

En australier i London – med den rette recept?

Om man skal ordinere heroin eller ej, har det med at overskygge et mindst lige så vigtigt spørgsmål: Hvordan skal det gøres? En australsk heroinbruger med bopæl i London har personlige erfaringer med såvel gode som dårlige måder at ordinere heroin på. Hun giver i denne beretning gode råd om de djævelske detaljer, der skiller succes fra fiasko.

AF ERIN O'MARA

Hver dag går jeg i ro og mag lige rundt om hjørnet til mit lokale apotek og henter ½ gram (500 mg) rent, farmaceutisk heroin. Jeg får heroinen i dets injicerbare form – et hvidt, frysetørret pulver, forsejlet og steriliseret i 5 små glasampuller, som hver indeholder præcist 100 mg ren farmaceutisk heroin. Stoffet ligger i en lille blå og hvid æske, og det er næsten foruroligende, at der på etiketten kun står 'diamorphine hydrochloride', og at pakningen ikke – som metadonpakkerne – skriger langt væk af 'STATS-MEDICIN TIL FUCKED UP JUNKIER'.

Til trods for det faktum, at heroin er tilgængelig på recept her i UK, er det meget sjældent, at det bliver udskrevet til stofmisbrugere, hvilket betyder, at når jeg forlader apoteket hver morgen for at gå hjem, så føler jeg stadig, at jeg klynger mig til vindkuponen – MINE TAL ER ENDELIG KOMMET UD – og jo, det har fuldstændig forvandlet mit liv.

Er det så den perfekte recept? Det har det helt sikkert været for mig. De fleste af mine venner ville ønske, de havde det på samme måde. Hvis bare de havde en heroinrecept, så ville de ikke bruge illegalt stof mere. Og eftersom de går fra det ene metadonprogram til det næste i deres smertefulde, langsomme og ydmygende tur til metadonklinikker og lægekonsultationer, så er jeg afgjort tilbøjelig til at give dem ret.

Efter år med omfattende meta-

donordination til hver eneste misbruger, som er ude efter en slags stabilitet i deres liv, er vi endt i en situation, hvor blandingsmisbrug nu er normen. Den lavthængende hjernetåge af metadon-vedligeholdelses-recepter er en skjult måde at blokere for enhver glæde ved et skud heroin – men ikke noget, nogle få benzoes og øl ikke kan rette op på – og den knaldende pisk i behandlingen bliver derfor en serie af fiaskoer, beskidte urinprøver, straffe og hemmeligheder.

Jeg ved, at jeg er heldig. Som australier bosiddende i London er der tidspunkter, hvor jeg må knibe mig selv i armen for at sikre mig, at dette er virkeligt. At den lange og ofte sindsoprivende vej med 'substitutionsbehandling' endelig er slut – og at jeg nu er fri til at tænke på min fremtid. Men i de små, tavse tidsrum, der ind imellem opstår, når jeg takker for mit held, kan jeg ikke lade være med at tænke, om det hele ikke har været lidt for lidt og lidt for sent?

Jeg spørger mig selv, hvorfor det skulle tage 18 år at komme hertil? Hvorfor skulle jeg vente, til jeg var blevet tygget igennem og spyttet ud af over 10 forskellige behandlingsprogrammer og lægekonsultationer, mindst 4 rehabiliteringsforsøg og et utal af afgiftningsforsøg?

Hvorfor skulle jeg vente, indtil jeg ikke længere kunne sælge min unge krop til mænd, til jeg blev syg og dybt deprimeret, til jeg havde opbrugt hver en vene i min krop lige fra hal-

sen og ned til fødderne, til jeg havde fået både HIV og Hepatitis C?

Ikke desto mindre kan læger i UK udskrive heroin til folk, der er afhængige af opiater, og faktisk er de på det seneste blevet tilskyndet til det af vores nuværende indenrigsminister, David Blunkett. Så hvad er der sket med Englands berømte heroin-ordinations system, og hvilke dele af det skal Australien eller Danmark forsøge at importere, når man overvejer at indføre noget lignende?

Det grundlæggende i den berømte engelske heroin-ordinationsbestemmelse i 1960'erne var, at man – under lægelig supervision – kunne give farmaceutisk heroin til mennesker, der var afhængige af heroin. Min eks-partner var heldig nok til at være en del af denne udvikling, og han klarede sig godt på det tidspunkt. Nu bliver han måske nødt til at give sit højre ben, før de vil udskrive en passende heroinrecept til ham (i bogstaveligste forstand, han skyder metadon-ampuller ind i sin vene i låret).

I 1968 blev klinik-systemet indført, og det indskrænkede effektivt den lægelige råderet i forbindelse med ordination af kontrollerede stoffer. Det blev senere kendt som 'afskaffelsen af fri ordination', og det var på dette tidspunkt, at England tog et fatalt skridt – et skridt, der var mere på linje med USA og dermed et tilbageskridt, der hurtigt fik fart på.

I dag er omfanget af og tilgænge-



Brugerne skal involveres i hvert eneste skridt på vejen, og de skal accepteres som en integreret del af programmets udvikling, med rettigheder, ansvar og gensidig respekt for erfaringer - som alle andre, der modtager sundhedsydelser.

ligheden til heroinordination skizofren. Læger er forpligtet til at ansøge om en speciel regerings-licens – noget som sjældent bliver udstedt, og hvis den gør, er det sjældent, at den bliver anvendt i forbindelse med behandling af opiatafhængige. Men selv om uvidenhed og frygt som regel er de byggesten, hvorpå den engelske regering baserer nye narkotikapolitiske initiativer, så oplever man undertiden et glimt af håb.

For britiske opiatbrugere er dette sket i forbindelse med indenrigsministerens nylige udmelding om, at flere heroinprogrammer vil blive tilgængelige for stofbrugere i nær fremtid. Dog virker det, som om planlægningen af, hvordan de nye programmer skal gennemføres, ikke er velgennemtænkt.

Opgaven med planlægningen ser ud til at være tilfaldet en ny regerings-tænke-tank, som har fået til opgave at fokusere på forskellige aspekter af stofmisbrug og behand-

ling, men hvor dette nye 'Nationale Behandlings Agentur' er på vej hen, er ingen rigtig sikre på. Imidlertid er der i øjeblikket kun 449 personer, som modtager en recept på heroin mod heroinafhængighed, og 96% af alle opiat relaterede recepter, der udskrives til britiske borgere, er fortsat på metadon.

I de 10 år jeg har opholdt mig i UK, har jeg haft lejlighed til at deltage i 2 meget forskellige tilgange til heroin-ordination – og det har lært mig meget om, hvordan de forskellige strukturer, regler og nuancer bag den måde, heroinen gives til brugerne på, er afgørende for programmets succes.

Den første heroin-recept, jeg modtog, var gennem et pilotprojekt i Chelsea, London, der havde til formål at undersøge virkningen af ordination af enten farmaceutisk heroin eller metadon i injicerbar form til stofbrugere. (I UK er metadon tilgængeligt som såvel mikstur,

tabletter og ampuller til brug for injektion i musklerne).

Den første fejltagelse, som til sidst blev indrømmet, var at begrænse mængden af den udskrevne diamorphine til et u håndterligt lavt niveau, 200 mg. (Schweizerne, hollænderne og andre, deriblandt jeg selv, har fundet, at 400-1000 mg er meget mere passende). Farmaceutisk heroin har ikke en lang halveringstid, og seriøst at undervurdere den nødvendige dosis blev en betydningsfuld fejl – en fejl, som alvorligt kunne skade en persons evne til at følge behandlingen.

Med en gennemsnitsalder på 38 og en gennemsnitlig intravenøs karriere på 19 år havde mange af klienterne i dette projekt andre stofproblemer, såsom crack, benzodiazepiner, alkohol eller kokain, som jeg ikke helt tror, der blev taget hånd om. På det tidspunkt kørte man nemlig med hårdt straffende klinikregler - eller 'protokoller'.

Hvis nogen for eksempel blev opdaget i at have brugt andre stoffer oven i deres ret begrænsede heroindosis, blev de straks straffet med en 30 mg's reduktion i deres daglige ordination – hvilket yderligere reducerede deres evne til at følge programmet.

Når man som straf fik ordineret en lavede dosis, var det praktisk talt umuligt ikke at supplere med noget andet, og derfor blev klienterne - jeg selv inklusive - fastlåst i en konstant ond cirkel af ordinationsændringer.

Et kvælende klinik-miljø var klinikkens anden grundlæggende fejl. Folk kunne ikke tale om deres andre stofproblemer af frygt for en række forskellige konsekvenser. Dette førte til en endnu mere alarmerende situation, hvor klienter skjulte alvorlige, medicinske problemer af frygt for, at deres heroinrecept ville blive stoppet, eller at de ville blive sat tilbage på metadonmikstur igen.

Vigtigheden af at opretholde et miljø, hvor brugerne kan tale åbent



og ærligt med deres centrale behandlere og konsulenter, er et afgørende element i en persons mulighed for succes i et ethvert behandlingsprogram, og dette var ingen undtagelse. En dybt utilfreds klientgruppe havde ingen steder at klage over deres behandling, og forsøg fra brugernes side – mig selv inklusive – på at inddrage personalet i diskussionen blev omgående kvalt.

At være nødt til at møde op i et sådant stressende og demoraliserende projekt hver morgen for at få sin medicin forværrede blot deltagerens depression og gjorde kun lidt eller intet for at højne gejsten blandt deltagerne. Kom man bare et minut for sent, lukkede de brugerne ude uden nåde. Vi kunne lige så godt stadig være på metadon.

Jeg har kun været inde på nogle få af de problemer, dette særlige forsøg på heroinordination havde, men der var mange flere, som der ikke er plads til at diskutere i denne artikel. Det er tilstrækkeligt at sige, at hvis man planlægger forsøg med ordination af diamorphine, så gør man klogt i at tage nogle af de emner og bekymringer vedrørende klinikken og forsøgsdesignet seriøst, som rejses af de mennesker, der faktisk har benyttet dette tilbud.

Efter to af de mest elendige og vanskelige år af mit liv i dette forsøg forlod jeg det, efter at min dosis på 200 mg mod min vilje var blevet reduceret helt ned til 80 mg (!!). Jeg var dybt ulykkelig, og jeg 'toppede' stadig dosis op. Selv om projektet måske ikke var en fiasko for alle, så havde man i hvert fald gjort det forbandet svært for det at lykkes.

To år senere, efter en desperat

periode med nederlag på injicerbar metadon, havde jeg udviklet et voldsomt crack-problem. Jeg drak alkohol regelmæssigt for første gang i mit liv, og jeg begyndte at have regelmæssige krampeanfald på grund af et øget forbrug af benzodiazepiner.

Det var på dette tidspunkt, at jeg efter en enorm kraftanstrengelse formåede at sikre mig en plads på Londons berømte Maudsley Hospital, hvor en læge skrev heroin ud til en mindre gruppe patienter. Jeg husker tydeligt min følelse af komplet og total desperation. Jeg følte, at jeg ikke kunne fortsætte længere. Hvis de ikke hjalp mig, så ville jeg... ja, jeg vidste ikke, hvad der ville ske med mig, og det var problemet. Jeg følte, at dette var mit sidste håb, at jeg havde prøvet alt. Og jeg tiggede.... De fleste stofbrugere kender alt til følelsen af, at andre – en læge – har magten over deres liv hver eneste dag. At få en recept eller at få den frataget bestemmer forskellen mellem liv og død - eller elendighed og håb. Nogle gange ender det med, at du er nødt til at tigge....

Mine udsigter var skrøbelige, min læge var grundig: De fleste af mine årer var totalt kollapsede, fordi jeg havde injiceret metadon intravenøst i en form, som er lavet med henblik på injektion i musklerne, men som hovedparten af alle britiske heroinbrugere injicerer intravenøst. Hvorfor er der ikke udviklet en intravenøs løsning? Det er der mange, der spørger om. Jeg går ud fra, at det skyldes de sædvanlige årsager: 'De skal ikke have det, de ønsker'. Men det handler ikke længere om at ønske. Kemisk afhængighed handler om nødvendighed og behov.

I løbet af en periode på få dage foretog jeg den ubehagelige, men nødvendige overgang fra 200 mg injicerbar metadon til 500 mg diamorphine hydrochloride. Det at konvertere en metadonordination til farmaceutisk heroin er et andet emne, som andre gør klogt i at sikre sig, at de gør korrekt, hvis de introducerer heroinordination. Klinikken i Chelsea anvendte den unøjagtige vurdering, at 1 mg metadon var lig med 1 mg diamorphine. At det ikke er korrekt blev en dyrekøbt erfaring for deltagerne. Et mere præcist estimat er, at 1 mg metadon svarer til 3 eller 4 mg diamorphine.

Den måde, jeg blev ordineret heroin på Maudsley Hospitalet, var den diametralt modsatte af det, jeg havde oplevet i Chelsea. Nu blev jeg taget alvorligt, når jeg sagde, at jeg havde brug for mere. Dosis blev sat op, indtil jeg følte mig godt tilpas. For mig var det på 500 mg – mere end det dobbelte af, hvad Chelsea-klinikken havde tilbudt. Min læge ville se mig én gang hver anden uge, og jeg kunne hente min medicin på det lokale apotek. Denne gang følte jeg, at dørene for første gang åbnede sig for mig. Jeg følte kontrol over mit stofbrug og var ikke nødt til at planlægge min dag efter en kliniks åbningstider.

Eftersom jeg havde et blandingsmisbrug, da jeg startede behandlingen (crack, metadon, heroin og piller), så var det at få en recept på heroin ikke nok til at løse alle problemer. Jeg havde altid fået støtte af min mor, som boede på landet, men indtil da havde jeg ikke kunnet få glæde af denne støtte, eftersom jeg – som de fleste i misbrugsbehandling – meget sjældent blev tilbudt tag-hjem-doser.

Til trods for min mors protester var det sjældent, at jeg havde haft mulighed for at blive hos hende længere end en weekend ad gangen. Denne gang anerkendte min læge vigtigheden af min mors støtte. Lægen understøttede vores forhold ved



at give mig de nødvendige tag-hjem-doser, så jeg kunne opholde mig hos hende i længere tid, hvilket gjorde at jeg denne gang var i stand til at komme mig hurtigt. I løbet af kun fire måneder var jeg stabiliseret og havde stoppet alt sidemisbrug.

Jeg har nu fået heroin på recept i 2 ½ år. Mit helbred er væsentligt forbedret, og min HIV-læge er glad og tilfreds – ligeså er min mor og jeg. Mine stemnings- og energiniveauer er blevet betydeligt bedre, og det gælder også min evne til at bidrage til livet og samfundet. For nylig har jeg aflagt Danmark et besøg og holdt foredrag i Brugerforeningen i København. Jeg har grundlagt – og arbejder stadig på – hvad der er blevet et landsdækkende tidsskrift for stofbrugere – Black Poppy – og jeg er engageret i det politiske arbejde med brugerperspektiver, journalistik og skadesreducerende emner.

Det har været en vanskelig rejse, men jeg takker min mor, mine venner og min læge, som med stor åbenhed inddrager mig i beslutningerne om min behandling, og som ikke sidder og vifter mig om næsen med strafmuligheder. Jeg er stabiliseret og har det godt, for første gang i de 18 år jeg har brugt opiatier.

Jeg har nu fået en særlig interesse for, hvordan det går i Australien med forslaget om at indføre hero-inbehandling. Sidste år flyttede min

mor nemlig tilbage for at bosætte sig dér, og selv om jeg meget gerne ville være flyttet med hende, så var tanken om at miste min heroinrecept, efter at have kæmpet så hårdt for den, mere end jeg kunne bære. Jeg er HIV-positiv. Der vil komme tidspunkter, hvor jeg gerne vil være tæt på min familie. Men bagstræberiske love i Australien forbyder mig overhovedet at komme ind i landet med en heroinrecept. Hvordan kan dét være lovligt? Alle, som er på en hver anden medicin, får tilladelse til at fortsætte deres medicinbrug i et andet land, men disse helt basale menneskerettigheder gælder ikke for stofbrugere.

Det intense og totalt ubegrundede hysteri, som omgiver ordination af heroin til stofbrugere, fortsætter desværre, hvilket gør det overmåde vanskeligt at få indført ordination af heroin andre steder. I forbindelse med at fortalene for heroin ordination henter inspiration og vejledning i det britiske system, vil det være en fejl, hvis man ikke kigger grundigt på både systemets mangler og dets succeser. Hvis man importerer et system, som ikke er blevet finindstillet i forhold til det lokale brugermiljø, risikerer man at skabe problemer – og hvis det går galt, fortaber man måske sine chancer for nogensinde at gøre et nyt forsøg.

De schweiziske brugere skal

møde op på klinikken 3 gange om dagen for at få deres heroin, og når de injicerer overvåges de af en sygeplejerske. Ingen tag-hjem-doser. Til trods for, at de schweiziske programmer har vist utroligt positive resultater, ville brugere andre steder så blomstre under en så alvorlig begrænsning af den personlige frihed? Hvis man ligesom i Chelsea ikke tillader at justere dosis, så den tilpasses hver enkelt person, hvilke chancer er der så for succes?

Selv om der utvivlsomt er en rolle at spille for heroinordination til heroinbrugere, så er det vigtigt at huske, hvor afgørende **heroinbrugernes** rolle er i planlægningen, implementeringen og udviklingen af heroinprogrammet. Brugere skal involveres i hvert eneste skridt på vejen, og de skal accepteres som en integreret del af programmets udvikling, med rettigheder, ansvar og gensidig respekt for erfaringer – som alle andre, der modtager sundhedsydelse.

Tag det bedste fra det britiske system og lad det dårlige ligge. I sidste ende bliver det brugere, der kommer til at betale prisen. Og det betyder også: deres familier og det omgivende samfund.

Så, lige for tiden er mit liv måske ikke perfekt, men grundene til manglende perfektion skyldes alle de rigtige ting. Nu er mine daglige bekymringer centreret om mit arbejde, og om hvad jeg skal spise til aften, og ikke på hvordan fanden jeg får skaffet penge til mit stof. Nok er jeg stadig afhængig af stoffer, men jeg har ikke et stofproblem.

Jeg har endelig fået den respekt, jeg fortjener, og vigtigst af alt: Jeg har fået kontrollen over min egen krop tilbage. Jeg håber, at Australien en dag – og hellere før end siden – indfører hero-inbehandling – for så kan jeg komme hjem.

Læs mere på hjemmesiden
WWW.BLACKPOPPY.ORG.UK
STOF takker forfatteren for tilladelse til oversættelse og brug af artiklen.

