

Stof

NARKOTIKARÅDETS BLAD NR. 7 DEC. 1998

TEMA: DE ALLERNEDERSTE

Hjemløse stofmisbrugere
Sygeplejersken og 'uroeren'
Hepatitis C

MÅ IKKE FJERNES



Stof udgives af Narkotikarådet
Holmens Kanal 22,
1060 København K.
Tel. 33 92 94 00
Fax 33 92 30 20
Internet: nkr@sm.dk

Abonnement:

Bestilling af abonnement på **Stof**
kan ske på Narkotikarådets hjemmeside:
<http://www.Narkotikaraadet.dk> eller gennem
Socialministeriets Lovekspedition,
Holmens Kanal 22, 1060 København K.
Telefon 33 92 93 00, fax 33 93 25 18.
Bladet udkommer fire gange årligt og er gratis.

Redaktion:

Redaktør Preben Brandt (ansvarshavende)
formand for Narkotikarådet
Journalist Anne Brockenhuus-Schack (DJ)
træffes på tel. 35263362
Fuldmægtig Birgitte Jensen
Narkotikarådets Sekretariat
Fuldmægtig Michael Paulsen
Narkotikarådets Sekretariat
Fuldmægtig Ulf Abelsen
Narkotikarådets Sekretariat

Medlemmer af Stofs inspirationsgruppe:

Centerleder Finn Danø, Fredericaberg
Kommunes Rådgivningscenter
Vicekriminalkommissær Axel Herløv
Rigspolitiets Narkotikainformation
Overlæge Birgit Jessen-Petersen
Skt. Hans Hospital
Projektleder Cliff Kaltoft
Lytte- og Informationscentralen, Fredericia
Forskningsadjunkt Karen Ellen Spannow
Center for Rusmiddelforskning
Misbrugskonsulent Thomas Lund
Frederiksborg Amts Misbrugscenter

Layout: Lucky Seven

Tryk: Litotryk

Forsidefoto: Michael Daugaard

Oplag: 6000

ISSN 1397 - 3385

Redaktionen afsluttet 3. november 1998

Deadline for næste nr.: 5. februar 1999

Send disketter i WORD eller WORDPERFECT

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

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.

Indhold

4 Tema: Hjemløse stofmisbrugere

Det er nødvendigt at udvikle boformer, der er specielt indrettet til stofmisbrugere

AF ROBERT OLSEN

8 Tema: Der er sgu få sejre som narkoman

Sygeplejerske og urobetjent diskuterer forholdene for stofmisbrugere på Maria Kirkeplads - men også om der kan samarbejdes og findes niches i loven

AF ANNE BROCKENHUUS-SCHACK

11 Tema: Blade af en kinesisk tallerkenartists dagbog

Citater fra en dagbog om et dagligt virke blandt stofmisbrugere på gadeplan

AF CHARLOTTE FICH

15 Tema: Det allernederste lag

Der findes mindst 300 psykotiske stofmisbrugere i København. Til dem er der aktuelt kun 25 pladser

AF BIRGIT JESSEN-PETERSEN

18 Kommentar: Den uvidende forsvarer sin uvidenhed

Kritisk gennemgang af Sundhedsstyrelsens hashpjece

21 Debat

22 Hepatitis C - endnu et problem for stofmisbrugere

Mindst 12.000 er smittet med hepatitis C i Danmark - heraf er mere end 85 pct. stofmisbrugere og der kan derfor forventes en stigning i hyppigheden af skrumpelever og leverkræft i de næste 20 år

AF HELMER RING-LARSEN

26 Heroinforsøg - har befolkningen overhalet politikerne indenom?

Danskerne er markant positive over for heroinforsøg - og jo mere etableret man er, jo mere positiv er man

AF NANNA W. GOTFREDSEN

30 Heroin - hverken 'fri' eller 'statskontrolleret'

Citater fra Folketingets høring om heroinforsøg

AF ANNE BROCKENHUUS-SCHACK

32 Profession: Narko-medarbejder (2)

At arbejde professionelt som narkomedarbejder kræver både en høj etik og stor faglighed

AF FINN DANØ og KARIN RAAHAUGE

36 Vi anklagede...nu anbefaler vi!

Om at lave narkofilm

AF IB MAKWARTH

38 Rejsebrev

Skadesreduktionsgruppen på tur til Amsterdam

41 Nyt fra Sundhedsstyrelsen

42 Kort Nyt

En teknisk behandlingsløsning - eller et godt liv?

Hvad er det egentlig vi anvender vores tid på, når brug og misbrug af stoffer er sat på dagsordenen? En teknisk behandlingsløsning - eller et godt liv?

Ikke sjældent er jeg i tvivl. Der gennemføres forsøg, der kastes rapporter på bordet, statistikker og tal dokumenterer virkeligheden. Og med forsøg, rapporter og tal som grundlag skabes nye forsøg, rapporter og tal.

Hvad skal vi nu finde på - er det en idé med ordineret heroin til misbrugerne? (for at nævne blot et aktuelt eksempel). Der er stor kreativitet og frit valg på alle teknik-hylderne. Der bruges oceaner af tid og ressourcer på at tale om, idéudvikle og afprøve. I mellemtiden fortøner det egentlige perspektiv sig i horisonten: At det drejer sig om brug og misbrug af liv. Vi lapper på konstateret misbrug alt imens bolden ruller videre og nyt misbrug udvikler sig. Desværre og nødvendigvis skal der lappes - der skal gøres en stor indsats for at rette op på, eller i det mindste reducere, skaderne af (stof)misbrug. Fortidens synder påkalder sig handling.

MEN - og det men er stort - i den tekniske kamps hede glemmes det helt basale - og banale - at forebyggelse er bedre end behandling. Og billigere på alle måder, såvel menneskeligt som økonomisk.

Jeg er mere end én gang blevet præsenteret for det synspunkt, at harm-reduction er 'en slags forebyggelse'. Skulle det være tilfældet, må det altså konstateres, at vi skal skabe misbrugere, før vi kan gå i gang med at forebygge. Alle er - forhåbentlig - enige i, at det er en absurd konklusion. Men at få taget fat på en grundig diskussion af hvorfor, hvornår og hvordan det forebyggende arbejde på misbrugsområdet kan udvikles, det mangler.

I forhold til den tid, de kræfter og de penge, der hvert år bruges på behandling, er det marginalt hvor meget man satser på forebyggelsen - selv om alle siger »at forebyggelse er bedre ...«. Der lyttes pænt til forebyggerne (jeg taler af egen erfaring). Det er politisk korrekt. Men der er nu engang mere overskrift og prestige i et effektivt og - måske - vellykket behandlingsforløb. Så når alt efter temperament heksedoktoren eller den kloge kone har talt færdig, går vi i gang med det rigtige arbejde - at strukturere og udvikle behandlingsapparatet.

Hvis vi skal videre - og det skylder vi både dem, der er ude i misbrug og dem, der endnu ikke er det - må vi ændre stil. Vi må erkende, at forebyggelse og behandling er to meget forskellige størrelser og med meget forskellige udgangspunkter. Men to størrelser, som - indtil videre - ikke er blevet adskilt. Dem, der allerede er ude i misbruget, ønsker vi på længere sigt skal være i stand til at leve et liv uden stoffer. Behandlingen bygger her på erfaringer med nederlag, skam eller angst eller lignende oplevelser hos den enkelte bruger. Erfaringer, som de børn og unge, der (endnu) ikke er ude i misbrug, ikke har og heller ikke kan opnå ved skræmmekampagner eller videntilførsel. I forebyggelsen søger vi at opnå, at den unge selv ønsker et godt liv så meget, at han/hun er i stand til at vælge stofferne fra. For stofferne vil være der, så længe der er efterspørgsel.

Kan vi blive enige så langt, må vi også kunne blive enige om, at behandling, adskilt fra forebyggelse, naturligvis skal fortsætte til gavn for dem, der allerede er ude i et misbrug. Sideløbende og forstærket skal vi arbejde for at de andre børn og unge får så meget glæde ved livet, at de ikke ønsker at ødelægge det med selvdestruktiv adfærd, det være sig med stoffer eller på anden måde.

På længere sigt skulle det gerne føre til, at behandlingsdelen ikke optager næsten alle kræfter. Det er perspektivet - men lige nu tramper vi rundt i behandling op til begge ører. Hvordan får vi ændret stil så forebyggelsen fylder bare lige så meget som behandlingen - hvor det gode liv træder tydeligere frem i forhold til tekniske behandlingsløsninger?

Nogle gode bud, også gerne fra behandlerens side, vil være velkomne.

Karsten Ive
Sekretariatschef i Det Kriminalpræventive Råd




Hjemløse stofmisbrugere

Det er nødvendigt at udvikle boformer, der er specielt indrettet til stofmisbrugere, ikke blot stofmisbrugere i behandling, men også aktive stofmisbrugere.

Stofmisbrug og den heftige levevis og opløsning af sociale netværk, der følger med dette misbrug, er med til at øge andelen af stofmisbrugere blandt de hjemløse. På herberger og forsorgshjem er stofmisbrugere mere almindelige end tidligere. Derfor må vi spørge os selv, om tilbudet til, og mødet med de hjemløse stofmisbrugere er godt nok.

Ind ad bagdøren

Stofmisbrug er krøbet ind ad bagdøren på herberger og forsorgshjem. Traditionelt har herbergerne og forsorgshjemmene primært været beboet af ældre mennesker med alkoholproblemer og en mindre gruppe af psykisk syge, der optræder som enspændere. I takt med den større anvendelse af euforiserende stoffer blandt unge begyndte disse 'debuterende stofmisbrugere' at dukke op på herbergerne og forsorgshjemmene i 70-erne og 80-erne.

Stofmisbrugerne blev i første omgang kastebold og er til stadighed kastebold mellem herbergerne/forsorgshjemmene på den ene side og narkobehandlingssystemet på den anden side. I begyndelsen var stofmisbrug afvisningsgrund på mange herberger og forsorgshjem og henvisningsårsag til narkobehandlings-systemet.

Resultatet var at misbrugerne enten boede på gaden eller tilfældige steder, eller at misbrugerne skjulte deres misbrug på herberger og forsorgshjem, og derfor kun alt for sjældent fik kontakt til behandlingsinstitutioner.

Af en korrespondance mellem Københavns kommune og Mændenes Hjem fra begyndelsen af 80-erne fremgår det at kommunen pålægger institutionen at modtage stofmisbrugere. Kommunens officielle holdning på daværende tidspunkt var dog, at stofmisbrugere skulle

modtages i narkobehandlingssystemet. Men narkobehandlingssystemet havde ikke kapacitet til at huse de hjemløse stofmisbrugere og give dem behandling.

Stofmisbrugere er stadig kastebold i systemet og henvises stadig til narkobehandlingssystemet på trods af at langt de fleste narkobehandlingstilbud er ambulante og uden bomuligheder. Stofmisbrugere modtages stadig kun på et fåtal af § 94 boformerne (herberger og forsorgshjem). I Københavns kommune modtages stofmisbrugere på fire steder, der dækker ca. halvdelen af alle pladser i København. Udenfor København er mulighederne for ophold endnu ringere. Enkelte amter har overhovedet ikke noget tilbud til hjemløse stofmisbrugere. Andre kan ikke rumme dem i nuværende tilbud.

Mange steder mødes stofmisbrugere med restriktioner. De kan bo på et herberg eller forsorgshjem hvis de er stof-frie, eller er i metadonbehandling uden sidemisbrug, eller i obligatorisk antabusbehandling. Det ofte brugte og misbrugte Søren Kirkegård citat om "at møde mennesket hvor det er" gælder kun i al for ringe grad for samfundets møde med stofmisbrugere.

Flere end forventet

Stofmisbrug har sociale konsekvenser. Hjemløshed er en af dem. Antallet af hjemløse med stof- eller blandingsmisbrug er stigende på §94 boformer, der modtager stofmisbrugere. På de tre store herberger/forsorgshjem i København - Sundholm, Mændenes Hjem og Herberget i Hillerødgade - er 60-70 pct. af beboerne stofmisbrugere. Det svarer til ca. 200 personer (se 1).

I Københavns kommunes Statusrapport for § 105 institutioner (§ 94 boformer efter ændring af bistandsloven til

Lov om social service) oplyses det, at godt 18 pct. af alle indskrevne på de københavnske § 94 boformer den 15. januar 1997 har stofmisbrug som et problem. Ifølge oplysningerne er det en fordobling på et år (se 2).

I Københavns Kommunes Status og Forskningssystem oplyses det, at 7 pct. af de indskrevne på københavnske narkodistriktscentre bor på herberg, og at lidt færre, 6 pct., bor på gaden. Næsten dobbelt så mange, 11 pct., oplyser at de bor hos venner og familie (se 3).

Hjemløse stofmisbrugere bor altså også andre steder end på herberg og gaden. Nogle benytter natcaféer, nogle bor hos venner eller tilfældige bekendte, som tredje mand på sofaen. Nogle er på hospital eller i fængsel. Denne 'skjulte hjemløshed' er almindelig blandt stofmisbrugere (se 4). En del af de stofmisbrugere, der er indskrevet i døgnbehandling, er uden egen bolig.

I bogen 'Stofmisbrug' oplyser social-overlæge Peter Ege, at mellem 10 og 30 pct. af stofmisbrugerne beretter, at de ikke har egen bolig (se 5).

Heftig livsstil

Et liv med stofmisbrug er et liv med hurtig omsætning af penge, menneskelige kontakter og bomuligheder.

Flemmings historie er et udtræk fra et interview med en tidligere beboer på Mændenes Hjem:

»Jeg begyndte med at ryge hash og tage lidt heroin. Vi var et par kammerater, der boede i et lejet værelse. Vi klarede os med vores bistandshjælp og lidt kriminalitet. Jeg tog ofte ind til byen for at købe stoffer. En dag blev jeg i byen, jeg var træt af at bo sammen med de andre og flyttede ind på Christiania, jeg kendte folk derude. Senere blev jeg og de andre smidt ud af vores værelse på

MÆNDENES HJEM

Lille Istedgade
8-2



Christiania. Jeg tullede mest rundt i byen, sov forskellige steder hos bekendte og brugte flere stoffer. Jeg boede ind imellem på herberg, men jeg røg hurtigt ud igen fordi jeg overtrådte reglerne eller blev uvenner med folk. I 1987 lykkedes det, via en bekendt, at få min egen lejlighed. Jeg var samtidig begyndt at få metadon fast fra min egen læge. Jeg brugte stadig alle mine penge på stoffer og piller. I 1990 røg jeg ud af lejligheden igen. Jeg sad i fængsel og havde lånt lejligheden ud til nogle af mine venner. De brugte lejligheden til at sælge stoffer og de 'glemte' at betale huslejen. Da jeg kom ud, flyttede jeg ind på et herberg igen. Jeg fik en kæreste, som jeg troede jeg kunne bo hos, men



hun havde en fyr i fængsel, så da han kom ud, blev han helt vild, da han opdagede mig. Han havde gode kontakter, så jeg måtte væk fra miljøet. Nu er jeg tilbage i byen og har egen lejlighed med tv og madras. Jeg får stadig metadon og håber at blive boende her«.

Flemming oplyser, at han har boet 25-30 steder de seneste år. Årsagen til hans konstante flytninger - eller flugter - ligger blandt andet i den livsstil, der følger med et stresset liv som stofmisbruger. Hvis man ser på årsagerne til flytningerne, finder man nogle af de fænomener, der er en del af en livsstil

med stoffer. I Flemmings historie og i mange andre tilfælde er følgende faktorer årsagen til flytningerne: Uvenskab, gæld til narkoleverandører, frygt fra omgivelserne, manglende betaling af husleje, flugten fra sig selv, indsættelse i fængsel og opbrud i parforhold.

En række karakteristika

Stofmisbrugere er lige så forskellige som andre mennesker. Alligevel kan man finde en række karakteristika, der kan beskrive gruppen af hjemløse stofmisbrugere. Hjemløse stofmisbrugere karakteriseres ved at være mellem 30 og 45 år, de får metadon, de har et stort sidemisbrug, de lever af overførelsesindkomst, de har en lang misbrugskarriere, de har brudte parforhold bag sig og har kun ringe kontakt til familie (se 6 & 7).

Det er ofte stofmisbrugere med en lang misbrugskarriere, der ses på herbergerne og forsorgshjem. Yngre stofmisbrugere har ofte relationer og netværk, der gør at de ikke havner på herbergerne eller forsorgshjemmene. Eller de yngre misbrugere forsøger at holde sig væk fra disse miljøer.

Stofmiljøet har ændret sig gennem de seneste fem år. Ikke blot er der kommet flere forskellige og nye stoffer til, f.eks. rygeheroin, men også nemmere adgang til kokain, ecstasy og khat. Det ser også ud til at der kommer flere indvandrere og flygtninge til miljøet.

Vesterbros stofmiljø er i dag ikke kun et miljø, men mange miljøer med forskellige stofanvendelseskulturer, ofte med baggrund i forskelligt etnisk tilhørsforhold. På københavnske narkodistriktcentre er tilgangen af klienter med anden etnisk baggrund end dansk stigende.

På flere herberger, f.eks. Mændenes Hjem, er antallet af hjemløse med indvandrer- og flygtningebaggrund vokset voldsomt. Siden midten af 1995 har denne gruppe udgjort 30-40 pct. af alle beboere på Mændenes Hjem.

Denne gruppe er dog stadig en lille del af den samlede gruppe af hjemløse stofmisbrugere. Indvandrer- og flygtningegruppen er heller ikke en homogen gruppe. Der er stor forskel på om man er en iraner som ryger heroin, eller om man er en somalier der ryger khat.

Der er dog karakteristisk for indvandrer- og flygtningegruppen, at de er lidt yngre end danske misbrugere. De har sjældent en uddannelse, de har dårlige

danskkundskaber, de har ikke haft tilknytning til arbejdsmarkedet, de har kun sporadisk kontakt til sociale myndigheder (sagsbehandleren) og mange har psykiske problemer p.g.a. traumatiske oplevelser i fortiden, f.eks. krig, tortur og flugt.

Det sociale netværk

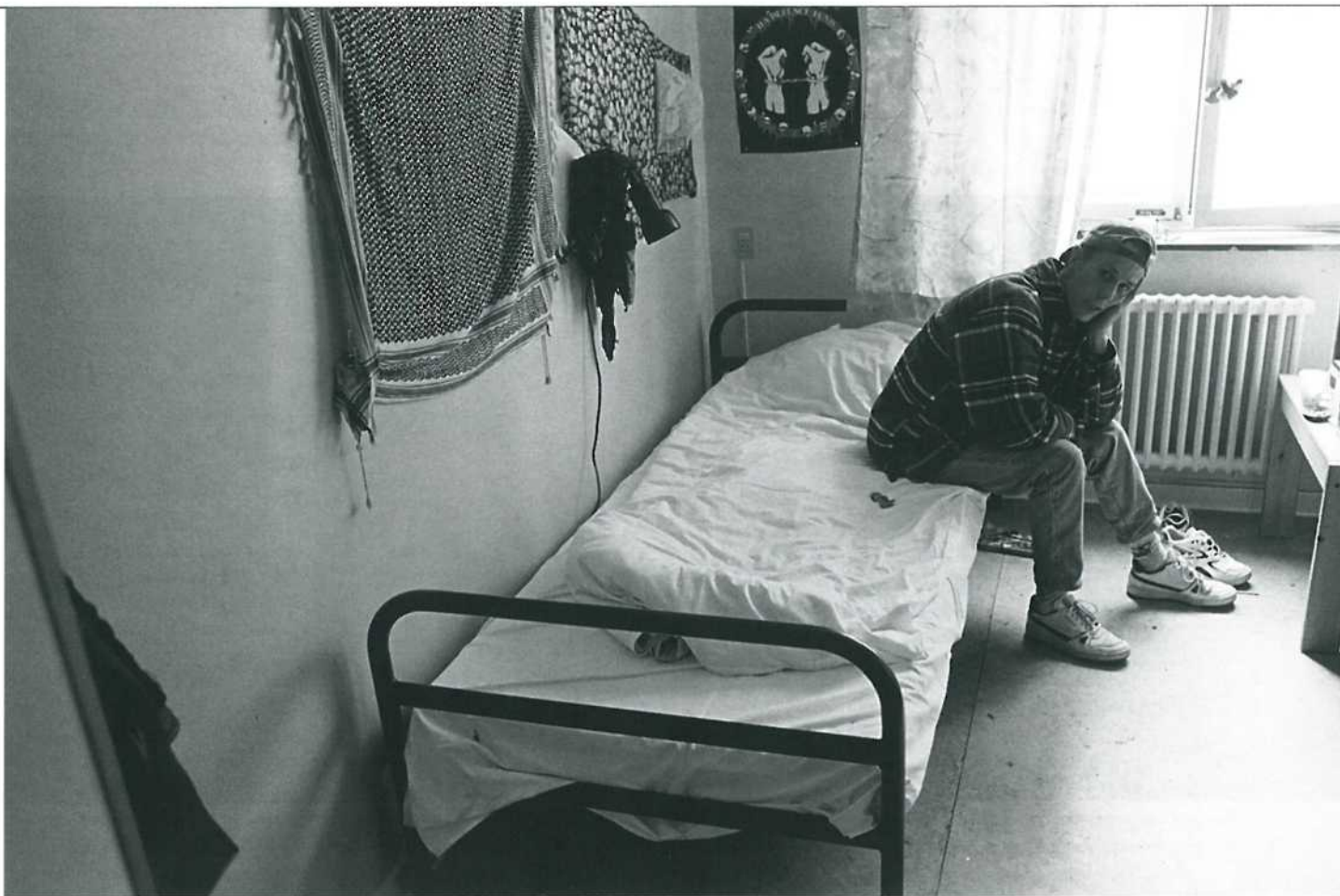
Stofmisbrugere har sociale netværk. Det sociale netværk består primært af andre stofmisbrugere. Det kræver mange kontakter og forbindelser for at opretholde et kontinuerligt misbrug. Ofte er dette netværk forbundet med det at skaffe sig stoffer eller lave penge til en fortsat opretholdelse af misbruget. Man kan sige at netværket er en form for interessefællesskab, hvor fælles interesser skaber kontakter, men også er med til at skabe en fastholdelse i misbruget.

Niels, som er tidligere beboer på Mændenes Hjem, er flyttet til en anden bydel, men kommer stadig hver dag i 'miljøet'. Han får under opholdet på et herberg kontakt med et behandlingssted. Niels starter i metadonbehandling og der bliver lagt en plan ifølge hvilken han skal flytte ud i sin egen lejlighed. Fire måneder senere flytter Niels ud i sin lejlighed. Imidlertid bruger han kun lejligheden meget lidt. Hver morgen søger han straks tilbage til den plads tæt ved herberget, hvor han er sikker på, at han møder de mennesker, han kender og føler sig hjemme iblandt. Snakken går ofte om hvilke stoffer, der pt. er tilgængelige, hvem der sidder inde, og hvad politiet går og foretager sig.

Det offentlige netværk er også synligt i mange misbrugeres tilværelse. De aftaler misbrugerne har f.eks. i form af daglig metadonudlevering, den daglige kontakt til personalet på et forsorgshjem, den månedlige kontakt til kriminalforsorgen eller sagsbehandleren på socialkontoret, er med til at danne et netværk. Stofmisbrugerne betragter dog ofte disse hjælpeforanstaltninger mere som værende kontrolforanstaltninger end som tilbud om hjælp.

De sociale netværk, i mere traditionel forstand, er ringe blandt hjemløse stofmisbrugere. I bogen "Nye fattige" skriver Catarina Juul Kristensen om hjemløse kvinder, at »Ingen af de interviewede kvinder havde omfangsrige netværk og kvaliteten af de netværk de havde var typisk ikke særlig god« (se 4).

Familien er fjerne personer, som stof-



misbrugerne kun har ringe eller ingen kontakt til. Man hører ofte udtryk som »Jeg er familiens sorte får«, »Jeg har ikke nogen familie« eller »Jeg har ikke talt med min familie i årevis«. De dårlige familierelationer beskriver stofmisbrugerne som et resultat af deres stofmisbrugstilværelse. »Mine forældre og min eks-kæreste har sagt fra overfor mit misbrug. Jeg ser dem ikke mere«.

Ensomhed og manglende selvværd er blot to af konsekvenserne af manglende netværk. Kulturel forvirring, fremmedgørelse og følelsen af tomhed og kulde er andre (se 4).

Der er dog også positive tegn at spore. Nye netværksrelationer af mere organiseret art er dukket op. Brugerforeningen er et eksempel på en sådan forening, der ikke kun fungerer som netværk, men også som interesseorganisation giver mæle til mange stofmisbrugeres.

I de senere år er der endvidere sket en voldsom vækst i antallet af NA-grupper (Narcotics Anonymous).

Det er, sammen med de nye 'stoffrie væresteder', med til at skabe netværk

og relationer mellem mange eks-misbrugere.

Langt de fleste stofmisbrugere bor i egen bolig, men stofmisbrugerne er ofte ilde sete i boligområderne. Stofmisbrugere beskriver ofte, at de ikke føler sig hjemme i det område, hvor de bor. De føler sig udenfor og er reelt også udenfor de sociale sammenhænge, der måtte findes i boligområderne. Det er nødvendigt at udvikle boformer, der er specielt indrettet til stofmisbrugere, ikke blot stofmisbrugere i behandling, men også aktive stofmisbrugere.

Antallet af hjemløse stofmisbrugere er stigende og udgør en større del af det samlede antal hjemløse. De sociale tilbud i forhold til stofmisbrugere må udvikle sine metoder og sine tilbud for at undgå at stofmisbrugere havner i hjemløshed.

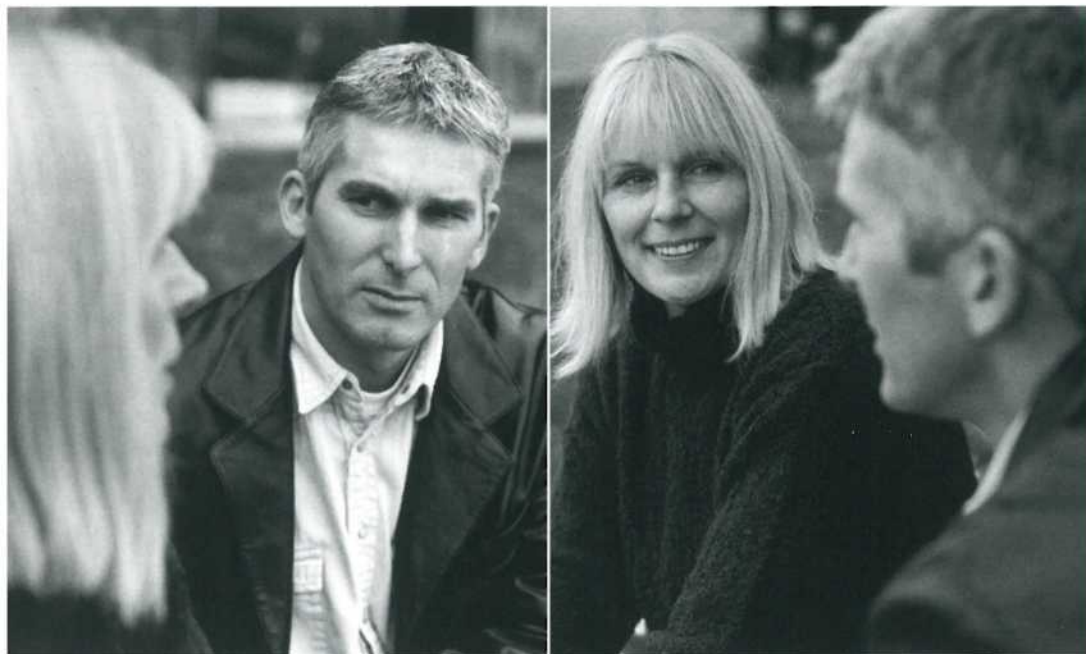
Herberger og forsorgshjem har ikke udviklet sig i forhold til den voksende gruppe af hjemløse stofmisbrugere. Der vil i fremtiden være behov for udvikling af tilbud under § 94 i lov om social service. ■

Kilder:

1. Årsberetninger, samt oplysninger fra Mændenes Hjem, Sundholm og Herberget i Hillerødgade.
2. Københavns Kommunes Statusrapport for § 105 området. 1997
3. Københavns Kommunes Status og forskningssystem. 1998
4. Catarina Juul Kristensen: Nye fattige. Forlaget Sociologi. 1996
5. Peter Ege: Stofmisbrug. Hans Reitzels Forlag 1997
6. Robert Olsen: Mændenes Hjem årsplaner 1996 og 1997.
7. Kate Merved: Hjemløse gadenarkomaner i København. Social og sundhedsforvaltningen i København. 1988

Robert Olsen
Forstander for Mændenes
Hjem i København





Søren Jørgensen:
*»Jeg ønsker ikke til-
 stande som i Schweiz,
 hvor banegårdene er
 ét kæmpe fixerum
 under åben himmel...«*
 Charlotte Fich: *»Det
 har vi også på Maria
 Kirkeplads!«*

Der er sgu få sejre som narkoman

Sygeplejerske Charlotte Fich og urobotjent Søren Jørgensen diskuterer bl.a. forholdene for stofmisbrugerne på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København - men også om der kan samarbejdes og findes nicher i loven.

»V i repræsenterer to forskellige indfaldsvinkler eller kulturer, og derfor kommer vi til at modarbejde hinanden. Jeg ønsker rum, ro og venlighed for at der skal opstå færrest mulige skader. 'Uroerne' forsøger at sprede stofmisbrugerne og så er min reaktion: Nu render han rundt og får ikke ordnet sit sår«, siger sygeplejerske Charlotte Fich. Hun har siden februar i år været udstationeret som gadeplanssygeplejerske på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København fra Specialinstitutionen på Forchammersvej på Frederiksberg. I denne samtale møder hun politiassistent Søren Jørgensen, der siden 1994 har været ansat i Uropatruljen i København med basis på Vesterbro. Trods uenighed på en række punkter og forskel i lysten til

at eksperimentere, taler de begge om behovet for samarbejde.

Eller som Søren Jørgensen (SJ) siger til Charlotte Fich (CF): »Vi følger begge loven og forholder os til det menneskelige. Jeg kan godt se følgevirkningerne af Uropatruljens arbejde og at der hurtigt kan ske forstyrrelser. Men hvis du vil have arbejdsro, må du lukke dig inde et sted, politiet ikke kommer. Det er loven - og ikke os - der begrænser dig«.

Uropatruljen har ingen specialer, men 90 pct. af patruljens arbejde går med narkotika på gade- og mellemhandlerplan. Ifølge loven skal patruljen holde øje med, hvad der foregår på gaden og servicere borgerne. »Der er ingen grund til at vende lommes«, for uro-ernes opgave er at lære dem der

færdes fast på gaden at kende, få kontakt til miljøet og opdatere viden om stofferne. »Der ligger en præventiv virkning i, at vi holder øje med dem, men vi er ikke en smide-væk-gruppe som den blå bus fra Station 1«, siger Søren og fortsætter:

Ingen jagt

»Når vi blander os dernede, får vi en masse oplysninger, og når vi tager kontakt med 'kunderne' får vi beviser på sælgerne. Vi går stille og roligt til værks. Vi ved alle, at de skal have deres narko og vi jagter dem ikke, for det får vi ikke noget ud af«.

Mens Mariakirken tidligere var overvåget af politiet udefra, har kirken i sommers bøjet sig for politiets krav om

også at patruljere inde i kirken. Politiet begrundet det med, at der handles med stoffer inde i kirken. »Vi kan ikke bevise, hvem der har handlet bag en lukket dør«. Charlotte kan ikke udelukke, at der handles i kirken, men siger, at der er en stor grad af selvjustitis mellem stofmisbrugerne, for hvis det opdages lukkes kirken, og kirken er deres varmestue.

Meget ofte reagerer politiet på henvendelser fra beboerne i området og det er lige så meget salget som fixeriet, beboerne reagerer på.

CF: »Det er mest det, at der fixes, de ikke kan holde ud af se på - eksempelvis når blodet vælter ud, når stofmisbrugerne stikker sig i lysken«.

S.J: »Eller når de stikker sig i halsen. Den åbenlyse handel bliver beboerne også irriterede over. Vi ved godt, at stofmisbrugerne efter at have købt deres stof er fredløse hele vejen hjem, hvis de ikke tager stoffet med det samme. Derfor går de med sprøjten fyldt på sig og hænger eller ligger og fixer. Nogle gange lukker vi øjnene. Det er i begrænset omfang, at vi banker køberne af«.

CF: »Misbrugerne har intet ud af det. Snarere tværtimod da det er værre for dem at komme i fængsel«.

S.J: »Har de købt for 2-400 kroner får de bøde og fængsel. Og så er det ud igen. Det er et håbløst system«.

Som den ideelle politik forestiller Søren sig, at man langt tidligere får fat i en meget yngre gruppe med oplysning, og at man giver stofmisbrugerne en behandling der fungerer. »Her må der ikke spares penge. Behandling er den eneste løsning, men der er et økonomisk loft over den. Så efter endt behandling overlader man dem til sig selv. Hvor skal de færdigbehandlede gå hen? Det sociale apparat er ikke godt nok. Ingen ser længere end til dette års finanslov«.

Advarsel eller bøde

C.F: »Er der så nogen grund til at give manden en bøde?«

S.J: »Vi har som politifolk lov til at give en advarsel. Den står i to år. Tages stofmisbrugerne igen er det bøde og efterfølgende bøder hver gang. Det bliver dyrere og dyrere«.

- Kunne det så ikke blive ved advarselne?

S.J: »Nej, for så går sælgerne også kun med en portion ad gangen. Ifølge loven er det forbudt at fremstille, besidde eller anvende stoffet«.

C.F: »Det er jo et Sisyfos-arbejde, for det er jo de samme mennesker der både besidder og anvender stoffet!«

S.J: »Det er ingen undskyldning at sælge til eget forbrug - altså at fixe 'gratis'. For vi ved at jo lettere adgang, der er til stofferne, jo mere bruges«.

C.F: »Men de er jo stadig stofmisbrugere og må enten finansiere deres misbrug ved gadepusheri eller ved anden kriminalitet«.

S.J: »Du glemmer metadonen. Der er ingen undskyldning. Enten går du i behandling eller minimerer dit forbrug«.

C.F: »70 pct. af dem, jeg behandler, er tilknyttet en behandlingsinstitution og de har alle et sidemisbrug«.

Hun siger, at politiets indsats bevirker, at misbrugerne kan hæmmes i at turde henvende sig til hende og at hendes neutralitet som sygeplejerske kan blive draget i tvivl. Det tror Søren ikke på: »De må da vide, hvad du står for«.

Det flyder med stof

Et andet af Charlottes argumenter er, at hun ikke tror på at politiets skærpede kontrol på Maria Kirkeplads generelt har betydet mindre stofhandel: »Vi har det samme antal stofmisbrugere og det flyder med stoffer. Det sker at der er 'tørke', men så kommer der andre forhandlere til. Eller handlen flytter til andre steder, som f.eks. Nørrebro Runddel«.

S.J: »Det er tydeligt at se, når der er stofmangel. Så vandrer de hvileløst rundt og trækker op mod pladsen. Men på selve pladsen er det oftest til at få stof inden for en time«.

C.F: »Det er især et problem omkring den 1., hvor pusherne har fået penge og holder fri. Så stiller de lavest rangerende stofmisbrugere - dem uden fast dealer - sig op på pladsen og er søgende og nervøse«.

Ingen stresskampagne

Hvilket formål tjener politiets stresskampagne?

S.J: »Ordet 'stresskampagne' er helt

forkert. Vi går ikke bevidst ind og stresser dem. Men hvis en fyr tages tre gange dagligt, så bliver han rimeligt sur. Så siger han, at nu må han på bræk igen. Men vi bliver sjældent uvenner. Vi forstår hinandens roller. De fleste føler sig ikke jagtet af politiet. Vi snakker på en anden måde med dem, vi er ikke bange for dem eller for deres sygdomme. Men vi har gjort gadehandlen vanskeligere, de kan ikke skjule sig. Plus at vi nu kan medvirke til hjemsendelse af udlændinge. Men du kan stadig få stoffet på Vesterbro«.

C.F: »Enhver 15-årig pige kan en fredag aften få sit stof. I løbet af en halv time«.

S.J: »Jamen, tidligere gik der måske kun fem minutter. Og vi vil afdække de få, der er tilbage. Nu skal vi virkelig arbejde for at få en handelssag og det sker ikke i de perioder, hvor vi laver massiv observation på pladsen«.

C.F: »Eller også ordnes handlen i en af sidegaderne. Og så er der pensionisterne, der sælger ketogener...«

S.J: »Ja, de er de sværeste, for de får ingen straf«.

Fra politiets side hævdes det, at flere er kommet i behandling som følge af politiets indsats. Det forstår Charlotte ikke, da behandlingssystemet er fyldt til bristepunktet. Hertil siger Søren, at når der køres fælles, massive politiaktioner, så sørger politiet for at stofmisbrugerne kommer i behandling: »De springer så at sige et trin over«.

Politiets opførsel

Charlotte fortæller også om, hvordan stemningen blev pisket op, da en civilklædt betjent var gået alene ind på pladsen og tydeligt blev bange, da han blev udhængt for 'fremprovokeret handel'. Søren siger, at normalt er politifolkene ikke bange og er gode til at passe på sig selv.

C.F: »Men han var alene«.

S.J: »Så er det hans egen skyld«.

C.F: »Og der gik kun fire-fem minutter og så kogte det hele«.

S.J: »Spørg stofmisbrugerne på pladsen om de hader 'uroerne'. Svaret vil være, at de hader uniformen. Vi taler jo ofte med dem og skilles på en forstående måde. De hader os ikke«.

Så let giver Charlotte ikke op, men

kommer med to nye eksempler, der er blevet hende fortalt: I det første tilfælde gik en 'uroer' hen til en stofmisbruger, mens to af hans kolleger blev siddende i bilen. Stofmisbrugeren havde fem pakker stof, og 'uroeren' tog de to - for at have noget med til kollegerne - og smed de tre bag en parkeret bil, så stofmisbrugeren kunne finde dem igen. I det andet tilfælde sparkede en betjent nålen ud af armen på en stofmisbruger (normalt får misbrugeren lov til at færdiggøre injektionen). På denne baggrund siger hun:

»De forskellige budskaber er uensigtsmæssige. Er det op til den enkelte betjent, hvordan loven administreres?«

S.J.: »Den første situation stiller jeg mig helt uforstående over for. Vi slår ingen handel af. Den anden situation nægter jeg at tro på. Situationen er grotesk - det gør man ikke. Så inhumant må man ikke opføre sig. Har man aggressioner, må man blive hjemme fra arbejde.«

På Charlottes spørgsmål om hvem der vælger personalet til Uropatruljen, fortæller Søren, at personalet søger ind i Uropatruljen, men det er stationerne, der udpeger dem. Derefter uddannes de i tre måneder. »For en dårlig situation koster 100 gode, og i Uropatruljen er vi alle modne folk.«

Mere råt miljø

Charlotte spørger, hvad der skal til for at det hele rykker op i et 'Bronx-scenarie', hvor man 'nakker en uroer'. For de gamle stofmisbrugere fortæller, at miljøet er blevet hårdere med flere rockere og udlændinge, og også med flere kontante afregninger blandt danskerne. Søren mener ikke, at det er blevet mere råt. Hårdheden finder han mest i de udenlandske miljøer.

Et af Charlottes argumenter er, at når stofmisbrugere tvinges til at injicere i hast umiddelbart efter erhvervelse af stoffet, vanskeliggøres muligheden for at skaffe sig rene værktøjer; der er heller ikke tid til at sørge for fornuftige hygiejneforhold med fornødent lys, rent vand og ro, endsige tid til at vurdere stoffets kvalitet, beskaffenhed og styrke. Resultatet er øget risiko for sygdomssmitte, injektionsskader eller livstruende overdoseringer. Dette er Søren helt enig i.

C.F.: »Hastværk er lastværk.«

S.J.: »Det kan ikke undgås.«

Kunne en mulighed for ordnede forhold

så ikke blive flere fixerum á la det, der allerede findes i Redens regi?

S.J.: »Så skal loven laves om. Men de kunne lige så godt have ordentlige steder af fixe. I Holland har politiet fredet dem. Men det er en farlig udvikling og kræver en lovændring, da besidderrollen så skal ses i et andet lys.«

Herefter bevæger samtalen sig ind på emnet 'statskontrolleret heroin'. Søren finder ikke at det er nogen løsning. Det så man med metadon, hvor der stadig er sidemisbrug og han hæfter sig ved de ikke-kontrollerede narkomaner - hvem skulle udvælge dem?

C.F.: »Det skulle specialiserede misbrugslæger. I dag overlader vi det til de kriminelle at kontrollere markedet frem for staten.«

S.J.: »Der vil stadig være illegale købere, nemlig alle dem, der ikke får ret til at få stoffet legalt. Det officielle skøn går på, at der er 20.000 stofmisbrugere, men hvis vi regner det hele med, er der flere end 50.000. Og ved en legalisering skaber vi måske et nyt marked.«

C.F.: »Hvem ville gide sælge til de få 15-16-årige engangs-købere?«

S.J.: »Og hvad skulle kriteriet være for at komme i betragtning til legalt heroin? Skal man være straffet 10 gange eller have et dagligt misbrug på et gram? Hvor går skellet?«

C.F.: »Vi ødelægger kun bagmændenes forretning. Og at lave et nyt marked er et hårdt arbejde.«

S.J.: »Det er da gået meget godt indtil nu!« Og han fortsætter:

Rekrutteringsbasen

»Jeg er bange for rekrutteringsbasen, d.v.s. de nuværende skoleelever og dem, der ikke vil erkende at de er stofmisbrugere. Og kastes stoffet i grams, vil man hurtigere blive hooked.«

C.F.: »Det vil kun være en overgang.«

S.J.: »Der vil altid komme nye til.«

C.F.: »Det er jo ikke os alle, der bliver stofmisbrugere. De fleste, der bliver det, har været udsat for omssorgssvigt«. - *Johan Petersen, der er præst ved Mariakirken, har her i bladet tidligere skrevet, at kampen mod stofferne er blevet kampen mod misbrugerne. Er det korrekt?*

S.J.: »Det kan stofmisbrugere godt føle, men sådan ser vi det ikke. Stofmisbrugeren er en brik i det spil - men der er ingen krig.«

C.F.: »Men han bliver den synlige taber i spillet.«

S.J.: »Der er sgu få sejre som narkoman.«

Kræver lovændring

Hver dag ser Charlotte resultaterne af, at mennesker har besiddet og anvendt ulovlige stoffer. Derfor ønsker hun ændringer eller nogle nicher i loven.

S.J.: »Så må loven laves om. Ellers kan problemet kun løses ved at gøre pladsen til et forsøgsområde. Og du kan få politiets forståelse, men aldrig dets accept, før loven ændres.«

C.F.: »Jeg vil gerne appellere til at vi - politiet og jeg - arbejder sammen for en ændring.«

S.J.: »Du kan have ret i, at vi ikke får nogen ændring før vi forsøger noget nyt. Vi kommer ikke videre uden at bryde grænser. Og tør vi ikke gøre noget, får vi ingen resultater. Så lad os prøve alt det, vi kan inden for loven. Men jeg fatter ikke, hvordan en minister kan acceptere, at der gælder en regel i 'Pusherstreet' på Christiania og en anden på Vesterbro, hvor vi 'buster' en fyr for nogle få gram hash.«

C.F.: »Ville en legalisering af hash da ikke være OK?«

S.J.: »Slet ikke! De går ofte fra hash til de hårde stoffer, derfor skal vi ikke afkriminalisere hashen.«

C.F.: »Og vi må heller ikke for USA.«

S.J.: »Vi skal heller ikke!«

C.F.: »Jeg har det meget dårligt med at ting er ulovlige og derfor kriminelle, der igen tiltrækker kriminelle bagmænd og skaber ofre. Når vi taler om de hårde stoffer er der behov for nogle forsøg med lægeordineret heroin. Muligheden er jo, at det kunne gå hen og blive en succes.«

S.J.: »Det gør det.«

C.F.: »Men politikerne er bange for forsøg. De bør gå ind og tage et medansvar.«

S.J.: »Jeg ønsker ikke tilstande som i Schweiz, hvor banegårdene er ét kæmpe fixerum under åben himmel...«

C.F.: »Det har vi også på Maria Kirkeplads!«

Og hun tilføjer:

»Jeg vil dog fastholde, at jeg gerne vil i dialog og samarbejde med jer i politiet. Men I kan optræde som et fjendebillede.«

S.J.: »Alt det, vi ikke gør, er human.«

C.F.: »Og alt det, jeg ikke gør, er inhumant!« ■

Blade af en kinesisk tallerkenartists dagbog

Siden begyndelsen af februar i år har Charlotte Fich haft sit daglige arbejde i Mariakirken og på Maria Kirkeplads som led i et pilotprojekt foranstaltet af Specialinstitutionen på Forchhammersvej, hvor hun er ansat. Hendes arbejde består i at informere stofmisbrugere på gadeplan om sygdomsrisici, undersøge ukendte adfærdsmønstre, kompetence- og informationsniveauer, samt at yde førstehjælp ved f.eks. injektionskader, sår og overdoseringer. Lige siden starten har hun skrevet dagbog om sit arbejde



torsdag 5.2.:

»Kl. 16.00 lukker Mariatjenesten. Det er ikke muligt at skifte store sår på brostenene - så den næste time går med udendørs samtale og undervisning«.

fredag 6.2.:

»Der er en hunger efter omsorg. Mændene viser det tydeligst (...)De kommer til mig med alle slags sår, skrammer og spørgsmål. Der er megen angst at spore, når de fortæller om deres problemer«.

mandag 9.2.:

»Fyrreårig kvinde på krykker med fygkelige bensår. Senen vokser ud af benet. Staseeksem - væskende, masser af fibrin. Burde have hjemmesygeplejerske, men har ikke fast adresse.«
»De fixer bag ved pissoiret. Lægger sig på den bare asfalt og bliver fixet i halsen af en kammerat. Samme sted står de også og urinerer. Der er en frygtelig hygiejne, men de ved, at det handler om at få placeret nålen i venen så hurtigt som muligt. Sidder den først dér, får de lov at fixe færdig, selv om politiet kommer til stede«.

tirsdag 10.2.:

»De er professionelle. Tænderne flår hul i plastik og pakker, så sagerne kommer ud. Pulveret i bægeret. Vand trækkes op og trykkes ud igen i bægeret. Der røres rundt. Substansen trækkes op i pumpen igen. Fixet holdes fast mellem tænderne, mens der lynes ned og - vupti, nålen sidder i lysken. Der lirkes lidt, indtil det mørke blod roligt farver pumpen rød. Så skydes der. Et enkelt, måske to blodudtræk, nåle ud og en papirserviet på. Pumpen op mellem tænderne igen, mens bukserne lynes op. Det var det! Det tog højst 2 minutter«.

onsdag 11.2.:

»Der er meget få, der spritter af, inden de stikker nålen ind, og ingen vasker hænder. Jeg bliver nødt til at fremstille en pjece, der demonstrerer den bedst mulige måde at fixe brun heroin på«.

torsdag 12.2.:

»En låner en ske til en anden. Jeg får lige fortalt det om "at dele skeer og hepatitis". "Aha - jeg kommer i morgen og hører mere, hej"«.

fredag 13.2.:

»M. trækker mig til side. Jeg skal se hendes lyske. Hun stikker sig i samme hul hver gang, fordi det hul leder ligesom nålen sikkert ind i venen. Hun har en lille fistel. Huden omkring er rød og flosset. Der kommer ildelugtende materie ud derfra. Hun vil ikke fixe i den anden lyske - "Jeg sparer den til hospitalsbrug". Hun er bange for at stikke andre steder p.ga. risiko for at ramme forkert. Og hendes kæreste accepterer kun, at hun tager et par fix om ugen. Han har ikke fundet ud af, at hun faktisk fixer flere gange dagligt, når hun bruger det samme hul«.

onsdag 18.2.:

»Jeg er her for deres skyld og ikke for min egen. Det viser sig, at man med få midler, få kvadratmeter og rindende vand kan klare selv temmelig store opgaver«.

torsdag 19.2.:

»I går hørte jeg om et grelt eksempel, hvor en bruger, der havde været til kontrol på Hvidovre, ikke havde fået mere med hjem end en viden om, at lægen snart skulle holde op«. (Besøg af en socialarbejder fra et distriktscenter, red.) »Når en socialarbejder bruger ordet "narkomaner", bliver jeg sur. Han står midt blandt brugerne i Mariakirken og taler højt til mig om teorier og metoder i narkobehandling, som om vi var alene. Jeg føler ubehag og mærker stemningen omkring mig. Den er tydeligt præget af institution. Skranken har han taget med herud i kirken, og den fylder fand'me for meget (...) Det var rart, da han gik«.

fredag 20.2.:

»Fyr med fixeskade (væskende byld på overarm) plejet og forbundet. Er tilknyttet, som så mange andre, et distriktscenter - men, som han så ganske nøgternt udtrykker sig: "Hvor mange tror du, der vil gå til deres eget distriktscenters sygeplejerske og fremvise sine skudhuller?"«.

mandag 2.3.:

»Han bruger gennemsnitlig 5 timer dagligt på at finde en vene, der kan bruges (...) Harm reduction er her, at jeg viser ham, hvor han kan finde de dybtliggende vener og hvilken injektionsteknik, der er mest hensigtsmæssig. Desuden kommer jeg med idéer til, hvorledes han kan håndtere sagen omkring en permanent venøs tilgang«.

tirsdag 4.3.:

»Mand i 40'erne har fixet Ketogan i.m. (ind i musklerne, red.) i bagdelen og har nu på anden måned en dropfod (hængende fodstilling, red.) med tilhørende lammelser af følelserne startende fra knæet og nedefter - (har han skudt iskiasnerven?). Jeg underviser i, hvorledes han kan holde sine sener og muskler i orden ved daglig træning og øvelser. Vi taler om problemerne ved Ketogan (the same old story)«.

onsdag 5.3.:

»Ung kvinde med en frygtelig fixeskade i lysken - sendt på skadestuen. Her er der tale om, at benet måske vil ryge. Samtale og trøst. Her passer begrebet om Fyrre og Færdig«.

mandag 9.3.:

»Det gik op for mig, at uroerne har haft rigtig mange stikuheld. - Måske flere end sundhedspersonalet. Det siger egentlig sig selv. De stikker fingrene ned i folks lommer, tumult opstår og for satan da også !!! Jeg sagde det ikke, men jeg tænkte det. Listen over årsager til, at man burde få foretaget en hepatitisstest kunne godt forlænges med..."hvis du nogensinde har været i seng med en urobtjent"«.

tirsdag 10.3.:

»Vi har hidtil valgt at betragte dem som stakler. Det er der de sidste 30 år ikke kommet noget godt ud af. Man kunne måske eksperimentere lidt med tanken om, at de udgjorde et folk. At de rummer en kultur, der kan bidrage med værdier til det øvrige samfund (...) Stofmisbrugerne er et "kemi-folk", som vi forhindrer i at opbygge en kultur. Hindringen består i at vi stresser dem, fordømmer dem, og i behandlingen fornædret dem og spiller dem ud mod hinanden. Med

andre ord - vi forbyder dem. (...) Vi har sagt: De kan ikke noget, og de vil ikke noget. Nu må vi spørge: Hvad kan de, og hvad vil de».

fredag 13.3.:

»De korte gule nåle fra standardsættet duer altså ikke til lyskefixeri. Igen kommer der en med en knækket nål i lysken. (...) Ambulancen tager sin del, - jeg tager min«.

tirsdag 17.3.:

»Han har fixet Ketogan og havde nu på låret det karakteristiske sorte mærke med den røde ring omkring. Jeg skar med skalpellen godt og grundigt, og ud flød den djævelske gulgrønne edder«.

torsdag 19.3.:

»En kvinde, der havde født sit tredje barn i februar, kom med tydelige tegn på hjernerystelse. Hun havde fået alvorlige bank af sin mand, (barnet er på HH). (...) En medarbejder fra (Maria-, red.) "tjenesten" og jeg selv kørte hende på hospitalet. Vi fik kontakt til kvindens center, så de også er inddraget«.

fredag 20.3.:

»At bo på gaden sætter sine spor. Disse mennesker er altid trætte. De slæber på poser og tasker, bliver ikke vasket og får dårlig kost. De er overladt til tilfældighederne alle døgnets 24 timer«.

mandag 23.3.:

»I dag mødte jeg så en ung mand af vældig god familie. De vil bare ikke så gerne ha' han kommer hjem på besøg, da han helst skal forblive en hemmelighed. Sådan noget gør ret ondt«.

torsdag 26.3.:

»Inde i mit rum trækker han ærmet op og blottes et stort, nekrotisk (med dødt væv, red.), væskende, rødt sår på den ene underarm. Han fixer i det sår. Han har haft det sår siden 82«.

mandag 30.3.:

(En ung mand ønsker behandling, Charlotte ringer til distiktscentret og bestiller tid, red.) »Jeg påpegede, at når de nu mødte manden, kunne de jo passende kontakte hans praktiserende læge, så denne midlertidigt kunne ordinere Metadon. En ordination de kunne overtage den dag, de vidste hvilken behandling, der skulle tilbydes (manden har været heroinmisbruger i 20 år). Næ nej, sådan gør man ikke. Nå, ikke - det ville ellers være ganske fornuftigt. Han er hjemløs, desperat, bange, mangeårig misbruger og lige til at plukke«.

»Ung mand på 24. Han har hørt under Åben Rådgivning. Siddet i fængsel i en måned. Løsladt derfra for 4 dage siden, og Åben Rådgivning kender ham overhovedet ikke. Aldrig hørt om manden. Han er hjemløs og fuldstændig desperat. Jeg kontakter Åben Rådgivning. Får en telefontid i morgen og besked om, at "han har klaret sig de sidste 4 dage, klarer han nok også en dag mere. Farvel"«.

tirsdag 14.4.:

»Pige fra Jylland med fixeskade på benet. Tag du hellere tilbage så hurtigt som muligt«.

»Pige har været på skadestuen, hvor hun har fået syet sin

smadrede næse. Der er betændelse i syningen. Vaskes og smøres«.

onsdag 22.4.:

»Mariakirken og selve pladsen har to væsentlige funktioner. Dels er det her, man kan få sit stof, men vigtigst af alt er, at her er der socialt samvær. Her er netværket. Fattigt vil vi mene, men sådan er det«.

mandag 4.5.:

»Det bli'r ved og ved:

- Byld på halsen.

- Splint i øjet.

- Flækket øjenbryn.

- Sår i lysken«.

onsdag 6.5.:

»K. fixer coke. Mange dyt dagligt. Hans lyske er efterhånden temmelig miserabel. Han er hjemløs, men forsøger alligevel at opretholde en vis standard i forhold til hygiejnen, men han indrømmer, at der p.ga. mangel på værktøj er en del svipsere. Han har brugt gammelt værktøj, og han har brugt andres«.

torsdag 7.5.:

»Mand med gammelt skudhul i lysken - rigtigt skudhul. Nu er der igen betændelse. Jeg plejer og vasker og sender ham til læge«.

mandag 11.5.:

»Weekenden slog K. Ud. Han møder mig totalt udmattet. 40 grader i feber og en lyske så varm, svullen og dunkende af smerte, at han knapt nok kan slæbe sig afsted. Vi ringer efter Falck og får ham indlagt på Hvidovre Hospital. Hans forbrug af heroin er svimlende højt. Kokainmisbruget ligeså, og smerterne ulidelige. Han vil ikke have Metadon - af forskellige grunde, så jeg frygter for, hvor længe han kan holde i det etablerende hospitalsmiljø. Inden Falck ankommer, forsøger han at arrangere sig med "vennerne". Han ved godt, hvor farlig hans situation er, så den står på heroinnedtrapning og masser af ketoganer til smertedækning. - Oralt, lover han, inden han kører afsted«.

»Ung mand med sår under fødderne. De kommer af evig vandring p.ga. hjemløshed«.

tirsdag 12.5.:

»I morges døde P. Af en OD«.

onsdag 13.5.:

»Grunden til at vi måtte ordne det her på trappestenen var, at hende på Maria Kirkeplads ventede en fyr med en baseballkølle«.

torsdag 14.5.:

»De gule affaldsbeholdere er propfyldte, så pumper, kanyler, plasticbægre og piller glas ligger og flyder på jorden. En ung mand sidder midt i al moradset med blod, der render ned af armen. Han fixer sin Metadon og må hele tiden tage pumpen ud og fylde den igen. Han fixer 80 ml med en 2-ml's pumpe«. (...) »Psykisk syg pige - grædende. Bliver hjulpet af folk fra Mariatjenesten med at ringe hjem. Hun er blevet involveret i

en stofgæld og bliver truet med bank«.

onsdag 20.5.:

»I aften kommer en mand og fortæller mig om, hvordan han for 6 uger siden nær var blevet slået ihjel af sin samlever. Han var vågnet op ved, at hun sad overskrævs på ham i færd med at skære hans hals over. Hun stak ham yderligere flere gange i hjerteregionen, inden han fik hende skubbet væk. Herefter undlod hun at ringe efter ambulancen, selv om blodet pumpede ud af ham. Det lykkedes for ham med massiv lægehjælp at overleve, og nu sad han altså her med mindst 100 blå sting på kryds og tværs på kroppen. - Alt dette p.g.a. 5 pakker coke. Han tør ikke sove, trænger til psykologhjælp og er temmelig smerteforpint«.

onsdag 27.5.:

»Når kirken er lukket, er der intet vand. Så deler man eller tager vand fra efterladte plastbægre. Ofte har andre før dem lige skyllet deres brugte værktøjer i samme bægre. Derfor er disse efterladte bægre inficerede med bl.a. hepatitisvirus. Dette er en af grundene til, at hepatitis stadig spreder sig, trods det at der anvendes rent værktøj. Adgang til rent vand 24 timer i døgnet er et "must". De, der går rundt og sælger værktøj, må undervises i også at have en flaske med rent vand i deres varesortiment og således være med til at forebygge«.

tirsdag 7.7.:

»Nu har lægen smidt ham ud, og han mangler sine benzodiazepiner. Hans skinnebessår mangler penicillin. Sort/grøn og ildelugtende materie flyder ud. Vi taler længe om situationen. Han er ikke klar til at komme på et center endnu. Så jeg ringer til lægen. Forklarer og forklarer, indtil det lykkes, og S. kan hente sine recepter allerede i dag og er igen inde i varmen hos den tilgivende læge«.

mandag 27.7.:

»G. kommer ind til mig. Han er fuld af sår og hudafskrabninger i ansigtet og på hænderne. Han fortæller mig historien. - Han havde siddet i fængsel i nogle måneder og var blevet løsladt op til weekenden. Friheden skulle fejres, så første stop var Maria Kirkeplads, hvor han købte en pakke "dope". Denne bag pissoiret tilberedte han sit fix, og som den erfarne og intelligente fyr, han er, tager han kun halvdelen af det, han før fængselsopholdet plejede at bruge. Men ak - stofferne på det illegale marked er altid af ukendt kvalitet og styrke, og på trods af at han er klar over dette, samt bevidst om at hans organisme nedsatte tolerans krævede forsigtighed, fik han en OD. På suset gik han i sort. Han faldt forover og hamrede hovedet ind i pissoiret. Ansigtet skræbede ned af den ru overflade for til sidst at klaske ned i den hårde asfalt. Der lå han med nålen dinglende i armen og sit blodige ansigt søbende i den evindelige urinpøl. En fra Mariatjenesten havde overværet seancen og fik hurtigt tilkaldt lægeambulancen, som gav ham modgift«.

onsdag 5.8.:

»Lang samtale med en ung pige, hvis bror for nylig er død af

en OD. Han havde haft en kort karriere som misbruger - under 1 år«.

mandag 31.8.:

»Han er knaldgul på huden og i øjnene. Smittet med hepatitis. Formodentlig er det hepatitis B, men vi må ha' fat på lægen. Der skal tages blodprøver for hiv og hepatitis B og C. (...) Ak ja - så blev han altså smittet med det skud. Det første og eneste "dyt" - Indtil videre«.

»Heidi er en pige på 27 år. Hun bor i 2 plastikposer. Skeler på det ene øje. Mangler stort set alle sine tænder. Er tynd og snavset. Sidder på den bare asfalt, skubber det blodige skjortærme op mod skulderen og blotlægger et stort og dybt sår på sin underarm. Hun hedder Heidi-hul-i-arm. Hun fixer i såret. Stikker nålen ind igen og igen. Lader nålen køre rundt i sårkanten og stikker igen. Der ligger pumper med blodrester foran hende på jorden. Hun skyder slatterne ned i et snavset bægre og suger det hele op igen i én pumpe. Så pumper hun det ind i sin krop. Hun tager hele tiden blodudtræk, trækker stemplet ud og ind. Når hun taler med nogen, lader hun bare nål og pumpe hænge skødesløst i det blodige kød (...) I timevis sidder hun dagligt og stikker i sit sår. Hun er meget svær at nå. Brugerforeningen forsøger at få hende overtalt til at tage med dem hjem på Nørrebrogade. De har besluttet, at hun skal ha' bad, rent tøj og mad. De prøver at overbevise hende om, at jeg skal pleje hendes arm. "Ja-ja", siger Heidi, men gør alligevel kun, hvad hun selv vil - nemlig stikke og stikke«.

tirsdag 1.9. og torsdag 3.9.:

»Der er dage, som går med opfølgning og pleje af alle og enhver, som har behov. Der er en lind strøm. Intet usædvanligt - indtil...vi har "dræberheroin" på gaden. Så snart det rygtes, kommer der opslag op på kirkedøren. Uro'erne kommer også forbi og advarer. Ambulancesirenerne høres tit. Først i den ene retning, så i den anden (...) "Dræberheroin" er ren heroin. Den er ikke "cuttet" (opblandet, red.). Det tyder på, at der er nogle amatører, der er på gaden. Brugerne på pladsen er meget interesserede i at få fat på dem, der sælger denne vare. Ikke for at skælde ud - nej tværtimod vil de gerne købe denne gode "dope", dele den op og måske få 2-3 dyt til et dyts pris. I løbet af dagen blev der registreret 7 OD-tilfælde, og 2 mennesker døde«.

fredag 4.9.:

»Jeg har det ligesom en kinesisk tallerkenartist. En efter en sætter jeg en tallerken til at rotere på en lang bambuskæp. Når jeg har sat 7 i gang, må jeg lige gi' de første et par sving, før jeg sætter nr. 8 og 9 i gang og så hen til nr. 3 og 4 og så fremdeles. Kunsten er at vide lige præcis, hvor mange bambuskæppe med roterende tallerkener, jeg kan holde i balance«.

fredag 11.9.:

»75% af de københavnske stofmisbrugere er smittet med hepatitis C. 10% af dem hævder, at de aldrig har haft en nål i armen. Hvordan er de 10% blevet smittet? - og - Hvordan forhindrer vi de resterende 25% i at blive smittet?«

Det allernederste lag

Der findes mindst 300 psykotiske stofmisbrugere i København. Til dem er der aktuelt kun 25 behandlingspladser og de findes på Sankt Hans Hospitals Specialambulatorium. I artiklen beskrives arbejdet med en af samfundets svageste og mest marginaliserede grupper.

De psykotiske stofmisbrugere tilhører en af samfundets svageste grupper, og er på mange måder uønskede og marginaliserede i behandlingssystemerne, til trods for at de opfylder et eller flere krav om at være enten psykiatriens eller misbrugsinstitutionernes målgruppe.

En undersøgelse af stofmisbrugsinstitutionerne i 1991 konkluderede at der formentlig fandtes 300 psykotiske stofmisbrugere i Københavns Kommune (Jessen-Petersen 1994).

Antallet er formentlig væsentligt øget gennem de seneste seks år, og Specialambulatoriet på Øresundshospitalet for psykotiske stofmisbrugere modtager stadig flere relevante henvisninger af psykotiske stofmisbrugere.

For alle psykotiske stofmisbrugere gælder det, at den manglende koordinering af visitation og behandling mellem stofmisbrugsinstitutionerne og det psykiatriske behandlingssystem er iøjnefaldende. Dette har medført, at de er faldet mellem to stole, hvor ingen er i stand til at påtage sig en nuanceret og kontinuerlig behandling af dem.

Konsekvensen har været at den psykotiske stofmisbruger udgør det allernederste lag i det danske samfund, vor tids pjalteproletariat, der lever en tilværelse præget af kriminalitet, prostitution, hjemløshed samt stofmisbrug med stor sygdoms- og dødsrisiko. I en undersøgelse af stofmisbruger dødsfald i Storkøbenhavn, har Stadslægen opgjort, at 21 pct. af misbrugerne havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling p.g.a. psykose eller grænsepsykose inden dødsfaldet.

På afdeling M, Sankt Hans Hospital (SHH) har der længe været et ønske om at styrke indsatsen over for denne grup-

pe, fordi gruppens problemer har været så iøjnefaldende, og behandlingen hidtil har været spredt og svær at koordinere. I forbindelse med reorganisering af det kommunale stofmisbrugsbehandlingssystem i København blev der oprettet et selvstændigt ambulatorium til varetagelse af behandlingen af psykotiske stofmisbrugere med tæt tilknytning til en psykiatrisk stamafdeling.

Specialambulatoriet åbnede i juni 1995 med en normeret kapacitet på 25 behandlingspladser, beliggende på det tidligere Øresundshospital og som en integreret del af Sankt Hans Hospitals afdeling M, i specielt tæt samarbejde med det udvalgt døgnafsnit. For at sikre dette tætte samarbejde mellem ambulatoriet og døgnafsnittet er der fælles overlæge og socialrådgiver.

Dette giver mulighed for hurtig inter-

vention, når ambulatoriets patienter har behov for indlæggelse, og samtidig kontinuitet i behandlingen, hvad enten patienterne er indlagt eller i et ambulante forløb. Samtidig giver det den visiterende overlæge flere handlemuligheder i forbindelse med visitation af psykotiske stofmisbrugere.

Visitation og behandling

Specialambulatoriet modtager patienter til vurdering eller behandling efter lægelig henvisning fra hospitalets afdelinger, almen praksis, speciallægepraksis, stofmisbrugsinstitutioner, §105-institutioner, socialcentre mm. Patienterne kan:

- 1) Indkaldes til samtale m.h.p. vurdering og eventuel senere behandling
- 2) Henvises direkte til behandling i Specialambulatoriet på Øresundshospitalet
- 3) Indlægges direkte på det akutte modtagerafsnit M3, hvor der er plads til 21 patienter.

Med mindre patienten er velkendt i afdelingen gennemføres et langt diagnostisk interview. Samtalen giver mulighed for en psykopatologisk vurdering af patienterne m.h.p. behandlingsbehov. F.eks. kan det afgøres om der er behov for egentlig psykiatrisk intervention eller om patienterne kan behandles i socialpædagogisk regi. Dette giver andre instanser (f.eks. stofmisbrugsinstitutionerne) mulighed for at få patienterne vurderet af en speciallæge med ekspertise indenfor stofmisbrug og psykose, og hvis patienten tilbagehenvises til henvisende instans følger vejledning og forslag til videre behandling. Specialambulatoriet ønsker at få mulighed for at udøve konsultativ virksomhed i forhold til distriktscentrene, som varetager be-



handling af ikke-psykotiske stofmisbrugere og i øvrigt at opprioritere samarbejdet. Således deltager overlægen fra ambulatoriet i forstandermøderne med distriktscentrene.

Patienter med psykose og stofmisbrug kan henvises til ambulatant behandling i Specialambulatoriet på Øresundshospitalet, hvor der er plads til 25.

Specialviden

Specialambulatoriet tilbyder en integreret behandling, der både er rettet mod misbrugslidelsen og den psykotiske tilstand. Dette forudsætter specialviden hos personalet, samt koordineret samarbejde mellem sundhedsvæsen og socialforvaltning. For at tilgodese dette ønske er personalet i Specialambulatoriet rekrutteret fra det psykiatriske behandlingssystem og socialvæsenet. Ambulatoriets personale udgøres af fire sygeplejersker, to socialpædagoger, en sekretær, en socialrådgiver og en speciallæge.

Behandlingen i ambulatoriet foregår efter den miljøterapeutiske kognitive metode i overensstemmelse med stamafdelingens principper. Således er personalet undervist i kognitiv metode og modtager løbende supervision. I øvrigt betones rummelighed, men faste og forudsigelige rammer for behandlingen. Der lægges individuelle behandlingsplaner efter patientens specifikke ressourcer og behov i samarbejde med lægen og kontaktpersonen. Så godt som alle patienter modtager såvel anti-psykotisk medicin som metadonbehandling. Ambulatoriet har åbent for patienterne 9.30-14 alle ugens dage. Søn- og helligdage samt lørdage er kun åbent for medicinudlevering i to timer.

På ugens hverdage serveres morgenmad, når patienterne kommer og herefter forventes det, at de deltager i aktiviteter med social- og adfærdstræning som specifikke mål.

En gang om ugen undervises i misbrugsstofferne og psykisk sygdom, et meget populært tilbud der udnyttes næsten 100 pct. af patienterne.

Patienterne kan ikke 'smides ud' af Specialambulatoriet. Det er en behandlingsfilosofi, vi har skabt for at undgå at blive sammenlignet med de institutioner, hvor patienterne tidligere har modtaget behandling. Forværring af den psykotiske tilstand eller et øget sidemisbrug søges behandlet i Specialambulatoriet. Hvis dette mislykkes,

kan patienten få et tilbud om en indlæggelse på Sankt Hans Hospital, afdeling M3. I starten ønskede patienterne ikke indlæggelse på 'Sankt Knald', men efterhånden kommer de selv og beder om en indlæggelse, hvis deres misbrug har accelereret, eller deres psykose er for pinagtig.

Volden

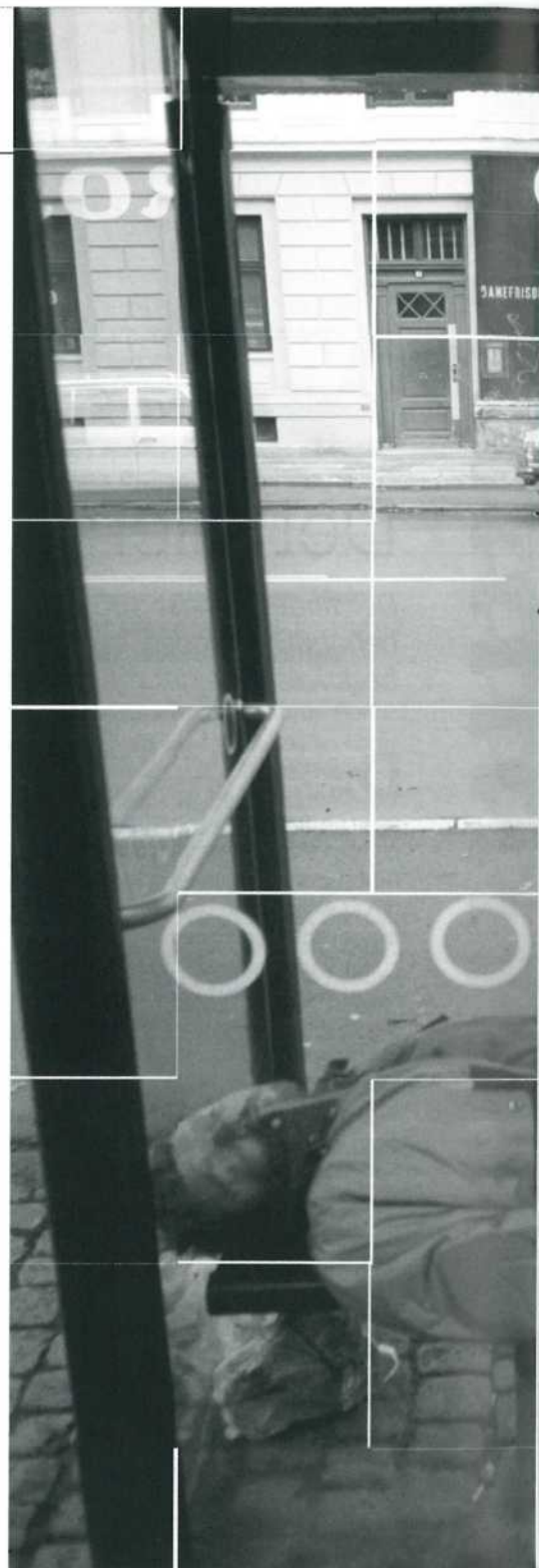
Eneste udsmidelsesgrund fra Specialambulatoriet er voldelige episoder. Patienterne i ambulatoriet er psykisk skrøbelige med højt angstniveau og af samme grund påvirkes de meget af voldelige episoder. Personalet ønsker at samarbejde med patienterne omkring deres specifikke mål, hvilket vanskeliggøres hvis de hyppigt er bange for impulsgennembrud hos patienterne.

Patienterne i ambulatoriet er ressourcerkrevende, urolige og med kroniske, komplicerede tilstande, som kræver langvarig specialbehandling, og på nuværende tidspunkt findes ingen tilbud, der kan overtage behandlingen af disse patienter.

Alle behandlingspladser er belagt og i øjeblikket er 27 patienter indskrevet.

Blandt de indskrevne patienter er 23 mænd og fire kvinder. Alle har en alvorlig psykisk sygdom (21 en skizofreni og seks en kronisk toksisk recidiverende psykose) og et kompliceret misbrugsproblem. Blandingsmisbrug er mere reglen end undtagelsen. Alle patienter modtager metadonbehandling, men mange har alligevel et sidemisbrug. I ambulatoriet tages uvarslede urinprøver. Dette foretages ikke for at anvende sanktioner i tilfælde af sidemisbrug, men snarere for at have mulighed for at se sammenhæng mellem eventuel forværring af den psykotiske tilstand og de misbrugsstoffer, der er anvendt. Således åbnes mulighed for at diskutere ulemperne ved f.eks. anvendelse af centralstimulantia med patienterne. Over halvdelen af patienterne i Specialambulatoriet har urinverificeret kokainmisbrug.

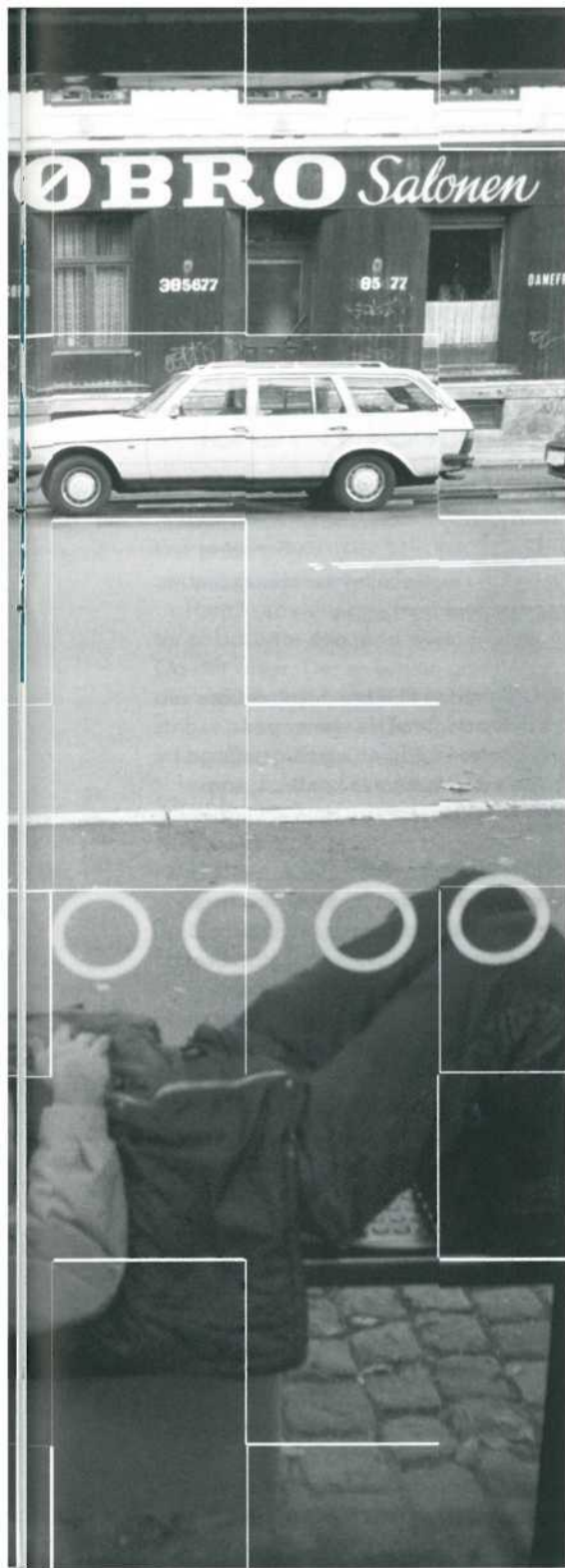
I løbet af de første to år har 14 patienter afsluttet behandling i specialambulatorier. En patient døde under uafklarede omstændigheder. Resten er overgået til behandling i andre institutioner, enten til distriktscentrene (behandling af ikke-psykotiske stofmisbrugere) eller stationært afsnit på SHH, afdeling M. Ingen patienter udskrives, uden der er etableret et behandlingstil-



bud i et andet regi uanset årsag til udskrivelse. Selvom mange af patienterne forsat 'falder i', har de også lange perioder uden sidemisbrug.

Rummelighed

Patienterne giver udtryk for at stabiliteten og rummeligheden i behandlingen har motiveret dem til at mindske deres sidemisbrug. Samtidig har undervisningen givet dem en forståelse af, hvorfor misbrugsstofferne er med til at forværre



deres psykiske lidelse.

Tre af patienterne i Specialambulatoriet bor i et bofælleskab for psykotiske stofmisbrugere under Københavns Kommunes botilbud. Der er etableret tæt samarbejde mellem Specialambulatoriet og medarbejderne i bofællesskabet. Bofællesskabet har netop eksisteret et år og erfaringerne fra det første år er gode. Det har været tydeligt, at patienterne har profiteret af et botilbud med fast struktur og daglig støtte og kontakt.

Patienterne er stabiliseret væsentligt i forhold til psykotiske manifestationer og misbrug. Indtrykket er også at alle tre patienter er bedre socialt integreret på hver deres måde.

Patienter med behov for indlæggelse kan indlægges på afdeling M3. M3 er et åbent afsnit, som modtager patienter til misbrugsbehandling og psykiatrisk diagnostisering. Afgiftninger foretages afhængig af det aktuelle misbrugsmønster med fenemal, clonidin, methadon, eller tegretol i henhold til en fast procedure.

Også patienter, som er i vedligeholdelse med metadon, kan indlægges m.h.p. stabiliserende behandling og sanering af eventuelt sidemisbrug.

Under opholdet har patienterne primært ikke terrænfrihed. Denne første observationsperiode bruges til at vurdere misbrugsmønster og psykotiske symptomer. Ved indlæggelsen udfærdiges en behandlingsplan, som revideres hver 14. dag. Behandlingsplanen inkluderer overvejelser over hvilket regi patienten skal modtage behandling i, efter endt ophold på M3. Socialrådgiveren og overlægen deltager i behandlingskonferencerne.

Afdelingen arbejder efter miljøterapeutiske kognitive principper, og har et nøje fastlagt ugeprogram som inkluderer psykiske og fysiske aktiviteter. Samarbejde med henvisende instanser og fremtidige samarbejdspartnere prioriteres højt.

Psykotiske patienter med stofmisbrugsproblemer er vanskelige og ressourcekrævende, og skaber erfaringsmæssig uro i behandlingssystemerne. Vi står med en gruppe patienter, som ikke virker 'motiverede', som har misbrug, kriminalitet, social instabilitet og skrøbelighed til fælles, og som let kan blive angste, depressive og få suicidale tanker.

Der er en gruppe som er præget af dårlige erfaringer fra deres tidligere miljø, som ofte mangler bolig, er i en dårlig fysisk almentilstand, og som har et dårligt socialt funktionsniveau.

Gruppen består af mange jeg-svage patienter, med behov for øget opmærksomhed og støtte, og det er personalets opgave at kreere et rummeligt og accepterende miljø, og at formidle støtte, inspiration og håb til den enkelte. Personalet må forsøge i samarbejde med patienten, at opbygge nye sociale færdigheder, gennem undervisning, refleksion, og træning af nye konflikt-

løsningsmodeller. Nogle af disse patienter er tidligere 'opgivet' eller betegnet som 'værende uden for terapeutisk rækkevidde'. Fra de henvisende instanser har vi fået klare tilbagemeldinger om at overflytning af disse vanskelige patienter har medført en mærkbar lettelse i det daglige arbejde.

Viderehenvisning

Af samme grund har afslutning eller viderehenvisning efter endt behandling været den vanskeligste problemstilling. Aktuelt findes ingen institutioner under HS eller i Social- og Sundhedsforvaltningen, der kan videreføre behandlingen selv efter at en stabilisering af tilstanden har fundet sted. De patienter der her er tale om er de mest kronisk psykotiske stofmisbrugere.

Specialambulatoriet ville kunne påtage sig behandlingen af visse patienter på et lavere ambitionsniveau, men det ville dog kræve en ressourcetilførsel, hvis det totale antal patienter blev øget. Samtidig ville nogle patienter med lettere sindslidelser kunne overføres til behandling i andre institutioner, f.eks. med supervision fra personalet i ambulatoriet, hvis institutionerne kunne acceptere dette.

Erfaringer fra de første år tyder på at Specialambulatoriet er en nyskabelse, der har vist sig effektiv til behandling af en gruppe tunge, vanskelige patienter i nært samarbejde med afdeling M3 sengeafsnit. Der er kommet mere struktur i patienternes tilværelse, de er mere rolige og mere tillidsfulde generelt.

Som tidligere omtalt regner man med at der findes mindst 300 psykotiske stofmisbrugere i København. Til dem er der aktuelt 25 behandlingspladser.

Litteratur:

Jessen-Petersen, B.: Psykotiske patienter med misbrugsproblemer, FADL's Forlag 1994.

Birgit Jessen-Petersen
overlæge,
Sankt Hans Hospital



Den uvidende forsvarer sin uvidenhed

Forfatteren til nedenstående indlæg, der er en kritisk gennemgang af Sundhedsstyrelsens oplysningsfolder om hash: 'Værd at vide for unge om HASH', er redaktionen bekendt, men har ønsket at være anonym. Forfatteren oplyser at han har har røget hamp dagligt siden 1963, og endvidere at han har beskæftiget sig med etnografi i mange år, og har rejst og boet en årrække i en lang række lande, blandt andet i Nepal, Amerika og Indien.

Jeg antager, at målgruppen for Sundhedsstyrelsens folder 'Værd at vide for unge om HASH' kan deles i to grupper. Nogle unge ved noget om hamp, mens andre ikke gør det. Til dem der ikke ved noget om hamp, kan man vel skrive næsten hvad som helst.

Det er straks mere problematisk, når unge mennesker der ved noget om hamp, læser Sundhedsstyrelsens folder og det bliver helt klart for dem, at de der har skrevet folderen tilsyneladende ikke ved noget om emnet.

De unge mennesker kunne (mener jeg med rette) anse folderen for at være udtryk for fordomme skabt af mennesker der tror, at man kan skræmme og i sidste instans straffe sig ud af, at der er nogen der ikke er, gør og tænker som de selv.

Det er nemlig en alvorlig problemstilling vi her har med at gøre. Den ene part, der blandt andet er repræsenteret ved myndighederne, har lavet love, der kan sætte den anden part, i det her tilfælde hamprygere, i fængsel. Det er i dagens Danmark, og i Vesten i det hele taget, vanskeligt at give reel information om hamp, netop fordi det er kriminaliseret. Den uvidende forsvarer sin uvidenhed. Det kaldes obskurantisme. At skjule viden.

På obskurantisme er lovene mod stoffer lavet, og lovgivernes værk vidner derom. Definitionerne af det, der tales om, står på bagsiden af folderen lige over Sundhedsstyrelsens underskrift med krone over u'et.

Jeg vil i det følgende gennemgå og kommentere konkrete udsagn fra Sundhedsstyrelsens folder. Nogle af folderens udsagn er så upræcise, at det i sig selv er problematisk. Andre af udsagnene indeholder ukorrekte oplysninger, og jeg vil i nogle tilfælde benyt-

te lejligheden til mere detaljeret at beskrive nogle af de emner der behandles i folderen og tillige af og til berøre den kulturelle kontekst, som hamp indgår i i andre dele af verden.

Marihuana

Under overskriften på folderens bagside 'Flere slags cannabis' står der: "MARIHUANA (kaldes også pot) består af findelte tørrede blade, topskud og blomster fra hampeplanten. Det ligner tørret hakket græs. Det indeholder gennemsnitlig 1-2 pct. THC."

Kommentar: Marihuana er mexikansk slang. Det blev og bliver - ligesom ordet cannabis - brugt af obskurantisterne til at lægge et røgslør over, at der er tale om den ganske almindelige hamplante, som alle kendte dengang fordi tovværk, sejl og klæde blev lavet af hampefibre. Et andet ord obskurantisterne brugte var loco-weed. Loco betyder tosset på mexikansk. Hvide amerikanere bruger ordet pot. Sorte bruger ordet weed - ukrudt. Alle siger grass - græs.

Det, der ryges, er hampeplantens hunblomster. Hamp har han- og hunplanter. Det er hunblomsterne det drejer sig om. Flower-Power. Ikke noget som helst andet. Det består *absolut ikke* af tørrede blade. Bladene indeholder kun sløvende stoffer. De piller meget omhyggeligt fra, så kun selve hunblomsten er tilbage. Jo bedre dette arbejde udføres, des højere bliver man, når man ryger det. Og det er det, der er meningen med det hele.

I Amerika ruller man en joint eller en skinny, hvis den er ganske tynd. På Jamaica ryger man en spliff og spiller reggae-musik. I Thailand bindes hunblomsterne på en tynd bambuspind med en hampefiber - en thai-stick - og



de ryges på en bong, en bambusvand-pibe. Inderne ryger ganja og chares på en chillum eller drikker bhang.

Når man ser på en hampeplante - en hunplante - så er blomsterne dækket af ganske små dugdråber, der reflekterer alle regnbuens farver. I fors-tørrelse ligner det stilke, der bærer en dråbe på toppen. Det er harpiksen. Det er den, der indeholder THC og det er den, man bliver høj af.

Harpiksen sidder på hunblomsten for at beskytte den mod insektangreb. Og det virker. Der er kun en grøn larve, der æder hamp. Med sine tynde hvide striber på langs ligner den fuldstændig en hampestængel.

Skunk

Næste afsnit på folderens bagside handler om skunk: "Skunk (kaldes også nederweed) består af tørrede topskud og blomster fra hunplanter. Skunk ligner marihuana. Men skunk er stærkere, indholdet af THC er gennemsnitlig på 8 pct., ofte højere. Den særlige styrke i skunk er opnået ved planteforædling og specialdyrkning."

Kommentar: Skunk er marihuana.

Skunk har sit navn på grund af sin særlige lugt. Skunk er amerikansk for stinkdyr. Skunk dyrkes indendørs under elektrisk lys. Skunk sælges meget omhyggeligt pilleret fri for blade, så kun blomsten er tilbage. Skunk er avlet til højt indhold af THC og hanplanterne er fjernet før de blomstrer, så hunplanterne er 'sinsemilla' - uden frø. Enhver kan forsikre sig om det ved at se på varerne på Pusher Street på Christiania. Deraf den høje pris. Mange unge, der kun har prøvet at ryge nutidens elendige hash, bliver først rigtig høje, når de prøver skunk.

Hash

Folderen skriver følgende om hash: "HASH er harpiks (den tørrede plantesaft), som er presset sammen med plantedele og bindemiddel. Hash findes i klumper eller plader og farven kan være sort, brun, rød eller grøn. Hash indeholder gennemsnitlig 20-30 pct. THC."

Kommentar: Der er to måder at lave hash på - man kan gnide hænderne i topskuddene, der ligner rævehaler, mens man langsomt trækker hænderne mod sig ud mod enden af skuddet.

Man passer på ikke at gnide for hårdt, for ikke at få plantesaften med og for ikke at skrabe det af, der allerede har sat sig som et sort lag på håndfladerne. Det skraber man af og ruller kugler, når laget bliver så tykt, at der falder mere af end der bliver siddende - 1-2 mm. Bladdele, der sætter sig fast, fjernes omhyggeligt. Det gælder om kun at samle harpiksen - det er hash. Således gør man traditionelt i Himalaya og sådan har man gjort i titusinder af år. En hel verdensreligion er bygget på det.

Man kan også trække planterne op og tørre dem. Når de er tørre, ryster man dem og de små dråber, der nu er tørret ind falder af som lysebrunt støv. Der sigtes meget omhyggeligt, nogle steder i forskellige finheder. Det er harpiks. Det klistrer sammen med sig selv, når det varmes lidt op og presses. Det er den slags hash, der ses mest herhjemme. Det kaldes pollenhash, men har selvfølgelig ikke noget med hampeplantens gule pollen at gøre.

De indiske hellige mænd, sadhuér, der tilbeder guden Shiva, har i umindelige tider gået op i Himalaya i oktober måned og gnedet deres egen hash. Måden med at ryste planterne ser mere ud til at være brugt i muslimske lande, hvor hash blev røget og det ikke var tilladt at drikke alkohol.

Hash indeholder ikke andet end harpiksen, hvis det altså er ordentlig kvalitet. Hvem ved, hvad der bliver fyldt i for at gøre mængden større? Det er et kæmpearbejde at lave hash, så det er fristende at snyde.

Hasholie

Om hasholie siger folderen: "HASHOLIE er et tyktflydende udtræk af hash eller marihuana. Det er brunt eller sort. Hasholie indeholder gennemsnitlig 20-30 pct. THC."

Kommentar: Sort hasholie er det rå udtræk. Det kan laves med ren alkohol. På grund af brandfaren inddampes det i fri luft på en elektrisk kogeplade. Hvis man ønsker at raffinere det, fortynder man det med æter og fylder vand i og ryster blandingen kraftigt og længe. Så lader man vandfasen og æterfasen skille. Vandet nederst er nu helt mørkegrønt og har optaget alle de vandopløselige stoffer og det er dem, der har den sløvende virkning. Vandfasen

hældes ud. Æterfasen inddampes og bliver til ravbrun 'honningolie'.

Dette ved de, der ved noget om det. Nogen ved selvfølgelig mere end andre. Men at tale om 'tørrede blade' og 'tørret plantesaft' viser, at man ikke ved, hvad det drejer sig om. Derfor er resten af folderen så håbløst latterlig for dem, der ved noget om hamp.

Hvorfor ryge hamp?

Når man læser Sundhedsstyrelsens folder kan man undre sig over, at nogen vil ryge hamp: "Man bliver søvrig. Man bliver altid mere sløv og klodset, når man tager hash. Hash hæmmer evnen til at opfatte, huske og handle. Ved regelmæssig brug af hash bliver man altid mere sløv, langsom, ligeglad. Man bliver initiativløs og ukoncentreret - hele tiden, ikke kun under rusen. Nogle bliver også nedtrykte. Man bliver dummere af hash: Dårligere til at huske, dårligere til at lære og dårligere til at løse problemer. Disse virkninger varer nogle uger eller måneder, efter man er holdt op. Hashen kan starte en ond cirkel: Man fungerer dårligt, man får flere problemer, man bliver dårligere til at løse dem....Hvis du ryger hash er spørgsmålet, hvor længe du vil køre på nedsat kraft."

Kommentar: Intentionen med folderens udsagn er naturligvis at få folk til at afstå fra at bruge cannabis, men det gør ikke udsagnene mere alment gyldige, og de ligger langt fra mange menneskers erfaringer.

Sig det for eksempel til én, der lige har set sit køkken i et nyt lys på grund af det klarsyn, en pibe hash har givet. Der bliver ikke en pause, før køkkenet er skinnende rent.

Sig det til én, der sidder og ser på solnedgangen efter en pibe hash og oplever sin væren i universet og meningen med livet.

Sig det til én, der komponerer de skønneste melodier efter en pibe hash.

Sig det til én, der er hensunken i livagtige minder og pludselig forstår de sande sammenhænge.

Sig det til én, der lige har fået idéen til sit næste TV-program.

Sig det til én, hvis smerte er forsvundet, fordi tankerne er fløjet andetsteds.

Sig det til kræftpatienten, hvis kvalme og madlede er forsvundet.

Hamp kaldes 'Guds gave til menne-

skeheden' af mange grunde.

Hamp og tobak

I folderen står der: "Hashrygning er farligere for lungerne end tobaksrygning." Det er der ingen der ved, men det er formentlig noget vrøvl. En hamperyger, der ryger tre, fire, fem gange om dagen, får langt mindre røg i sine lunger end en cigaretryger, der ryger 20 cigaretter om dagen.

En hashryger, der blander med tobak, får tobaksrøg i lungerne sammen med hashrøgen. Hvordan finder man så ud af, at det ene er farligere end det andet?

Hvilke abstinenssymptomer?

Det allerværste er dog følgende: "Man kan blive *afhængig* af hash. Efter ca. en måneds hyppig rygning får man ubehag (abstinenssymptomer), når man holder op.....Abstinenssymptomerne er irritation, rastløshed, koncentrationsbesvær, dårligt humør og søvnbesvær. Abstinenssymptomerne går over af sig selv efter få uger, hvis man holder sig fra hash."

Kommentar: Prøv nu at fatte det! Der er ingen abstinenssymptomer, når man tager sig en pause fra hashrygningen! Det er noget, obskurantisterne har fundet på. En ryger, der ikke ryger andet end hamp får *ingen* abstinenssymptomer. Hvis man ryger tobak og hash og drikker alkohol og tager rohybnoler og ketogener og amfetaminer og kokain og heroin og stesolider og fontexer, alt blandet sammen, så skal man nok få sig nogle ordentlige abstinenssymptomer. Men ikke hvis man *kun* ryger hamp.

Det kan sagtens lade sig gøre at overdosere hamp. Man får en metallisk smag i munden næste dag og føler sig tung af tømmermænd. Det er ikke abstinenssymptomer.

Hvorfor er det så galt? Jo, prøv at sammenligne med omtalen af abstinenssymptomerne i Sundhedsstyrelsens folder om heroin. I folderen om hash er ordet abstinenssymptomer skrevet med store bogstaver i hele tekstens bredde, og tilstanden eksisterer ikke. I folderen om heroin er ordet en del af teksten om tilvænning og afhængighed. Ikke udhævet. Og det er frygten for abstinenssymptomer, der får heroinisten til at gøre de mest desperate ting for at skaffe sig det næste fix.

Her læser et uskyldigt menneske, der aldrig har følt nogen abstinenssymptomer efter rygning af hash, at de findes, og der advares mod dem. Det kan altså kun være skrevet af nogen, der ikke ved, hvad de skriver om. Hvor nærliggende vil det så ikke være for det samme menneske at tro, at omtalen af abstinenssymptomer ved ophøret af brugen af heroin også er noget vrøvl. Specielt fordi det er pakket ind og undervurderet i heroin-folderen.

Denne folder om hash er derfor misvisende og direkte farlig.

Hampens kulturelle kontekst

Hamp kan bruges som et rusmiddel. Man får en vane. Der indstiller sig en tolerance over for det. Gamle rygere ved dog, hvor lidt der i virkeligheden skal til for at få netop den rigtige koncentration i blodet. Et enkelt sug pr. gang er nok. Alligevel er det en substans.

På samme måde som kristendommen hviler på et judæisk grundlag, således hviler buddhismen på et hinduistisk grundlag. Buddhismens centrale tanke er tanken om det absolutte, evige, uforanderlige, som er uden substans. Derfor siger buddhisterne, at det ikke er muligt at forstå dét, der ingen substans har, ved at bruge en substans. Denne indsigt opnås kun gennem meditation.

Det er karakteristisk, at buddhisterne tager afstand fra at ryge hamp. Det var det man røg i Indien, før tobak kom fra Amerika, og der er buddhistiske advarsler mod det fra helt gammel tid. Måske er det det, der får buddhisterne til at føle sig bedre end hinduer. Alligevel er der hyklere blandt dem.

Tag musikken på Buddhas fødselsdag, som den spilles af newar buddhister fra solopgang til solnedgang på Swayambhu templet i Katmandu i Nepal. I få korte pauser er musikerne ude bagved for at ryge en ordentlig stor fed chillum, mens andre spiller videre. Den musik rører ved sjælen. Særlig fløjtespilleren, der spiller solen ned. Hans ti minutters afslutning er som sfærernes musik.

Sherpaerne oppe nær Mt. Everest er tibetanske buddhister og anser det for en synd at ryge. De skelner ikke mellem tobak og hamp. Hampen vokser på byg- og hvedemarkerne. Kornet høstes i juni over de små planter. De vokser sig store. Når høhøsten

kommer i oktober skæres hampen ned. Frøene, der *ikke* indeholder THC, samles og bruges stødt sammen med salt og chilli til at krydre kogte kartofler. Planterne selv samles i store bunker og brændes af. De allerfrodigste marker er dem, hampen gror på.

Selvfølgelig er en spontan oplevelse af det oplyste sind det højest opnåelige. Hamp hjælper den ikke så oplyste til at forstå, at der er noget at forstå. Det giver en oplevelse af sindet i sig selv. Deri ligger inspirationen. Derfor ryger hamperygeren hamp.

Erfarne rygere

Faren ved at ryge hamp er dels den sjældne: At latente psykoser kan udløses, hvilket er taget med i den seneste udgave af folderen, og dels den almindelige: At ryge for meget med for korte mellemrum.

Inspirationen kommer nemlig kun, når man går fra den upåvirkede tilstand til den påvirkede.

Hamperygeren bliver først 'høj', derefter 'stenet'. Hvis denne tilstand vedligeholdes, kommer der slet ingen overgange og ingen inspiration. Det kaldes at 'kokse', og kun den sløvende del af stofferne i hampen har så virkning. Kokserne er helt karakteristiske typer, man kan se blandt hamperygere. Kun en pause kan få dem til igen at opleve hvilket vidunderligt stof de bruger. Den pause lærer de at tage den dag det går op for dem, at de spiller deres liv med at bruge hamp forkert. Den viden kunne de have fået, hvis det var lovligt for de erfarne rygere at give deres viden til de uerfarne.

Den langvarige, systematiske undertrykkelse af hampekulturen er den grundlæggende fare. I Indien kan man gå hen i shiva-templet og ryge med en chillum-baba. Der er hele ritualer, bønnerne og de filosofiske samtaler bagefter, ledet af en, der har viet sit liv til rygningen af hamp.

Hvis man ikke vil vide noget om stofpolitik, skal man lade være med at læse John C. McWilliams: *The Protectors*. Harry J. Anslinger and the Federal Bureau of Narcotics, 1930-1962, University of Delaware Press.

Et studie i obskurantisme. Det er i den ånd, Sundhedsstyrelsens folder for unge om hash er skrevet.

Sandheden er lige for, men *må* ikke kendes.



Målet er stoffrihed

I Narkotikarådets blad 'Stof' nr. 6 sept. 1998 kan vi læse en artikel af socialminister Karen Jespersen: Endelig kom det sociale løft for stofmisbrugere'.

Efter at have læst artiklen sidder vi tilbage med det indtryk: 'Hvor gøres der meget for narkomaner og det går ufatteligt godt i Danmark'. Vi beklager, for vi er langt fra overbeviste. Set med vore øjne er den virkelige verden en ganske anden! Der hvor uenigheden opstår er, at vi mener at det offentlige behandlerssystem forveksler medikamenter med behandling, modsat stoffri døgntilbeholdning. Hvis behandling er lig med Metadon, Temgesic, Laam, så ja, men det er ikke behandling, det er fastholdelse/ og vedligeholdelse i misbruget og afhængigheden. Ingen bliver stoffri af at få tilbudt og indtage disse præparater.

Metadon og lign. bør kun gives i en kortere nedtrapningsfase, hvis der følger et tilbud om stoffri døgntilbeholdning direkte i kølvandet.

Nu tales der også meget om forsøg med fri heroin, men her må vi tage klart afstand. Der er delte meninger om dette sidste punkt, men vi vil kæmpe for et NEJ. Vi må fastholde vort standpunkt, at når narkomaner er motiverede for behandling, bør der sættes

ind med øjeblikkelig hjælp, nemlig et tilbud om stoffri døgntilbeholdning. Målet for narkomanerne er at blive stoffri - det kan tage lang tid og indebære flere stoffri behandlingsforsøg inden de når i mål, men mange, rigtig mange er det lykkedes for på denne måde.

Narkomanerne står i kø for at komme i stoffri behandling, men svaret de får er stort set det samme alle steder 'beklager, men pengeskassen er tom'. Derfor, måske, tilbudet om Metadon og fornævnte medikamenter. Misbrugere har ikke en indbygget 'bremseklo'. Nok er aldrig nok, det være sig rygere, pillemisbrugere, alkoholikere samt narkomaner.

Til sammenligning: En patient med lungecancer forårsaget af rygning, bliver forhåbentlig ikke anbefalet at ryge endnu flere cigaretter?

En pillemisbruger, der tager medikamenter mod smerter, observerer ingen lindring og tager derfor mere end ordineret i håb om at blive smertefri. Dette misbrug er lægerne opmærksomme overfor.

Alkoholikeren får vel ikke det råd at erstatte sin 'daglige flaske whisky' med øl eller vin, for at opnå den samme virkning?

Hvorfor skal narkomanen så tilbydes det stof de er afhængige af, og som vi ved de ikke kan sige nej til så længe de er aktive?. Stoffrangen er så stor at de ikke magter at sige 'nej tak', og det til trods for at de ved, at det på længere sigt kan slå dem ihjel. Vi, de pårørende, ved det også, men alligevel handles der hen over hovedet på både os og på dem det virkelig gælder, nemlig narkomanerne selv. Det er menneskeliv vi taler om.

Det er muligt, at det koster mange flere penge at prioritere stoffri døgntilbeholdning højest, (med brug af Metadon o.l. i nedtrapningsfasen), i stedet for den medicinske vedligeholdelse, men på længere sigt vil det være en god investering! Dette er ikke en tom påstand, men et faktum. Vi har erfaring for, at den rette stoffri behandling og et socialt velunderbygget netværk til de stoffri narkomaner giver resultater, i form af at de forbliver stoffri og får et meningsfyldt liv som gode samfundsborgere.

Dette må vel være i alles interesse?

Annemarie Outze,
Næstformand i Landsforeningen af pårørende til Stofmisbrugere.



Hepatitis C - endnu et problem for stofmisbrugere

Der findes mindst 12.000 hepatitis C-smittede i Danmark, heraf er mere end 85 pct. stofmisbrugere. Mange narkomaner er formentlig blevet smittet for mere end 20 år siden, og man kan derfor forvente en stigning i hyppigheden af skrumpelever og leverkræft i de næste 20 år.

Indtil 1990 opererede man med en hepatitis type nonA nonB, der smittede via blod, bl.a. fordi en del stofmisbrugere fik akut hepatitis, der ikke kunne klassificeres som en af de to kendte virus A og B. I 1989 lykkedes det amerikanske forskere at klonе, hvad der senere skulle vise sig at være hepatitis C virus-arvemassen d.v.s. HVC-RNA. Mens man således kender HCV-RNA, ved man ikke, hvordan virus egentlig ser ud. Det er endnu ikke lykkedes at se dette virus i et elektronmikroskop, således som det er tilfældet med hepatitis virus A og B. Der findes mindst ni forskellige hovedtyper af dette virus, og mange undertyper og varianter, idet virus udviser en utrolig evne til at mutere, og derved unddrage sig patientens immunforsvar. Forekomsten af hovedtyperne er meget forskelligt fordelt i verden. Nogle hovedtyper, f.eks. 1b, synes at være mere aggressive end andre, at være forbundet med større grad af virusformering og større modstandsdygtighed mod behandling, men det ser ikke ud til at dette virus oftere

medfører skrumpelever (cirrose) end de andre. En patient vil således have forskellige varianter af virus i blodet og kan godt være inficeret med forskellige arter af hovedtyper samtidig.

Diagnosen

Hvis man har forhøjede levertal (ALAT, der står for alaninaminotransferase eller ASAT, der er en forkortelse af aspartataminotransferase) og samtidig tilhører en risikogruppe, eksempelvis har fået blodtransfusion eller været i hæmodialyse før 1991, er bløder, er blevet tatoveret, piercet eller er stofmisbruger, er der risiko for, at man er inficeret med HCV. Om dette er tilfældet, finder man ud af ved hjælp af forskellige blodprøver. Antistoffer (anti-HCV) neutraliserer sjældent virus og tilstedeværelse af disse i blodet er derfor oftest en markør for kronisk infektion. Med den tredje-generations tests (ELISA), vi har i dag, er der meget få falske negative eller positive prøver. Det betyder, at hvis en person er anti-HCV positiv, må der enten være tale om aktuel eller over-

stået infektion. Hvis leverprøverne er forhøjet, vil der næsten altid være tale om kronisk HCV infektion. At dette er tilfældet, kan man sikre sig ved at måle, om der er viruspartikler i blodet. Metoden til dette er først udviklet inden for de senere år, men er nu så pålidelig, at man også kan måle, hvor meget virus der findes. Dette har tilsyneladende betydning for at forudsige, hvor godt patienten reagerer på behandling, og kan måske også sige noget om prognosen, men dette vides endnu ikke.

Forhøjede leverprøver er udtryk for, at der går flere leverceller til grunde end normalt p.g.a. den aktuelle infektion. Disse enzymer løkker ud fra leverceller, der er lidende eller dør. Hos normale vil der hele tiden være en udskiftning af leverceller og alle personer har ALAT i blodet, men ved leversygdom vil der ofte være et større henfald end normalt. Imidlertid er det også afgørende, hvor hurtigt der gendannes nye leverceller, samt om der dannes bindevæv i leveren, hvilket er forløberen for cirrose. Man kan således ikke hos den enkelte

patient anvende ALAT-tallet til at sige ret meget om sygdomsprognosen. Imidlertid ved man at hvis ALAT er normal ved kronisk HCV-infektion, vil sygdommen ikke være fremadskridende, eller i hvert fald foregå så langsomt at den ikke har betydning for patientens livslængde eller -kvalitet. Mens tilstedeværelse af kronisk HCV-infektion afgøres ved blodprøver, kan sygdommens udbredelse i leveren kun bestemmes ved en såkaldt leverbiopsi, der er en lille vævsprøve, der udtages i lokalbedøvelse. I denne kan man se, hvor stor udbredelse betændelsesprocessen har, samt i hvor høj grad der er bindevævsdannelse i leveren; såkaldt fibrose. Hvis denne bindevævsdannelse er betydelig, er der tale om cirrose. Graden af betændelse og bindevæv siger noget om prognosen.

Sygdommen

Inkubationstiden for HCV-infektionen er 5-12 uger, og det akutte kliniske billede kan ikke skelnes fra akut hepatitis A eller B.

Det drejer sig om let feber, kvalme, opkastninger, mavesmerter og gulsot. De fleste patienter har imidlertid en asymptomatisk infektion uden gulsot, der kun kan spores ved de forhøjede ALAT eller HCV-RNA i blodet. Først efter et par ugers forløb bliver patienten anti-HCV positiv. Risikoen for hurtig og voldsom udvikling samt dødelig udgang er yderst ringe, men til gengæld er risikoen for kronisk infektion meget stor, nemlig ca. 80 pct. Ud over opblussen i den kroniske hepatitis og samtidig smertefornemmelse over leveren og træthed er der meget få symptomer og ingen er specifikke for kronisk hepatitis C. Der er beskrevet en række manifestationer af sygdommen udenfor leveren. Det drejer sig for meste om ledsmerter eller hudproblemer (porphyria cutanea tarda), sjældnere kronisk nyrelidelse og funktionsforstyrrelser i skjoldbruskkirtlen. Kronisk infektion findes ofte tilfældigt ved screening af bloddonorer (personer, der ofte tidligere har 'flirtet' med en nål) eller personer i risikogrupper. Andre patienter findes p.g.a. vedvarende forhøjede ALAT. HCV-infektioner udvikler sig ganske langsom over mange år, og de fleste

patienter vil aldrig få symptomer eller problemer i øvrigt. Den eksisterende viden om den kroniske HCV-infektions naturhistorie er dog mangelfuld. Den stammer fra ældre undersøgelser af patienter med transfusionshepatitis samt nyere tværsnitsundersøgelser eller korttidsundersøgelser af patienter med kronisk hepatitis henvist p.g.a. symptomer eller tegn på aktiv leverlidelse. Store prospektive undersøgelser af uselektede HCV-inficerede personer med lang observationstid foreligger endnu ikke. En del studier har dog samstemmende sandsynliggjort, at 20 pct. af patienterne med kronisk HCV-infektion efter 20 år vil have tegn på cirrose. Risikofaktorer for cirroseudvikling er høj alder på det tidspunkt, man erhverver infektionen, og/eller et dagligt højt alkoholforbrug over 50 gram/dag. Desuden er mænd mere udsat end kvinder. Latenstiden og risikoen for udvikling af leverkræft kendes ikke. Af de patienter der har fået konstateret skrumpelever vil ca. 20 pct. være døde af enten leversvigt eller kræft efter 10 år. Om dette repræsenterer en overdødelighed i forhold til baggrundsbeholdningen vides imidlertid ikke. Ved samtidig HIV-infektioner ses hurtigere virusformering, mere udtalt aktivitet i leverbiopsien og prognosen er ringere end for patienter, der har lettere ved at danne antistoffer.

Epidemiologi

HCV er en hyppigt forekommende lidelse med en stor geografisk variation. Det menes at over 500 millioner mennesker i verden har HCV infektion. De højeste frekvenser findes i Japan hvor godt 1 pct. af bloddonorerne er anti-HCV positive, mens forekomsten blandt beboere i nogle landsbyer er helt oppe på 12 pct. I Mellempøsten og især Egypten er infektionen meget udbredt, således er 14 pct. af landets bloddonorer anti-HCV positive. I USA regner man med, at der findes ca. 3,5 millioner smittede, og hepatitis C-cirrose er der den hyppigste enkeltstående indikation for levertransplantation. Samme høje forekomst findes i Sydeuropa, men Nord Europa og især Skandinavien ligger lavt med en forekomst på under en promille. I Danmark har man fundet 0,07 pct. anti-HCV positive bloddonorer, med sti-

gende hyppighed fra land til by. Den vigtigste risikofaktor menes at være tidligere stiknarkomani, som det er vist i udenlandske undersøgelser. Hvis man sammenholder viden om prævalensen i risikogrupperne og disses størrelse er et konservativt gæt, at der findes minimum 12.000 smittede i Danmark, heraf er mere end 85 pct. stofmisbrugere. Mange narkomaner er formentlig smittede for mere end 20 år siden, og man kan derfor forvente sig en stigning i hyppigheden af cirrose og primær leverkræft forårsaget af HCV i de næste 20 år. Blandt danske levertransplanterede patienter siden 1990 udgør hepatitis C cirrose foreløbig 'kun' ca. 5 pct., men dette tal vil stige. Når forekomsten af kronisk hepatitis C blandt danske stofmisbrugere kan sættes til 85-90 pct. er det på baggrund af Brehm Christensens undersøgelser over fængslede stofmisbrugere og fynske metadonbrugere. De udgør uden tvivl det største reservoir af HCV i den danske befolkning. Stofmisbrugere smittes tidligt i deres karriere, hvis administrationsmåden er intravenøs; efter seks-12 måneder er 50-80 pct. smittede. Smittemåden er efter al sandsynlighed fællesbrug af injektionsudstyr og blandingsredskaber. Andre risikogrupper i samfundet er i øvrigt indvandrere fra højendemiske områder, alkoholikere, seksuelle minoritetsgrupper, bløderpatienter, hæmodialysepatienter samt patienter, der har modtaget blodtransfusion før screening af donorblod blev indført

Smitteveje

Det er veldokumenteret at HCV overføres via blod og blodprodukter samt usterile nåle. Blandt skotske bloddonorer fandtes 40 pct. af de anti-HCV positive tilfælde at kunne relateres til tidligere intravenøs stofmisbrug, i adskillige tilfælde er disse smittet allerede for 20-30 år siden. En del tilfælde kunne tilskrives tatovering, piercing og lignende. I højendemiske områder af verden skyldes HCV-smitten oftest brug af flergangssprøjter ved vaccinationer eller sygdomsbehandling. I dag screenes alt blod for hepatitis C, så risikoen for at blive smittet ved en blodtransfusion er næsten udelukket. Ved transfusion fra en HCV-smittet donor er risikoen for

Sådan kan hepatitis C smitte:

- hvis smittede stofmisbrugere deler værktøj, vand o.l. med andre
- hvis man stikker sig på en inficeret injektionsnål
- hvis man får lavet huller i ørene, bliver piercet eller tatoveret under uhygiejniske forhold
- hvis man deler barbermaskine/skraber, tandbørste eller negleklipper med en smittet person
- ved fødsler kan smitte i seks pct. tilfælde overføres fra mor til barn
- ved bid og ved kraftige kys, hvor begge har blødende gummer
- før 1991: Ved blodtransfusioner og dialysebehandling

Hepatitis C smitter ved blodkontakt, og har de samme smitteveje som HIV/AIDS, bortset fra, at hepatitis C kun sjældent smitter ved almindelig sex. Alligevel må sikker sex tilrådes.

Sådan smitter hepatitis C ikke:

- ved almindelig omgang og samliv, kys og kram (uden 'blodkontakt')
- når man deler køkkentøj, laver mad og spiser sammen
- ved amning (der er ikke påvist hepatitis virus i modermælk)
- ved berøring, ved udåndingsluft og nys

Hepatitis C er 10 gange mere smitsom end HIV/AIDS

Ca. 80 pct. af de hepatitis C smittede udvikler kronisk hepatitis

20 pct. af patienterne med kronisk hepatitis vil efter 20 år have tegn på skrumpelever

Efter 10 år vil ca. 20 pct. af patienterne med skrumpelever være døde af leversvigt eller kræft

Mænd er mere udsatte end kvinder for at udvikle skrumpelever

Flertallet af de smittede mærker ikke nogen symptomer overhovedet

De danske sundhedsmyndigheder har ikke udarbejdet oplysningsmateriale til befolkningen om hvordan hepatitis C smitter.

Til brug for sundhedspersonale har Sundhedsstyrelsen udarbejdet 'Vejledning om forebyggelse mod hepatitis' (rev. udgave 1996). Vejledningen koster 40 kr. og kan rekvireres hos Statens Information, tlf.: 3337 9228

Nyttige Internet-adresser om hepatitis C:

Dansk hjemmeside med mange informationer: <http://www.hepatitis.dk>
The Hepatitis Information Network: <http://www.hepnet.com/index.html>
Hep-C Alert Home Page: <http://www.hep-c-alert.org/index.html>
The British Liver trust: <http://www.britishlivertrust.org.uk>
Hepatitis Connections: <http://www.hepatitis-c.de/linkse.htm>

Red.

de seksualpartnere og to af disse havde tidligere fået blodtransfusion.

Smitte fra mor til barn er ligeledes sjældent. Det finder formentlig sted i få procent af fødsler, og kun hvis moderen har store mængder virus i blodet. Barnet smittes på fødselstidspunktet. Risikoen stiger, hvis moderen samtidig er HIV-positiv. Der er ikke rapporteret smitte fra mor til barn i Danmark. HCV smitter ikke ved amning. Hos næsten en tredjedel af de kroniske hepatitis C tilfælde kendes smittevejen ikke.

Behandling

Desværre er man ikke i den situation, at man kan udpege de patienter, som efter en årrække vil udvikle cirrose. Det ville ellers være hensigtsmæssigt, idet man så kunne undlade at behandle de patienter, for hvem infektionen ikke får konsekvenser, hvilket er flertallet. Imidlertid er der enighed om ikke at behandle patienter, der har normale ALAT-værdier ved gentagne undersøgelser, og patienter, hvis leverbiopsi kun udviser beskedne forandringer, vil man vælge at se an, samt foretage en ny biopsi efter tre-fem år. Begyndende cirrose-udvikling er ikke kontraindikation for behandling.

Behandlingen tilsigter et vedvarende response, hvilket vil sige normalisering af ALAT og negativ HCV-RNA seks måneder efter behandlingsophør. Tilbagefald efter dette tidspunkt ligger på mindre end 2 pct. Alfa-interferon, der virker antiviralt og styrker immunforsvaret, er i dag det eneste registrerede lægemiddel til behandling af kronisk hepatitis C. Den optimale dosering og varighed er 3 mio enheder injiceret i underhuden tre gange ugentlig i mindst et år. Med denne behandling opnås et varigt response hos 20-30 pct. Behandlingen har ofte mange bivirkninger i form af influenzalignende symptomer, især hovedpine og feber, i forbindelse med injektionerne. Desuden kan der opstå irritabilitet, depression, beskedent hårfald (der genvindes efter behandlingen), knoglemarvspåvirkning og forstyrrelse i skjoldbruskkirtlens funktion. Der er meget stor forskel på bivirkningernes frekvens og styrke fra patient til patient. Mange patienter er relativt upåvirkede, mens få er uarbejdsdygtige under behandling. Foreløbige undersøgelser viser, at et års kombinationsbehandling med behandling med alfa-interferon og det antivirale stof ribavirin øger chancen for varig

smitte ellers stort set 100 procent. Smitterisikoen ved nålestik via en kanyl brugt af en HCV-inficeret person angives forskelligt, men op mod 10 procent. Derimod overføres HCV, i modsætning til hepatitis B virus, yderst sjældent ved seksuel aktivitet. I de tilfælde, hvor man kunne have mistanke om seksuelt overført HCV, er årsagen ofte anden smittevej som f.eks. via fælles

barbermaskine eller tandbørste.

Mens man i en kohorte-undersøgelse af danske mandlige homoseksuelle 1981-90 fandt stigende frekvens af anti-HBV (59 pct.) og anti-HIV (30 pct.), fandtes anti-HCV at være stationær (4 pct.). Heteroseksuelle partnere synes kun at blive smittede i ganske særlige tilfælde. I en opgørelse over 650 anti-HCV positive bloddonorer fandtes kun tre inficere-

response til omkring 45 pct., også hos patienter der allerede har begyndende cirrose. Det ser ud til at patienter, der har lavt HCV-RNA i blodet kan klare sig med monoterapi, mens patienter med højt HCV-RNA er bedre tjent med kombinationsbehandling fra starten. Dette kan have økonomiske konsekvenser, idet begge behandlinger er meget dyre, især kombinationsbehandlingen, der ligger i størrelsesordenen 100.000 kr om året. Der eksperimenteres med nye behandlingsformer og mere specifikke, og dermed mere effektive antivirale stoffer vil formentlig være til rådighed inden for en overskuelig årrække. Men de bliver næppe billigere.

Forebyggelse

Forebyggelse mod hepatitis C er meget problematisk bortset fra screening af blod og organer til transplantation. Vaccine forsøges udviklet, men er vanskeliggjort af HCVs udtalte evne til at mutere, så vaccinen er ikke lige om hjørnet. Forebyggelsen før og efter smitte, som for hepatitis A og Bs vedkommende, findes således ikke, hvorfor rådgivning er vigtig for at undgå smitte. Det gælder personlig rådgivning af smittebærere såvel som endnu ikke smittede personer i risikogrupperne. Elimination af hepatitis C kræver først og fremmest en effektiv smitteprofylakse blandt intravenøse stofmisbrugere. Dette er den vigtigste præventive indsats overfor hepatitis C i Danmark i fremtiden. Det gælder oplysning om smitteveje og gratis udlevering af injektionsudstyr også i fængsler. Rådgivning til personer, der allerede er smittet er problematisk pga en vis usikkerhed omkring smitteveje og ukendskab til infektionens naturhistorie. Også HCV-RNA positive personer med normale ALAT er en smitterisiko. Udover at de ikke kan blive bloddonorer bør de fortælle om smitterisiko til læge og tandlæge. Der er ikke belæg for at tilråde den HCV smittede særlige forholdsregler i den daglige omgang i familien eller på arbejdspladsen.

Helmer Ring-Larsen,
overlæge
dr. med., Rigshospitalet



Sygehistorier

41-årig kvinde indlægges p.g.a. træthed, tiltagende maveomfang og vand i benene. Stofmisbruger gennem mange år i 70'erne og 80'erne, siden i metadonbehandling og med et betydeligt alkoholforbrug. I 1976 akut hepatitis B samt tegn på tidligere, nu overstået hepatitis A. I 1992 fundet positiv for anti-HCV med ALAT værdier omkring tre gange øvre normalgrænse. Leverbiopsi på dette tidspunkt viste kronisk hepatitis med betydelig aktivitet og fibrose. Behandlingstilbud på dette tidspunkt blev ikke modtaget. Atter indlagt i 1995 efter normal fødsel. Ny leverbiopsi viste nu cirrose. Behandling ikke tilbudt, da man skønnede, at patienten ikke ville kunne gennemføre denne og samtidig tage vare på sit mindre end et år gamle barn, samt fordi chancerne for behandlingsgevinst ved udviklet cirrose på det tidspunkt kun var på få procent. Nu indlagt p.g.a. komplikationer til cirrose, nemlig ascites (bugvattersot) og fremadskridende leversvigt. Prognosen er ringe på kort sigt.

37-årig mand med intermitterende intravenøst stofmisbrug efter et fængselsophold i 1984. Fik i 1987 stillet diagnosen kronisk aggressiv hepatitis nonA-nonB. Kronisk hepatitis C konstateret ved anti-HCV i 1991, på hvilket tidspunkt patientens leverbiopsi viste betydelig betændelsesforandringer uden bindevævsdannelse eller cirrose. Patienten indgik i det første behandlingsforsøg med alfa-interferon i et år. Efter at have afsluttet den ikke effektive behandling fortsat træt og præget af hudlidelse (porphyria cutanea tarda) med forhøjet ALAT og positiv HCV-RNA. P.g.a. det intermitterende stofmisbrug er patienten vanskelig at få i behandling igen, men et nyt behandlingsforsøg med alfa-interferon, i en dosis tre gange større end den i 1991 anvendte, blev iværksat efter at en ny leverbiopsi havde vist uændrede forhold. På denne behandling reagerede patienten prompte med normalisering af ALAT og negativ HCV-RNA. Gentagne ALAT stigninger i forløbet og en enkelt positiv HCV-RNA gav mistanke om, at patienten ind imellem ikke tog sin medicin, hvilket han senere kunne bekræfte, idet han fortsat løb ind i stofmisbrug. På denne baggrund blev behandlingen afsluttet i utide. Nyt behandlingsforsøg kan komme på tale hvis patientens levevis stabiliseres.

26-årig gravid kvinde henvist fra fødeafdelingen til afdelingen for leversygdomme p.g.a. kronisk HCV-infektion. Har siden 14-års alderen røget hash og startede ca. fire år før aktuelle med at sniffe heroin, senere gik hun over til intravenøst brug. Efter et år i metadonbehandling blev hun stoffri og har været det i ca. et år. Patientens leverprøver er gentagne gange normale, hun er negativ for HIV og HBV infektion, men har antistoffer mod HCV og er HCV-RNA positiv. Hun gennemfører en normal fødsel, ALAT-værdierne holder sig normale gennem et år, hvorfor der ikke gøres leverbiopsi, og patienten ikke tilbydes behandling, da denne skønnes unødvendigt. Derimod holder man fast ved ALAT kontrol hvert halve år.

Heroinforsøg - har befolkningen overhalet politikerne indenom?

Danskerne er markant positive - og jo mere etableret man er, jo mere positiv er man, fremgår det af en analyse fra Vilstrup Research. I artiklen sættes også fokus på, hvorvidt politikerne er på omgangshøjde med befolkningen.

Diagram 1

85% forestiller sig positive følger af iværksættelse af heroinforsøg, mens 60% forestiller sig negative følger. De uddybende svar fordeler sig således

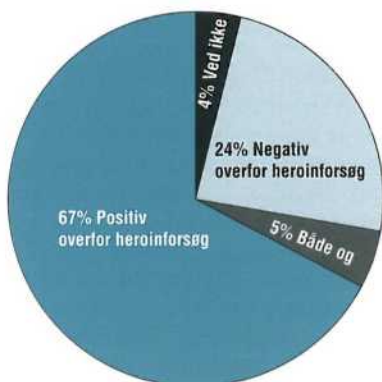
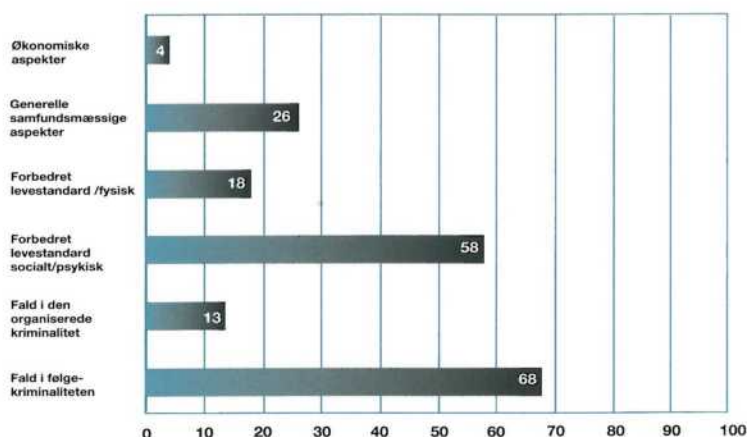


Diagram 2

Positive følger af heroinbehandling



Vilstrup Research har i løbet af det seneste år spurgt i alt 2000 repræsentativt udvalgte danskere om deres holdning til heroinforsøg. Dette er sket i tre undersøgelser, hvoraf januar-målingen var den mest omfattende og genstand for denne artikel, og en måling primo oktober d.å. er den seneste. Undersøgelserne viser en stabil og markant tilslutning. Godt to tredjedele af den danske befolkning er positive over for iværksættelse af heroinforsøg (se diagram 1).

Undersøgelserne vil i løbet af de kommende måneder blive fulgt op af et kvalitativt studie.

Hvem er 'de positive'?

Den tydeligste tendens er, lidt populært sagt, at jo mere etableret man er, jo mere positiv er man overfor iværksættelse af heroinforsøg. Den store gruppe af særligt positivt reagerende skiller sig nemlig ud på følgende punkter: De er i

beskæftigelse, mellem 30 og 59 år, har en samlet årlig husstandsindkomst (brutto) på 350.000 kr. eller derover, har ejerbolig og er etablerede i familier på tre personer eller derover.

Når de enkelte demografiske variable betragtes, ses følgende forholdsvis tydelige tendenser: Mænd er lidt mere positive overfor heroinforsøg end kvinder. De yngre, d.v.s. de 18 - 29 årige, er lidt mindre positive end de 30 - 59 årige, mens 'kun' halvdelen af de 60 årige eller derover er positive overfor heroinforsøg.

På politisk tilhørsforhold ses der ingen tydelige tendenser. Dog er man på venstrefløj og i midterpartierne lidt mere positive, mens man i Socialdemokratiet, Det Konservative Folkeparti og i Venstre ligger på landsgennemsnitsniveau, d.v.s. omkring 67 pct. Den gruppe som er mindre positive består primært af danskere som ikke har taget stilling til politisk tilhørsforhold.

Hvad ligger bag?

Det er i januar-målingen søgt belyst hvilke følger et heroinforsøg måtte formodes eller forventes at have. Respondenterne blev nemlig spurgt, om de forestillede sig hhv. positive og negative konsekvenser, og i bekræftende fald hvilke. Hele 85 pct. forestillede sig positive virkninger ved iværksættelse af heroinforsøg. Færre, nemlig kun 60 pct., forestillede sig negative følger.

De positive billeder

Det er næppe overraskende, at 68 pct. af de respondenter, som forestiller sig positive konsekvenser, nævner fald i den af stofmisbrugerne begåede kriminalitet, også kaldet følgekriminaliteten (se diagram 2). Ca. halvdelen af disse besvarelser var uspecificerede, mens lidt mindre grupper konkret nævner fald i antallet af indbrud, tyverier, røverier

samt lavere forekomst af voldskriminalitet. Kun en pct. nævner i denne sammenhæng stofmisbrugernes egen handel med narkotika.

Godt 10 pct. nævner fald i den organiserede narkotikakriminalitet som en positiv følge.

Mere overraskende er det måske, at hele 58 pct. af respondenterne spontant afgiver svar som kan kategoriseres under, at stofmisbrugerne ville få en højere levestandard socialt og /eller psykisk. Her er kun få uspecificerede. En pæn andel svarer, at stofmisbrugerne ikke længere ville være tvunget til at begå kriminalitet og/eller prostituere sig, at de ville få en højere livskvalitet, et værdigt liv, og at heroinbehandling ville være fremmede for resocialiseringen. En lidt mindre gruppe på 12 pct. mener, at flere ville kunne nås af behandlingssystemet, flere ville blive afvænnede og et par procent fremhæver en forbedring af relationerne mellem stofmisbrugeren og dennes familie.

Ca. en femtedel nævner, at stofmisbrugerne ville opnå en forbedret fysisk levestandard. Dette specificeres bl.a. med færre tilfælde af smitte med hhv. HIV- og leverbetændelse.

Godt en fjerdedel fremhæver mere generelle aspekter som positive følger, så som mindre synlig narkoscene, opløsning eller omstrukturering af de belastede miljøer og lavere tilgang (d.v.s. færre nye stofmisbrugere). Endvidere nævnes større trykthed for de øvrige samfundsborgere, primært med henvisning til en reduceret risiko for at blive udsat for kriminalitet. Enkelte svarer spontant, at blot det at prøve noget nyt er positivt, da »alt andet jo har slået fejl«.

Fire pct. nævner økonomiske aspekter, som specificeres med besparelser hos politiet, i fængselsvæsenet og i sundheds- og hospitalssektoren.

De negative billeder

Som nævnt ovenfor, forestillede 'kun' 60 pct. af respondenterne sig negative følger af heroinbehandling (se diagram 3). Godt to tredjedele af disse svar kan kategoriseres under negative konsekvenser for stofmisbrugerne selv. Den primære specifikation er, at flere fastholdes i stofmisbrug. Som negative følger nævner mindre andele, at gruppen af særligt hårdt belastede stofmisbrugere ville vokse, og at dødeligheden blandt stofmisbrugerne ville øges.

Godt en tiendedel frygter øget til-

gang; d.v.s. at flere ville påbegynde stofmisbrug, mens mindre grupper ser heroinbehandling som en opgivelse af 'kampen mod narkotika', eller som en for nem' løsning for samfundet. Otte pct. udtrykker bekymring for, om heroinbehandling vil være muligt at kontrollere i tilstrækkeligt omfang.

Økonomiske aspekter påpeges af ca. en tiendedel: »'Det bliver dyrt!« Nogle nævner specifikt øget skattetryk og flere offentligt ansatte, mens enkelte påpeger negative konsekvenser i form af arbejdsløse behandlere (sic!).

Til sidst nævner knap en tiendedel etiske eller moralske aspekter som negative konsekvenser, herunder statslig vedligeholdelse af og støtte til narkomani.

Nuanceret stillingtagen

Undersøgelsesresultaterne må siges at udvise en ganske nuanceret stillingtagen til problematikken.

Selvom man er for heroinforsøg, er man alligevel også i stand til at forestille sig negative følger. Ligeledes omvendt. For dog at sikre stillingtagen til nogle af de oftest fremførte argumenter i den politiske debat, opstilledes et holdningsbatteri, bestående af fire udsagn "som andre har fremsat". Respondenterne blev afsluttende i interviewet, bedt om at erklære sig enige eller uenige - helt eller delvist - i disse udsagn.

Forbedret levestandard? En markant stor gruppe (87 pct.) erklærer sig helt eller delvist enige i, at »stofmisbrugere-

nes levestandard ved heroinbehandling vil forbedres både fysisk og socialt«.

Fald i følgekriminaliteten? En endnu mere markant gruppe (90 pct.) erklærer sig helt eller delvist enige i, at heroinbehandling ville betyde fald i følgekriminaliteten.

Øget tilgang? Godt to tredjedele afviser, at heroinbehandling vil betyde, at flere vil påbegynde stofmisbrug.

Færre afvænnedes? Knap halvdelen af respondenterne er helt eller delvist enige i, at heroinbehandling vil føre til at færre vil blive stoffrie, men 35 pct. afviser dette.

Forfatterens bemærkninger: Såfremt kommentarer i det følgende måtte opfattes som politiske eller farvede, står alene skribenten - og ikke Vilstrup Research - til ansvar herfor.

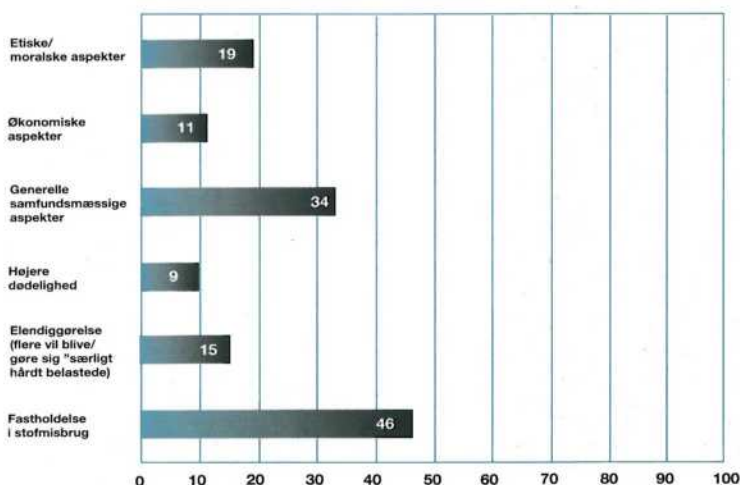
De spontane svar - d.v.s. de positive hhv. negative billeder - kan ikke siges at være tilbunds gående. Hertil kræves brug af supplerende teknikker, som vil være genstand for det kommende kvalitative studie. Men billederne er bestemt indikerende og udgør et godt afsæt for det videre forløb.

Først og fremmest skal det i den kvalitative fase forsøges påvist i hvilket omfang myter og fordomme flourerer, samt hvilken betydning disse har for holdningen til heroinforsøg/behandling.

Mulig fastholdelse

Der udtrykkes bekymring for fastholdelse i stofmisbruget ved behandling, hvori

Diagram 3
Negative følger af heroinbehandling





heroin (som i øvrigt også lyder det mindre 'farlige' og mere medicinske navn diatylmorfin) indgår. Gør denne bekymring sig også gældende ved metadonbehandling, som vel kun de færreste i dag er modstandere af? Undrager metadonvedligeholdelse sig at være omfattet af begrebet 'statsunderstøttet narkomani' eller 'statsnarkomaner'? Begreber som især formiddagsaviserne ofte kæder sammen med heroinbehandling. Alene af kemiske årsager må risikoen for fastholdelse i stofmisbrug ved metadonbehandling formodes at være mere udtalt grundet metadonens længere halveringstid. Ligeledes kan det omfattende sidemisbrug blandt metadonister frygtes at gøre stoffriheden som endestation næsten illusorisk. For mon ikke blandingsmisbrug er en endnu mere kompliceret problemstilling end det rene heroinmisbrug? Føres stofmisbrugerens således fra asken til ilden?

Enkelte nævner arbejdsløse behandlere som en negativ konsekvens af iværksættelse af heroinforsøg. Man fristes til at spørge, om en sådan effekt overhovedet kan betragtes som andet end den ultimative succes ...

Stofadgangen

Med hensyn til bekymringen for den øgede tilgang, kunne man stille spørgsmålet: 'Hvor skulle nye få stoffet fra, hvis stofmisbrugerne får lægeordineret heroin? Det er først og fremmest utopi at forestille sig, at en stofmisbruger ville sælge sin heroin. Dernæst vil det, hvis heroinbehandling tilrettelægges som f.eks. i den hollandske model, være fuldkommen umuligt at tage stoffet med ud. Der er nemlig panserglass mellem stofmisbruger og stoffet og forsøgsdeltagerne er omgivet af spejle og konstant under opsyn. Og hvorfor skulle det ikke gå med heroinhandelen på gadeplan, som med en hvilken som helst anden type virksomhed? Uden et marked for et givent produkt, intet produkt. Hvis heroinbehandling gennemførtes som et permanent behandlingstilbud til de særligt hårdt belastede stofmisbrugere, ville jo netop gruppen af højfrekvente aftagere bortfalde. De mange pushere, som sælger for at finansiere eget forbrug, ville ikke længere have behov herfor. Og bagmændene (hvem de så end er ...) risikerer vel alene denne hårdt strafbelagte form for kriminalitet, i forventningen om den store fortjeneste.

Det stærkt følelsesbetonede argument imod heroinbehandling, med den fæle bagmand der opererer i skolegårde er både ofte fremført og paradoksalt. Stofri behandling reducerer - i hvert fald i sin intention - narkotikamarkedet og må derfor have samme konsekvens. Lykkes det nemlig at gøre de behandlede stofrie, gøres markedet mindre og bagmændene må søge nye markeder. Er man imod heroinunderstøttet behandling med netop nævnte begrundelse, må man dermed også være imod stoffri behandling.

Bekymringen for den øgede dødelighed blandt stofmisbrugerne (enkelte anser dog dette for at være positivt!), vil i det kvalitative studie måske eller sandsynligt forklares ved den fejlagtige antagelse, (men dybt rodfæstede myte), at selve stoffet heroin er farligt eller vævs-giftigt.

Hvorfor er den i øvrigt ekstremt polariserede debat så stof-fikseret? Burde den ikke i stedet være optaget af, hvordan man kan levere en massiv social behandlingsindsats, understøttet af metadon, minnesota-model, LAAM, buprenorfin, heroin eller hvad der nu måtte være egnet til at nå målgruppen?

At tro, at al følgekriminalitet vil bortfalde er nok utopi. Men schweizerne fortæller os, at den reduceres betydeligt. Hvilken betydning vil dette få for angsten for at blive udsat for kriminalitet?

Det bliver dyrt

'Det bliver dyrt!' Ja - det er sikkert rigtigt, men hvor store vil mon besparelserne på udgifter til fængselsophold være? Det koster knap en halv million om året, at have en enkelt person siddende i et lukket fængsel. Og hvad med besparelserne på den politimæssige side? I København er hver fjerde kriminalbetjent fuldtidsbeskæftiget med narkotikakriminalitet. Det er vanskeligt at sige noget nærmere om, hvor stor en del af ordenspolitiet, der er beskæftiget med disse opgaver, men en enkelt aften på Maria Kirkeplads giver en vis forestilling herom. Mens antallet af sager efter lov om euforiserende stoffer er steget dramatisk i 90'erne, har sager efter straffelovens narkotika-bestemmelser holdt sig på et lavt, konstant niveau. Det er altså ikke de store bagmænd, der rammes med den intensiverede politindsats, men derimod stofmisbrugerne selv.

De fleste kan vel blive enige om, at sociale problemer bedst løses ved sociale tiltag. Man kommer dog let i tvivl om, hvorvidt stofmisbrug ses som et socialt eller som et strafferetligt problem. Ved fraværet af en klart formuleret overordnet politisk målsætning og med paradokserne i de politiske midler (når f.eks. politibilen holder lige bag ved kanylebussen i Skelbækgade på Vesterbro), må risikoen for at konsekvenserne bliver både kaotiske og katastrofale være særdeles nærværende.

I den kvalitative fase vil det forsøges belyst, hvilke dele af problematikken befolkningen anser som værende sociale problemer og hvilke der betragtes som strafferetlige problemer. Hvordan defineres f.eks. en bagmand? Er det generelt den, der sælger narkotika, eller findes der at være en så afgørende forskel på den der alene pusher for fortjenestens skyld, og den som blot forsøger at finansiere eget stofforbrug, at man bør vælge helt at afholde sig fra at sætte strafferetligt ind overfor sidstnævnte?

Er et politisk ideal overhalet?

Noget kunne tyde på, at der er en uoverensstemmelse mellem på den ene side de overordnede politiske målsætninger (hvad de så end består i ...) og de politiske midler, som er noget mere synlige og hvis - direkte eller indirekte - konsekvenser er ganske åbenbare i form af f.eks. den ekstremt høje dødelighed blandt stofmisbrugere i Danmark, den store andel af dem som befolker vore fængsler, og det store behandlingsbehov for somatiske skader, bylder, sår og amputationer som følge af fejlfix og HIV-infektion, leverbetændelse m.m., og på den anden side den i befolkningen herskende moral eller holdning.

Har befolkningens holdning overlevet det politiske ideal? Eller har befolkningen, med andre ord, overhalet det politiske niveau indenom? Noget tyder herpå og skal søges belyst i de planlagte kvalitative projekter, som vil blive gennemført ultimo d.å.

Nanna W. Gotfredsen
Projektkoordinator,
Vilstrup Research




AF ANNE BROKENHUUS-SCHACK • FOTO: MICHAEL DAUGAARD

Retsudvalget, Socialudvalget og Sundhedsudvalget i Folketinget holdt 21. oktober høring om lægelig ordinerings af heroin til hårdt belastede narkomaner. Der var ingen entydige konklusioner, men en række udsagn. Her er nogle citater fra høringen

HEROIN

- HVERKEN 'FRI' ELLER
'STATSKONTROLLERET',
MEN LÆGEKONTROLLERET



»Danmark har en kedelig rekord i døde stofmisbrugere«

(Villy Søvnå, formand for Folketingets Socialudvalg)

»Stoffrihed er ikke et entydigt mål. Behandling virker, mens man er i den, men 65 pct. gennemfører ikke«

(Jørgen Jepsen, leder af Center for Rusmiddelforskning)

»Der var ingen negative virkninger i området omkring klinikken, heroinen kom ikke ud på det illegale marked og der var ingen dødsfald«

»Da det kom ud i pressen, at vi importerede heroin til vort forsøg fra Frankrig, blev det standset. Så i dag er det en statshemmelighed, hvor vi får det fra«

(Ambos Uchtenhagen, leder og hovedansvarlig for det schweiziske heroinforsøg)

»LAAM, Buprenorphin og heroin burde samles i et forsøg - og hvorfor lader man ikke stofmisbrugerne selv vælge, og så undersøge, hvem det var, der havde udbytte af henholdsvis det ene, andet, tredje eller fjerde stof?«

(Jørgen Jepsen, leder af Center for Rusmiddelforskning)

»Det rigtige spørgsmål er, hvordan man inden for de givne rammer giver den bedste behandling«

(Jan Thor Krøyer, bestyrelsesformand i Kongens Ø)

»Det rigtige spørgsmål er, hvilken vifte af behandlingsmuligheder, vi skal have for at betjene stofmisbrugerne i befolkningen og hvor store ressourcer de skal tildeles«

(Ambos Uchtenhagen, leder og hovedansvarlig for det schweiziske heroinforsøg)

»Vi bevæger os langsomt mod fixerum og i retning af, at målet ikke altid er stoffrihed«

(Preben Brandt, formand for Regeringens Narkotikaråd)

»'Metadonspillet' fremmer ikke dybere behandlingsmotivation - tvang ej heller«

(Jørgen Jepsen, leder af Center for Rusmiddelforskning)

»274 stofmisbrugere døde i fjor. Skal det fortsætte? Kan vi være det bekendt? Tiden er til at tænke kreativt. Det handler først og fremmest om at redde menneskeliv«

(Jørgen Kjær, næstformand i Brugerforeningen)

»Stoffrihed er ikke mål i sig selv. Målet er at reducere antallet af dødsfald og sygeligheden og give folk et bedre liv«

(Peter Ege, socialoverlæge)

»Der er årligt 109.000 villaindbrud. Hvis 1.000 stofmisbrugere sættes i behandling, så nedsættes disse indbrud med 10 pct., svarene til 10.000 indbrud. Man kan derfor ikke bruge evt. heroinforsøg som generel kriminalitetsforebyggelse«

(Mogens Sørensen, kriminalinspektør, Rigspolitietens Narkotikainformation)

»Heroinforsøg stjæler ressourcer, tid og opmærksomhed. I substitutionsbehandlingen er heroin medicinsk irrational - jumbo mumbo-medicin - og udtryk for et tilbageskridt og det vil føre til øget stigmatisering af de stofafhængige«

(Peter Ege, socialoverlæge)

»Behandling med heroin vil i bedste fald have en helt marginal betydning for et forsvindende antal stofafhængige«

(Peter Ege, socialoverlæge)



Profession: Narko-medarbejder (2)

At arbejde professionelt som narkomedarbejder kræver både en høj etik og stor faglighed, mener henholdsvis lederen og souschefen for Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter, der afslutningsvis opstiller 10 bud for den gode misbrugsbehandler.

At arbejde professionelt med stofmisbrugere gør det endnu mere påkrævet at overveje sin faglige etik, end man almindeligvis har behov for i socialt arbejde. Klienternes adfærd virker ofte udfordrende på medarbejderens personlige og faglige grænser, og det er vigtigt, at man får mulighed for at forholde sig bevidst til disse udfordringer.

I den foregående artikel har vi betonet vigtigheden af, at det professionelle arbejde foregår inden for nogle klart definerede rammer, og at der er løbende feedback til den enkelte medarbejder, til faggruppen og til institutionen som helhed.

I denne artikel vil vi uddybe nogle fagligt-etiske problemstillinger, man som narkomedarbejder må forholde sig til, hvis man vil gøre sig håb om at yde en optimal indsats - og hvis man vil overleve fagligt.

Samarbejder behandleren og klienten?

Forestillingen om et *samarbejde* mellem socialbehandler og klient har traditionelt været et nøglebegreb inden for de fleste grene af professionelt socialt arbejde. Dette principielle udgangspunkt er baseret på en antagelse om, at socialbehandleren og klienten har en fælles interesse i at samarbejde om det fælles mål: At fjerne eller reducere klientens 'problem' eller - endnu bedre: Selve de problemskabende omstændigheder. Som udgangspunkt kan man derfor af begge parter forvente åbenhed, oprigtighed og samarbejde omkring de forhold, som kunne tænkes at have indflydelse på problemløsningen.

Den samme forestilling gør sig gældende inden for sundhedssektoren. Lægen og patienten har en fælles interesse i at patientens lidelse ophører, og begge parter kan derfor forvente af hinanden, at de hver især bidrager med alt, hvad der er relevant for at kurere lidelsen: Patienten skal afgive 'sande' oplysninger som, sammen med de kliniske fund, danner udgangspunkt for at lægen kan ordinere den optimale behandling.

I dagens social- og sundhedspolitiske virkelighed er der mange eksempler på, at denne ideelle forestilling om samarbejde mellem behandler og klient har trange kår.

Relationen kan blive kompromitteret af mange årsager. Ressourceknaphed kan skabe en så dyb afgrund mellem den optimale og den *mulige* løsning på klientens problemer, at der er lagt gift ud for samarbejdet. Eller behandleren kan, med rette eller urette, opfattes som personifikation af det utilstrækkelige system, og være skydeskive for klientens afmagt eller aggression. Eller behandleren kan have misforstået sin opgave og opfatter behandlerrollen som en platform for moraliseringen eller bedreviden. Eller behandleren kan opnå en personlig tilfredsstillelse ved at udøve magt - for blot at nævne nogle eksempler. De anfægter imidlertid ikke grundantagelsen om, at der normalt vil - og bør - være tale om en samarbejds-situation mellem behandler og klient.

En rystende oplevelse

Men sådan forholder det sig ikke altid, når man arbejder med stofmisbrugere. De fleste narkomedarbejdere kan ret

præcist huske den første gang, de oplevede, at en klient gjorde *noget andet* end at samarbejde: Han løj eller fortiede oplysninger, han plattede, snød, manipulerede, optrådte truende eller aggressivt eller hvad det nu var - repertoiret er omfattende.

For de fleste var det en rystende oplevelse, specielt hvis man havde tidligere erfaringer med 'rigtige', d.v.s. samarbejdende klienter. Først og fremmest fordi man blev klar over, at en af de fundamentale spilleregler i det sociale arbejde tilsyneladende ikke havde gyldighed med lige netop den klientgruppe.

Medarbejdernes måde at håndtere stofmisbrugernes ureglementerede adfærd på har gennem tiden vist sig at følge nogle ret enkle mønstre.

Et mønster går ud på, at man straks finder sig et andet arbejde i erkendelse af, at stofmisbrugere vist ikke lige er ens kop te. Et standpunkt, man må respektere - selv om det på sæt og vis er ærgerligt at undvære medarbejdere, som besidder en så høj grad af selvindsigt og grænsesikkerhed.

Dødsspiralen

Et andet mønster er langt alvorligere: Man fortsætter i jobbet og opbygger stille og roligt en stereotyp forestilling om den *upålidelige, løgnagtige stofmisbruger, som er i stoffernes vold*. Dette grundsynspunkt kommer efterhånden til at dominere al behandlingskontakt, og klienternes eventuelle vanskeligheder med at følge den tilbudte behandling m.v. fortolkes udelukkende ud fra den overordnede vinkel, at det netop er klienternes 'iboende karakteristika',



som er årsag til vanskelighederne.

Dette fører uundgåeligt til en cirkelsslutning: Stofmisbrugere kan ikke behandles, fordi de er stofmisbrugere, som ikke kan behandles, fordi de er stofmisbrugere o.s.v. Og medarbejderen vil være mere og mere tilbøjelig til at tillægge kontrolelementet større og større betydning, for at bevare illusionen om at have en vis indflydelse på tingenes tilstand.

Når det løber helt af sporet, reduceres alting til et spørgsmål om at straffe eller belønne klienten, og medarbejderen vil begynde at opfatte klientens reaktioner, som om de er rettet mod medarbejderen personligt - hvilket de også hurtigt bliver.

Hvis klienten derimod lærer at indordne sig under medarbejderens sanktionssystem, kan medarbejderen hævde, at nu er klienten langt om længe

motiveret. Og så er cirklen for alvor sluttet: Medarbejderen og klienten har låst sig selv og hinanden fast i en symbiotisk spændetrøje af utydelighed og skjulte dagsordener. Et mummespil.

Det ironiske er, at medarbejderen selv bliver en aktiv part i den løgn, han foragter hos klienten. Hvis først det er kommet så vidt, er det spørgsmålet, om nok så megen supervision vil kunne lære medarbejderen at adskille sin egen virkelighed fra klientens.

»Det gælder om at beskytte sine doner«

Hvordan kan man så som professionel håndtere det faktum, at klienterne lyver og bedrager, og hvordan kan man undgå at blive en del af dette spil?

For det første må man danne sig en antagelse om, hvorfor klienterne opfører sig efter andre spilleregler end de

'pæne' sociale klienter.

Steffen Jöhncke tager i sin undersøgelse det udgangspunkt, at kimen til mummespillet skal findes i uklare målsætninger i institutionerne og ambivalente holdninger hos personalet til de behandlingsformer, som de skal formidle, især den metadonunderstøttede behandling. »Det gælder om at beskytte sine doner«, siger en af de interviewede klienter, og dette udsagn er blevet en slags motto for undersøgelsen.

Jöhncke betoner, at der er tale om en 'situationsbestemt' adfærd (løgn, snyd og bedrag o.s.v.) når klienterne i deres møde med institutionen skal opnå noget, som ville være uopnåeligt, hvis de fortalte 'sandheden' - eller som de tror ville være uopnåeligt.

Denne forklaring forekommer dog en smule forenklet. Også de stofmisbrugere, som ikke er i behandling, betjener sig af snyd og bedrag i varierende omfang: Den situationsbestemte adfærd gælder altså ikke alene i behandlingssituationen, men i de fleste forhold - også over for forældre, ægtefæller, børn, kæresten og venner. Den kan først og fremmest ses som en generel overlevelses- eller tilpasningsstrategi, som både er (en medvirkende) årsag til og en følge af marginaliseringen. Og så kan man i øvrigt reflektere over det faktum, at der findes utallige eksempler på tilsvarende strategier inden for erhvervslivet, det politiske system m.v.

Den tredje model

På institutionsniveau kan man indrette sig på en sådan måde, at klienterne får sikkerhed for, at de kan få adgang til de tilbud og ydelser, som institutionen råder over, både når de 'lyver' og når de 'siger sandheden'. Man må med andre ord acceptere klienternes svigefulde adfærd som et vilkår, der skal arbejdes med på samme måde, som der skal arbejdes med klienternes stofafhængighed, deres bolig- og beskæftigelsessituation, helbred, kriminalitet o.s.v.

Dette vil i sin yderste konsekvens betyde, at man dropper hele sanktionssystemet i form af regler om udelukkelse fra behandlingen, karantæner, ændring af metadondosis ved sidemisbrug m.v. Tilbage vil være de sanktioner, som kan være nødvendige for at beskytte personalets og med-klienternes fysiske sikkerhed.

Og der skal - ved supervision eller på anden måde - arbejdes med klientrelationerne i forhold til den enkelte medar-

bejder, de forskellige faggrupper og på institutionsniveau. Selv om man accepterer, at plat og svindel er vilkår, som hører til arbejdet, er det opslidende at være vidne til, at klienterne som hovedregel er så dårlige til at tage vare på sig selv og handler mod givne råd, gode forslag og gedigne tilbud - nogle gange så grundigt, at de dør af det.

Det er traditionelt ret tabubelagt blandt socialarbejdere at tale om, at man i perioder kan blive træt af sine klienter. Men risikoen er reelt til stede, og man kan lige så godt se denne risiko i øjnene og lære at have med følelsen at gøre, frem for at lade som om den ikke eksisterer.

Den gode misbrugsbehandler

Der kan være mange indfaldsvinkler til, hvordan medarbejderne kan arbejde med deres faglighed og faglige etik, således at de undgår at havne i nogle af de kendte grøfter: At blive rigid og regelorienteret uden skelen til den enkelte klients unikke behov, at overidentificere sig, eller - i værste fald - at indgå i en syg symbiose med klienten.

Vi har erfaring for, at det er mere frugtbart at arbejde med alt det, medarbejderne er gode til, frem for at løbe bagefter og påpege fejl og søge at rette dem. Vi lærer alle sammen mere af vore succeser end af vore fejltagelser eller nederlag - og desuden er det langt mere underholdende at beskæftige sig med succeserne. Men det kræver selv-

disciplin og viljestyrke at holde fingrene fra alle problemerne.

Grønspættebogen

Med risiko for at lyde ganske hellige følger afslutningsvis vores egen grønspættebogs bud på nogle vigtige karakteristika for den gode misbrugsbehandler:

1. Den gode misbrugsbehandler skal have lyst til at forstå og undersøge den enkelte klients baggrund, hans aktuelle vilkår og indre logik.
2. Den gode misbrugsbehandler skal kunne rumme den meget 'larmende' klient og skal vide, at netop den adfærd, der virker uhensigtsmæssig og provokerende på andre, er den bedste grund til at byde klienten ind til et tættere samarbejde.
3. Den gode misbrugsbehandler skal kunne skynde sig langsomt - det tager tid at få indsigt. Indsigt er en forudsætning for, at hjælpen kan modsvare de behov, klienten udtrykker.
4. Den gode misbrugsbehandler skal arbejde med klientens evne til at begå sig i relation til sin nærmeste familie og venner og i relation til andre klienter og behandlere.
5. Den gode misbrugsbehandler skal være i stand til at rumme skadestuelignende akutopgaver uden at overtage klientens akutpræg.
6. Den gode misbrugsbehandler skal

kunne disponere, være bevidst om sin rolle som misbrugsbehandler og skelne mellem, hvad hun skal tage sig af, og hvad hun ikke skal tage sig af.

7. Den gode misbrugsbehandler skal vide, hvem der ved mere end hende selv, og hun skal kunne guide klienten derhen.
8. Den gode misbrugsbehandler skal have lyst til at udvikle et samarbejde med de nærmeste kolleger og med andre samarbejdspartnere.
9. Den gode misbrugsbehandler skal passe godt på klienten og informere og forklare, hvad der sker. Heller en gang for meget end en gang for lidt.
10. Den gode misbrugsbehandler skal passe godt på sine kolleger. Ingen af disse mål for den gode misbrugsbehandler opnås uden tydelige rammer for den kollegiale vejledning, supervision og feedback.

Den første af de i alt to artikler blev bragt i Stof nr. 6. Serien er hermed afsluttet.

1. Se f.eks. Side 18 og side 117 med flere steder i **Steffen Jöhncke: Brugerefaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97.** Socialdirektoratet, København 1997.

Det skal understreges, at det hverken er Jöhnckes eller denne artikels forfatteres hensigt at hænge specielt de københavnske medarbejdere ud. De omtalte forhold har relevans i alle institutioner for stofmisbrugere.



Finn Danø

socialrådgiver, centerleder i Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter



Karin Raahauge

socialrådgiver, souschef i Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter



Vi anklagede ...nu anbefaler vi!

I 1981 lavede filminstruktør Ib Makwarth filmen 'Vi anklager' om tilværelsen som stofmisbruger. Filmen har via Statens Filmcentral været brugt til oplysning og debat, men er nu ved at være forældet. Filminstruktøren har derfor lavet en ny film om narko: 'Vi anbefaler', som bl.a. blev vist efter folketingets heroin-høring d. 21. oktober.

Det var i 1981, at Ekstra Bladet lancerede sin narkokampagne under logo'et 'Vi anklager', vel et lidt sofistikeret lån fra Émile Zolas 'J'accuse'. Dengang kørte Ekstra Bladet store sociale kampagner, og på Telefilm besluttede vi at forsøge at opnå et samarbejde med avisen. De havde jo lavet hele den nødvendige research, og ville kunne spare os al den tid, det normalt ville tage at trænge ind i narko-miljøet, som vi intet kendte til. Vi fik et møde i stand, og vi konfronteredes med en endog meget skeptisk avisredaktion, der ikke var rigtigt trygge ved, hvad sådan en flok venstre-snoede filmfolk egentlig var ude på. Det var vi heller ikke selv helt sikre på udover, at vi altid kun gik i gang med film, der havde en politisk eller social vinkel. Mødet endte positivt, og blev enige om, at Ekstra Bladet sponsorerede de direkte udgifter til råfilm, laboratorium etc. og filmholdet satsede sine lønninger. Ikke lang tid efter var vi så i gang med optagelserne sammen med journalisterne Annelise Pedersen, Stig Jensen og fotografen Jan Unger.

Det er utroligt sjældent, at jeg arbejder efter et manuskript; jeg plejer at sammenligne min arbejdsmetode med maleren, der tager sine skitser ude i naturen, og komponerer sit maleri hjemme i atelieret. Jeg har sjældent en færdig idé om slutresultatet, men optager en masse relevant stof, og skaber filmen i klipperummet. Sådan arbejdede vi også på denne film, som vi selvfølgelig gav titlen 'Vi anklager', dog med undertitlen 'En avis og dens kampagne' med skyldig respekt for vor sponsor.

Vi 'skød' bogstavelig talt på alt, hvad der rørte sig, og prøvede at dække alle aspekter omkring narko-situationen i Danmark. Vi filmede miljøer, interviewede behandlere og narkomaner, og lå nætter igennem med skæg og blå briller...samt avanceret lytte- og filmud-

styr...og prøvede at afsløre bagmænd. Kort fortalt var vi på vej til at lave en film på bedste TV-manér, hvor vi ikke bare beskrev emnet, men også tyggede og fordøjede det, så alt der ville være tilbage af engagement hos tilskueren, ville være at sætte vand over til kaffe inden næste udsendelse.

Så var det vi mødte Torben! Han havde været på sprøjten i mange år, og havde mistet det ene ben ved et fejlfix. Begavet og velformuleret beskrev han sin verden, problemerne med at skaffe penge som invalid, sin kriminalitet og sit blandingsmisbrug, alt imens han humpede nøgen og sårbevangen rundt i sin lille uhumske lejlighed. Da jeg så optagelserne i klippebordet vidste jeg, at sådan skulle filmen laves. Ingen forklaringer, ingen kloge hoveders kommentarer, intet om hvorfor eller hvad man skulle gøre ved det. Bare et koldt lys på fænomenet. Sådan ser fænomenet narkomaner ud, her er deres liv, elendighed og død...usminket. Da denne beslutning var taget, smed vi alle de andre optagelser væk, og koncentrerede os om mennesket, altså stofmisbrugeren i sidste fase.

Den næste vi beskrev var Karin, en ung narkoprostitueret, der ikke bare fortalte om sine ydmygende oplevelser med kunderne i bilerne, men også udtrykte sine utopiske drømme om at få et barn, for derved at slippe ud af narkohelvedet.

Bent og Manfred hjalp hinanden med at fixe, mens Bent fortalte om sit liv som kurér for berygtede bagmænd.

Blinde Bjarne lod vi skånselsløst arbejde med at finde en brugbar vene. Han havde mistet synet ved at fixe heroin, der var blandet op med stryknin. Med blodet drivende ned ad armen berettede han om sit had til den pusher, der havde 'bøffet' ham, og hvad han ville gøre ved ham.

Og så var der Lille-Kirsten. Mentalt var hun 13 år, omend hendes dåbsat-

test sagde et sted i 30'erne. Men hun var kun 13, da hun fixede for første gang. På et offentligt lokum beskrev hun sit nedværdigende liv som gadeprostitueret i alle detaljer, men fortalte også om sine håb og drømme.

Hende ville jeg 'frelse'! Det blev en ophidset og bevæget nat, da min Lene nægtede at være med, og jeg insisterede. "Hvad er det du vil?" spurgte Lene: "Vil du opgive at lave film, og bruge de næste mange år som narkobehandler." Lene fastholdt at man ikke kunne redde narkomaner med følelser, men skulle

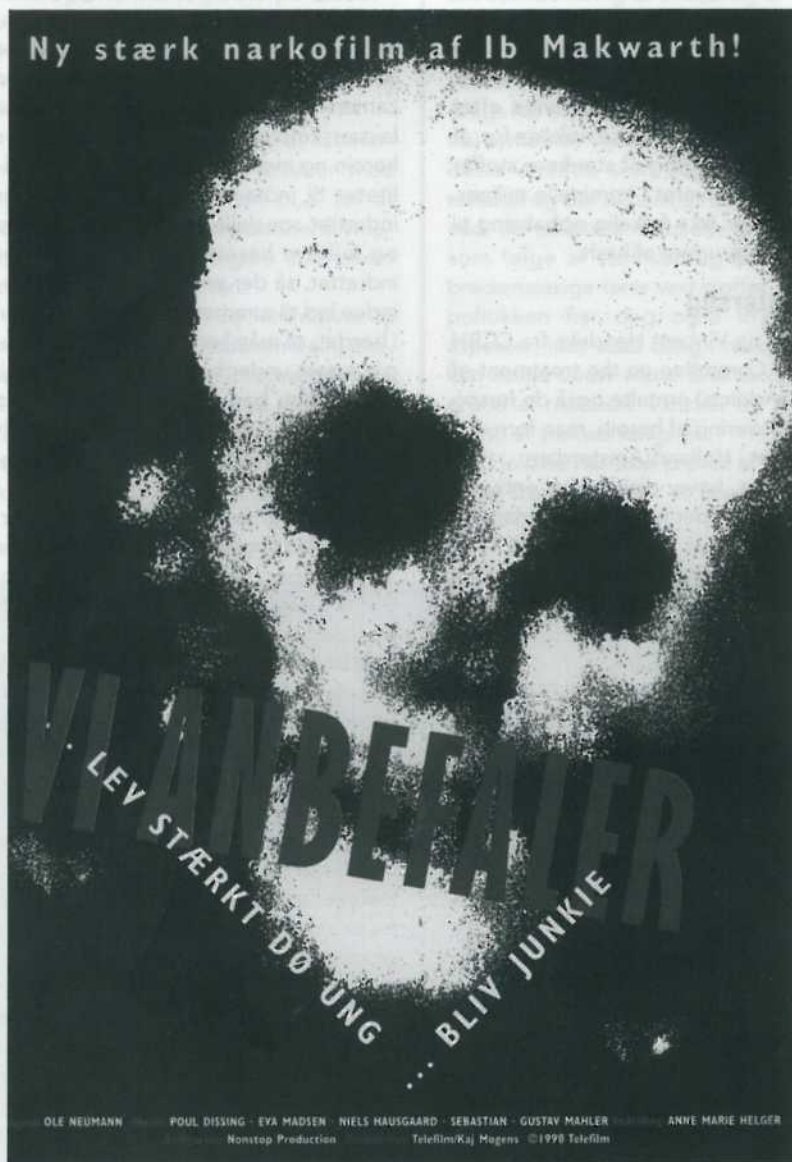
overlade et sådant arbejde til professionelle. Lene er pædagog. Det var fotografen, Jørgens kone ikke, så han fik lov til at tage hende med hjem. Der gik vel omkring 14 dage, så var den mindreårige søn parat til at forlade hjemmet, konen klar til indlæggelse på psykiatrisk afdeling og Jørgen selv vild i øjnene med fråde om munden...og stereoanlægget var forsvundet. Lene havde ret, og hun lærte mig også noget andet. Hver gang Lille-Kirsten besøgte mig på Telefilm, skete der forunderlige uheld. Kaffen væltede ud over mine papirer,

billeder faldt knuste til gulvet eller diverse effekter væltede. Ofte kunne jeg ikke styre min irritation, og brølede min vrede mod den angrende pige. Det jeg lærte var, at Lille-Kirsten aldrig havde oplevet, at nogen interesserede sig nok for hende til at reagere, hverken familie, kammerater eller 'miljøet'. Selv om min egen datter ofte betragtede mig som en oldsag eller tyran, så vidste hun godt inderst inde, at de grænser jeg satte, var af ægte bekymring og omsorg. Lille-Kirsten havde aldrig haft nogen, der kærligt satte grænser.

Vi bevarede kontakten til hun døde. Hun blev myrdet. Få dage før havde hun ringet, voldsomt angst og ophidset. Hun var kommet til at skyldes en berygtet pusher en større sum penge, og anede ikke hvordan hun skulle skaffe dem, og han havde truet med at slå hende ihjel. Få dage efter blev hun fundet død efter en overdosis. Med al sin erfaring som stofmisbruger, var Lille-Kirsten ikke én, der kom til at tage en forkert dosis, men det interesserede ikke politiet. Herregud, det var jo bare endnu en sølle junkie, der var gået til de evige opiumsmarker.

Jeg har tilegnet min nye film 'Vi anbefaler' Lille-Kirsten!

Det var især hende, der fik hele Danmarks befolkning op af stolene, og svor på, at nu skulle det svineri stoppes. De gamle narkomaner skulle reddes, og der skulle sættes en så kraftig oplysning ind, at vi ikke fik flere nye stofmisbrugere. I dag er der flere narkomaner end nogensinde, og flere og flere dør af deres misbrug. Advarslerne hjalp altså overhovedet ikke. Det er derfor vi med Anne Mari Helgers stemme, Eva Madsens, Poul Dissings, Niels Hausgaards og Sebastians sange anbefaler det frie, glade og ansvarsløse liv som junkie, i filmen 'Vi anbefaler'.



Ib Makwarth
Filminstruktør

Rejsebrev

- Skadesreduktionsarbejdsgruppen på tur til Amsterdam

I midten af september tog den skadesreduktionsarbejdsgruppe, der er nedsat under Narkotikarådet, til Amsterdam for at se på de aktuelle skadesreduktionstiltag i byen. Gruppen er i gang med at udarbejde en rapport om skadesreduktion. Skadesreduktion er udtryk for den holdning, at man ønsker at reducere skader forbundet med misbrug af stoffer mest muligt.

Wonderful, wonderful Copenhagen, New York, New York - og man kunne blive ved med sange om byer, der er kendte for enten havfruer, Tivoli, aldrig at sove eller... Der findes vist ikke sange om Amsterdam. Byen er ikke desto mindre kendt for sine smukke kanaler, men også, sammen med det øvrige Holland, for en relativt pragmatisk holdning til stoffer og stofmisbrugere. Holland har også på mange måder været foregangsland, når det drejer sig om skadesreduktion for stofmisbrugere.

Det faglige indhold på turen var arrangeret af et rejsebureau, der som sit speciale har at arrangere ture med besøg hos folk, der arbejder med stofmisbrug (se s. 40). Bureauets arbejde blev 'sponsoreret' af det hollandske helbreds-, velfærds og sportsministerium, der anså det for vigtigt, at en gruppe fra Narkotikarådet i Danmark fik set den seneste udvikling på skadesreduktionsområdet. Der var arrangeret et meget alsidigt program, fra en overordnet gennemgang af narkotikapolitikken og de nyeste forsøg med udlevering af heroin ned til gadeplansarbejde med politiet og den hollandske brugerforening.

Den hollandske narkotikapolitik

På turens første dag fik vi bl.a. en gennemgang af Hollands narkopolitik af Vons Flomans fra det hollandske helbreds-, velfærds og sportsministerium. Han fortalte at udgangspunktet er, at det er umuligt i et åbent samfund med åben økonomi fuldstændig at bandlyse stoffer. Eksistensen af stoffer er en realitet, og et stoffrit samfund er ikke en realistisk mulighed i en hollandsk sammenhæng. Derfor har hollænderne valgt at udforme en realistisk og pragmatisk politik, der fokuserer på at

begrænse den helbredsmæssige risiko ved narkotikamisbrug. Den samme pragmatiske politik gør sig gældende for så vidt angår brug af cannabis. Man efterstræber at undgå tilstande, hvor unge mennesker, der eksperimenterer med cannabis, bliver en marginaliseret og udstødt gruppe. Dette ville efter hans opfattelse forstærke risikoen for, at de forfalder til brug af stærkere stoffer og bliver involveret i kriminelle miljøer. Der er heller ikke folkelig opbakning til at anklage brugere af hash.

Heroinforsøg

Flomans og Vincent Hendriks fra CCBH (Central Committee on the treatment of Heroin Addicts) omtalte også de forsøg med udlevering af heroin, man fornyligt har startet i Holland/Amsterdam.

Efter at have diskuteret emnet i mange år gav det hollandske parlament i 1996 grønt lys for forsøgene. I 1997 blev et forøgsdesign præsenteret i en rapport fra CCBH: Investegating the medical prescription for heroin. Forsøgene lever efter rapporten op til de almindelige kriterier for videnskabelighed.

Forsøgene startede i juli 1998, og der blev som udgangspunkt tilknyttet 50 stofmisbrugere, der vil få udleveret heroin i tre måneder, hvorefter man vil gå videre og udvide til ialt 750 deltagere. Det fremgår af ovennævnte rapport, at kriterierne for deltagelse er bl.a. fem års heroinafhængighed, at personen skal have modtaget metadonbehandling i en uafbrudt periode på mindst en måned inden for de seneste fem år med en daglig dosis på minimum 60 mg, og at personen i løbet af det seneste år har været registreret i og er i kontakt med et metadonprogram, hvor kontakten har været løbende, d.v.s. mindst 50 besøg i

løbet af de seneste seks måneder.

Besøg på en heroinklinik

Vi besøgte samme eftermiddag et udleveringssted for heroin i Amsterdam, hvor vi hørte om forsøget og blev vist rundt af leder på stedet, Lennard Lamers. Han fortalte, at der er tale om et lavtærskeltilbud, hvor der udleveres heroin og metadon, og hvor der er faciliteter til indtagelse af stoffet. Der er indrettet specielle rum både til at ryge og injicere heroinen. Rygerummet er indrettet, så der er et stort panoramavindue ind til rummet (se foto). Der er hul i bordet, så man kan se, at der ikke foregår noget under bordet og der er spejl på væggen bag ved bordet. Alt hvad der foregår i rummet er derfor fuldt synligt for at forhindre at stoffet smugles ud.

Stedet har for øjeblikket 17 klienter, hvoraf den yngste er 27 år. Heraf er der 15, der ryger, og to der injicerer heroin. Der er plads til i alt ca. 50 klienter. Langt den største del af heroinmisbrugerne i Amsterdam ryger heroinen. Dette skyldes det store antal surinamésere, der findes i Amsterdam, og som traditionelt ryger stoffet. Generelt prøver man at få misbrugerne til at ryge stoffet, fordi det anses for mere gavnligt for den generelle sundhedstilstand. Heroinen er gratis. De fleste får omkring 1 g om dagen. Dette er en temmelig stor dosis, da stoffet er helt rent. Det svarer ca. til 3 g købt på gaden.

Lamers fortæller, at det har været svært at skaffe klienter til forsøget, da mange af dem er ustabile og ikke møder op til aftalte tidspunkter. Det har også vist sig at være svært at få klienterne til at møde op tre gange om dagen, syv dage om ugen, som forsøget lægger op

til. Der er derfor en del, der falder fra. Der er også en del, der falder fra, fordi det er lettere at være på metadonbehandling og kun skulle møde op for at få metadon to - tre gang om ugen. Der er dog en del, som vænner sig til rutinen.

Når man giver klienterne heroin tre gange om dagen, skyldes det, at man vil undgå, at klienterne har sidemisbrug med bl.a. kokain. Man ønsker på denne måde at forhindre, at klienterne begår kriminalitet for at skaffe penge til nyt stof. Der forekommer såvidt vides ikke sidemisbrug i særlig vidt omfang. Sidemisbrug fører ikke til udelukkelse fra forsøget.

Hvis stofmisbrugeren udebliver en eller flere dage, bliver han ikke bortvist, men bliver sat 20 pct. ned i dosis pr. udeblevet dag for at forhindre overdosis. Der gøres meget for at oplyse misbrugerne om reglerne på stedet - også, at hvis man smugler stof ud, vil man blive udelukket fra forsøget. Der har hidtil ikke været nogen tilfælde af overdosis.

Det er en del af forsøget, at klienterne skal indtage metadon sammen med heroinen. Dette gør man bl.a. for at forhindre, at der opstår abstinenssymptomer, når der går længere tid mellem udleveringerne af heroin.

Der er knyttet en socialrådgiver til projektet, der kan vejlede om bolig etc., og man forsøger på udleveringsstedet i det hele taget at hjælpe så meget man kan, hvis der opstår problemer for klienterne. Der er dog ifølge Lennard Lamers ikke knyttet psykologisk følgebehand-

ling til programmet.

Udleveringen skal ses som et skadesreduktionstiltag. Heroinen udleveres for at forhindre at stofmisbrugerne kommer endnu længere ud i misbrug og bliver syge eller dør. Deltagerne har alle deltaget i andre behandlingsforsøg, men intet er lykkedes og de må, når de træder ind i forsøget, nærmest betegnes som behandlingsresistente.

Den hollandske soft-drug politik

Ed Leuw, kriminolog ansat i det hollandske justitsministerium redegjorde for Hollands politik med hensyn til soft drugs, dvs. cannabis o.l. Han fortalte, at den diskussion, der er og har været mellem Holland og stort set resten af verden om, hvordan man skal sanktionere brugen af illegale stoffer, efter hans mening ikke så meget drejer sig om sanktionering af (mis)brug af hårde stoffer, som om sanktionering af (mis)brug af soft drugs. Et emne han finder yderst interessant. Diskussionen om soft drugs har efter Leuws mening en meget høj symbolsk værdi, fordi politikken på dette område som udgangspunkt er rationel og har til hensigt at gøre noget ved de såkaldte officielle problemer som følge af stofmisbrug såsom helbredsmæssige farer ved stoffet. Narkopolitikken har dog også irrationelle aspekter, idet visse tiltag i narkopolitikken ifølge Leuw alene skal se på baggrund af moralske værdier og ikke på grund af stoffets farlighed.

I Holland har man prøvet at formulere en stofpolitik, der er pragmatisk og

rationel. Det betyder, at man som udgangspunkt tilstræber ikke at tillægge stoffet større skadevirkning, end der er belæg for og ikke påfører brugere af stoffet sanktioner, der virker hårdere og har mere indgribende følger end stoffets skadevirkning i sig selv. Man forsøger også at undgå, at stofferne bliver handlet på det illegale marked, fordi det fører andre problemer med sig som gener for naboerne og sammenblanding med anden kriminalitet. Man opnår herved endvidere, at der ikke sker marginalisering af brugerne.

Man vil således ikke ramme hårdt ned på brug af soft-drugs, bare fordi det er forbudt. Den helbredsmæssige risiko ved at bruge disse stoffer betragtes som beskedent, og det accepteres således, at stofferne indtages i coffeeshops og at skoleelever bruger stoffet i fritiden o.s.v. Man trækker dog en skarp skillelinje mellem soft drugs og hårdere stoffer som heroin og kokain, der betragtes som farligere og mere vanedannende. Soft drugs kan fint integreres i samfundet på linje med alkohol og tobak, og Leuw går derfor ind for legalisering af cannabis. Han er dog klar over, at dette vil føre til voldsomme internationale reaktioner.

Han anser i vidt omfang coffeeshops for at være en positiv ting. Dog har der været visse problemer. Der har tidligere ikke været nogen restriktioner for oprettelse af coffeeshops, og der har derfor visse steder i Holland været et meget stort antal. Visse coffeeshops har således kørt dårligt på grund af hård konkur-



Heroin-rygerum



Mobil politistation

rence og har for at overleve tiltrukket kriminalitet som salg af hælervarer, hårde stoffer, skydevåben m.m. Visse coffee-shops har også været tilflugtssteder for unge mennesker, der har haft problemer med skole og familie. I det hele taget har coffeeshops været uden nogen kontrol i en del kommuner. Der sker nu en nedskæring i antallet af coffee-shops, og kontrollen er skærpet. Dette skyldes dog ikke alene de ovennævnte problemer, men også det pres, der bliver lagt på Holland fra omkringliggende lande, bl.a. Frankrig.

Coffeeshoppen Green House

Senere på dagen besøgte vi Green House, en meget flot dekoreret coffee-shop. Ejeren Arjan Roskan fortalte om stedet og de problemer, der har været i Holland omkring coffeeshops i de senere år.

Den nuværende borgmester i Amsterdam udtalte ved sin tiltrædelse, at han ville lukke alle coffeeshops og fjerne al prostitution fra gaderne. Roskan mente, at denne udmelding kunne have noget at gøre med, at en borgmester i Holland ikke er folkevalgt, men udpeges af den nationale regering. En del coffeeshops i Amsterdam tog herefter initiativ til blive organiseret i en slags fagforening og fik støtte fra coffeeshops i en masse andre byer, fordi der på det tidspunkt var generel modvilje i den hollandske regering mod coffeeshops. Denne organisering var problematisk, fordi den som udgangspunkt efter Hollands lov blev betragtet som kriminel. Dette blev dog løst ad rettens vej.

Organisationen har herefter arbejdet målrettet på at bevare coffeeshops i Amsterdam og har bl.a. arrangeret en tur rundt i Amsterdam for repræsentanter fra de største politiske partier i byrådet. Dette førte til, at man frafaldt tanken om at nedlægge samtlige coffeeshops. Man blev dog enige om at formindske antallet af coffeeshops fra 450 til ca. 300. Ud af dette antal, vil det kun på omkring hundrede coffeeshops være lovligt at sælge alkohol sammen med cannabis. I det hele taget er reglerne blevet væsentlig mere restriktive, og coffeeshops må nu kun ligge inde med i alt 500 g. cannabis, ligesom minimumsalderen for besøgende nu er 18 år. Derudover er der væsentlig mere politi-overvågning, og hvis der blandt publikum findes blot én, der har kokain eller heroin på sig vil coffeeshoppen blive lukket. Personale og regnskab bliver nu

også checket meget indgående. Coffee-shops behandles på den måde langt mere restriktivt endbarer og diskoteker, hvor raids har vist, at der er langt mere stof og flere våben i omløb. Roskan finder denne udvikling urimelig.

Han mener i øvrigt, at man bør give tilladelse til i Holland selv at dyrke cannabis, så man gør op med problemet med at få stoffet illegalt ind i landet. Dette har der dog hidtil været modstand mod.

Station 2, Politie - Amstelland

Betjent Henk-Jan Blom fortalte i et oplæg om tilstanden i området ved Nieuwmarkt omkring Red Light district.

En større del af politiets arbejde i området er opsøgende gadeplansarbejde. I august-september 1997 startede man et projekt, Daam-Stopera, opkaldt efter to gader i Amsterdam. Projektet indebærer intensiv politimæssig indgriben med mere overvågning og flere anholdelser end sædvanligt i området for at rense ud i salg af piller/hårde stoffer og øvrige illegale aktiviteter. Projektet blev sat i gang bl.a. på grund af klager fra beboerne i området. I projektet indgår både repressive og forebyggende tiltag.

Et af de tiltag man har bragt i anvendelse er en mindre mobil base, en lille bus, som man kan anbringe rundt omkring i området, hvor der er behov for det (se foto s. 39). Man har også, når nogle brugere eller handlere har været anholdt, hvis de har ønsket det, sat dem i kontakt med socialarbejdere, der har kunnet hjælpe med til at bringe dem på 'ret kurs'.

Blom mente, at hvis politiets indsats skal have nogen betydning, er det nødvendigt med et samarbejde mellem politi og de sociale myndigheder. Det er også nødvendigt med samarbejde mellem de forskellige politiafdelinger i byen for at undgå en "vandsengseffekt", der indebærer, at hvis man bekæmper stofmisbrugsproblemer et sted i byen, popper de bare op et andet sted.

Man har for nylig oprettet to 'shooting-galleries' (fixerum), hvor der i hvert kan komme 18 personer for at injicere heroin. Der er kun adgang for de pågældende 18 personer, der er registreret og bliver identificeret ved billede. På den måde undgår man, at der foregår handel inde i gallerierne. De pågældende personer er udvalgt ud fra det individuelle kendskab, man har til dem. De er i

meget ringe helbredsmæssig tilstand og har problemer med mangeårigt misbrug og sociale problemer i det hele taget. Der er planlagt en del flere af disse gallerier.

Socialarbejder i politiet

Som et ret nyt projekt har man i Amsterdams politi ansat en socialarbejder, Jeller van Wein, med mangeårig erfaring indenfor stofmisbrugsområdet. Han har tidligere deltaget i gadeplansarbejde. Han kender således miljøet og de involverede organisationer og myndigheder.

Han prøver i sit arbejde at kombinere politiets tankegang og synspunkter med de erfaringer, han har fra sit tidligere virke. De erfaringer han får i sit arbejde hos politiet, bruger han i sin kontakt med politiets samarbejdspartnere: Policymakere, socialarbejdere, sundhedsmedarbejdere, ledere af sociale institutioner, brugergrupper o.s.v. til at opnå bedre løsninger i arbejdet med stofmisbrugsproblemer. Han er på denne måde med til skabe kontakt fra politiet til forskellige grupper i miljøet og skabe kontakt mellem politiet, de sociale myndigheder og politikere. En vigtig pointe for ham er også at skabe kontakt til socialarbejdere og få dem til at arbejde på gadeplan som politiet gør.

Van Wein mener i øvrigt, at politifolk er meget praktiske i deres tilgang til de problemer, de ser på gaden. De vil have enkle løsninger. Dette skal ses i modsætning til socialarbejdere, som han føler har tendens til at snakke meget om problemerne og debattere, hvad der er bedst fremfor at gøre noget umiddelbart.

Han er meget positiv overfor arbejdet og fortæller, at han er en af de første af sin art i Holland. Han mener at denne kombination med en socialarbejder/lobbyist i politiet er et positivt tiltag.

Narkotikarådets sekretariat

Information om studiebesøg vedr. stofmisbrug til Amsterdam:

Bureau International Affairs Drugs GG&GD
Nieuwe Achtergracht 100, room 507,
P.O. Box 20244, 1000 HE Amsterdam,
The Netherlands, tlf.: +31-20-5555307,
fax: +31-20-5555775, E-mail:
methwork@gggd.amsterdam.nl,
kontaktperson: Greetje Oosting.
Prisen er normalt ca. 300 kr. pr. dag, pr. person.

EUROPÆISK UGE MOD
NARKOTIKAMISBRUG



At tale med dem er det første skridt.

KONTAKTEN TIL DIG KAN GØRE EN FORSKEL

Europæisk Uge mod Narkotikamisbrug

Den 16. - 22. november 1998 blev der for tredje gang holdt en Europæisk Uge mod Narkotikamisbrug, med forebyggende og oplysende aktiviteter i alle EU-lande. En af aktiviteterne var en egentlig ungdomskonference, hvor unge gav deres bud på muligheder og begrænsninger i forhold til ung til ung formidling, samt til forskellige problemstillinger inden for overskriften 'Unge, Rusmidler & Livskvalitet'. Ungdomskonferencen var arrangeret af unge fra Danmark, England og Sverige, som alle havde gennemgået et uddannelsesforløb i ung til ung formidling. Debatindlæggene på konferencen tog udgangspunkt i følgende spørgsmål:

1. I hvor høj grad kan man som ung eksperimentere med rusmidler uden at ens livskvalitet forringes?
2. Hvilke mytedannelser på rusmiddelområdet er vigtige at få bugt med?
3. Hvad afholder flertallet af unge fra et regelmæssigt brug/misbrug, ud over en egentlig eksperimentering?
4. Hvor vigtige er 'nøglepersoner' i forhold til holdninger i forbindelse med brug/misbrug af forskellige rusmidler?
5. Hvilke elementer i 'ung til ung formidlingen' er vigtige for at få en ligeværdig dialog?
Hvor ligger de bedste muligheder?
Hvor ligger begrænsningerne?
6. Hvordan undgår man at blive 'de voksnes talerør', med 'de rigtige' meninger og holdninger?

I næste nummer af Stof vil EU-narkotikaugen blive omtalt mere udførligt: Hvordan gik det med de forskellige aktiviteter, og hvilke nye initiativer blev sat i gang.

Læsestof om stoffer

Nogle kalder det for en Donna, en Bellmann eller for megahash. Andre siger, at det er et forholdsvis uskyldigt rusmiddel, der bare er lidt stærkere end hash. Sandheden er, at rygeheroin er lige så farligt og vanedannende som det stof, misbrugere skyder ind i kroppen med en sprøjte. Alligevel havde 1.6 pct. af unge i 9. klasse prøvet rygeheroin, da de blev spurgt i en undersøgelse i 1995. Unge, som ikke kunne drømme om at tage det samme stof, hvis det krævede en sprøjte. Netop for at advare helt unge i alderen 13-16 år om farerne ved misbrug af rygeheroin, har Ungdomsmagasinet 'ZAPP jorden rundt' i samarbejde med Sundhedsstyrelsen produceret et særligt tema af magasinet om heroin.

Magasinet, der udgives af ulandsorganisationen Mellemløkeligt Samvirke, udsendes i klassesæt til alle folkeskoler, efterskoler og produktionsskoler. I bladet beskrives, hvordan heroin bliver lavet i Asien af råstoffet opium. Produkti-

onen er blevet tredoblet siden 1985, hvilket betyder, at verdensmarkedsprisen på heroin er faldet. Af de 140 millioner mennesker i verden, der er afhængige af stoffer, er otte millioner på heroin. Magasinet følger heroinen fra producenterne, de fattige valmuebønder, til misbrugerne i Danmark. Der følger et undervisningshæfte med hvert klassesæt.

Et tegneserieindstik på 32 sider indgår i temaet. En højdramatisk og morsom historie beretter om de to venner Mattias og Mick, der går i skole og som i deres fritid 'forskønner' hjembyen med graffiti-malerier. Mattias og Mick er udadskillelige venner indtil den skæbnsvangre dag, hvor en duftende 'Donna' krydser deres vej...

Tegneseriealbummet, *The King*, magasinet ZAPP og undervisningsmaterialet kan bestilles gratis hos:

Sundhedsstyrelsen, Amaliegade 13, Postboks 2020, 1012 København K. Tlf.: 3391 1601, Fax: 3393 1636.



Hovedpersonen Mick har røget for meget hash i for lang tid, og kæresten er træt af at måtte stå i skyggen af røgen fra en joint, derfor dropper hun ham. Mick ryger i kulskælden, indtil en duftende 'Donna' (joint med rygeheroin) byder sig til.

Tekst & storyboard til tegneserie: Ulrik T. Skaft. Tegninger: Bryan D'Emil Johannesen

dem og her for at overvåge virksomhedsaktivitet som sælg af hælerværktøjer, hvide stoffer, skyetøj, koffertshops har



Kulturraketten

UNG TIL UNG TELEFONRÅDGIVNING FOR FLYGTNINGE OG INDVANDRERE

FULD ANONYMITET
ÅBEN FOR DIG

TLF. 8618 5188
HVER TORSDAG
KL. 15-17

FOREBYGGELSESKONSULENTERNE
Møjlgade 30 · 8000 Århus C
Tlf. 8613 6100 · Fax 8613 7386
E-mail: iwi@post9.tele.dk

Ny telefonrådgivning

Forebyggelseskonsulenterne i Århus har oprettet en ny ung til ung telefonrådgivning for flygtninge og indvandrere, kaldet 'Kulturraketten'. Kulturraketten består af en gruppe flygtninge og indvandrere mellem 18 og 30 år, der tilbyder anonym telefonrådgivning (ingen registrering og fuld tavshedspligt). Gruppen tilbyder rådgivning ud fra egne erfaringer om bl.a. diskrimination, problemer med familien, alkohol og stoffer m.m.

Telefonrådgivningen har åben hver torsdag mellem 15 og 17 på tlf. 8618 5188. Forebyggelseskonsulenterne kan kontaktes i Møjlgade 39, 8000 Århus C. Tlf.: 86136100, Fax: 8613 7386, E-mail: iwi@post9.tele.dk

Evalueringsrapport

Kolding Kommune har fået evalueret Kden selvejende institution 'Projekt Regnbuen', et værested for tidligere og

oplyst checked meget udfordrende. Colleen skaber betændelse på samt inde lang

nuværende stofmisbrugere etableret med baggrund i brugernes ønsker. Regnbuen tilbyder anonym rådgivning og støtte, undervisnings- og fritidsaktiviteter, hjælp til at skabe/genskabe netværk, hjælp til at bruge det sociale systems tilbud, sygepleje, brugerindflydelse m.v. I projektets første år havde man kontakt med 83 personer.

Det primære formål med evalueringen er at give Regnbuens medarbejdere og bestyrelse et materiale, der kan belyse projektets indsats, med en særlig vægtning af brugernes vurdering af tilbudet. Materialet skal desuden anvendes af Kolding Kommune i forbindelse med vurdering af, om projektet skal videreføres, når Socialministeriets bevilling til projektet ophører.

Evalueringen fokuserer på om projektet lever op til sine mål, og om de valgte arbejdsmetoder er relevante set i forhold til målgruppen og de opstillede mål for projektet. Den eksterne evaluator, Ole Thisgaard, konkluderer at Projekt Regnbuen på hensigtsmæssig måde forfølger de mål, der er sat for projektets virksomhed: Kolding Kommune har med sit initiativ, og i sit samarbejde med brugerne, formået at udvikle et kontaktsted for byens ældre stofmisbrugere. Et fristed, hvor tærsklen for adgang er meget lav, og hvor det sociale liv og omsorgen er i centrum. Et sted, som absolut ikke er en endestation for den stofmisbruger, der vil noget andet med sit liv end stofmisbruget.

Evalueringsrapporten 'Endestationen eller stedet hvor det hele begynder?' kan rekvireres hos: Regnbuen, Ribberdyb 10, 6000 Kolding. Tlf.: 7553 7445

Det dårlige selskab

Forlaget Socpol har udgivet dr. pol. Margaretha Järvinen's bog: 'Det dårlige selskab. Misbrug - behandling - omsorg.' Bogen sammenfatter resultaterne af et forskningsprojekt støttet af Sundhedsstyrelsen om tunge misbrugere - deres livssituation, misbrugskarriere og mulighed for behandling og omsorg. Forskningsprojektet fokuserede på alkoholmisbrugere, men en stor del af de interviewpersoner, som blev kontaktede i deres egenskab af at være alkoholmisbrugere, viste sig imidlertid at være

blandingsmisbrugere, hvorfor undersøgelsens overvejelser og resultater også er relevante for stofmisbrugsområdet:

Er den behandlingsideologiske udvikling præget af nymoralisme? Hvor går grænsen mellem omsorg og behandling? Ligger der etiske overvejelser bag den ordning, at visse misbrugergrupper har ret til ressourcekrævende behandling, mens andre ikke har det? Hvilke konsekvenser har udstødningen af misbrugere fra behandlingssystemet haft for hjemløshedsinstitutionernes virksomhed? Eksisterer der i det hele taget et behandlingssystem for de 'tunge alkoholmisbrugere'?

Bogen er 214 sider og koster 198 kr. Den kan bestilles hos: SocPol, Poppelalle 23, 2840 Holte. Tlf.: 4542 4483 / 3393 9963. Fax: 3315 8076.

Puljer og projekter

Stof nr. 6 omtalte vi Socialministeriets Projektdatabase i forbindelse med tema-artiklerne om puljer. Socialministeriet og Biblioteket på Den Sociale Højskole i Aarhus har udarbejdet en folder om hvordan man kan få overblik over Socialministeriets Projektdatabase og Socialministeriets Fondsbase via Internettet.

Adressen er: <http://www.sm.dk/-departementet/puljer/index.htm> Projektdatabase indeholder beskrivelser af mere end 4.000 igangværende og afsluttede projekter og andre aktiviteter, som støttes af Socialministeriets puljemidler.

Fondsbasen indeholder beskrivelser af fonde, råd m.v., som støtter tiltag på det sociale område. Også puljer, der er optaget på Finansloven indenfor Socialministeriets område, er med her.

For yderligere oplysninger og kontakt: Biblioteket, Den Sociale Højskole i Aarhus, Stenvej 4, 8270 Højbjerg Tlf.: 8627 6622, Fax: 8627 7476, E-mail: dshaa@dsh-aa.dk

Foreningen for Addiktiv Medicin

Foreningen er en ny forening for læger, der arbejder med misbrugsområdet. Målet er at etablere en faglig og videnskabelig platform for kolleger

fra de involverede specialer, eksempelvis almen medicin, samfundsmedicin og psykiatri. Formand for foreningen er afdelingslæge Thomas Fuglsang.

Foreningens første møde/symposium blev holdt den 18. september 1998 og omhandlede ny viden om misbrugsbehandling. Underemnerne var: Opioider og receptorer og comorbiditet ved stofmisbrug. Blandt foredragsholderne var socialoverlæge Peter Ege og overlæge, dr. med Jes Gerlach.

Det næste møde i foreningen bliver holdt den 22. januar 1999 kl. 15-19 i Diakonissestiftelsen, Peter Bangsvej 1, 2000 Frederiksberg. Emnet for mødet er: Hvad er den rette metadondosis?

Der er endvidere et skandinavisk symposium om Buprenorfin i støbeskeen til maj 1999. Der vil efter planen være foredragsholdere fra bl.a. Østrig og England. Yderligere oplysning om foreningen og tilmelding til de planlagte arrangementer kan ske ved henvendelse til:

Foreningen for Addiktiv medicin,
c/o Specialinstitution,
Forchhammersvej 18
1920 Frederiksberg C,
Tlf: 35 36 22 85, Fax: 35 36 29 42.

Brug af oplysningsmaterialer om hiv/aids og stofmisbrug

I Ugeskrift for læger 160/38, 14.9.1998, omtales en undersøgelse af Majbritt Christensen om kendskab til, og brug af, oplysningsmateriale om hiv/aids og stofmisbrug i københavnske fritids- og ungdomsklubber. Målgruppen var lederne på Københavns Kommunes 106 fritids- og ungdomsklubber, som i 1996 fik tilsendt spørgeskemaer om kendskab til/brug af udvalgte publikationer, pjecer og videoer m.m. udsendt af Sundhedsstyrelsen, stadslægen, amterne og forskellige private organisationer. I alt 7.285 børn i 10-18 års alderen var berørt af undersøgelsens spørgeskema.

I alt 89 institutioner besvarede skemaerne, og det fremgik heraf, at kendskabet til oplysningsmaterialet var ringere end forventet: Kun 55 pct. kendte hæftet om rygeheroin, og 7 pct. kendte publikationen 'Kend din grænse'. Resultatet tydede på, at mange klubber ikke havde modtaget oplysningsmaterialet. I de klubber, hvor man kendte oplysningsmaterialet, blev det i stor udstrækning

brugt. (Ofteft i betydningen: Stillet frem på f.eks. tidsskriftet til fri afbenyttelse for klubbens medlemmer, og i en vis udstrækning har videoerne været anvendt som baggrund for debatmøder i klubberne). Klublederne efterlyste mere sundhedsoplysning på video, gerne med socialrealistisk tilsnit. Desuden var der ønske om oplysning om bl.a. rygning og 'ensomhed blandt unge', samt materiale målrettet til børn (og ikke kun til unge).

Undersøgelsen konkluderer, at det bør sikres, at oplysningsmaterialet når de unge på de steder, hvor de færdes. Der bør tillige gennemføres en nøjere målgruppeanalyse, så formidlingen bliver optimal.

Nyt fra EMCDDA

Det europæiske Narkotikaobservatorium i Portugal har udgivet en bog om evaluering: hvilke forebyggelsesstrategier virker? Efter forfatterens mening ved de, som planlægger forebyggende programmer, sjældent nok om hvordan den forebyggende intervention skal evalueres, eller praktikerne mangler indsigt til at vurdere det arbejde, evaluatorene gør. Bogen er første del i EMCDDAs evalueringsprogram for forebyggelse. Næste skridt er at udarbejde europæiske retningslinjer for sådan evaluering. Bogen gennemgår evalueringens historie og giver eksempler på evaluering i praksis. Bogen omhandler massemedieinformation, lokalt forankrede initiativer, tiltag inden for forskellige subkulturer og skole- og aldersbestemt forebyggelse.

Bogen 'Evaluating Drug Prevention in the European Union' koster 17,50 ECU og kan bestilles fra EMCDDA.

Fax: 351 1 813 17 11.

En 'Anden' bruger

Center for Rusmiddelforskning har netop udgivet bogen: En 'Anden' bruger - Behandling af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund. Bogen bygger på en seks måneders forundersøgelse af misbrugsbehandling af etniske minoriteter foretaget af cand. Psych. Dorthe Staunæs i København i 1997. Bogen præsenterer resultatet af en række interviews med professionelle fra

henholdsvis misbrugsbehandlingssteder og institutioner rettet mod etniske minoriteter.

Forundersøgelsen er tænkt som et idéoplæg til en mere langvarig og grundig undersøgelse af, hvordan misbrug blandt etniske minoriteter i Danmark håndteres. Den udpeger ømme punkter, der bør undersøges nærmere og ridser op på hvilken måde, der kan opnås større indsigt og forståelse af den dobbelt stigmatiserende position, som indtages af misbrugere fra etniske minoriteter. Men forundersøgelsen kan også stå alene som et dokument, der ridser i velfærdsstatens glatte overflade og afslører nogle af de modsætninger, den skjuler.

Bogen er på 159 sider og kan bestilles mod et ekspeditionsgebyr på 25 kr. hos Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Jens Baggesensvej 43-45, 8200 Århus N, Tlf: 86 10 85 55, Fax: 86 10 85 58

Hjemmeside om stoffer

Misbrugskonsulenterne Flemming W. Licht (Vestsjællands Amt) og Thomas Lund (Frederiksborg Amt) har oprettet en hjemmeside på Internettet med oplysninger om rusmidler og misbrug (leksikon, spørgsmål og svar, behandling, undervisningsmateriale m.m.). På hjemmesiden er det muligt at chatte med en eksmisbruger eller med andre unge om rusmidler, for hvert amt findes adresser og information om rådgivning og behandlingscentre og der er links til andre relevante hjemmesider.

Adressen er: www.netstof.dk

Læserundersøgelse

I dette nummer af Stof har redaktionen vedlagt et lille spørgeskema, som vi beder læserne om at besvare. Spørgsmålene drejer sig om hvad man synes om bladet, og især: Hvad kan gøres bedre? Redaktionen er meget interesseret i at høre læsernes synspunkter og idéer, og vi håber, at mange vil returnere skemaet til os (porto er betalt).

Spørgeskemaet kan også besvares direkte på Narkotikarådets hjemmeside på Internettet:

<http://www.Narkotikaraadet.dk> under 'Læserundersøgelse'.

Kalender

21.-22. jan. 1999 Nordisk Kønskonference i Bergen.
Stiftelsen Bergensklammerne arrangerer Nordisk Kønskonference, hvor forholdet mellem køn, relationer og rus behandles ud fra perspektiver i forskning, forebyggelse og behandling. Konferencen afholdes på Solstrand Fjordhotel ved Bergen og prisen er Nkr. 2.900 for ophold, forplejning og kursus.

Yderligere information:
Stiftelsen Bergensklammerne,
Postboks 297, 5001 Bergen,
Norge.
Fax: + 47 5590 8610.

22. jan. 1999 Møde i Foreningen for Addiktiv Medicin.
Emne: Hvad er den rette metadondosis ?
Sted: Diakonissestiftelsen,
Peter Bangsvej 1, 2000 Frederiksberg.
Tilmelding på Tlf.: 3536 2285,
Fax: 3536 2942

4.-6. mar. 1999 4th European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Vienna.
Konferencen arrangeres af The European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison, London.
Yderligere information: Alex Stevens,
Tlf.: +44 181 543 8333,
Fax: +45 181 543 4348
E-mail: prs@easynet.co.uk,

21.-25. mar. 1999 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Geneva.
Konferencen arrangeres af International Harm Reduction Association.
Temaer: Trafficking (organized crime, violence, justice, police), Care (social services, therapy, self help, solidarity), Urban Dimension (public policies, societal management, ethical dimension), Prevention of Addiction (recreational use, decriminalisation, legalisation).
Konferenceseekretariat: Harm Reduction

Conference, Hit Conferences, Cavern Court, 8 Mathew Street, Liverpool L2 6RE, UK.
Tlf.: + 44(0)151 227 4423
Fax: +44(0)151 236 4829
E-mail: hrc@ihra.org.uk -
On line form: www.ihra.org.uk/geneve/

maj 1999 Skandinavisk symposium om Buprenorfin.
Arrangementet er under planlægning af Foreningen for Addiktiv Medicin.
Yderligere information på
Tlf.: 3536 2285, Fax: 3536 2942

2.-6. juni 1999 4th International Conference on Drug Abuse, Hepatitis, AIDS. Draguignan/Ramatuelle Saint-Tropez.
Konferencen arrangeres af European Society for Drug Abuse, Hepatitis, AIDS. Temaer: status og fremtidsperspektiver i relation til hepatitis og AIDS (epidemiologi og behandling), misbrugsformer, forebyggelse.
Yderligere information:
Docteur Jean-Marie Guffens, Secrétaire General des Colloques THS, Le Vieux Murier, Route de Tahiti, 83990 Saint-Tropez, France.
Tlf.: **33(0)4.94.97.52.52./09 56.
Fax: **33(0)4.94.97.75.80.
E-mail: seths@nova.fr

15.-20. aug. 1999 The 38th International Congress on Alcohol and Drug Dependence. Vienna.
Konferencen arrangeres af ICAA (The International Council on Alcohol and Addictions) og API (The Anton-Proksch Institute in Vienna).
Emner: Afhængighed: politik og realiteter. Spil, tobak, alkohol, stoffer.
Yderligere information: University Clinic AKH, Währinger Gürtel
18-20 A -1090 Vienna, Austria.