbred, har sædvanligvis et så højt kriminelt aktivitetsniveau, at de på et tidspunkt får minimeret deres handlefrihed betydeligt af retssystemet.

Antallet af tilbagefald synes at være i overensstemmelse med internationale undersøgelser. Den ældste af disse undersøgelser er en sammenholdelse af i alt 84 forskellige undersøgelser⁸, hvor tilbagefaldet hos stofmisbrugere, alkohlmisbrugere og rygere indenfor det første år efter behandlingens afslutning var på mellem 70 og 80 pct.. Interessant er det, at kurverne for de tre kategorier (stoffer, alkohol, tobak) knækkede på samme måde, og at der ikke var store forskelle i det procentvise tilbage-



fald det første år efter behandlingen. Opgørelsen er gammel (fra 1971), og på nogle områder kan man være i tvivl om, hvorvidt den er sammenlignelig. Ikke desto mindre synes den – udover den beskrevne danske undersøgelse – også at være i overensstemmelse med en del nyere internationale undersøgelser⁹.

Det er blevet påstået, at ambulant stoffri behandling virker ligeså godt som døgnbehandling. Det er en påstand, der ikke blot kan afvises, men det afhænger utvivlsomt af, hvordan den ambulante indsats er organiseret, og hvilket netværk og sikkerhedsnet der tilbydes klienten. Man kan udmærket forestille sig et stoffrit ambulant behandlingssystem, med et stort rummeligt ikke-misbrugende netværk og et finmasket sikkerhedsnet, kan være ligeså effektivt som stoffri døgnbehandling. Én ting synes dog sikker. Et afgrænset, forholdsvist kortvarigt ambulant stoffrit tilbud uden et rummeligt ikke-misbrugende netværk og uden et finmasket sikkerhedsnet er ikke så effektivt som stoffri døgnbehandling. I øjeblikket undersøges et ambulant stoffrit projekt i Danmark. Denne undersøgelse kan sammenholdes direkte med den ovenfor nævnte 2-års opfølgning efter stoffri døgnbehandling.

Et andet spørgsmål er, om der findes programmer, som er bedre end andre. Indenfor stoffri behandling er de mest udbredte behandlingsmetoder i Danmark Minnesotabehandling (12-trinsbehandling), Socialpædagogisk behandling, Terapeutisk Samfund (Phønix House) og Den italienske

model (CeIS).

12-trinsbehandlingen er den mest udbredte stoffri behandling i Danmark. Den ses i alle sine afskygninger, lige fra en meget ideologisk version til betydeligt mere pragmatiske versioner, der kombinerer psykoterapeutiske og socialpædagogiske principper med 12-trins-konceptet. Når der i effektopgørelserne tages hensyn til køn, alder og stofmisbrugernes ressourcer før behandlingens start, ses der meget lidt – og ikke signifikant – forskel mellem de forskellige metoder. Det betyder ikke, at visse stofmisbrugere ikke profiterer mere af nogle former for behandling end andre. Noget kunne f.eks. tyde på, at de dårligst psykisk og socialt fungerende ikke profiterer af nogen form for stoffri døgnbehandling, at de bedst fungerende profiterer af alle typer stoffri døgnbehandling, mens midtergruppen (skønsmæssigt 50-60 pct. af stofmisbrugerne) netop profiterer af at blive matchet til den korrekte behandlingsform¹⁰. Derimod synes det tydeligt, at det er den mest professionelle behandling, der virker bedst¹¹. Med professionalitet menes der her ikke mindst

- a) en systematisk, sammenhængende og metodeklar indsats, der
- b) inddrager relevante andre professionelle (f.eks. psykiatere, andre læger, psykologer, socialrådgivere), og som
- c) forankres skriftligt og dokumenteres/monitoreres og endeligt d) varetages af erfarne behandlere, der magter a, b og c, og som har hvad man kan kalde for en høj kommunikativ kompetence.

Dette er næppe overraskende, men af den grund bestemt ikke nogen selvfølge. Det handler med andre ord mere om professionalitet end om en bestemt metode. Nogen mirakelmetode findes ikke.

Endelig skal det nævnes, at behandlingslængde er et afgørende parameter for behandlingssucces. Jo længere tid i stoffri behandling, desto længere tid stoffri efter afsluttet behandling. Der kan argumenteres for kortere døgnforløb (eller et ambulansforløb), hvor amtet eller kommunen efter afsluttet forløb på døgninstitutionen kan tilbyde et sammenhængende ambulansforløb med et rummeligt netværk af ikke-misbrugere og et finmasket sikkerhedsnet.

Rehabilitering og revalidering

Med rehabiliteringstilbud menes der beskæftigelsestilbud (lønnet arbejde og aktivering) og uddannelsestilbud (daghøjskole, VUC, AMU, forberedende eksamener og egentlige eksamensgivende uddannelser).

Som det fremgår af tabel 1 modtager metadonklienterne ikke mange beskæftigelsestilbud. 18 pct. af metadonklienterne har de sidste 14 dage inden interviewet haft en form for beskæftigelse, kun 6 pct. har de sidste 14 dage haft lønnet beskæftigelse. 46 pct. af de stoffri har været beskæftiget indenfor de sidste 14 dage. 33 pct. af disse har haft en egentlig lønnet beskæftigelse, altså 5 gange hyppigere end metadonklienterne. Hvad angår uddannelsesaktiviteter er fordelingen mellem metadonklienterne og de stoffri 5 pct. vs. 33 pct. I Danmark har vi aldrig været gode til at tilbyde den største gruppe af stofmisbrugere – metadonklienterne – meningsfuld beskæftigelse. Hvorfor vides ikke. Der er mange eksempler på, at metadonklienter udmærket både kan påtage sig ansvar og være en reel arbejdskraft. Det vidner jo desværre om, at vi ikke er kommet ud over at betragte metadonbehandlingen som en andenrangs behandling, og at man tilsyneladende stadig har den indstilling, at man ikke kan forvente sig noget af de mennesker,

der får en sådan behandling. Det kan desværre nemt blive en selvopfyldende profeti.

En passiv ventende organisering versus en aktiv opsøgende organisering

Den offentlige indsats har i Danmark (som i de fleste andre lande) op igennem 90'erne til og med i dag, været præget af et stærkt individualiserende syn på behandling med apparatfejlsmodellen som grundlag¹². Dette ses ved, at metadonklienten kommer til aftalte individuelle samtaler med en rådgiver på dennes kontor. Taler om sine problemer, får en ny tid og går igen. Problemet med denne måde at organisere rådgivningen på er bl.a., at stofmisbrugeren ikke sjældent slet ikke møder op, og at rådgiveren ikke får fat i problemerne, når de er mest presserende. Der er for det første for meget spildtid ved denne metode, og for det andet er der intet, der tyder på, at den individuelle metode generelt er bedre end gruppeметоден¹³.

En anden måde at arbejde på er det aktivt opsøgende og mere gruppeorienterede arbejde, hvor behandlerne/rådgiverne deltager i forskellige grupper, kommer på et værested (evt. knyttet til misbrugscentret) og tager ad hoc individuelle samtaler der, hvor de møder stofmisbrugeren (der tænkes ikke her på opsøgende gadearbejde). For det første undgås den spildtid, som findes ved den passive, afventende og individuelle organisering af rådgivningen, for det andet kan der tages hånd om problemerne, når de er mest presserende (her og nu), for det tredje – og meget vigtigt – øges den direkte kontakt til stofmisbrugeren tidsmæssigt, og for det fjerde er der ingen der siger, at der skal afsættes en time til en rådgivende samtale. Hellere 15 minutter i dag og måske også 15 minutter i morgen end en time hver 14. dag, hvor man alligevel kun ved, hvad man skal tale om de første 15 minutter (hvis stofmisbrugeren i det hele taget møder op til samtalen). En aktiv, opsøgende organisering af den rådgivende kontakt til stofmisbrugere

kan altså udmærket være mindre ressourcekrævende end den passivt afventende organisering, men det fordrer naturligvis rammer, hvor en sådan organisering lader sig praktisere. Det vil sige en højere grad af gruppeorientering og derudover værested(er) eller andre samlingssteder, hvor behandlerne/rådgiverne kan tale med stofmisbrugere ad hoc og under mere uformelle former.

Koordineringen mellem metoder og indsatsenheder

Der kan med koordinering skelnes mellem

a) forskellige uafhængige indsatsystemer og deres respektive planer. Her tænkes f.eks. på koordinering af planer mellem misbrugsystemet, det psykiatriske system, kriminalforsorgen og det somatiske hospitalssystem. Herunder tænkes også på koordineringen mellem den lovpligtige §111 plan og misbrugscentrenes behandlingsplaner¹⁴.

b) Koordineringen mellem forskellige indsats typer indenfor misbrugsområdet. Her tænkes ikke mindst på koordineringen af den amtslige/kommunale ambulante (metadon) behandling og den stoffri døgnbehandling, og endelig

c) Koordineringen mellem *top- og bottom*-indsatsen eller mellem behandlings- og omsorgsindsatsen.

A da) Almindeligvis formulerer kommunen handleplanen, mens amternes misbrugscentre formulerer behandlingsplanerne. Enkelte steder formuleres handleplanen i et samarbejde mellem amt og kommune. §111 handleplanen burde være paraplyen over andre planer. Det er sædvanligvis ikke tilfældet. Oftest fungerer de forskellige planer som uafhængige parallelle planer. Dette betyder, at vi indimellem ser, at kommune og amt beskæftiger sig med de samme problemstillinger uafhængigt af hinanden. I værste fald kan dette føre til, at stofmisbrugere kan spille amt og kommune ud mod hinanden, eller at der på anden måde kan opstå et anstrengt samarbejde mellem amt og kommune. Samarbejdet mellem amt og kommune kunne uden tvivl blive

Samfundet vasker sine hænder med metadon

Minister Palle Simonsen anbefaler de gamle narkomaner metadon - derne raser



Flensborg-avisens fotograf af narkomaner, der behandler - behandlere møder ofte kvinder i metadon. Det er en del af et koncertturné 1981.

JYLLANDSPOSTEN 18 NOVEMBER 1988

MIDTPUNKT

Narkomanproblemet - en varm kartoffel i Folketinget

af Birgith Mogensen

For et søvs år siden fik Birgith Mogensen ungdomsnarkomanproblemet sat ind på livet, og hun har siden på den måde taget sig af det mest alvorlige af narkomanproblemet i Folketinget, valgt af OD, har hun, støttet af sit parti, haft et sejrlovs i Folketinget.

Der er ikke tale om en enkeltstående sag, men om et stort og alvorligt problem, som har ramt mange mennesker i Danmark. Det er et problem, som har været i fokus i Folketinget i mange år, og som stadig er et stort problem for mange mennesker.



TIRSDAG DEN 18. NOVEMBER 1988

Minister Palle Simonsen anbefaler de gamle narkomaner metadon - derne raser. I dag blev 200 mennesker i København i metadon... (The text continues with details about the use of metadon for treating chronic drug addicts, mentioning the Danish Society for the Treatment of Drug Addicts and the Ministry of Health.)

mere sammenhængende, og det gælder uden tvivl, og i endnu højere grad, samarbejdet mellem misbrugssystemet, kriminalforsorgen, psykiatrien og andre store systemer. Det sidste er en anden og mere kompliceret sag.

Ad b) Et problem i koordineringen mellem stofmisbrugsindsatser er, at der almindeligvis ikke finder nogen koordinering sted mellem den stoffri døgntilbagefaldsplan. Man har med andre ord ikke taget stilling til, hvad der skal ske med de over 60 pct. som, mens de er i døgntilbagefald, falder tilbage i stofmisbrug. Resultatet kan være, at stofmisbrugerne forsvinder ud af behandlingssystemet til stor skade for stofmisbrugerens selv og dennes omgivelser og måske endda dør af en overdosis (noget kunne tyde på, at metadonbehandling med dertil knyttet psykosocial støtte kraftigt reducerer risikoen for død blandt de mest belastede stofmisbrugere¹⁹). Forklaringen på denne manglende stillingtagen til tilbagefald har bl.a. været, at man jo så ikke viste

stofmisbrugerens, at man troede på ham/hende, mens andre har ment, at truslen om et aktivt misbrug på gaden motiverede stofmisbrugerne til at blive i døgntilbagefalden. De holder næppe nogle af dem, og under alle omstændigheder er det en elendig undskyldning for ikke at ville beskæftige sig med virkeligheden.

Et andet problem har været manglende redskaber til at kunne matche stofmisbrugere til den døgntilbagefald, der er optimal for den enkelte stofmisbruger (ikke mindst den tidligere omtalte middel-belastede gruppe af stofmisbrugere). Dette matchningsproblem skulle DANRIS (Dansk Rehabiliterings- og Informations-System) kunne afhjælpe. Med DANRIS kan visiterende amter og kommuner fra første halvdel af år 2002 få adgang til informationer om a) hvilke institutioner der findes, hvordan de er organiseret, finansielle forhold, hvilke tilbud der findes på institutionerne m.m., b) hvilke medarbejdere der arbejder på institutionerne, herunder deres uddannelse, erfaring, om de er ex-misbrugere m.m., c) hvilke stofmisbrugere der indskrives på de forskellige institutio-

ner, herunder bl.a. køn, alder og hvor belastede de er med hensyn til bl.a. stoffer, kriminalitet, fysisk og psykisk og d) behandlingsforløbet, herunder indlæggelseslængde, gennemførelse af hele programmet og gennemførelse af de enkelte faser i programmet. Disse oplysninger bliver tilgængelige på Internettet, således at alle amter kan anvende dem i deres visitationspraksis. En liste over hvilke institutioner, der deltager i DANRIS, findes på:

www.crf.au.dk.
Ad c) Igennem 90'erne er der som nævnt i tiltagende grad blevet etableret væresteder næsten alle steder i landet. I øjeblikket er der ved at blive skabt et overblik over antallet af væresteder og deres funktion. Denne opgørelse vil ligeledes blive tilgængelig på Internettet.

I vores undersøgelser har vi set, at etablering af et værested/samlingssted i tilknytning til eller i tæt samarbejde med amternes behandlingscentre skaber et kvalitativt helt andet samarbejde mellem stofmisbrugere og system. Hvor de ikke findes, er der en stor mistænksomhed, grænsende til det paranoide, fra specielt stofmisbrugernes side. Hvor de findes - og specielt der hvor de inklu-

derer en vis grad af brugerinddragelse – forsvinder denne mistænksomhed helt eller delvist. Samtidig kan vi se, at modeller der integrerer eller har et stærkt samarbejde mellem *Bottom-indsatsen* (forstået som den mere omsorgsorienterede, fællesskabende og til tider gadeopsøgende arbejde der bl.a. finder sted gennem værestederne) og *Top-indsatsen* (forstået som den mere strategiske og målrettede behandling som udføres primært af læger, psykologer, socialrådgivere og socialpædagoger) synes at skabe mere frit tilgængelige systemer og måske endda kan have indflydelse på antallet af dødsfald blandt stofmisbrugere.

Den evidensbaserede sociale indsats overfor stofmisbrugere – en konkluderende diskussion

Ordet "evidensbaseret behandling" er jo blevet moderne de sidste år. Man kan derfor med rette spørge, om det, der i det foregående er foreslået, nu også er evidensbaseret. *Evidensbaseret behandling/indsats er en indsats, der er bevis for virker på tværs af organisationer/systemer*¹⁶. *Behandlingen kan dermed få karakter af en standard*¹⁷. Man kan jo selvfølgelig tale om en lokal evidens (det virker beviseligt hos os). Det kan være udmærket, men det er ikke den betydning, man almindeligvis lægger i ordet evidensbaseret behandling/indsats. Man kan skelne mellem a) evidensbaseret medicinsk behandling og b) evidensbaserede metoder/programmer eller elementer fra disse metoder/programmer (er 12-trinsbehandling eller kognitive behandlingsprogrammer f.eks. evidensbaserede?).

Medicinsk behandling bør være evidensbaseret, ikke mindst fordi medicinsk behandling kan have udtalte og meget negative sideeffekter (det kan programmer også, men det er alligevel noget andet). Samtidig er det forholdsvis enkelt at bevise et præparats virkning (med tryk på forholdsvis). Hvis et præparat, der klart virker i et randomiseret kontrolleret forsøg på en københavner, så virker det almindeligvis også på en århusianer. Generaliseringen på tværs af organisationer/systemer er her mulig med få forsøg. Behandlingen med metadon kan betragtes som havende en

evident virkning på heroinmisbrug, risikoadfærd og stofrelateret kriminalitet. Til gengæld har man, som tidligere nævnt, ikke kunnet påvise at metadon i sig selv har nogen beviselig effekt på de psykosociale funktionsområder.

Programmer og psykosocial funderede metoder kan være evidente, men det er bestemt ikke helt enkelt at vise dette. Mens det kommunikative er afgørende i et program/en terapeutisk metode, er dette ikke i samme grad tilfældet i medicinsk behandling. Det betyder, at det er betydeligt sværere statistisk at fastslå, om et en bestemt metode eller et bestemt behandlingsprogram er evidensbaseret, dette uanset hvilken type forskningsdesign der bliver anvendt. Det skyldes flere tekniske forhold, som der ikke skal komme ind på her. Der er dog meta-undersøgelser (hvor mange undersøgelser samles), der synes at vise, at bestemte behandlingsmetoder/programmer beviseligt virker på stofmisbrugere. Således synes familierterapi beviseligt at have en ret god effekt¹⁸, og ligeledes har det, man kalder for contingency management, vist sig at virke¹⁹. Endelig synes det evident, at Hierarkisk Terapeutisk Samfund virker på indsatte stofmisbrugere²⁰. Det betyder bestemt ikke, at andre behandlingsmetoder/programmer *ikke* virker. Således kommer såvel kognitive metoder/programmer som 12-trinsbehandlingsprogrammet uden tvivl snart på listen over metoder/programmer, som virker bedre end ingen behandling, og ligeledes gør den interpersonelle dynamiske metode også snart krav på at virke overfor stofmisbrugere. Alt i alt vil det de kommende år nok vise sig, at mange metoder/programmer kan gøre krav på at være evidensbaserede. I hvert fald i betydningen bedre end ingenting. Til gengæld kan ingen metoder/programmer endnu gøre krav på, isoleret set, at være bedre end andre – måske, og noget interessant – med undtagelse af familierterapien, som tilsyneladende har vist sig at være mere effektiv end både individuel terapi og anden gruppeterapi (men det er som beskrevet i note 18 lidt noget andet). I stedet for at afvise metoder/programmer, som ikke er evidensbaserede (hvilket ville stoppe al

udvikling), bør man måske i højere grad fokusere på at:

- 1) Afvise metoder/programmer der beviseligt ikke virker,
- 2) Inddrage elementer i indsatsen som beviseligt virker og
- 3) Være opmærksom på metodens/programmets professionelle udførelse. Af metoder der beviseligt ikke virker ser det f.eks. temmelig skidt ud for akupunktur²¹. Elementer, der beviseligt virker på nedsættelse af stofmisbrug og kriminalitet, er følgende:
 - Klient-behandler ratioen (f.eks. 15 i stedet for 35)
 - Behandlingslængden (hvad enten vi taler om døgn eller ambulante behandling)
 - Tid i direkte kontakt mellem behandlere/rådgivere og stofmisbrugere (f.eks. mindst 1x ugentlig)
 - Professionaliteten, her forstået som - et systematisk planlagt og gennemtænkt program (program/metode-klarhed), - involvering af relevante andre specialister (læger, psykologer, lærere/f.eks. elementære danskundskaber) og - tæt monitorering af den givne behandling (se note 11), (dokumentation, skriftlig forankring, kvantitativt overblik)
 - Metadondosis.

– Der er her tale om elementer, som netop er indeholdt i de tidligere nævnte forslag til styrkelse af den sociale indsats.

Man bør i fremtiden i højere grad inddrage evidensbaserede delelementer fra programmer og måske begynde at tænke mere i familiebaserede behandlingstilbud. Endelig skal man – vel nærmest som en selvfølge – afholde sig fra at anvende metoder, der beviseligt ikke har nogen virkning på det, de påstår at virke på (dermed ikke sagt de ikke kan bruges til noget andet). Der har ikke været tradition for en systematisk koordineret, klar og skriftligt forankret programplanlægning som kan dokumenteres indenfor misbrugsområdet. En sådan professionalitet bør være et fremtidigt mål, dog uden at ende i en bureaukratisk rigid handlings- tvang, som i stedet vil dæmpe engagementet og dette sociale indsatsområdes udvikling.

CHR. HAVN MOD HARDE STOFFER



noter

- 1 Se www.sst.dk/nyheder/tidsskrifter/nyetal/index.asp.
- 2 Marsch, LA (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. In: *Addiction*, 93(4):515-32.
- 3 Pedersen, M.U. (2001). Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.
- 4 Se Strang, J. et al. (2000). Randomised trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report on feasibility and 6-month outcome. In: *Addiction*, 95(11), 1631-1645.
- 5 Se McLellan, T.A. et al. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. In: *JAMA*, 269, 1953-1959.
- 6 Pedersen, MU & Asmussen, V. (2001). Metadonprojektet - design og metoder. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning (in press)
- 7 Prendergast, ML., Podus, D. & Chang, E. (2000). Programme factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: An examination using meta-analysis. In: *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 1931-1965.
- 8 Hunt, WA. et al. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- 9 For litteraturhenvisninger se Pedersen, M.U. (1999). *Stofmisbrugere efter døgnbehandling. Delrapport 5*. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning side 41-48.
- 10 Se McLellan, T.A. et al (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. In: *Archives of General Psychiatry*, vol.40:620-625.
- 11 Se Prendergast note 7 og McLellan, T.A. et al. (1988). Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation?. In: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(7), 423-430.
- 12 Se Orford, J. (1992). *Community Psychology. Theory and practice*. New York: J.Wiley & Sons.
- 13 Se Graham, K. et al. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioral training for relapse prevention. In: *Addiction*. 91(8), 1127-1140 og Weinstein, S.P. et al. (1997). Randomized comparison of intensive outpatient vs. individual therapy for cocaine abusers. In: *Journal of Addictive Diseases*, 16(2), 41-56.

- 14 Se Mahs, B. (red.) (2001). *Jeg har planer, eller har jeg?. Sociale handleplaner og praksis*. Århus: Forlaget Fokus (in press).
- 15 Se Caplehorn, JRM et al. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. In: *Substance Use and Misuse*, 31(2), 177-196.
- 16 En vel nok ret streng definition på evidensbaseret behandling. De senere år har internationalt anerkendte tidsskrifter dedikeret hele numre til dette spørgsmål. Se Hougaard, E. (1999). Psykoterapiforskning og evidensbaseret behandling. I: *Agrippa - Psykiatriske Tekster*, 19(1-2), 5-36.
- 17 For en definition på standarder se Bowker, G.C. & Star, S.L. (1999). *Sorting things out. Classification and its consequences*. London: The MIT Press.
- 18 Stanton, MD & Shadish, WR (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull.*, 122(2):170-91. Der er faktisk ikke her tale om en metode/et program, men om en bestemt og relativt enkelt definerbar gruppe. Det er måske derfor denne behandlingsform viser en så tydelig grad af effektivitet.
- 19 Se Griffith, JD. Et al (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66. Med Contingency management (CM) menes der en stoffri orienteret, stærkt organiseret behandlingsform, med præcist

definerede mål, hvor stofmisbrugerens hverdag er stærkt struktureret. Den opfatter al stofmisbrug som socialt betinget. Stofmisbruget kan derfor påvirkes ved at ændre de sociale betingelser. CM arbejder med forskellige typer incitamenter og des-incitamenter, som har til formål at gøre stofmisbrug mindre attraktivt og stoffrihed mere attraktiv (ikke ulig hierarkisk terapeutiske samfund).

20 Pearsson, FS. & Lipton, DS. (1999). A meta-analytic review of the effectiveness of correction-based treatments for drug abuse. In: *Prison Journal*, 79(4), p.384.

21 Whiste, AR et al. (1999). A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation. In: *Tob Control*, 8, 393-397. og Ter Riet, G. et al. (1990). A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction., *British J Gen Pract.*, 40(338):379-82.

Mads Uffe Pedersen

cand.psych., Leder af Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet



AF MICHAEL JOURDAN, FILOSOF

Viden om behandling - eller 9 måder at undgå at blive klogere



Hvis dette ikke hjælper, kan De komme igen - så skal De få noget andet.
- Kunne jeg så ikke lige så godt få det andet med det samme!

Guderne åbenbarede ikke alt for os fra begyndelsen; Ved at søge kan vi med tiden lære og forstå ting bedre. Intet menneske har haft, og vil ej nogensinde have, sikker viden. Selv hvis man ved et lykketræf ytrede den endelige sandhed, ville man ikke selv vide det; For alt er kun et vævet spind af gætværk.

*Xenofanes fra Kolofon
(580 - 478 før Kristus)*

Rusmiddelfeltet er fortsat fyldt med store udfordringer af både teoretisk og praktisk art. Hvordan opstår afhængighed? Hvad er afhængighed? Hvordan forebygges, behandles og bekæmpes afhængighed bedst? Sådanne gåder uden løsning er der mange af, og vi prøver os frem med nye og gammelkendte metoder. Ikke altid med lige stor succes.

Vi er kommet til et punkt, hvor man for alvor er begyndt at efterlyse vidensbaserede løsninger. Et forfærdeligt nyt fremmedord er blevet lanceret i den forbindelse. Nu skal det vi gør være *evidensbaseret*, hvilket kommer af det engelske 'evidence', som i danske sammenhænge betyder noget i retning af,

at metoder og resultater skal godtgøres, bevises og dokumenteres.

De dage er omme, hvor tro, gode hensigter og et slag på tasken kunne gøre det.

Forskning, evaluering, erfaringsopsamling og vidensformidling er dermed som aldrig før kommet i fokus. Ingen kan være uenige i, at mere viden og kvalitetsudvikling er efterstræbelsesværdigt. Men hvorfra og hvordan skal vi skaffe os den viden? Den videbegærlige læsehest, som eksempelvis går ind hos Amazon.com (verdens største boghandel) for at bestille de kurante bøger om *addiction*, kan og skal vælge mellem hele 1.700 af slagsen. Hvis man søger information over internettet med

søgemaskinen på Google.com får man på under 1 sekund mere end 1.000.000 hits. Fagtidsskrifter og forskningsrapporter er også en temmelig uoverskuelig affære med mange og modstridende udlægninger af, hvad der angiveligt er evidens. Gennemarbejdede, repræsentative standardværker, som medarbejdere og interessenter i rusmiddelfeltet kan lære af og forholde sig til, glimrer også ved deres fravær.

Man må notere sig, at der i Danmark endnu ikke eksisterer egentlige kompetancegivende fælles uddannelses- og træningprogrammer på misbrugsfeltet, som trækker på de fremmeste internationale kapaciteter. Læger, psykologer, sygeplejersker, pædagoger, socialrådgivere, eksmisbrugere, jurister, kriminologer, sociologer, politologer, etnologer, økonomer, farmakologer, filosoffer, rets- og ordenshåndhævere, administratorer og mange flere, om hvem det alle gælder, at de ikke - eller kun i meget lille udstrækning - er blevet rustet til deres indsats på misbrugsfeltet via deres egentlige uddannelse, er henvist til prøve at gøre det så godt som muligt efter de forhåndværende søms princip. Vi gør hvad vi kan og lærer hen ad vejen. Det er det såkaldte *'learning by doing'* princip. De institutionelle rammer indenfor hvilke fælles lærebøger, begrebsapparat, metoder og teorier kunne udarbejdes, findes ikke for tiden og opstår næppe spontant. Hvis bord er det, at gennemføre et krav om vidensbaseret?

En variant af dette problem findes på det politisk administrative niveau, hvor misbrugsproblemet er så uvenligt at falde imellem sprækkerne i den ministerielle struktur. Misbrug hører således i Danmark ind under såvel justits-, sundheds-, social-, undervisnings- og indenrigsministeriet. Ikke kun vanskeliggør denne ministerielle fragmentering koordineringen af indsatsen. Man møder også eksempler på kassetænkning, og resortkampe: Hvem ejer problemerne og ressourcerne? Disse slagsmål og fragmenteringen af ekspertisen kan næppe være befordrende for vidensudviklingen.

Syndfloden af publikationer om afhængighed, manglen på oversigtsvær-

ker, manglen på brobygning mellem feltets mange fagdiscipliner og institutioner, er nogle af de faktorer som gør det lettere sagt end virkeliggjort at basere sig på viden. Men dertil kommer en række barrierer mod viden af mere filosofisk karakter, der udspringer af det forhold, at evidens - forstået som viden - ikke er evident i betydningen tydelig, selvindlysende og soleklar. Viden åbenbarer ikke sig selv. Selv når muligheden byder sig for at blive klogere, kan man med forskellige metoder ligefrem undgå at lære af erfaringen. Jeg skal i det følgende gennemgå en række af disse af relevans for rusmiddelfeltet.

Vidensparadokset

Den største barriere mod at lære er mangel på viden. Det klassiske vidensparadoks går som bekendt ud på, at jo mere man ved, jo mere ved man om, hvad man ikke ved. Omvendt gælder det, at ved man intet, tror man, at man ved alt. Har man ingen anelse om sin egen mangel på viden har man ingen grund til at forsøge at blive klogere. Mangel på viden er dermed selvforstærkende.

Jo mindre man ved om sagen, jo mere sikker er man på, at der eksisterer snuoptagelsesløsninger.

Et slående eksempel herpå oplevede jeg for bare fem år siden, som indbudt oplægsholder til et møde på Christiansborg, hvor et forslag om at "narkomanerne bare skal ud på en øde ø" kom til seriøs debat i et af Danmarks største partier. Man begyndte tilmed at konkretisere, hvilken ø i riget, som ville være bedst egnet. Uden at gøre sig det klart bevægede man sig dermed ind i et arkaisk tankeunivers, hvor de som forbryder sig mod forskrifterne forvises fra paradiset, smides på porten, væk fra gården, ud af byen, ud af landet, ud af fællesskabet eller "sendes hjem, hvor de kommer fra".

Dette tilbagefald til en gammeltestamentlige løsningsmodel udgør vel nok et absolut nulpunkt i vidensbaseret løsning. Saglighed og faglighed var her irrelevant. Redningen kom fra uventet hold i form af NIMBY problemet. Heldigt for partiets anseelse var forslaget så uigennemtænkt, at det rumme-

de sin egen gendrivelse. Ingen folketingsmedlemmer ønskede, at den øde ø skulle være beliggende i egen valgkreds. Øde ø, ja tak, *but Not In My BackYard*.

Så let er det ikke altid at undgå at dumme sig. Vi kan desværre ikke regne med, at vores vildskud almindeligvis er så venlige at være selvafslørende. Tværtimod kan man roligt regne med at tvivlsomme løsninger med ingen, ringe eller negativ effekt kan være svære at få øje på, og at uholdbare teorier kan være svære at gennemskue.

Den sindelagsetiske faldgrube

Som politisk og moralsk menneske har man naturligvis ret til at have stærke holdninger til narkotika og misbrug. Hvis man har et professionelt virke på området, lader man ikke sine gode hensigter blive hjemme. Men at ville det godt og at have en god sag kan være farlig for sagligheden. Faren er, at der sættes lighedstegn mellem hensigt og effekt, således at den gode hensigt antages nærmest per automatik at resultere i en god effekt, mens en dårlig effekt omvendt forklares ved slette motiver.

Vejen til helvede er som bekendt brolagt med gode hensigter og noget behøver ikke at være godt og rigtigt, fordi det føles godt og rigtigt. Vidensmæssigt er det problematisk, hvis moralværdier dominerer en professionel praksis, således at man forfalder til at bedømme praksis mere på hensigter end på faktiske resultater eller mangel på samme.

Vidensselektivitet

Ud fra en naiv betragtning kunne man håbe, at begær efter viden altid var 100 pct. betingelsesløs og apolitisk. Sandheden skal frem. Men viden er som bekendt også magt, og dermed et våben, som man ruster sig med. Og "i en tid med voldsom strid om stoffer, synes kravet om mere forskning mindre at være et udtryk for begær efter viden, end en krigslist som skal underbygge en bestemt holdning" (Zinberg, 1972). Hvis det er tilfældet, at viden i stor udstrækning opsøges primært med henblik på at befæste egne holdninger, så vil upopulær viden kunne ende med at

samle støv. Rapporter, evalueringer og kommissionsbetænkninger med anbefalinger man ikke bryder sig om risikere, at blive bortvalgt og glemt. At dette sker mener en del forskere. Onde tunger blandt dem har benævnt fænomenet "narkofeltets vidensresistens".

Ad hominem

Vi kan ikke og bør ikke afgøre, hvad der er rigtigt ud fra hvem, der siger det, men ud fra hvad der siges. Ikke desto mindre ser man forholdsvis tit eksperter blive kørt i stilling, eller personers ekspertise anfægtet af strategiske grunde. I stedet for at konkurrere på argumenter diskuteres ad hominem. Hvis man glider fra, hvad der hævdes, til hvem der hævder, afspores den kritiske proces.

En fremgangsmåde er eksempelvis at antage, at misbrugerne selv ikke er rationelle væsener med vilje og indsigter, som det er værd at lytte til. Eller at den, som fremsætter et synspunkt, selv har aktier i sagen, og derfor ikke står til troende. En anden version er at gøre bestemte personer til sandhedskilder. Man hævder eksempelvis at kun misbrugerne selv ved, hvor skoen trykker. Eller man udviser overdreven tiltro til forskere qua deres videnskabelige autoritet og ikke qua deres forsknings lødighed. Men selv såkaldte eksperter er ikke sandhedsorakler. En af Europas mest fremtrædende forskere siger nøgternt: "Man må se på, hvordan videnskab faktisk fungerer. Mens videnskab kan være et rationelt foretagende, så forbliver videnskabsfolk ligeså menneskelige, fejlbarlige og irrationelle som alle andre. Hvis forskerens behov og følelser er tilstrækkeligt stærke kan disse påvirke hans eller hendes arbejde, således at de konklusioner de ønsker også nås." (Gossop, 2000).

Post hoc ergo propter hoc

Et af de bedste eksempler fra videnskabshistorien på at de fremmeste kapaciteter kan tage grueligt fejl stammer fra medicinen. I flere årtusinder var universalkuren mod sygdom at årelade den syge, og datidens dygtigste medicinere mente det bevist, at blodtapningen hjalp de syge.

Nu om dage ved vi, at hvis der skete

en bedring af patienten tilstand, skete dette på trods af åreladningen og ikke i kraft af åreladningen. Blodtapningen gik forud for bedringen, men var ikke årsag til bedringen. Man kan ikke konkludere at åreladning - eller nogen anden form for terapi - virker, på grundlag af at et betydeligt antal patienter faktisk kommer sig efter behandlingen. Det er en klassisk fejlslutning ved navn "post hoc ergo propter hoc" (efter dette, altså som følge af dette), hvis man ud fra det forhold at to begivenheder følger efter hinanden i tid, slutter at det første også er årsag til det andet.

Virker forebyggelse? Virker kontrol? Virker behandling? Når man undersøger dette udgør post hoc ergo propter hoc en lige så stor faldgrube, som den har gjort for medicinen i årtusinder!

Hvis unge undlader at bruge stoffer efter at de har været udsat for oplysning og holdningsbearbejdelse er dette altså ikke et bevis for forebyggelsen har virket efter hensigten. Det kan man kun påvise, hvis man har haft en kontrolgruppe. Tilsvarende kan man ikke indenfor misbrugsbehandlingen opregne dem, som bliver stoffri eller på

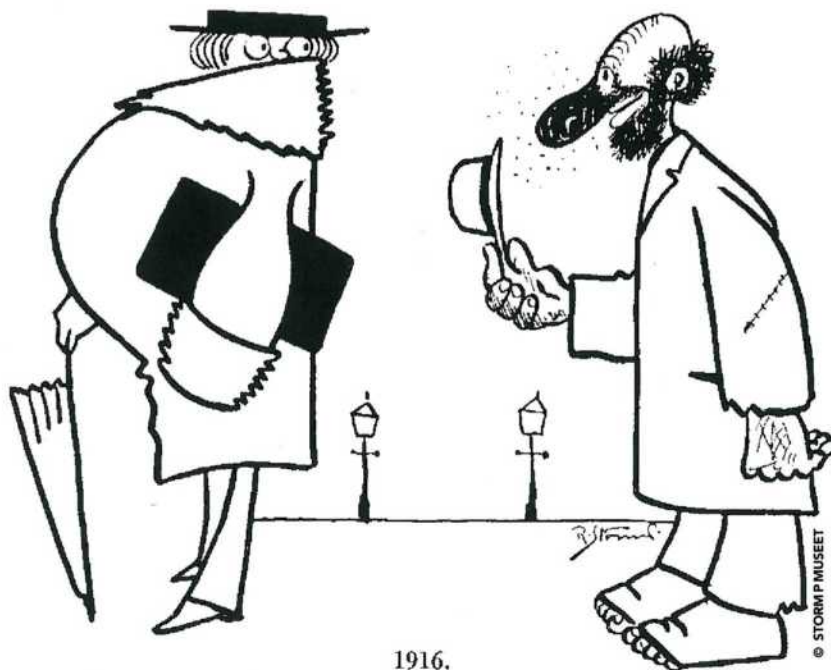
anden måde bedres i forhold til udgangspunktet, og bruge dette som bevis for, at behandlingen virker. Det var præcis den fremgangsmåde de åreladende læger brugte.

Endeligt kan man ikke konkludere at kontrolforanstaltninger gør en positiv forskel ved at opregne antallet af dømte forhandlere og mængden af beslaglagte partier. Ideelt set skulle man have et kontrolkontroleksperiment, hvor man netop undlod kontrol. I manglen af dette kunne man på forhånd opstille effektforventninger i forhold til udviklingen på det illegale marked målt ved udbredelse, stofstyrke, tilgængelighed eller prisudvikling.

Den omvendte fodboldtræner

I fodbold er det sådan, at det er holdet der vinder, og træneren der taber. Spillerne får æren hvis det går godt og trænerne får skylden, hvis det går skidt. Sådan er vilkårene for trænergerningen.

På narkoområdet lægges en anden kabale op når ære og skyld skal fordeles. Når det går godt, tager vi gerne æren herfor, og når det går skidt skyldes det principielt ude fra kommende forhold. Hvis der opstår tørke på det



1916.

- Drikker De stærke drikke?
- Inden vi går videre, er det en invitation eller et samvittighedsspørgsmål?

illegale marked skyldes det kontrolindsatsen, hvis det flyder med stoffer, er det på trods kontrolindsatsen. Hvis dødeligheden falder er det et resultat af vores initiativer. Hvis dødeligheden stiger er det stoffernes, pushernes eller narkomanernes egen skyld. Hvis behandlingen lykkes, tager man gerne æren for et positivt behandlingsudfald. Går det skidt så mangler klienten motivation eller har endnu ikke nået sin bund. En ting er sikker: når vi lægger kabalen op, så gunstigt for vores eget virke, så forpasses muligheden for refleksion.

Kontrafaktiske konditionaler

Et flerårigt dansk forebyggelsesprojekt så ud til at være en fiasko. Man havde forsøgt at etablere en røgfri årgang, men de unge fra den røgfri årgang røg enten lige så meget eller mere end jævnaldrende, som ikke havde været igennem samme program. I den forbindelse hævdede formanden for det nu nedlagte Tobaksskaderåd behændigt følgende: hvis ikke man havde lavet røgfri årgang for disse unge, kunne det meget vel tænkes at have set endnu værre ud. Deri havde formanden så inderligt ret. Meget kan tænkes - også det!

“Hvis ikke, så “ er det man i filosofi-en kalder et kontrafaktisk konditionale. Med denne skabelon kan man bortforklare enhver tvivlsom eller manglende effekt. Efterrationaliseringer af denne type kan sagtens være plausible, men problemet er at hævdelserne ikke kan efterprøves og knapt nok kritiseres. Man kan mindst lige så meningsfuldt hævde det modsatte.

Diskussionen flyttes over i spådommenes domæne. Spørgsmålet om hvad der er sandt, gøres i stedet til et spørgsmål, om hvem der har den bedste kry-stalkugle.

Den fortabte søn

Det er en positiv oplevelse når en hulkindet misbruger i miserabel forfatning bedrer sig og bliver rask, glad og får røde kinder. Succeshistorien vil blive taget til udtryk for at behandling nytter, at det vi gør er “godt nok” og at der altid er håb. Glæden over den frels-te sjæl, som finder tilbage til dydens vej

efter at have levet et udsvævende liv er ikke kun en lignelse fra Lukas-evangeliet.

Vejen ad hvilken vi kvalitetsudvikler behandlingsindsatsen er imidlertid ikke kun at glædes, når døde med lignelsens ord bliver levende igen. Opgaven er at finde og raffinere det i behandlingen, som har været udslagsgivende for det positive udfald. Opgaven er også at blive klogere på de, som ikke har nytte af eksisterende behandling, de hvis situation ligefrem forværres efter behandling, og de som slet ikke kommer i de eksisterende behandlingstilbud. Vi må ikke metodisk lade os fiksere af fortabte sønner, som vender tilbage.

Matchningsargumentet

At det gælder om at finde den rette behandling for hver enkelt er en truisme, som ingen vil benægte. At der findes ganske mange misbrugere med et utal af mislykkede behandlinger bag sig (og dermed forbundne “mislykkede” matchninger) er heller ikke til at komme uden om. Vi står her overfor en tredobbelt udfordring: Findes der faktisk en behandling til alle? Hvordan matcher man optimalt? Hvordan forholder man sig til de undersøgelser som viser, at i hvert fald den matchning, som vi indtil nu har kunne præstere, synes at være stærkt overvurderet som middel til at sikre et godt behandlingsudfald?

Bagklogskab er som bekendt den mest præcise videnskab af alle. Problemet med matchningshypotesen er, at man i tilbageblik (retrospektivt) kan forklare ethvert negativt behandlingsudfald med dårlig matchning, mens man løbende (prospektivt) så at sige aldrig binder sig op på at levere resultater gennem den matchning, man nu engang leverer. Matchningshypotesen bliver dermed leveringsdygtig i en universalforklaring, som til hver en tid kan bortforklare dårlige behandlingsudfald. Selv hvis alt eksisterende har været forsøgt gennem talrige mislykkede matchninger, vil man kunne hævde at den rigtige match er noget nyt som er lige om hjørnet ad infinitum. Dermed kan matchningshypotesen gøre os helt og aldeles immune over for

klare indikatorer på, at der måske er noget galt med vores behandlingstilbud, eller med vores antagelse om at behandling er svaret på alle misbruges problemer.

Lad 90 skoler visne

Set under evighedens synsvinkel er vore tiltag overfor afhængighed og misbrug nye og uprøvede. En række teoretisk uforenelige syn på årsager til misbrug flourerer, og konfliktende syn på frugtbarheden af forskellige praktiske metoder er endnu ikke udredt. Vidensfeltet er stadig er under etablering.

I en pionertid er det god latin at lade 100 skoler blomstre. Men hvorfor gøre en dyd af nødvendigheden?? Ikke alt indenfor forebyggelse, kontrol eller behandling kan være lige rigtigt. Alle skoler kan nødvendigvis ikke være lige gode, og på et eller andet tidspunkt må det derfor også være påkrævet at lade den eklektiske periode rinde ud og lade 90 skoler visne.

Ved at søge kan vi med tiden komme til at forstå rusmiddelafhængighed bedre. Men vor søgen må ledsages af kendskab til metodiske faldgruber. Muligheden for at lære af erfaringen øges, hvis vi ikke immuniserer vores nuværende indsats og foreløbige viden mod kritik.

Litteratur:

Gossop, Michael, 2000 (5.udg): **Living with Drugs**, Ashgate Publishing, Aldershot
Popper, Karl R., 1963: **Conjectures and Refutations**, Routledge, London
Zinberg, Norman E. et al, 1972: **Drugs and the Public**, Simon and Schuster, New York

Michael Jourdan
Filosof



26

AF CLIFF KALTOFT, CENTERLEDER

Købt eller solgt - tanker om usikkerhed

At komme til Italien fra Danmark kan være noget af et kulturchock, som kan give stof til eftertanke langt tid efter hjemkomsten. Flere år efter at være kommet hjem fra træning på Centro de Italiano de Solidarite (CEIS) er det for alvor ved at gå op for mig, hvilken udfordring "italienske tilstande" er for os her i Danmark

Forventningerne var ellers små inden afrejsen, og jeg var ret skeptisk omkring, hvad mit udbytte af det tre måneder lange teoretisk/praktisk træningsforløb ville være. En historisk datering over om den italienske narkobehandling havde nået "bronzalderen" eller "jernalderen", kunne det vel blive til. Al ære og respekt for Julius Cæsar og det Romerske rige, hvis indflydelse på moderne civilisation næppe kan undervurderes. Men et er fortid. Noget andet er nutid. At Romerne i sin tid opfandt så nyttig en ting som kommunkontoret, kan vi jo ikke falde på halen over længere. Hvad skulle vi fra Danmark, nutidens sociale Mekka, velfærdsstaterne over alle velfærdsstater, landet med verden mest gennemgribende sociale engagement kunne lære her?

Jeg må rettelig sige, at vi kan lære ikke så lidt. Opholdet i Italien vendte op og ned på samtlige af mine forestillinger. Hvis Italien på narkoområdet var i "jernalderen", kom jeg selv fra et land der befandt sig i "yngre stenalder". Mit verdensbillede blev rystet. At Italienske tilstande ligefrem skulle være at foretrække, havde jeg ikke forestillet mig.

Italienske tilstande

En af de mest slående forskelle mellem

Italien og Danmark er fornemmelsen af, at der i støvlelandet hersker en arbejdsro, som man kan blive helt misundelig på. Man får grangiveligt det indtryk, at hjælpe-omsorgs-behandlings sektoren er gennemsyret af en følelse af sikkerhed og stabilitet, og at såvel brugere, medarbejdere og frivillige møder større rummelighed, accept og respekt end herhjemme. Det er som om værdigrundlaget for indsatsen er anderledes og mere afklaret end herhjemme.

Med dansk baggrund var det eksempelvis overraskende at opleve, at medie-omtale i stor udstrækning var positivt vinklet. Når et narkotikarelateret emne blev debatteret var den interviewede som regel en kendt politiker eller skuespiller og ikke en ukendt gadearbejder eller socialpædagog. Indslagene formidlede derved en følelse af vigtighed og pondus til området. At indsatsen ikke, som i Danmark, er gennemsyret af lavstatus sås også på CEIS institutioner, hvor der hang billeder af mange kendte skuespillere, politikere og såmænd paven selv, der alle havde aflagt besøg og som støttede foretagendet på forskellig vis. Hvor mange danske narkoinstitutioner har oplevet den form for opbakning?

På CEIS var der masser af skulptu-

rer, tilbygninger og andre ting, som var skænket af kendte personer. Som dansker måber man, og kan dårligt forestille sig noget tilsvarende. I Danmark er der stor negativ opmærksomhed når et nyt behandlings- eller værested skal placeres. Ingen ønsker "den slags" i baghaven og en beliggenhed tæt på Marselisborg eller Marienlyst er nærmest utænkkelig. Man tør næsten ikke nævne at "San Carlo" - døgnafsnittet for "hærdede" stofafhængige - lå i en gammel kardinalbolig beliggende 500 meter fra Pavens sommerresidens og var skænket til formålet af Paven selv!

Danske tilstande

Siden mit ophold i Italien har jeg i mit stille sind håbet på en lignende udvikling i Danmark. Da Dronningen i år sendte en nytårshilsen til alle de, som arbejder med de allermest udstødte glædede det mig overordentligt meget, som et tegn på nye tider. Er vi i narkosektoren måske ved at komme med ind i den eksklusive skare, hvor søens folk, og andre gode mennesker, der gør en indsats for nationens ve og vel, længe har befundet sig? Man kunne da håbe det.

I et overordnet perspektiv er forholdene for stofafhængige de sidste 7-8 år blevet forbedret i en grad, som få havde

turdet håbe på. I dag er mediernes bilde ikke længere udelukkende at stofafhængige er asociale, smittebefængte, kriminelle, sociopatiske, samfundsfjender med rygrad som en regnorm. Stofafhængige portrætteres nu og da også som almindelige mennesker, blot med et problem ekstra, hvilket er et stort fremskridt. Tilsvarende har indstillingen til klienterne ændret sig til det bedre rundt omkring på institutionerne og i systemerne. Forandringerne er ikke af galaktiske proportioner, men ikke desto mindre registrerbare.

Samspillet mellem de mange forskellige indsatsområder er ligeledes blevet forbedret. Der findes stadig uenigheder omkring metoder og mål,

men man støder ikke mere så ofte på unuancerede og dogmatiske holdninger, så som at "stoffri behandling er tortur", at "skadesreduktion er aktiv/passiv dødshjælp", og at "stofafhængige er psykisk syge, der bliver endnu mere (psykisk) syge, hvis de holder op med at tage deres medicin (metadon)". Der er mange modstridende syn på tingene, men ikke længere så mange hellige køer. Man forsøger at finde fælles løsninger på tværs af de forskellige ideologier.

Landsforeningen af Væresteder for Stofafhængige og Tidligere Stofafhængige er et godt eksempel herpå. Her mødes 45 væresteder med vidt forskel-

lige målgrupper og målsætninger jævnligt og taler om, hvordan man hjælper stofafhængige og tidligere stofafhængige bedst. Det er her jeg tit er stødt på problemet "købt eller solgt", - en problemstilling som ikke virkede så fremtrædende i Italien, men som gennemsyrer ikke kun værestedsområdet, men hele den danske narkoindsats.

Om man er købt eller solgt er et udtryk for en gennemgribende usikkerhed. Blandt brugerne er denne usikkerhedsfølelse et større problem end man måske går og forestiller sig. Jeg vil her prøve at give nogle eksempler på fænomenet, samt hvad virkning det har på narkoområdet både i behandlings-/omsorgssektoren og på brugerne.

ANDERS PETERSEN BAM



Forsøg og atter forsøg

Tag den evige snak om forsøg med lægeordineret heroin, forsøg med udlevering af metadon til injektion, forsøg med substitutionsbehandling med nye præparater, forsøg med Vietnamesisk urtekur, forsøg med afgiftning under narkose. I mine øjne er ordet forsøg blevet et mantra på området, et politisk plusord under hvis banner snart den ene "løsning" snart den anden kan lanceres til den løsningshungrende offentlighed. Forsøg må der til, Amen.

Det kan virke helt bagstræberisk at være imod al den forsøgssnak. Naturligvis skal der sættes nye skibe i søen. Gamle sødygtige skibe skal bare ikke

skrottes af den grund, men vedligeholdes og forbedres. Naturligvis er der også brug for at erfaringerne skrives ned så andre kan få glæde af dem, og at der laves evalueringer, rapporter og større og mindre udredninger af diverse socialmedicinske behandlingseksperimenter.

Omkostningerne ved forsøgene må bare ikke overses. Forsøg kan betyde slingrekurs og ustabilitet og manglende kontinuitet. Det forsøgsvenlige klima kan betyde at vindene kan vende med øjeblikks varsel efter en enkelt overskrift i Ekstra Bladet. Som bruger i en forsøgstid ved man ikke om man er købt eller solgt. Hvordan mon brugerne har

det med at være forsøgskaniner? Hvordan er det mon at være brikker på fuld tid i et spil om løsningen på problemet? Hvordan indvirker forsøg på den overliggende behandlingsmålsætning om at give disse mennesker en smule ro i deres turbulente liv?

Brugerens frygt

Også i den veletablerede metadonunderstøttede behandling, som jo ikke længere er et forsøg, er købt-eller-solgt en integreret del af brugernes hverdag. At komme i metadonbehandling burde i princippet være en trygheds- og stabilitets-skabende foranstaltning, men meget og meget i forbindelse med metado-



MARIANNE GRØNDAL BAM

nen ledsages fortsat af købt-eller-solgt problemer. Som forholdene er i dagens Danmark, kan det at komme fem minutter for sent indebære, at man måske mister sin dagsdosis. Mange steder er udleveringsordningen kendetegnet ved, at der er en udleveringstid på bare 1 time, hvor afhentning skal ske. At miste sin dagsdosis lyder måske ikke som nogen større sanktion, men man må forstå, at for disse mennesker er den daglige metadondosis afgørende for en tålelig tilværelse. Den straf de føler er større end, hvis vi andre ikke kunne få noget at spise de næste 24 timer, bare fordi vi kom for sent til morgenmaden. Følgelig bliver frygten for at komme for sent et dominant træk i deres tilværelse og en kilde til daglig uro. Man oplever at brugere hellere undlader at sove end at risikere ikke at høre vækkeuret. Metadonen, der burde betyde stabilitet, bliver i kraft af udleveringsordningens rigiditet en kilde til konstant uvished, og hermed forspildes muligheden for en mindre kaotisk tilværelse.

Et andet eksempel på at metadon ikke i sig selv giver trygge rammer kommer af risikoen for udtræpning på grund af sidemisbrug. Brugeren risikerer at blive udtræppet, hvis en vilkårligt udtaget urinprøve falder på et uheldigt tidspunkt. Heldigvis er der de senere år kommet en større forståelse for at brugerne netop får metadon, fordi de har en uimodståelig trang til at være påvirket og ikke omvendt, så de store inkvisitioner imod sidemisbrug er ikke så hyppige mere. Men frygten for at blive ramt af "stokken" er stadig den samme hos brugerne uanset om det sker tit eller sjældnere.

Frygten for at blive udtræppet mod sin vilje er stor, og selv om hensigten med sanktionen kan være nok så velment, kan konsekvenserne være meget uhensigtsmæssige. Man så gerne at brugeren afholdt sig fra sidemisbrug, kriminalitet og voldelig/truende adfærd. Men forsøget på adfærdsregulering med stokkemotoder kan i mange tilfælde have den stik modsatte effekt. Den aktive bruger, som ikke ved om han/hun er købt eller solgt, kan på

grund af dette ekstra pres have brug for mere narkotika, og laver mere kriminalitet og får måske derfor også en mere aggressiv holdning til omgivelserne. Frygt kan desuden medføre en ukonstruktiv dialog imellem bruger og behandler og kan resultere i at den stofafhængige "prostituerer" sig ved hele tiden at snakke behandleren efter munden.

Også i andre sammenhænge ved man ikke om man er købt eller solgt. Der er nok ikke længere grund til at frygte, at al udlevering af metadon vil blive omlagt eller nedlagt eller at en betydelig del af behandlingindsatsen pludselig vil blive sparet væk. Men det er mit indtryk, at få på dette felt føler sig rigtigt sikre i Danmark. Hvad folkestemningen måtte kræve af her-og-nu løsninger eller hvad politikerne i morgen måtte finde på i deres visdom og handlekraft, er i Danmark en evig kilde til utryghed.

På de fleste væresteder betyder det at lukningsspøgelset kaster lange skygger. Kampen for på lokalt plan fortsat at få lov til at hjælpe en gruppe mennesker med hjælp behov, er en indsats som starter i samme øjeblik man har sikret sig endnu et år. Man kan tvivle på om et værested, hvis fornemste mål er at give en gruppe mennesker med et endog til tider meget turbulent liv et pusterum, kan opfylde sin målsætning, når stedet i sig selv er i en så usikker situation. Man kan ligeledes være i tvivl om hvorvidt værestederne, de offentlige institutioner og andre private projekter er i stand til at yde den optimale hjælp til målgruppen, når en stor del af ressourcerne hele tiden skal bruges på overlevelse i form af PR, skrivning af ansøgninger til fonde og puljer og udtænkning af salgbare ideer. Man kan i den sammenhæng også frygte at dette evige krav om nye initiativer blokerer for videreudvikling af gennemprøvede og brugbare initiativer, blot fordi de ikke længere har nyhedsværdi.

Fjern usikkerheden

Så er det, at det står mig mere og mere

klart, at vi kunne bruge lidt italienske tilstande her hos os. Vi har god brug for lidt mere realisme i form af mindre jagt på løsninger, der ikke findes, og mere kontinuitet og stabilitet overfor en opgave, der er kommet for at blive. Det kunne måske være en ide om narkoområdet ikke i nær samme grad som det er tilfældet skal være kastebold mellem Socialministeriet, Sundhedsministeriet og Justitsministeriet, hvor grundholdningerne til, hvordan man skal hjælpe de stofafhængige som bekendt veksler mellem resocialisering, helbredelse og straf. Sidst men ikke mindst kunne man håbe på at vi fik afklaret mål, midler og værdier, så narkoområdet kan blive et felt, hvor man udviser humanisme i stedet for at være et felt, hvor man fortsat laver politik og markerer sine ideologiske holdninger.

Da man for 7 år siden nedsatte Narkotikarådet var der mange forhåbninger til at en mere indsigtfuld og afklaret narkotikapolitik var lige om hjørnet. Meget er lykkedes, men det er mit håb at det "nye" Narkotikaråd vil kunne tage fat på nogle af de forhold, hvor vi halter bagefter italienerne. Jeg synes, vi skylder alle de mennesker, som er afhængige af behandlingssystemet og dem der arbejder på området, at de ved om de er købt eller solgt.

Cliff Kaltoft

Cliff Kaltoft er leder af Lytte- og Informationscentralen og medlem af Narkotikarådet



30

Øreakupunktur ved abstinensbehandling

AF LARS WIINBLAD, SYGEPLEJERSKE OG AKUPUNKTØR
JENS FRYDENLUND NIELSEN, OVERLÆGE OG SPECIALLÆGE I PSYKIATRI.

HEINE PETERSEN BAM



Øreakupunktur til medicinafhængige, opiatmisbrugere og alkoholikere har slået an mange steder i verden som en bivirkningsfri behandling med overraskende gode resultater. Metoden anvendes også i Danmark

Med metoden *acudetox* (acupuncture detoxification) kan mange klienter nås for få midler. *Acudetox* blev udviklet i begyndelsen af 1970'erne af den amerikanske psykiater *Michael Smith* som alternativ til metadon. I USA har metoden vundet indpas i retssystemet. Ved såkaldte *drug courts* kan narkomaner idømmes akupunkturbehandling som

alternativ til fængselsstraf. Dette støttes økonomisk af forsikringsselskaberne.

Inden for misbrugsbehandlingen er øre-akupunktur noget nyt i Europa. Metoden har på otte år vundet udbredelse i omkring 20 forskellige lande, og reaktionerne er positive. Bemærkelsesværdigt er bl.a. meldinger fra fængslerne, hvor *acudetox* har vist sig virksom i forebyggelse af vold og aggression.

Nada-punkterne

Psykiater *Michael Smith* er leder af en metadonklinik under psykiatrisk afdeling på *Universitetshospitalet Lincoln* i Bronx, New York. Behandlingsresulta-

terne udeblev. *Michael Smith* tog derfor i 1973 kontakt til en kinesisk læge i Chinatown, som viste hvordan man havde behandlet narkomaner med *acudetox* i Hong Kong. *Lincoln Hospital* indførte straks metoden. I løbet af få år udviklede *Lincoln Hospital* deres eget fempunkt program, som hurtigt viste sig meget effektiv. De samme punkter har nu været benyttet på 250 klienter dagligt gennem 25 år alene på *Lincoln Hospital*. Denne form for *acudetox* har siden midten af 1980'erne bredt sig over store dele af verden under navnet *NADA* (*National Acupuncture Detoxification Association*).

Metoden er standardiseret og enkel. Alle behandlere kan uanset baggrund relativt let lære at anvende teknikken.

Nada-punkterne og deres funktion er; "Sympaticus": som virker afslappende og dæmper puls og blodtryk. "Shen Men": har en psykisk beroligende og anti-depressiv virkning. "Nyren": udskiller affaldsstoffer, er energigivende og angstdæmpende. "Lungen": udskiller affaldsstoffer og dæmper abstinenssymptomer. "Leveren": renses for affaldsstoffer, dæmper aggression og muskelkramper. I begyndelsen blev acudetox brugt sideløbende med metadon med det resultat, at forbruget af metadon faldt til omkring det halve. Efter få år blev metadon helt afskaffet. I mere end 20 år har acudetox været den eneste abstinensbehandling på Lincoln Hospital og grundlaget for hospitalets andre behandlingsmetoder.

Danmark på landkortet

Acudetox kom til Danmark i 1997, hvor metoden blev indført på Psykiatrihospitalet Nykøbing Sjælland. Inspirationen kom fra Sverige, som havde benyttet behandlingen i det offentlige system i flere år. Acudetox viste sig at være et godt redskab til langvarige udtræninger af sove- og nervemedicin (benzodiazepiner). Acudetox hjalp også på andre symptomer som angst, fysisk og psykisk uro og irritabilitet. Metoden kunne med fordel anvendes i et psykoterapeutisk forløb uden at hæmme udbyttet af terapien. Der sås et markant fald i genindlæggelser for flere patienters vedkommende. Forbruget af sove- og nervemedicin kunne reduceres med mere end 90 pct. Erfaringerne førte til, at der i januar 1999 for første gang blev arrangeret Nada-kurser i Danmark.

På blot to år har acudetox bredt sig til store dele af landet. Det er især de private behandlingssteder, der har taget acudetox til sig. Fra Gunderuplund i nord og Danasota og Moesgaard i syd. Fra Sct. Ols på Bornholm til Kråsiglund og Midtgaarden i Jylland. For blot at nævne nogle enkelte institutioner. Kongens Ø har bl.a. indført metoden i deres afdeling i Vridsløselille Statsfængsel. Forløbig benyttes acude-

tox primært i afgiftningen.

Blå Kors i Tåstrup har som de første lavet et pilotprojekt på acudetox og alkohol. Projektet omfatter klienter i døgnbehandling og viser lovende resultater. Også Københavns Kommunes Behandlingscentre, Ribe og Vejle amt, psykiatriske afdelinger i Vestsjælland, socialpsykiatrien i Odsherred og Roskilde, Fredericia Kommunes Narkobehandling m.fl. benytter acudetox.

Grønland har også vist interesse. Institutioner i både Nuuk og Ilulissat har uddannet medarbejdere i acudetox.

Dæmper angst og kaos

Behandlingens styrke er dens enkelhed. Acudetox er ikke en teknisk disiplin, som flytter fokus fra de øvrige behandlingstilbud. Det tager en øvet person et til to minutter at sætte de ti nåle i klientens ører. Efter ganske få minutter kan de fleste klienter beskrive en let prikkende fornemmelse i ørerne ledsaget af en varme, som om man får røde ører.

Patienterne begynder at slappe af. Mange oplever, at de bliver i stand til at udholde deres kaotiske tankegang. Angstniveauet bliver mindre. Ofte glider øjnene ubemærket i, og en del falder i søvn efter 10 til 15 minutter. De psykiske abstinenssymptomer, herunder angst og panikanfald, der er karakteristisk ved benzodiazepinedtræning, mindskes. Hos flere patienter kan angsten forsvinde i flere timer op til halvandet døgn efter behandlingen. Mange beskriver at deres fysiske symptomer lindres eller forsvinder. I denne sammenhæng kan nævnes rysten, sveden, muskelkramper, kvalme, smerter, kuldefølelse og hurtig puls.

Relativt hurtigt kan en del patienter fortælle, at deres nattesøvn er blevet mere stabil. Patienterne bliver mindre irritable, og som følge heraf ses bedre samarbejde og færre konflikter. Flere fremhæver, at stoftrangen mindskes. Hos nogle ses spontan nedgang i forbrug af bl.a. alkohol.

Godt supplement

Erfaringerne viser, at acudetox har en positiv effekt i omkring 80 pct. af tilfældene uanset hvilket stof, der er indtaget. Kun kokain har en lavere score.

Behandlingen er ufarlig og kan uden risiko gives til gravide. Der findes ingen rapporter om infektioner eller længerevarende komplikationer. Nogle klienter føler at det kan gøre lidt ondt at blive stukket i øret. I enkelte tilfælde nævnes hovedpine eller utilpashed som bivirkning. Metoden har vist sig at gå godt i spænd med andre behandlingsformer. Acudetox har ingen uheldig påvirkning af medicinsk behandling. Det anbefales at klienterne altid følger deres sædvanlige medicinske behandling. Narkomaner, der er eller har været i akupunkturbehandling, er betydeligt mere motiverede til at følge den anden behandling. De strukturerer deres dag bedre, begynder at holde aftaler og møder i stigende grad op til samtaler hos deres behandlere.

Acudetox påvirker klienternes mentale balance. Aggression mindskes. Evnen til at tænke klart bedres. Depressive symptomer mindskes. Acudetox er derfor ofte det første skridt videre mod andre tilbud og social rehabilitering.

NADA-behandling kan anvendes i alle misbrugets faser. Behandling kan endog gives selvom klienten er abstinent eller endda påvirket. Acudetox

fakta om effekt af øreakupunktur

Undersøgelser har vist, at akupunktur aktiverer og medvirker til, at en lang række stoffer frigives i kroppen. Blandt disse stoffer kan blandt andet nævnes endorfiner og serotonin. De anførte symptomer har relation til abstinensbehandling, og stammer fra et Amerikansk forskningsprojekt (Gurevich, 1996).

FYSISKE SYMPTOMER

Akupunktur øger: Søvnkvaliteten, *Akupunktur nedsætter:* Rysten, Sveden, Muskelkramper, Tarmproblemer, Smerter, Hovedpine, Hjerterefrekvensen, Spytsekretion, Kvalme, Kuldefølelse, Snue, Medicinbehov, Stress

PSYKISKE SYMPTOMER

Akupunktur øger: Motivation, Samarbejde, Positiv adfærd og afslapning, Bevissthed om følelser, Fokuseret tænkning, Udbytte af anden behandling, *Akupunktur nedsætter:* Uro, Aggression, Stoftrang, Panikanfald, Søvnløshed, Depression, Mareidit, Irritabilitet, Nikotinbehovet, Appetit Alkoholtrang

giver signifikant abstinenslindring. Omvendt fremmes afgiftningsprocesser af acudetox. Klienten behøver ikke vente på hjælp. Behandlingen giver hurtig behovstilfredsstillelse. Dette er en vigtig grund til, at det anbefales at arbejde i en gruppe. De ventende kan følge med i, at andre får akupunktur. Klienterne kan se, at behandlingen ikke er forbundet med smerte. De kan se hvordan andre bliver afslappede og tilfredse. Mange beskriver behandlingen som en behagelig rus, hvor den mentale tilstand ikke er påvirket. Det er noget nyt for klienterne at opleve tilfredsstillelse uden brug af rusmidler. Mange beskriver, hvordan deres stof- og pillefiksering nedsættes. At kunne føle velvære uden at have indtaget stimulanser er giver en oplevelse af, at forandringen kommer indefra.

Non-verbal behandling

Omkring halvdelen af de der behandles på Lincoln Hospital har også en psykiatrisk lidelse. Alle får acudetox inden de tilbydes anden behandling. På Lincoln Hospital prøver man så hurtigt som muligt at knytte klienten til en gruppe. Det kan være en terapeutisk gruppe eller NA, som holder faste møder i klinikbygningen. Tryghed er et nøgleord. Det skal være attraktivt for klienterne, hvis et længere behandlingsforløb skal lykkes. Alle kan frit komme i klinikens åbningstid.

Behandlingen er non-verbal. Acudetox er en idéel behandlingsmulighed til klienter, der ikke magter samtale. Det er ikke akupunktørens opgave at konfrontere klienten og spørge til udeblivelse eller tilbagefald. Mange af klienterne har et paranoidt beredskab. For mange er fysisk kontakt grænseoverskridende, særlig for den gruppe af klienter, der har været udsat for incest og seksuelle overgreb.

I starten anbefales det at få behandling ofte. Gerne hver dag. Efter et par uger nedsættes frekvensen gradvist. Ved tilbagefald intensiveres behandlingen, hvis der er behov for det. Klienterne skal helst sidde med nålene i ørene i 45 minutter. Men klienterne kan selv bestemme hvor længe behandlingen skal strække sig.

Dømmes til akupunkturbehandling

Acudetox anvendes i socialt udstødte grupper som f.eks. indianerreservater og blandt samfundets dårligst stillede. Michael Smith siger det sådan *"Hos psykisk syge og paranoide mennesker med stort misbrug, voldelig og kriminell adfærd, ser man umiddelbart de bedste resultater"*. Men acudetox skal ikke alene vurderes på den umiddelbare effekt, men i høj grad på hvordan klienten over tid bliver bedre til at indgå i behandling og relationer til andre mennesker. Det har vist sig, at narkomaner i acudetoxbehandling har signifikant lavere kriminalitetsrecidiv. Dette har gjort acudetox populær på behandlingsinstitutioner og i fængsler. Det er forsikringsselskaber, der er med til at sponsorere denne behandling i USA. Mange fængsler bruger acudetox til at forebygge vold. I England steg antallet af fængsler der anvender metoden sidste år fra 40 til 80.

Som følge af crack-boomet i 19-80'erne måtte fængselsvæsenet i finde nye veje. De amerikanske fængsler var overfyldte. Efter dommere havde besøgt Lincoln Hospital, indførte man i 1989 acudetox-behandling som et alternativ til fængsel. Omkring 300 såkaldte *"drug courts"* kan idømme denne afsonings- og rehabiliteringsform.

Et acudetox-program kædet sammen med strenge krav om stoffrihed, handlingsplaner og kontrol benyttes med succes. 71 pct. gennemfører behandlingen. Foreløbig har knap 100.000 narkomaner afsonet på denne alternative vis.

Dokumentation

Nada blev grundlagt i 1986 med det formål at udbrede en standardiseret acudetoxbehandling. Talrige projekter og studier er publiceret med erfaringerne fra Lincoln Hospital og mange andre behandlingssteder. Et af de oftest citerede studier er Bullocks fra The Lancet i 1989. Her sammenlignes to grupper af tunge alkoholister. Der ses en udtalt forskel på de der modtager akupunktur og kontrolgruppen. En forskel som fortsat er tilstede under interviews et halvt år senere.

Dr. Margolin fra Yale Universitetet har også fremvist signifikante forskelle i

et studie med metadonbehandlede kokainmisbrugere. Han sammenligner tillige akupunktur med to medikamenter i acudetox-gruppens favør.

Gravide narkomaner er en gruppe, der responderer godt på behandlingen. Mange nedsætter deres misbrug eller bliver stoffrie under graviditeten. Der beskrives øget fødselsvægt samt et signifikant fald i forekomsten af abstinenssyndromer hos deres børn. Dette gælder for eksempel i Tyskland, hvor gynækolog Ralf Raben har foretaget studier af gravide narkomaners respons på acudetoxbehandling. Lincoln Hospital har i flere år haft et program specielt for gravide stofmisbrugere. Her har man kunne øge fødselsvægten hos crack-babies med omkring et kilo i gennemsnit.

Det er kendetegnende for studierne, at de der har fået akupunktur klarer sig bedre socialt, har færre symptomer på depression, er i højere grad i behandling og har færre tilbagefald. Acudetox fremhæves som en billig, sikker og effektiv metode, som er velegnet til klienter der traditionelt er svære at nå.

Litteratur

- Smith M.O. & Khan I. An acupuncture programme for the treatment of drugaddicted persons. Bull Narc 1988;40(1):35-41.
- Bullock, M et al. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. The Lancet, June 24, 1989, pp 1435 - 1439.
- Margolin et al. Acupuncture treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. American Journal of Addiction, vol.2, nr.3, 1993.
- Mitchell, E.R. Fighting Drug Abuse With Acupuncture - The Treatment That Works. 1995, Pacific View Press, ISBN 1-881896-12-9.
- M.I. Gurevich M.I. Is auricular acupuncture beneficial in the inpatient treatment of substance abusing patients? A pilot study. J Subst Abuse Treat. 1996;13(2):165-171.
- Frydenlund, J. & Wiinblad, L. Øreakupunktur ved abstinensbehandling. Sygeplejersken 1998;37:26-34.

Om forfatterne:

- Jens Frydenlund, Overlæge og Speciallæge i Psykiatri. Ansat i Psykiatrisk Ambulatorium Helsingør. Har arbejdet med medicinafhængighed i mange år. Forfatter til adskillige artikler om emnet. Er Nada-akupunktør.
- Lars Wiinblad, Psykiatrisk Sygeplejerske, akupunktør og godkendt Dansk Nada-instruktør. Ansat ved Psykiatrihospitalet Nykøbing Sjælland.



THOMAS DAVIDSEN

AF THOMAS DAVIDSEN, JOURNALIST

Spirituel afvænning

Behandlingsprojektet Navjyoti i Delhi har gjort 12.000 misbrugere stoffri

Indien kender alle den kvindelige politichef i Delhi, Kiran Bedi. Taxi-chaufføren, der lyser op i et vantro smil, da det går op for ham, hvor vi er på vej hen, er ingen undtagelse. Han kan fortælle hele hendes dramatiske livsforløb.

Vinderen af Asian Lawn Tennis Championship var den eneste kvinde på sin årgang på politiskolen, da hun blev færdig i 1972. I hendes første aktive år rendte hun konstant ind ballade, fordi hun altid sagde sin mening. Det gav hende mange fjender, men også mange beundrere. Ikke mindst fordi hun ved flere lejligheder udviste et bemærkelsesværdigt mod. F.eks. stillede hun sig i 1978 forrest i sin egen politistyrke, da 700

vrede demonstranter skulle nedkæmpes.

På en liste over de mest respekterede personer i landet med 1 milliard indbyggere indtog hun fornylig en 4. plads. Persondyrkelsen omkring Kiran Bedi er nærmest helgenindeagtig, og taxachaufføren tager uden forbehold del i den. For ham er noget af det mest fantastiske ved hende, at ingen højtstående personer kan forvente at slippe for at betale bøder, når de parkerer ulovligt i hendes politidistrikt. Men det hun i dag er mest kendt og respekteret for, er hendes forvandling af et af verdens største fængsler, Tihar Jail udenfor Delhi, fra et sted der ikke var egnet for mennesker til det fængslet er i dag - en slags ashram, hvor fangerne mediterer, dyrker yoga og

modtager undervisning. I 1994 modtog hun Asian Nobel Prize for dette arbejde.

At afværgе problemer

Til grund for reformeringen af fængslet ligger de samme tanker, som i 1986 var udgangspunkt for behandlingsprojektet Navjyoti, der betyder "nyt lys" på indisk. Ud fra et strengt politimæssigt synspunkt konkluderede hun, at hvis der skulle gøres noget ved kriminaliteten i Delhi, skulle man gribe fat om ondets rod. Misbruget af stoffer og alkohol var den direkte årsag til langt størstedelen af kriminaliteten. I dag, 15 år efter behandlingsarbejdet startede i et baglokale på hendes egen politistation, har Navjyotiprojektet gjort 12.000

misbrugere stoffri. Kiran Bedis programmer for både fanger i fængsler og misbrugere spredes ud over hele verden i disse år. Og de udspringer af hendes egen livsfilosofi, som hviler på de to grundpiller "disciplin og spiritualitet". Ikke for hverken disciplinen eller spiritualitetens egen skyld, men fordi det, ifølge Kiran Bedi, er fraværet af netop disse to størrelser, som gør, at mennesker ødelægger deres eget liv.

- "Spiritualitet og disciplin er forberedelse til at afværge problemer. Man bliver nødt til at forstå på et dybt plan, hvorfor man må afværge at gøre de samme fejltagelser om og om igen. Ellers kan man ikke for alvor ændre noget. "At forberede sig til at afværge problemer", det er faktisk hele min livsfilosofi i én sætning. Når man spiser sund mad afværger man sygdom. Når man dyrker spiritualitet afværger man depression", siger Kiran Bedi.

Hvorfor lægger du så meget vægt på disciplin? Det er et begreb, vi har det lidt svært med i Vesten.

- "Jeg snakker ikke om soldaterdisciplin. Det handler mere om at være organiseret. Det er et lidt blødere ord, som man måske bedre forstår i Vesten. En disciplineret person er én, der er meget organiseret. Den person ved, hvad der er det rigtige at gøre hvornår og hvorfor. Hvornår skal jeg stå op om morgenen, hvad skal jeg drikke, hvad skal jeg spise? Hvem skal jeg møde og hvorfor? Den der er organiseret afværger en masse problemer, og den der er meget uorganiseret løber uundgåeligt ind i problemer. Hvis man er meget uorganiseret, kræver det ydmyghed at blive organiseret. Det er derfor, at noget af det vigtigste ved vores arbejde med misbrugere er at håndtere egoet".

Frivillig straf

- "Mange af misbrugerne har ikke erkendt, hvor meget de har gjort forkert. De har alt for meget selvtillid. Vi bliver ofte nødt til at starte med at stille spørgsmålet: "Men hvorfor er du så endt som misbruger"? Det er derfor, det er så vigtigt, at de kommer frivilligt. For de skal virkelig være i stand til at se

på, hvad der gik galt. Og en af de ting der gik galt var, at de altid troede, de havde ret. Men nu indser de, at det var helt galt. Så på en måde kan man sige, at de frivilligt lader sig straffe, for det de har gjort galt. De sov om dagen og var vågne om natten. De røg, da de skulle have spist morgenmad, de drak, da de skulle have spist frokost. De gik deres egne veje, da de skulle have lyttet med respekt. Så vi lærer dem helt forfra at være normale, brugbare, produktive borgere".

Det lyder meget simpelt.

- "Absolut. Det er et meget simpelt program. Der er ikke nogen fine teorier. Det handler om almindelig sund fornuft".

Hvorfor er spiritualitet en så vigtig del af dit program?

- "Spiritualitet betyder ikke tro på nogen bestemt Gud, nogen bestemt bøn eller nogen bestemt bog. Spiritualitet for mig er at forstå processerne i min egen bevidsthed. Det er en forståelse af sammenhængen mellem bevidstheden og kroppen, og en forståelse tankeprocesserne.

Spirituel søgen er at spørge sig selv: Hvor kommer tankerne fra. De rigtige og de forkerte. Hvorfor tænker jeg, som jeg gør? Og hvis jeg ikke kender svaret, så nærmer jeg mig det ukendte i mig selv. Jeg ved ikke hvad det ukendte er. Videnskaben har endnu ikke svaret på, hvor tankerne kommer fra. Hvorfor trækker jeg vejret, og hvornår holder jeg op med at trække vejret? Jeg ved det ikke. Det er et mysterium, men i det mindste kan jeg træne mig selv i at observere mine tanker. For først da kan jeg ændre dem, hvis de er forkerte, og beholde dem, hvis de er rigtige".

Fortabt i tanker

- "Den første erkendelse bør være: "Jeg er fortabt i tankeprocesserne". Så har jeg opnået det uvurderlige, at min egen bevidsthed har observeret min egen bevidsthed. Tanker leder til handling, og man må starte der for at ændre handlingerne. Jeg er tørstig, derfor tager min hånd et glas vand.

Vi lærer misbrugerne, at de skal for-

stå deres tanker, for det er dem, som leder dem i misbrug. Enhver trang starter med en tanke, og denne trang leder i misbrug. Derfor: observer den trang! For bare det at observere gør at trangen forsvinder. Ingen trang bliver nemlig ved særlig længe. Hvis jeg er gal, så forsvinder min vrede, hvis jeg observerer den. Det er sådan, man kan kontrollere sine dyriske instinkter. Man kan simpelthen bruge sit højere selv til at kontrollere sit lavere selv. Det er det, som behandlingen handler om.

For os alle gælder, at bevidstheden har hele spektret. Der er de svage tanker og de stærke. De forkerte og de rigtige. I biblen kalder man det for englen og djævelen. Det er præcis det samme her. Folk som gør gode ting har udviklet engleaspektet i dem selv. Dem som ender op i misbrug og kriminalitet har udviklet djævleaspektet. Det er et mysterium hvorfor bevidstheden har de to aspekter, men det har den altså. Og vi skal alle være meget opmærksomme på dem, for djævelen ligger altid på lur og prøver at komme ind og dominere".

Er det i virkeligheden den ældgamle østlige tradition, som hævder at "oplysning" kommer af at besejre sit ego, der her bliver anvendt til at behandle misbrugere?

- "Lige præcist. Og den ældgamle tradition er en søgen efter at forstå bevidstheden, og på et dybt plan spørge sig selv: Hvem er jeg? Det har hverken psykologien eller psykiatrien undersøgt".

90 pct. bliver stoffri

På Navjyoti tager man "afholdenhed" meget bogstaveligt. Fra det øjeblik behandlingen starter, må man ikke engang ryge cigaretter, og man får kun udleveret homøopatisk medicin. Ingen metadon, og heller ikke noget smertestillende. Det er lige på og hårdt.

Derfor er det også kun lidt over halvdelen af patienterne, der står distancen i de 6 måneder, som det minimum tager at gennemføre programmet. Af dem der holder op i tide falder mange tilbage i misbrug, en del bliver stoffri. Hvor mange præcist vides ikke. Men af dem som gennemfører bliver 90 pct. stoffri.



THOMAS DAVIDSEN

TIME TABLE	
TIME	SESSIONS
6:00	GET UP
6:05	GED TEA
7:25	READY
7:45-8:55	PRAYER -YOGA
9:00-9:45	BREAKFAST, NEWSPAPER, INSTRUMENTAL
9:45-10:05	REFLECTION
10:10-11:00	HONESTY CLASS
11:05-11:55	TEA / DEPARTMENT MEETING
11:55-12:35	WORK THERPY
12:35-1:30	CONFRONTATION
1:30-2:30	LUNCH / MEDICAL CHECK UP
2:30-3:00	MEDICAL CLASS/ AKAACUPUNCTURE
3:05-4:00	IN-PUT
4:00-4:25	TEA
4:30-5:10	GAMES
5:15-5:45	MEDITATION
5:50-6:45	BRAMHAKUMARI SPIRITUAL CLASS
6:50-8:15	CONFRONTATION
8:15-8:45	EDUCATION CLASS/GEE TARATH/BHATA
8:45	DINNER
10:00	NEWS AAJ TAK
10:45	LIGHTS OFF

WEDNESDAY } ENCOUNTER
 SATURDAY } FAMILY MEETING
 SUN DAY → H.O.D. MEETING/SHABING

Behandlingen er holistisk. Det vil sige, at alle aspekter af misbrugerens livssituation inddrages i behandlingen. Mentale, psykologiske og fysiske, såvel som sociale, økonomiske, jobmæssige og ikke mindst familiemæssige.

Familien er med i behandlingen, før den starter. I Indien, hvor så meget afhænger af ens sociale netværk, er det helt afgørende for en succesrig behandling, at den nærmeste familie er helt integreret i forløbet. Ved samtaler og besøg i hjemmet giver man de pårørende en forståelse både af hvad der er sket i misbrugerens liv, og hvad der skal ske. Det er vigtigt for familien at finde den rigtige balance mellem på den ene side at være en kærlig stødpude og på den anden side at kunne magte, hvis det er nødvendigt, at optræde med behård konsekvens.

Der er også en længere forberedel-

sesfase for misbrugereren. Det er altafgørende for behandlingsforløbet, at det hele starter med et helt og aldeles frivilligt ønske om at blive stoffri. For det er nemlig kun under de første par ugers kolde tyrker, at misbrugereren er bundet til stedet. Derfor bliver der brugt meget tid på at opnå den rette indstilling, før det går løs.

Selve behandlingen er bundet sammen af et stramt program. Man står tidligt op om morgenen, og begynder med bønner og yogaøvelser. I løbet af formiddagen er der "konfrontation". Patienterne skal forstå, hvad det er de har bragt sig selv ud i. "Hvorfor gjorde du det"? "Er du klar over, hvor meget det har kostet din familie"? Der bliver ikke lagt fingre i mellem.

Eftermiddagen er lidt mere fredelig. Her mediterer man, og bagefter er der tilbud om forskellige former for det vi

herhjemme kalder alternativ behandling. Akupunktur, massage og mudderbade er nogle af tilbudene.

Tidligt på aftenen kommer der typisk besøg af spirituelle eller religiøse grupper udefra. Her synger man Hare Krishna sange, for som lederen af stedet Argumand Bano siger: "Det virker fantastisk, jeg aner ikke hvorfor. Måske er det noget i hjernen, der bliver balanceret, måske er det fordi man flytter opmærksomheden, og forlader sine tanker et øjeblik. Men det bringer patienterne i forbindelse med Gud. Og hvad var det stofferne tog dem væk fra? Gud."

Man kan læse mere om det indiske program og dets grundlægger på hjemmesiderne www.kiranbedi.com og www.indiandoctor.com/navjyoti

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.

Narko-behandling

Det er meget svært at få øje på lyspunkter i den danske narko-behandling. Vi bruger hvert år millioner af kroner på afvænnning af stofmisbrugere, uden at vi tilsyneladende har nogen ide om resultaterne. De fleste amter og kommuner prioriterer en stoffri afvænnning højest, alligevel sendes hovedparten af narkomanerne i metadonbehandling. Vi har en bred vifte af døgnbehandlingssteder, så det skulle være muligt at finde et passende sted til den enkelte narkoman. I praksis viser det sig, at mange amter og kommuner vælger behandlingssted, mere ud fra institutionskendskab end ud fra narkomanens ønsker eller institutionsresultater. Vi ved at en hurtig indsats er vigtig, alligevel er der mange steder flere måneders ventetid.

Afvænningskvalitet

Vi ved hvor vigtig motivation er når man taler om afvænnning. Derfor vil effekten af behandlingen i stort omfang afhænge af hvor dygtige de enkelte kommuner er til at matche stofmisbrugeren med den rigtige institution. Desværre oplever misbrugeren ofte, at det er visitationsudvalgets forhold til institutionerne der styrer beslutningerne, mere end det er en matchning af misbrugers behov med de tilbud som institutionen tilbyder. Thomas Lund, misbrugskonsulent, Frederiksborg Amts Misbrugscenter har i "Stof" haft en artikel under overskriften "Bare det virker". Han stiller spørgsmålet "Helliger hensigten midlet?" og hans konklusion er, at målet ikke altid helliger midlet. "Gu' skal det virke - men ikke for enhver pris" konkluderer han. Det ville have været interessant, hvis han gav eksempler på hvilke virksomme behandlingsmetoder, vi skulle undlade at bruge og med hvilken begrundelse.

I sin artikel bruger han eksemplet Minnesotakuren, som gennem mange år havde svært ved at blive accepteret, han kunne også have brugt eksemplet Narconon, der stadig har svært ved at finde accept. Nye eller anderledes behandlingsmetoder er altid blevet mødt med stor skepsis. For år tilbage var kiropraktik ikke anerkendt af lægeverdenen. I Gyldendals 10-bindes leksikon fra slutningen af 70'erne kan man læse om kiropraktik; et behandlingssystem baseret på teorien om sygdomme er begrundet i forstyrrelser i nervesystemet.... Uddannelsen foregår i USA, Canada eller Storbritannien. Kiropraktorer er ikke autoriseret af Sundhedsstyrelsen i Danmark. I dag kan man ved Syddansk Universitet og Odense Universitet tage en 5-årig uddannelse i klinisk biomekanik, som kan føre til autorisation som kiropraktor. Der findes hele tiden nye behandlingsmetoder, eller meto-

der fra andre kulturer genopdages i vores kultur. De mennesker der har behov for behandling har ikke tid til at vente på, at repræsentanter fra forskellige behandlingsmetoder bliver enige om hvilken metode der er bedst, eller mest etisk, spørgsmålet må vel være om det virker eller ikke virker.

I en rapport fra Den Sociale Højskole i Århus, hvor studerende har undersøgt behandlingen på Narconon, viser det sig at resultaterne herfra er meget fine. I en kvalitetsundersøgelse lavet af Københavns Kommune omfattende 14 udvalgte kommunale og private døgnbehandlingssteder for misbrugere mellem 1994-1998, viser det sig at 27 pct. af de der begyndte en behandling på Kongens Ø, blev stabilt stoffrie. Her foregår afvænningen efter Minnesota-modellen, der er et 12 trins program, som indeholder et åndeligt/religiøst element. På Narconon blev 26 pct. stabilt stoffrie. Et af hovedelementerne her består i et sauna program udviklet af L. Ron Hubbard (stifteren af *Scientologi*, red.), hvor de narkotiske stoffer som har fæstnet sig i kroppen udskilles ved svedeture i en sauna, suppleret med sund kost og motion. De andre steders procentdel af stabilt stoffrie lå mellem 0-13 pct.

Hør på narkomanerne

Jeg har endnu ikke mødt en narkoman der var tilfreds med sit liv, langt de fleste har et ønske om et stoffrit liv. Alligevel forholder det sig sådan, at eksperterne i øjeblikket finder det interessant, at tale om at give narkomanerne et bedre liv på metadon. Hænger det sammen med at en metadonbehandling er langt billigere end et forsøg på afvænning? Jeg har talt med narkomaner, der efter en stoffri afvænning er kommet tilbage til miljøet. Enkelte af dem har søgt hjælp hos det offentlige i et forsøg på at komme videre. Desværre har nogle af dem fået tilbudt en metadonkur selvom de, da de søgte hjælp, var stoffrie. Behandlersystemet skal bevare sin mangfoldighed og ikke styres af modefænomener. Der er alt for mange eksempler på, at behandlersystemet har lavet forhåndsftaler med døgninstitutioner og derfor ikke har penge til at tage individuelle hensyn. Mange misbrugere har et omfattende institutionskendskab. Så hvorfor ikke lade misbrugeren bestemme sin egen behandling. I de fleste tilfælde vil de selv kunne pege på det relevante tilbud. Misbrugeren må have direkte indflydelse og medbestemmelse på beslutningen om behandling. Lad dem få et ansvar, de er dog sig selv nærmest og dermed deres egen ekspert. Der er intet at tabe men alt at vinde, da behandling af stofmisbrug sammenlignet med andre behandlingsgrene befinder sig i et tidligt stade, hvor der skal være en vis frihed til at afprøve tingene. Man burde måske overveje om pengene til afvænning ikke skulle følge misbrugeren i stedet for som i

dag, hvor det er amter og kommuner der bestemmer hvordan pengene skal bruges. Man anslår, at der findes godt 14.500 personer i Danmark, der er afhængige af narkotika og hvert år dør der knapt 300 personer som følge af deres misbrug. Størstedelen af disse mennesker ønsker at komme ud af misbruget, hvor længe skal de vente på, at det offentlige behandlesystem åbner sig og holder op med at vurdere dem som en homogen gruppe?

Freelance journalist Lennart Skytte

Forældede teorier

Det er for længst erkendt, at en velstøttet problem-person har større chance for at klare sig, uden at være til gene for samfundet, end den der står uden opbakning. Så alene af den grund må man tage afstand fra alle forsøg på at bilde pårørende til stofafhængige ind, at det bedste for alle parter er at lukke sin dør for det familiemedlem der er blevet afhængig. Adgangen til en rimelig bolig, renlighed og god kost i de perioder hvor dette erkendes som behov, må anses som væsentlig for liv og helbred.

Jeg har tidligere skrevet om den problematik, der som følge af en - for mig at se - umenneskelig holdning til problemerne, der udmøntes i bl.a. uvilje mod enhver form for "harm reduktion", trods utallige erfaringer, der alle viser, at der hvor der er opbakning omkring den stofafhængige, - der er chancen for at overleve med liv og lemmer i behold mange gange større end der hvor døren er lukket. Der hvor der altid var en "medmisbruger" (hvilket forfærdeligt ord) i baglandet, var tilværelsen uden sammenligning bedre og mindre belastende end for dem der blev udstødt af de pårørende.

Det er chokerende at opleve, at netop de forældede teorier, der måske i højere grad end noget andet har været medvirkende til den katastrofe som vort behandlingssystem gennem halvfjerdsere og firserne var årsag til, stadig spøger i hovedet på nogle pårørende!

Hvordan man kan tro, at "en tur tilbage i suppen" kan gavne nogen; at når den ramte har været helt nede og skrabe bunden, når summen af sorg og elendighed bliver tilstrækkelig stor, når nederlagene tal er legio, så skal det nok lykkes at "vende bøtten". Dette er en gåde for mange pårørende. Hvis teorien var god nok, hvordan så forklare, at tusinder af stofafhængige døde af den form for behandling? Hvordan kan man forklare at der hvor tilbudene var mangeartede, og hvor substitutionsbehandling var en tilgængelig mulighed for de der ønskede det, der faldt dødstallene signifikant. Hvorimod man i de områder af landet hvor man længst muligt holdt fast i de gamle "frelserteorier" fortsat havde uhyggelige høje antal af dødsfald. Man må være rørende stærk i troen, hvis man fastholder at jo mere elendighed desto bedre er den enkeltes muligheder for en stoffri fremtid.

Der var da også folk der overlevede Hitlers koncentrationslejre, men hvem vil vove at påstå, at det gav dem et bedre liv? Måske kunne de mobilisere en form for taknemmelighed, fordi de fik lov at overleve. Men de fysiske og psykiske følger af oplevelserne, strabadserne for at sige det mildt, fulgte de overlevende resten af deres liv.

Når man i forsøgene på at finde plausible forklaringer på sine holdninger tvinges til at understrege at det vi taler om, nemlig brug af et eller flere stoffer faktisk er FORBUDT, så er man langt ude. Under besættelsen var det også forbudt at hjælpe jøderne med at undslippe deres forfølgere. Det var også forbudt at støtte modstandsbevægelsen. Forbud er ikke noget endeligt, kun noget man - i den bedste hensigt vil jeg gerne formode - har vedtaget.

Men derved bliver det jo ikke visdom.

Povl Thyge Pedersen

Formand for Landsforeningen For Human Narkobehandling (LFHN)

Jeg bliver aldrig "stoffri"

Jeg er 45 år og har taget stoffer siden jeg var 12. Jeg startede med speed og LSD, og gik hurtigt videre til opiater.

Jeg har nu fået metadon i omkring 20 år, og min grænse er nået. I løbet af de sidste 2 år har jeg indset, at jeg ikke kan leve på den her måde. Jamen, hvordan har du så gjort i de andre år? Jeg har simpelthen bidt tænderne sammen, og prøvet at få det til at fungere på grund af min mor. Jeg er enebarn, og vi har ej anden familie, og hvis jeg havde gjort som jeg ville, havde det taget livet af min mor.

Men jeg er simpelthen nået til et punkt nu, hvor jeg er bedøvende ligeglad hvad der sker. Jeg HØRER åbenbart hjemme i Istedgade, hvor jeg kan købe den smule morfin eller heroin jeg skal bruge!! Når jeg alligevel går og har "hunger", så kan jeg lige så godt trappe min metadon så langt ned som overhovedet muligt, så jeg kan mærke "rigtige" opiater.

Jeg har prøvet tålmodigt at vente, og da jeg hørte, at NU var der håb for os gamle, tunge stofmisbrugere fik jeg også håb, men jeg burde have været klogere. Efter at have set folketinget "debattere" emnet "Heroin til gamle misbrugere", og specielt efter at have læst referatet, er jeg nu klar over, at der aldrig kommer den hjælp, som nogle af os har brug for.

Jeg har kontaktet Lone Møller fra folketinget, og hun var da venlig og henviste mig til at tale med en psykiater. Så jeg fik en tid hos Preben Freitag, der fortalte mig, at tale om en anden form for medicin var helt ude af billedet.....

Så jeg hører åbenbart hjemme inde i Istedgade, selvom jeg hader stedet. Men jeg kan i det mindste se mig selv i øjnene, når jeg kommer hjem!

Jeg er godt klar over, at jeg ingen feed back får på dette,

men jeg bliver simpelthen nødt til at gøre et eller andet. Om det så bare bliver endnu et afslag.

Jeg får 160mg metadon pr. dag, og for min skyld kunne jeg hælde det i toilettet, det hjælper mig ikke!

Synes I virkelig, at det er bedre at folk køber varer fra det sorte marked? Er I klar over hvor billig og ikke mindst, hvor stærkt, det heroin man kan købe i København er?

For alt for mange er tiden desværre løbet fra metadon. Jeg må indrømme, at for 20 år siden VAR det en hjælp, men ikke særlig længe. Som jeg har skrevet, er metadon et meget fint stof til at holde folk abstinens fri, men at sætte en hardcore narkoman på det i 20 år er sindssygt, og det er at bede om ballade (hvis personen er mig)...

Et eller andet sted håber jeg vel på en reaktion, men jeg ved godt at jeg håber for meget.

(Forfatterens navn er redaktionen bekendt).

Socialministeren svarer på spørgsmål om debat-indlæg i Stof

Folketingets Socialudvalg stillede følgende spørgsmål til socialministeren d. 21. maj 2001:

Spørgsmål nr. 206 (Alm. del - bilag 684): "Ministeren bedes kommentere vedlagte debatindlæg i Stof nr. 13 2000."

Svar:

I et åbent brev til formanden for Narkotikarådet giver brevskriveren på vegne af bestyrelsen for Landsforeningen af Pårørende til stofmisbrugere udtryk for at være uenig med formanden for Narkotikarådet i, hvorledes indsatsen mod stofmisbrug skal tilrettelægges. Formanden for Narkotikarådet har i det følgende nr. af stof nr. 14 2001 svaret brevskriveren.

Det er min opfattelse, at formanden for Narkotikarådet må have lov til at udtrykke sin holdning til løsning af de tunge problemer, der er forbundet med stofmisbrug.

Regeringens politik på dette område er, at der skal være en bred vifte af tilbud i behandlingen af stofmisbrugere. Indsatsen på behandlingsområdet bør være indrettet således, at der er tilbud til alle typer af stofmisbrugere.

Uden at slippe hovedmålsætningen om stoffrihed for den sociale indsats på stofmisbrugsområdet har der gennem en årrække været arbejdet ud fra målsætningen om skadesreduktion eller skadesminimering for de grupper af stofmisbrugere, hvor stoffrihed ikke er et realistisk mål på kortere eller længere sigt.

Der arbejdes således fra centralt hold blandt andet på at styrke forskningen på stofmisbrugsområdet, at udvikle nye behandlingstilbud/former og at styrke bruger- og pårørendearbejde.

*Henrik Dam Kristensen
Peter Juul*

Nyt fra Narkotikarådet



Undersøgelse af amternes sprøjte-udleverings- og bytteordninger

Narkotikarådets skadesreduktionsarbejdsgruppe har som en del af sit arbejde rettet en forespørgsel til amterne for at få oplyst, om de har sprøjtebytte- og udleveringsordninger, og hvordan ordningerne fungerer, herunder bl.a. antallet af sprøjter/værktøjssæt der udleveres, hvor de udleveres og hvad det er der udleveres.

Arbejdsgruppen er for tiden også ved at gennemføre en undersøgelse af brugernes erfaringer med sprøjtebytteordningerne i de forskellige amter. Væresteder og misbrugscentre i amterne har derfor fået tilsendt spørgeskemaer til at udlevere og indsamle fra brugerne. I skemaerne ønskes brugernes erfaringer med muligheden for at få udleveret værktøj, om indholdet af værktøjssættene er tilfredsstillende og om der udleveres tilstrækkelig værktøj mm.

Formålet med undersøgelseerne er at få belyst om de ordninger, der eksisterer fungerer tilfredsstillende eller om der er behov for anbefalinger fra Narkotikarådet om forbedringer. Narkotikarådet har f.eks. i foråret anbefalet amterne, at der lægges rent vand i ampuller ved værktøjssættene for at sikre, at brugerne benytter rent vand ved injektion, frem for anden forefaldende væske som vand fra regnpytter (der kan indeholde urin), sodavand etc.

Skemaet på de følgende side gengiver amternes besvarelse af spørgsmålene fra arbejdsgruppen om forekomsten af ordninger i amterne:

Oversigt over resultat af rundspørge til amterne om sprøjteudleverings-/bytteordninger i amtet/kommunen

	Nordjylland	Ribe	Frederiksborg	Roskilde	Vejle
1 Findes der sprøjteudleverings- og/eller -bytteordning i amtet/kommunen, og i givet fald hvilken form for ordning findes der?	1 Ja, der findes en udleveringsordning og -bytteordning.	1 Ja, der forefindes en sprøjteautomat i amtet. Denne er placeret i Esbjerg midtby og 'drives' af Krone Apoteket (på grundlag af en samarbejdsaftale mellem apoteket, Esbjerg Kommune og Ribe Amt).	1 Ja, i amtet udleveres der sprøjte/kanylesæt fra amtets apoteker til stofmisbrugerne.	1 Ja - gratis sprøjteudlevering. Ordningen omfatter en aftale med Dom Apoteket om, at det står for indkøb af sprøjter, og at amtets øvrige apoteker rekvirerer sprøjte-/kanyler derfra. Med den praksis har amtet kun et apotek at afregne med.	1 Nej, der findes hverken sprøjteudleverings- eller -bytteordninger i amtet.
2 Findes der indsamlingsordning for så vidt angår brugte kanyler?	2 De steder der udleverer sprøjter, indsamler også. Der er endvidere opsat kanylebokse på en række offentligt tilgængelige steder i byerne.	2 Der er ingen decideret indsamlingsordning af brugte kanyler, ud over at den underste del af førnævnte automat er indrettet således, at den kan modtage brugt værktøj.	2 Der findes ingen indsamlingsordninger for så vidt angår brugte kanyler.	2 Der findes ingen indsamlingsordning. Apotekerne udleverer kanylebokse ved forespørgsel.	2 Intet svar.
3 Hvor mange sprøjter/ kanyler udleveres årligt? Ved bytteordninger - hvor mange bliver indsamlet?	3 I værestedet "13" udleveres årligt ca. 300 sprøjter - heraf indsamles ca. 100 igen. I pensionatet "Det skæve Hus" forventes udleveret ca. 2.000 om året - hvoraf ca. 1.800-1.900 forventes indsamlet igen.	3 Krone Apoteket, som Center for Misbrug i Ribe Amt har et tæt samarbejde med, er det eneste døgnåbne apotek i amtet. Fra dette apotek sælges hovedparten af værktøj erfaringsmæssigt. Apoteket har til centret oplyst, at salget i 2000 så ud som flg.: ca. 13.000 sprøjter á 2 ml, ca. 3.000 sprøjter á 5 ml., ca. 13.000 kanyler á 0,5x16 mm og ca. 11.000 kanyler á 0,5x25 mm. Selvfølgelig er det langt fra alle sprøjter/kanyler, der sælges m.h.p. indtagelse af narkotika. Det er minimalt hvad der modtages retur. Fra automaten blev der i perioden 01.01.01-30.04.01 solgt 680 sæt.	3 I 2000 blev der udleveret for ca. 15.000 kr. (svarende til ca. 2.000 sæt) Der blev i 2000 udleveret fra 6 apoteker, hvoraf Farum Apotek alene stod for over halvdelen (1.200 sæt) af udleveringerne. I 1998 blev der udleveret for 80.000 kr. Årsagen det store fald skyldes at apotekerne i Helsingør ikke længere ønsker at udlevere til stofmisbrugerne, da hovedparten af dem er fulde svenskere, der generer de øvrige kunder på apoteket. Udleveringen fra Helsingørs apoteker udgjorde halvdelen i 1998, hvorfor der i 1999 stadig er sket et markant fald i udleveringen fra de øvrige apoteker. Der arbejdes p.t. på at finde en løsning for stofmisbrugerne i Helsingør ved opsættelse af en sprøjte/kanyleautomat.	3 Der udleveres ca. 18.000 sprøjte-/kanylesæt årligt i amtet.	3 Intet svar.
4 Hvilke størrelse sprøjter omfatter ordningen?	4 Der udleveres især 2 ml sprøjter - men 5 ml udleveres også.	4 Hvert sæt (i automaten) indeholder 2 x 2 ml sprøjter, 2 stk. kanyler 0,5x16 mm, 2 målebægre samt renseserviet.	4 Der udleveres 2 sprøjter på hhv. 2 ml og 10 ml samt 2 korte orange kanyler af gangen.	4 Der udleveres 2 sprøjter på hhv. 2 ml og 10 ml samt 2 korte orange kanyler af gangen.	4 Intet svar.
5 Udleveres andet end sprøjter/kanyler? (vand, filtre, askorbinsyre o. lign.?)	5 Ud over sprøjter udleveres vat, bægre og spritsvaps.	5 Se spørgsmål 4.	5 Der er vedlagt vat og 2 plasticbægre i sprøjte-/kanylesættet.	5 Intet svar.	
6 Hvor er udleveringsstederne placeret? (herberger, væresteder, apoteker, automater eller andre steder?)	6 Der udleveres i værestedet ("13") og på et pensionat ("Det skæve Hus").	6 Se spørgsmål 3.	6 Udleveringen foregår via apotekerne i amtet.	6 Intet svar.	
7 Er der brugerbetaling?	7 På de nævnte udleveringssteder er der ingen brugerbetaling.	7 Fra automaten kr. 10,- pr. sæt.	7 Ordningen er gratis for brugerne.	7 Intet svar.	

1 Findes der sprøjteudleverings- og/eller -bytteordning i amtet/kommunen, og i givet fald hvilken form for ordning findes der?

2 Findes der indsamlingsordning for så vidt angår brugte kanyler?

3 Hvor mange sprøjter/ kanyler udleveres årligt? Ved bytteordninger - hvor mange bliver indsamlet?

4 Hvilke størrelse sprøjter omfatter ordningen?

5 Udleveres andet end sprøjter/kanyler? (vand, filtre, askorbinsyre o. lign.?)

6 Hvor er udleveringsstederne placeret? (herberger, væresteder, apoteker, automater eller andre steder?)

7 Er der brugerbetaling?

Sønderjylland

1 Ja, der forefindes 2 sprøjte/kanyleautomater ophængt i hhv. Sønderborg og Haderslev.

2 I tilknytning til begge automater et ophængt affaldscontainer, der udtrykkeligt er til fixefald.

3 Fra Amtsgården afsendes 250 pakker pr. år til såvel Haderslev som Sønderborg. Det skal dog nævnes at trækket i Haderslev er noget lavere end i Sønderborg, ikke mindst fordi automaten her har været hærget flere gange end den sønderborgske, og de er vanskelige at reparere.

I Haderslev er der ikke meget "returgods" - man regner med at de fleste fixer andetsteds.

I Sønderborg vurderes det, at der kommer nogenlunde lige så meget retur som man sælger.

4 2 ml. sprøjte.

5 I pakken findes to sæt sprøjte og kanyler og engangsbæger.

6 I Haderslev er automaten placeret på et offentligt toilet i en park, hvor der traditionelt holder mange misbrugere til (og hvor Haderslev Kommune har indrettet et skur - "Koldrøvs-bodegaen i Håndværkerparken", Jomfrustien).

I Sønderborg er automaten også placeret på et offentligt toilet (Lille Rådhusgade).

7 Pakkerne fra disse automater koster kr. 10,- pr. sæt.

Viborg

1 Nej, men der har tidligere været sprøjteautomater hvor man kunne købe sprøjter. De var opstillet på offentlige toiletter i de 3 største byer - Skive, Thisted og Viborg - og placeret der hvor stofmisbrugere vanen tro holdt til.

Sprøjteautomaterne blev taget ned for ca. 4 år siden, fordi der blev ydet hæværk mod dem gang på gang, og efter gentagne renovationer (med udgifter på mere end kr. 25.000,- om året) opgav man. Automaterne blev systematisk voidet ved at det blev puttet hærde lim ind i pengesprækken, så den blev stoppet til. Der blev opstillet returbøtter ved siden af, men de blev også ødelagt. Det var formentlig ikke stofmisbrugerne selv der ødelagde automaterne, men derimod sikkert chikane fra grupper, der ikke brød sig om stofmisbrugerne.

2 Man har i amtet hørt om, at der på visse offentlige toiletter findes sprøjteopsamlingsbøtter, men man ved ikke hvem der har placeret dem der, og han har ikke kunnet få det oplyst nogen steder.

3 Intet svar.

4 Intet svar.

5 Intet svar.

6 Intet svar.

7 Intet svar.

Storstrøm

1 Nej, der findes hverken sprøjteudleverings- eller -bytteordninger i amtet.

2 Der findes ingen indsamlingsordninger ud over de steder, hvor der er opsat beholdere til brugte kanyler.

3 Intet svar.

4 Intet svar.

5 Intet svar.

6 Intet svar.

7 Intet svar.

Fyn

1 Apoteket Ørnen sælger dels sprøjter og kanyler til Odense kommunes varimestuer - dels administrerer apoteket de 3 kanyleautomater, som Fyns Amt i samarbejde med Odense Kommune har ladet opstille på centrale steder i Odense bymidte. Amtet tilser automaternes funktionsdygtighed og fylder op med værktøj.

2 Apoteket tommer de ved kanyleautomaterne opstillede returbokse med jævne mellemrum.

3 Til varimestuerne leveres ca. 70.000 sæt. Gennem automaterne sælges ca. 15.000 sæt (2 sæt i hver pakke). Apotekerne deltager ikke i egentlige bytteordninger.

4 Alt overvejende 2 ml sprøjter og korte orange kanyler (sc).

5 Fra apoteket kun på forlangende.

6 Se spørgsmål 1.

7 For automaternes vedkommende betales kr. 10,00 pr. pakke med 2 sæt værktøj.

Bornholm

1 Nej, der findes hverken sprøjteudleverings- eller -bytteordninger i amtet.

2 Intet svar.

3 Intet svar.

4 Intet svar.

5 Intet svar.

6 Intet svar.

7 Intet svar.

Bornholm

1 Ja, der udleveres gratis sprøjter og kanyler fra alle amtets apoteker. Misbrugsrådgivningen, der er en behandlingsinstitution efter servicelovens §85 under Ringkjøbing Amt betaler herfor.

2 Indsamlingen af brugte kanyler varetages af primærkommunerne.

3 I år 2000 blev der udleveret 23.192 kanylesæt. Der er ikke etableret bytteordning.

4 Alle gängse størrelser.

5 Der udleveres ikke andet end sprøjter og kanyler.

6 Udlevering sker fra samtlige amtets apoteker.

7 Der er ikke tale om brugerbetaling.

Oversigt over resultat af rundspørge til amterne om sprøjteudleverings/-bytteordninger i amtet/kommunen

Vestsjælland

- 1 Ja, der foregår udlevering fra apotekerne. Der er ingen bytteordning.
- 2 Der er lavet en aftale med kommunerne om opstilling af kanylebokse.
- 3 Der udleveres ca. 20.000 værktøjssæt årligt. Desværre kendes antallet af indsamlede kanyler ikke.
- 4 Udleveringstallet omfatter 2 sprøjter: 1 stk. å 5 ml og 1 stk. å 10 ml.
- 5 Der udleveres et bæger og vat til rensning af kanylerne.
- 6 Udlevering sker fra apotekerne i amtet.
- 7 Der er ingen brugerbetaling.

Århus

- 1 Ja, der er indgået aftale med Århus, Randers og Silkeborg kommuner om udlevering af gratis kanylesæt til stofmisbrugere. Ordningen finansieres 50/50 mellem de enkelte kommuner og Århus Amt. Der er ikke nogen bytte-ordninger, hvor brugt værktøj indleveres for nyt.
- 2 Nej, det er op til den enkelte stofmisbruger at skille sig af med det brugte værktøj på en forsvarlig måde. Der er dog opstillet kanylebokse til aflevering af brugte kanyler rundt om i Århus, Randers og Silkeborg, som stofmisbrugerne kraftigt opfordres til at benytte.
- 3 I 2000 blev der udleveret godt 32.000 kanylesæt fra apoteker og automat. Hertil kommer, at Århus Kommunes Gadeteam har leveret ca. 48.000 sprøjter og 54.000 kanyler. Det er ikke optalt hvor mange kanyler der er lagt i kanyleboksene.
- 4 Der udleveres 2 ml sprøjter samt 0,4 og 0,5 mm kanyler.
- 5 De sprøjter/kanyler der udleveres fra apoteker og fra kanyleautomaten, udleveres i sæt indeholdende 2 sprøjter, 2 kanyler og 2 stk. 30 ml bægre samt en seddel med oplysninger om behandlingssteder og i Århus om kanyleautomatens placering.
- 6 Kanylesættene udleveres fra apoteker i de under 1 nævnte byer og i Århus er der opsat en kanyleautomat i midtbyen, hvor der kan trækkes kanylesæt med et magnetkort. Endelig udleveres en del kanyler og sprøjter fra Århus kommunes Gadeteam (gadeplansmedarbejdere). Teamet udleverer ikke pakkede sæt men separate sprøjter og kanyler.
- 7 Ordningen er gratis for brugerne.

København

- 1 Ja, i amtet udleverer godt halvdelen af apotekerne (15 apoteker i alt) sprøjtesæt.
- 2 Indsamlingsordninger på amtsplan er sporadiske – nogle apoteker modtager (i teorien) brugt værktøj – men "skilte" ikke med muligheden og får i praksis ikke brugt værktøj retur. Andre apoteker har principielt besluttet ikke at modtage værktøj. DSB har rundt om i amtet opsat containere – ligesom der kan være kommunale ordninger. Herudover kan værktøj afleveres i behandlingssystemet på Soci-almedicinsk Klinik (container).
- 3 I år 2000 er der udleveret 24.013 sæt (I 1999 blev der udleveret 21.061 sæt i 1998 i alt 21.356 sæt).
- 4 Orange nåle.
- 5 1 sæt består af 2 sprøjter, 2 kanyler og 2 målebægre.
- 6 Udleveringen foregår fra apotekerne.
- 7 Sprøjtesæt er gratis for brugerne (amtets udgift andrager 199.873 kr. i år 2000).

Københavns Kommune

- 1 I 1986 etableredes en ordning i Københavns Kommune, hvor et antal apoteker udleveredes gratis sprøjter og kanyler til stofmisbrugere med henblik på forebyggelse af HIV-smittespredning. I 1996 igangsattes som et forsøg en ny udleveringsordning fra en såkaldt kanylebus betjent af Københavns Brandvæsen. I februar 1998 besluttede kommunens Sundheds- og Omsorgsudvalg at gøre ordningen permanent, og der etableredes et samarbejde med Frederiksberg Kommune. Ordningen omfatter udlevering af gratis sprøjter og kanyler fra kanylebussen, udlevering af gratis sprøjte/kanylesæt fra to apoteker i Københavns Kommune (Sønderbro og Valby), fra et apotek i Frederiksberg Kommune (Smallegade, samt fra et antal forsørgs- og behandlingsinstitutioner. Herudover er der opsat to sprøjte/kanyleautomater, hvor stofmisbrugere mod betaling kan trække sprøjte/kanylesæt.
- 2 Kanylebussen opsamlers også brugte kanyler. Herudover er der også indgået en aftale med R98 om indsamling af kanylebokse som er opstillet op offentlige pladser, socialkontorer, biblioteker og offentlige ubemandede toiletter. En del kanyler afleveres også på apotekerne og på offentlige bemandede toiletter.
- 3 Kommunens opgørelse for år 2000 viser, at der er udleveret 311.535 stk. sprøjte/ kanylesæt, 318.913 stk. løse korte kanyler, 109.402 stk. løse lange kanyler og 23.551 stk. store sprøjter. Hvad angår antallet af indsamlede, brugte sprøjter/kanyler er det vanskeligt at angive et antal, da de ikke tælles, men derimod vejes. I år 2000 indsamlede R98 3.062 kg kanyler og sprøjter i København, hvoraf de 736 kg kom fra kanylebussen og de 297 kg fra "Sprøjtepatruljen", som er oprettet af stofmisbrugernes forening for aktive stofbrugere "BrugerForeningen". "Sprøjtepatruljen" indsamler typisk brugte sprøjter/kanyler fra gaden, S-togsstationer, trappeopgange mv. Det kan til orientering oplyses at 1 stk. kanyle med sprøjte vejer ca. 5 g. mens 1 stk. kanyle vejer ca. 1 g.
- 4 Udleveringsordningen omfatter 2 ml, 10 ml og 20 ml sprøjter
- 5 De udleverede sprøjte-/kanylesæt indeholder en desinfektionsserviet, et plastmålebæger samt vat.
- 6 Som nævnt udleveres sprøjter og kanyler fra kanylebussen (som dagligt holder på Bispebjerg og Vesterbro), fra p.t. tre apoteker, et antal herberger og et antal behandlingssteder. Desuden fra de omtalte sprøjte-/kanyleautomater mod betaling.
- 7 Der er kun brugerbetaling på sprøjte/kanylesæt, som trækkes i automaten. Prisen er 5. kr. pr. sæt.

Frederiksberg

- 1 Stofbrugere kan hente rent værktøj på Smallegade Apotek og aflevere brugt samme sted. Ud over dette er der etableret samarbejde med Kbh. Komm. om drift af "kanylebusen" – som dog p.t. ikke har holdeplads i kommunen.
- 2 Brugt værktøj kan afleveres på apoteket eller i boksene på Langelands Plads og i Lindvangsparken.
- 3 I 2000 er der fra Smallegade Apotek udleveret 18.500 sprøjter str. 14 og 14.000 str. 16. I alt altså 32.500 sæt. Apoteket får stort set ingen sprøjter retur. Fra kanyleboksene samles ca. 100 sprøjter årligt.
- 4 Størrelse 14 og 16.
- 5 Der udleveres kun sprøjter/kanyler.
- 6 Udleveres og modtages på Smallegades Apotek.
- 7 Ordningen er gratis for brugerne.

42

Kort nyt

Bølgebrydere i Frederiksborg Amt

Forebyggelsesafdelingen i Frederiksborg Amts Misbrugscenter har evalueret projektet 'Bølgebryderne'. Det overordnede formål med projektet var at få en reel viden om ecstasy-problemet ved at bruge de unge, der færdes i festmiljøerne, som informanter. Der blev etableret et netværk af ca. 50 unge, og projektet foregik i perioden august 2000 til juni 2001.

Evalueringsrapporten indeholder, foruden resultater fra projektet, også overvejelser om hvordan resultater, viden og erfaringer kan anvendes i det fremtidige forebyggende arbejde med unge.

Rapporten kan bestilles på Misbrugscentret, tlf. 4820 0220.

Rusmiddelbrug på Frederiksborg

I efteråret 2000 foretog Frederiksborg Kommunes Rådgivningscenter en undersøgelse af brugen af rusmidler blandt kommunens unge. Der blev anvendt samme undersøgelsesdesign og spørgeskema som i Ribe Amt i 1999, og i rapporten fra undersøgelsen sammenlignes resultaterne fra de to geografiske områder. Undersøgelsen konkluderer, at de unge på ungdomsuddannelserne i Frederiksborg Kommune har et stort eksperimenterende forbrug af illegale rusmidler, idet 55,4 pct. har afprøvet mindst ét af disse stoffer (typisk hash). Hash ser ud til at være et accepteret rusmiddel blandt de unge, mens brug af andre stoffer for de fleste drejer det sig om afprøvning eller lejlighedsvis brug. Forbruget af alkohol er forholdsvis omfattende, og for mange er der tale om et tæt og kontinuerligt forbrug.

Ecstasy er det rusmiddel, der i undersøgelsen tegner sig for det mindste forbrug, og rapporten konkluderer, at forebyggelsesindsatser specifikt rettet mod ecstasy synes at skyde ved siden af målet. Tværtimod må forebyggelsesindsatser i højere grad rette sig mod rusmiddelbrug generelt – herunder også alkohol – og den risikovillighed, der er kendetegnende for en del unges om-

gang med rusmidler.

Rapporten kan bestilles på Frederiksborg Kommunes Rådgivningscenter, tlf. 3821 3901, e-mail: fkrcc@fkrcc.dk

Embedslægeinstitutionen undersøger metadonbehandlingen i København

Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksborg Kommuner har undersøgt hvordan det er gået ca. 1000 stofmisbrugere efter at metadonloven trådte i kraft d.1.1. 1996. Formålet med undersøgelsen var at belyse ændringer for stofmisbrugerne i forhold til behandlingssystemets evne til at visitere til ny behandling (fra alment praktiserende læger), helbred (med hensyn til indlæggelser), dødsfald samt adfærd med hensyn til kriminalitet.

I rapporten fra undersøgelsen konkluderes bl.a., at behandlingssystemet i København i store træk evnede at visitere stofmisbrugere til fortsat metadonbehandling i henholdsvis almen praksis, privatklinikker og kommunale behandlingsinstitutioner. Ganske få var uden metadonbehandling efter omlægningen, dog får psykiatriske patienter med behov for metadonbehandling næppe deres behandlingsbehov dækket.

M.h.t. kriminalitet viser denne undersøgelse stort set kun, at den kriminelle adfærd var påvirket af den tidligere kriminalitetskarriere og alderen. Der kan ikke udledes noget om hvad kriminaliteten ville have været, hvis metadonbehandlingen ikke havde været en mulighed.

Somatisk sygelighed er en betydningsfuld faktor blandt stofmisbrugere i metadonbehandling, og den somatiske og psykiatriske indlæggeshyppighed er 4 -10 gange større end baggrundsbefolkningens.

Trods store investeringer i behandling har det ikke været muligt at nedbringe dødeligheden, som er høj blandt metadonbehandlede i København. I rapporten efterlyses viden om hvilke processer der går forud for dødsfald blandt stof-

misbrugere: Er det deres sygdomme som fører til døden, eller er det deres almenne svækkelse, som nedsætter deres evne til at klare stofferne og som ultimativt fører til forgiftning og død? Eller er det hele så sammenvævet, at det ikke kan udredes? En bedre forståelse af disse forhold vil have betydning for behandlingstilrettelæggelsen, sammensætningen af personalet i behandlingsinstitutionerne og den tertiære profylakse.

Rapporten og yderligere information om 'Stofmisbrugere i metadonbehandling i København efter den 1. januar 1996' kan fås hos Embedslægerne for Københavns og Frederiksborg Kommuner ved Henrik Sælan på tlf. 3530 3034.

Ekspertgruppe om de hårdest belastede stofmisbrugere

Regeringen har nedsat et ekspertudvalg, som skal udrede og vurdere behov for og fordele og ulemper ved mulige yderligere skadesreducerende foranstaltninger for de hårdest ramte stofmisbrugere. Ved udgangen af 2001 skal ekspertgruppen fremlægge en opdateret samlet faglig udredning af omfanget og karakteren af problemerne for de hårdest belastede stofmisbrugere, herunder hvilken viden og hvilke resultater der foreligger og mangler, og hvilke barrierer der er for en forsvarlig sundheds- og socialfaglig indsats, samt en faglig vurdering af fordele og ulemper ved forskellige alternative løsningsmodeller.

I gruppens kommissorium indgår også en grundig status over hvad der rent faktisk er sat i gang, og hvilke erfaringer der er indhøstet, siden det i 1995 blev besluttet at opprioritere indsatsen på området. Det forudsættes, at ekspertgruppen i sine vurderinger inddrager såvel mulighederne af at introducere lægelig ordination af heroin, injicerbar metadon og nye substitutionsstoffer i behandlingen af de hårdest belastede stofmisbrugere samt mulighederne for forbedringer i den eksisterende metadonbehandling. Særligt med hensyn til

heroinordination bør overvejelserne også inddrage de yderligere spørgsmål, der vil rejse sig ved overgang fra et forsøg til en permanent ordning. Endvidere skal gruppen af eksperter overveje de retshåndhævelsesmæssige aspekter af mulige nye tiltag.

Ekspertgruppens formand er Knud Larsen, Kommitteret, dr.phil., Forskningsministeriet. Øvrige medlemmer er Kirsten Kronborg, Adm. Overlæge, Fyns Amt, Preben Brandt, Dr.med., Formand for Narkotikarådet, Peter Ege, Socialoverlæge, Københavns Kommune, Anette Laigaard, Amtssocialdirektør, Størstrøms Amt, Karin Holland, Social- og Sundhedsdirektør, Horsens Kommune og Mogens Kjærgaard Møller, Vicepolitidirektør, Københavns Politi.

Norsk bog om at investere i børn og unge

Speilbilder – om å investere i barn og unge' er skrevet af Arne Klyve, undervisningschef ved Bergensklinikkerne, og Ragnar Tvinnereim, rådgiver i adfærdspædagogik ved Eikelund Kompetencecenter. Grundtanken i bogen er, at uanset hvordan de ydre rammer ændrer sig for børn, unge og voksne, så er det vigtigt at investere: At sætte tilstrækkelig kontakt ind på en 'social bankkonto', så der er noget på kontoen når 'udforskningsalderen' kommer. Presset på børn og unge er øget, og forælderrollen som 'vejvisere' er anderledes når man sammenligner med tidligere generationer. Håndbogens hovedtema er konfliktforståelse, konflikt håndtering og rusforebyggelse, og den henvender sig til både forældre og lærere. Forfatterne ønsker at inspirere til videre forståelse af samspillet mellem barn, ung og voksen, og der er gode råd til håndtering af nogle af de mest almindelige konfliktsituationer. Bogen er på 64 sider, den er udkommet på forlaget Pedcom, Ole Irgensvej 65h, 5091 Bergen. Henvendelse vedr. bogen: arne-kly@online.no

Tidsskriftet 'Mot Rusgift'

Det norske tidsskrift 'Mot Rusgift' har udgivet et temanummer med titlen 'Medikamentfri behandling i bakevja', hvor situationen for de medikamentfrie

behandlingstilbud for stofafhængige belyses i forbindelse med, at behandlingstilbud med metadon og Subutex er blevet udvidet i Norge.

Metadonproblematikken bliver belyst historisk og nyere erfaringer og forskningsresultater bliver gennemgået. Planer om lavtærskeltilbud med metadon omtales og debatten om sprøjterum bliver opsummeret.

Hele tidsskriftet ligger på nettet:

www.fmr.no/mr/67/

Kontaktperson: Knut T. Reinås, redaktør og leder af Forbundet Mot Rusgift.

Ny bog om misbrug

Psykiatrifonden har udgivet bogen 'Alkohol – på godt og ondt', som er

skrevet af overlæge Finn Zierau m.fl., Alkoholenheden på Bispebjerg Hospital. Der er ca. 250.000 alkoholikere i Danmark, og alkoholmisbrug er årsag til ca. 3.000 dødsfald om året. Psykiatrifondens bog handler om alkoholmisbrugets symptomer og diagnoser, om alkohols positive og negative virkninger, og om hvordan alkohol påvirker os både socialt og mentalt.

Selv om bogen primært beskæftiger sig med alkohol er den også relevant for alle der er interesseret i misbrugets mekanismer og konsekvenser – og for dem, som er involveret i mennesker med misbrugsproblemer.

Bogen er på 106 sider og koster 100 kr. hos Psykiatrifonden, tlf. 3929 3909, e-mail: pf@psykiatrifonden.dk

MERE NYT FRA RÅDET



Narkotikarådets årsberetning 2000

Rådets beretning for 2000 er udsendt til offentlige myndigheder og andre samarbejdspartnere, og den ligger også på hjemmesiden www.narkotikaraadet.dk. Yderligere eksemplarer kan rekvireres i socialministeriets lovekspedition. Beretningen indeholder dels en gennemgang af rådets arbejde og publikationer, og dels hørings svar vedrørende myndighedernes indsats på narkotikaområdet i det forløbne år. Som noget nyt har redaktionen indhentet synspunkter fra forskellige aktører på området: Formand for BrugerForeningen, Jørgen

Kjær skriver om 'Brugernes 2000', Narkotikarådets formand, Preben Brandt, bidrager med indlægget 'Når vi taler om illegale rusmidler', forskningslektor Karen Ellen Spannow har beskrevet forløbet om 'Stof – fra gratisblad til abonnement', socialoverlæge Peter Eges indlæg handler om 'Substitutionsbehandling – er kontrol stadig bedre end tillid?', tidl. centerleder Jørgen Jepsen skriver om 'Frontterne trækkes op i narkokrigen' og forstander Robert Olsens indlæg handler om 'Hvor skal vi bygge og hvor skal vi bo?'.

Omlægningen af Narkotikarådet nu på plads

Den tidligere omtalte ændring af Narkotikarådet er nu godkendt af justits-, sundheds- og socialministeren. Rådet bliver på 11 medlemmer, mod tidligere 23 og de statslige og kommunale myndigheder får observatørstatus.

Preben Brandt fortsætter som formand for rådet, der har følgende personligt udpegede medlemmer: Socialoverlæge Peter Ege, afdelingsleder Alice Thaarup, bestyrelsesmedlem Karen Groos, sekretariatschef Arne Gram, statsadvokat Erik Merlung, politimester Ole Scharf, foreningsformand Jørgen Kjær, sekretariatsleder Cliff Kaltoft, centerleder Mads Uffe Pedersen og centerleder Jan Jørgensen.

se konferencer, kalender m.v. på: <http://www.narkotikaraadet.dk>

Stof
Narkotikarådet
Holmens Kanal 22,
1060 København K

B

Returneres ved varig adresseændring

 **POST**
PP DANMARK

Narkotikarådet

Ventetid

Kvalitetssikringsarbejdsgruppens første delrapport

**UDKOMMER
NOVEMBER 2001**

Rapporten der er udarbejdet af Narkotikarådets kvalitetssikringsarbejdsgruppe, handler om den ventetid der går fra en stofmisbruger henvender sig til behandlingssystemet, til den relevante behandling iværksættes. Rapporten indeholder en række anbefalinger til, hvordan modtagelsen af stofmisbrugere i behandlingssystemet kan forbedres og ventetiden nedbringes.