

GADEJURISTEN

Gasværksvej 6A, 1. • DK-1656 København V • www.gadejuristen.dk • nwg@gadejuristen.dk

Notat om brugerrum

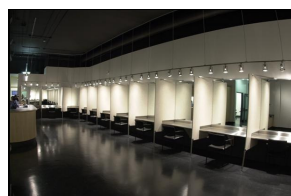
Druckraum • Fixerstübl • Gassenzimmer • Gesundheitsräume • Fixerstuben • Drogenkonsumräume • Gebruiksruimte
Omsorgsrum • Sundhedsrum • Fixerum • Sundhedsfremmende kontaktsted • Sprøyterom • Safe IV Room
Safe Injection Facility • Injecting Centre • Medically Supervised Injecting Centre • User room



USA, 1860'erne



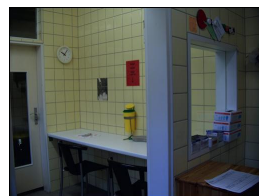
København, DK



Vancouver, Canada



Gadeliv, DK



Münster, Tyskland



Aachen, Tyskland



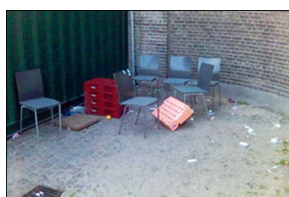
Amsterdam, Holland



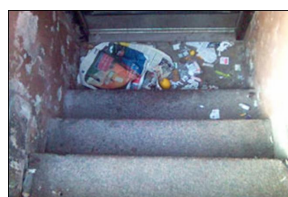
Oslo, Norge



Sydney, Australien



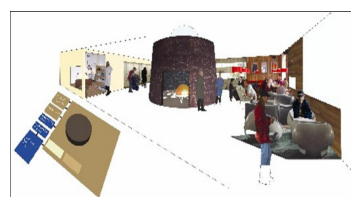
København, DK



København, DK



København, DK



DK ... hvornår ...?

Nærværende notat skal redigeres og opdateres. En del af de anførte links, findes desværre ikke længere og de nyeste evalueringer fra hhv. Australien og Tyskland samt nyere data fra Canada og Norge er ikke indarbejdet i notatet. Ligeledes gælder strafs-kærpelserne i narkotikalovgivningen fra 1. januar 2004. Efter blot 1 år med såkaldt 0-tolerance, var stofbrugernes dødelighed, som ellers havde vist en om end svagt faldende tendens, tilbage på 1995-niveau.

EMCDDA udarbejdede i 2003 en rapport om brugerrum som kan findes på EMCDDA's hjemmeside: www.emcdda.eu.int. Den engelske organisation, Joseph Rowntree Foundation, www.jrf.org.uk, har i 2006 publiceret rapporten, *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*.

Nanna W. Gotfredsen, 26. juli 2006

Brugerrum

I Australien kalder man en sådan facilitet for *injecting centre* eller *medically supervised injecting centre*. I Schweiz bruger man flere betegnelser, herunder *Fixerstübli* og *Gassenzimmer*. I Tyskland siger man enten *Gesundheitsräume*, *Fixerstuben* eller – og det er det nyeste og formentlig også fremtidens benævnelse – *Drogenkonsumräume*. Den gængse hollandske betegnelse er *gebruiksruimte*, og når hollænderne udtaler sig på engelsk om sådanne tiltag, anvendes den neutrale betegnelse *user room*, en betegnelse der formentlig bedst oversættes til dansk med ordet *brugerrum*.

Der er i flere lande gjort overvejelser om retorikken. Især er det fremhævet, at betegnelsen *fixerum* og tilsvarende er misvisende, da muligheden for superviseret overvåget indtagelse af medbragte stoffer kun udgør et mindre hjørne af de etablerede faciliteters vifte af tilbud, ligesom selve stofindtagelsen tidsmæssigt kun udgør en beskedent del af den enkeltes besøg på en sådan facilitet. Når *fixerum* således ikke vil være en dækkende betegnelse og da området i forvejen er ladet til bristepunktet med mere eller mindre underbyggede antagelser, holdninger, forestillinger og myter, kunne man med fordel vælge en på én gang så neutral og samtidig dækkende betegnelse som mulig. *Sundhedsrum* kunne være en relevant betegnelse, men af de nævnte grunde vil begrebet *brugerrum* blive anvendt i det følgende.

I de lande, hvor man har suppleret den skadesreducerende indsats på narkotikaområdet med tilbud om brugerrum, har man gjort sig mange overvejelser om tilbuddets målsætninger, former og indhold samt om forholdet til og overensstemmelsen mellem et sådant tilbud og den nationale hhv. internationale ret. Ligeledes foreligger der efterhånden ganske megen dokumentation om brugerrums evne til at nå den definerede målgruppe, potentiale i forhold til at reducere dødelighed, smitterisiko mv. samt effekt i forhold til at formidle kontakt til det øvrige offentlige sociale, sundhedsfaglige- og/eller behandlingssystem.

Nærværende notat vil tilstræbe at give en summarisk gennemgang af disse punkter.

1. Baggrund.

Fra starten af 1990'erne har der i Danmark været bred faglig og politisk enighed om, at der - i erkendelse af, at der var behov for differentierede og individualiserede behandlingstilbud - skulle satses på en bredspektret behandlingsindsats på narkotikaområdet. Med den daværende regerings narkotikapolitiske redegørelse i 1994 kom behandlingsindsatsen for alvor på dagsordenen. En betydelig udbygning af behandlingsindsatsen og forskningsindsatsen blev indledt. Med henblik på at sikre en større koordination blev visitationskompetencen omlagt til amtskommunerne i 1996. I løbet af ganske få år blev ressourceanvendelsen på behandling for stofafhængighed mere end fordoblet¹. Den politiske narkotikafølgegruppe, Agerschou-udvalget, konkluderede i Agerschou-rapporten i 1998², at aldrig havde vi haft så mange behandlingspladser og aldrig havde så mange været i behandling.

Paradokset er, at denne markante fremgang ikke har afspejlet sig tilsvarende i antallet af narkotikarelaterede dødsfald. Alt efter opgørelsesmetode er der fortsat mellem 250 og 350 stofafhængige der dør hvert år i Danmark³. Konklusionen må være, at der er en gruppe vi aktuelt ikke når eller som aktuelt ikke i tilstrækkelig grad kan profitere af det etablerede behandlingssystem. Eller sagt med andre ord; der er noget vi endnu ikke er gode nok til, hvilket også underbygges af den fortsat meget lave succesrate i forhold til opnåelse og bevarelse af stoffrihed. Især den fortsat høje dødelighed har ført til tiltagende krav om lettere adgang til behandlingssystemet⁴, mere realistiske behandlingsmålsætninger, sikring af kvalitet i den udbudte offentlige hhv. private behandling samt en større åbenhed overfor alternative tiltag, herunder f.eks. forsøg med heroinunderstøttet behandling og etablering af brugerrum.

¹ Se f.eks. "Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, februar 2002: De kommunale og amtskommunale regnskaber og budgetter viste, at der i 2001 var afsat 569,7 mio. kr., mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 196,7 mio. kr. Via puljen til forbedring af den sociale indsats for stofmisbrugere er der fra 1995 til 1998 bevilget 15-20 mio. kr. årligt til stofmisbrugsområdet. Frem til 2001 er de samlede statslige bevillinger steget til over 52 mio. kr.

² "Agerschou-rapporten", Socialministeriet, juni 1998

³ www.politi.dk/Statistik/NarkStat01/omkomne/Omkomneudvikling.htm og "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen", april 1999

⁴ Dette er til dels sikret med vedtagelse af den såkaldte "behandlingsgaranti", jfr. servicelovens § 85, der dog ikke omfatter den for de dårligste og mest udsatte stofmisbrugere nok så relevante medicinsk understøttede behandling, men som fra d. 1. januar 2003 har sikret stofmisbrugere et socialfagligt eller psykosocialt behandlingstilbud i enten ambulante eller døgnregi seneste 14 dage efter de har anmodet om at komme i behandling.

Etablering af tilstrækkelige skadesreducerende tiltag er nærliggende at påpege i det mindste som nødløsninger, der kan kompensere *indtil* den nødvendige kvalitet i behandlingsindsatsen er sikret, således at den udbudte behandling - når succeskriteriet er stoffrihed – efter relevant tilpasning og kvalificering formår at gavne og rumme også de hårdest belastede og mest udsatte stofafhængige. Skadesreducerende tiltag kan i det hele taget aldrig anses som varige, men blot som midlertidige tiltag; som ”nødløsninger i en undtagelsestilstand”. For tiltagene handler om at reducere skader og mens vi praktiserer skadesreduktion, fordi de er praktisk indiskutabelt nødvendige, skal vi arbejde på at sikre, at de bliver overflødige.

Skadesreduktion er en integreret og anerkendt del af den danske narkotikainsats; en strategi der blev indledt, med f.eks. metadonunderstøttet behandling og siden også sprøjteudleveringsprogrammer, allerede i 1980'erne⁵. Det karakteristiske for skadesreducerende tiltag er, at de mere moralske og idealistiske ofte langsigtede målsætninger nedtones, mens man i højere grad forholder sig til og tager udgangspunkt i fakta. Effekten og resultaterne vægtes frem for intentionen. I forhold til spørgsmålet om etablering af brugerrum er det et faktum, at en gruppe stofafhængige mennesker, for hvem stofafhængigheden (aktuelt) har kronisk karakter, lever under så kummerlige vilkår på de åbne stofscener i de større danske byer, at deres risiko for at dø af en overdosis eller at blive smittet – og smitte andre – med alvorlige og dødelige sygdomme som følge af ekstrem risikoadfærd og manglende kompetence er ekstremt høj. Generelt for stofafhængige gælder det, at deres dødelighed er (mindst) 15 gange højere end ”normalbefolkningens”⁶. Dødeligheden for de svageste og mest udsatte stofafhængige er ikke beregnet særskilt, men må formodes at være højere. Denne gruppes absolut foretrukne stof er morfinpræparatet heroin⁷. Mere end 200.000 danskere indtager hvert år forskellige morfinpræparater uden af den grund at have en overdødelighed svarende til de dårligst stillede og mest udsatte stofmisbrugere⁸. Det er da også ofte anført, at det ikke så meget er selve *anvendelsen* af heroin, der er årsag til disse alvorlige problemer for det enkelte individ og for samfundet generelt, men derimod de *betingelser* hvorunder de mest udsatte stofafhængige er henvist til at skaffe og indtage stoffet der er afgørende. Når dette sammenholdes med den lave succes med den stoffrie behandling, er det nærliggende at stille krav om eller formulere behov for, at man – i det mindste midlertidigt eller så længe der er behov herfor – ændrer netop betingelserne for stofindtagelsen, f.eks. gennem etablering af brugerrum.

Den politiske debat er tilbøjelig til at blande moralske og idealistiske målsætninger med det faktuelle. At vægte intentionen frem for effekten og resultaterne. At målet for den enkelte er stoffrihed, er først og fremmest et politisk mål, evt. et idealistisk mål, mens det faktisk er et fuldstændigt urealistisk mål. I den faglige diskussion om etablering af brugerrum må tingene skilles ad. Det kan i den forbindelse være værd at erindre sig Nils Christie's pointering af at 'en af de farligste former for bruger af narkotika er den politiske'⁹. Mens den politiske debat er tilbøjelig til at fremføre, at et sådant tiltag er et skridt på vejen til legalisering, starten på en glidebane, der ikke siden kan stoppes og andre utopier, bør den faglige og saglige diskussion tage sit udgangspunkt i en faktisk, praktisk erkendelse af, at en gruppe mennesker bruger stoffer under livsfarlige og ydmygende omstændigheder. Hvorledes forholder vi os bedst til dette faktum? *Kunne* der præsteres et relevant og kvalificeret behandlingstilbud til de svageste og mest udsatte stofafhængige, ville diskussionen selvsagt være mindre relevant. Brugerrum er dermed, som allerede nævnt, et praktisk indiskutabelt relevant tiltag der bør anses som et sikkerhedsnet, der spændes ud under en gruppe nødlidende mennesker, indtil vi bliver bedre til at behandle, bedre til at imødekomme også denne gruppes særlige behov. Det spørgsmål der skal tages stilling til er således ikke, om det f.eks. er godt eller dårligt at bruge illegale stoffer eller om stofafhængige bør holde op med at bruge stoffer eller ej. Faktum er, at der *bliver* indtaget stoffer. Det valg der skal træffes er dermed under hvilke betingelser vi vil lade stofindtagelsen foregå; dødelige, smittefarlige og stærkt nedværdigende, eller livreddende, omsorgsfulde, reelt hjælpende betingelser?

2. Definition af brugerrum, målgruppe, betingelser mv.

Baseret på andre landes beskrevne overvejelser, indsamlede erfaringer og dokumentation sammenholdt med danske behov og traditioner og de retlige muligheder hhv. begrænsninger formuleres her et forslag til

⁵ Princippet om ”graduerede delmålsætninger” eller skadesreduktion er knæsat og defineret i Socialministeriets vejledning til serviceloven af 10. marts 1998 p. 118

⁶ ”Nye tal fra Sundhedsstyrelsen”, april 1999

⁷ ”Sygepleje blandt stofmisbrugere”, 1998-1999, FAF, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune

⁸ Ifølge en ny dansk undersøgelse, omtalt i Berlingske Tidende d. 25. januar 2003, indtager 130.000 danskere jævnligt/dagligt morfin.

⁹ ”Den Gode Fiende”, Nils Christie og Kertil Bruun, p. 17, 1995 (3. udgave 2003 ligeledes p. 17).

indholdsmæssige krav til og mål for (forsøgsordning med) brugerrum på dansk grund.

Målgruppen vil være de hårdest belastede stofmisbrugere, der enten er udenfor behandlingssystemet eller (åbenbart) ikke profiterer i tilstrækkelig grad af den behandling de aktuelt er i, som ellers ville være henvist til at indtage stoffer, som ville blive indtaget under alle omstændigheder blot under ekstremt uhygiejniske omstændigheder og med stor risiko for liv, helbred og lemmer.

Der foretages på stedet en vis registrering af data (i anonymiseret form). Den i Tyskland anvendte model kunne overvejes anvendt. I Tyskland gennemføres en såkaldt "midlertidig registrering". Der indgås en slags kontrakt mellem bruger og facilitet ved hvert besøg. Denne kontraktindgåelse har to erklærede formål; først og fremmest følger det af den tyske lovgivning, at brugerrummene skal evalueres som videnskabelige forsøg og til dette formål indsendes der månedligt data indeholdende oplysninger om brugernes alder, stofkarrierens længde, hvilket stof de agter at indtage, behandlingserfaringer, antal overdoser mv. Sådanne data anføres i skema. Dernæst er underskrivelsen af kontrakten tænkt potentielt konfliktforebyggende, i det brugeren ved underskrivelsen ved hvert besøg samtidig informeres om de betingelser og husregler der gælder for at benytte faciliteterne. Kontrakten makuleres så snart data er registreret.

Brugerrummet omfatter en indgang eller et venteværelse, hvor den midlertidige registrering gennemføres, hvor bemandingen består af f.eks. socialpædagogisk personale. Dernæst er der et særligt indrettet lokale (let at sterilisere, relevant indrettet med særligt lys etc.), hvor de medbragte stoffer indtages under overvågning af og supervision fra sundhedsfagligt personale. Brugerrummet bør indrettes således, at det er muligt for brugerne at vælge anden administrationsrute end den intravenøse (dvs. rygning eller "up-your-bum", administrationsruter der forudsætter udsugning hhv. adgang til briks). Især sygeplejersker varetager den nødvendige skadesreducerende undervisning i injektionsteknik, mens f.eks. ambulancebehandlere (niveau 2), foruden læger, vil være særligt kompetente til at yde overlevelsesshjælp ved overdosis. Alt personale skal have særlig omsorgs- og skadesreducerende kompetence. Brugerrummet bør derudover udgøre et egentligt værested, hvor man kan tilbydes en snak, en kop kaffe, lidt mad, evt. også bad og tøjvask. Værestedet danner således rammen om adækvat, relevant og ikke mindst individuelt ønsket egentligt socialpædagogisk arbejde. Udover at være rummelige, skal personalet også kunne formidle kontakt til eller i det mindste informere om behandlingsmuligheder, etablere ønsket kontakt med visiterende eller øvrige sociale myndigheder og til det almene sundhedsfaglige system. Der bør være mulighed for at kunne afsætte eller indkalde personale til begivenheder hvor akut indsats er formålstjenlig for stofmisbrugeren (f.eks. unge eller gravide stofmisbrugere).

Betingelser for at benytte rummet:

- Man tilhører målgruppen (som defineret ovenfor).
- Man registreres midlertidigt (garanteres anonymitet) og oplyser (bl.a.) hvilket stof man (tror, at man) indtager - dette først og fremmest af hensyn til muligheden for at tilrettelægge akut indsats og overlevelsesshjælp ved overdosis eller andre fatale hændelser - samt besvarer øvrige spørgsmål af relevans for evalueringen.
- Brugerne accepterer at stofindtagelsen overvåges og superviseres af det sundhedsfagligt uddannede personale, dels med henblik på at give skadesreducerende information, dels for at kunne gribe hurtigt ind ved eventuel overdosis.
- Brugerne af stedet kan assistere hinanden med at injicere, men modtager ikke aktiv hjælp hertil fra personalet.
- Der må (naturligvis) ikke handles med eller på anden måde ske overdragelse af narkotika. Man indtager alene de stoffer, man selv har medbragt. Dermed vil der alene blive indtaget stoffer i brugerrummet som brugerne under alle omstændigheder ville have indtaget.
- Der må (naturligvis) ikke begås andre former for kriminalitet, f.eks. salg eller overdragelse af hælervarer, vold eller trusler om vold.

Førstegangsbrugere og rekreative (dvs. lejlighedsvis) brugere kan som udgangspunkt således ikke benytte brugerrummet. At lade disse grupper benytte en sådan facilitet, ville formentlig også være i strid med de internationale konventioner (mere herom nedenfor).

3. De nationale regler.

Politikere og andre giver med jævne mellemrum fejlagtigt udtryk for, at det skulle være forbudt at *bruge*

stoffer i Danmark. Selve *brugen* af stoffer eller ”narkotika”¹⁰ er *ikke* kriminaliseret i den danske narkotikalovgivning. Og dette er på ingen måde en tilfældighed.

Kriminalisering og strafpålæggelse er en bevidst påførsel af lidelse, hvilket der selvsagt altid skal særdeles gode grunde til. Den oprindeligt gældende hævnret, blodhævnen, afløstes fra reformationen i 1536 efterhånden af den kristne kirkes opfattelse af, at det alene var den onde vilje bag forbrydelsen, forstået som den onde vilje til at skade andre mennesker eller andres goder, der burde straffes. Når stofafhængige forretter skade på andre eller andres goder, sker det vel nærmere som følge af *kriminaliseringen* af stof, end som følge af *brugen* af stof. Kan brugerne så siges at have en strafværdig ond vilje? Ser man isoleret på dét at bruge stoffer, skader brugerne ikke andre end allerhøjest sig selv. Vil man hævde, at brugerne skader sig selv, sker det så med (ond) vilje eller er der blot tilrettelagt en tilværelse for dem, hvori de ikke kan undgå de skadelige følger af kriminaliseringen? For det kan vel ikke bebrejdes brugerne, at de tilgængelige stoffer er urene og koncentrationen ukendt og at brug af stoffer af disse grunde kan være skadeligt. Uanset om man hælder til at brugerne med eller uden (ond) vilje skader sig selv eller ej, må man rejse spørgsmålet om en strafferetlig forfølgelse af dem på nogen som helst måde kan være legitim.

At staten skulle beskytte borgeren mod borgeren selv, ville stride imod principperne for retsstaten. Når de strenge betingelser herfor i øvrigt er opfyldte, kan man tvangssindlægge eller umyndiggøre den der skader sig selv, men det strafferetlige system er som udgangspunkt fuldstændigt uanvendeligt i denne henseende. Det savner ganske enkelt mening. Således var for eksempel (forsøg på) selvmord kriminaliseret i Christian d. V's Danske Lov af 1683 (6-6-21), men blev afkriminaliseret ved straffeloven af 1866. Når man i dag undtagelsesvist kriminaliserer handlinger eller undladelser der rummer (risiko for) skade på individet selv, som f.eks. ved kørsel uden sikkerhedssele, holder man sig i øvrigt til den mindst mulige straf, nemlig bødestrafen.

Netop lov om euforiserende stoffer¹¹ fra 1955 er et udmærket eksempel på, at dansk lovgivning er i overensstemmelse med retsstatstanken. Loven kriminaliserer så godt som alle måder at omgås narkotika på (d.v.s. køb, salg, overdragelse, indførsel, udførsel, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse), men *ikke* selve *brugen*. Når det nu ikke er muligt at bruge narkotika, uden også at besidde det, kunne man måske forledes til at tro, at det kun er ordkløveri. Det er det ikke. Af forarbejderne mv. til lov om euforiserende stoffer fremgår det flere steder eksplicit, at det ikke er hensigten at ramme brugerne, men derimod den såkaldte bagmandsvirksomhed (”stofkriminelle ikke-brugere”). Når man i sin tid kriminaliserede også besiddelse, var det således heller ikke for at ramme brugerne, men derimod alene for at imødekomme anklagemyndighedens ønske om at kunne dømmе bagmænd i sager, hvor man ikke var i stand til at føre tilstrækkeligt bevis for handel.

Narkotikalovgivningen afholder sig dog fra præcist at definere ”bagmand” og ”bruger” og den praktiske virkelighed kan forekomme at være skredet i forhold til intentionerne. En op gennem 1990erne stød voksende andel - fra ca. 30 pct. i 1993/94 til 38 pct. i 2001¹² - af de indsatte i vore fængsler er stofafhængige, mens andelen af stofkriminelle ikke-brugere i fængslerne (altså ”bagmænd”) er langt lavere og i øvrigt upåvirket af mere eller mindre intensiv politiindsats på gadeplan, er vel de tydeligste tegn på at afstanden mellem lov og liv er stor og stadig større. Ca. 20 pct. af de indsatte i 2000 var hårdt belastede stofafhængige. Denne gruppes andel af fængselspopulationen er således fordoblet op gennem 1990erne!¹³

De brugervenlige intentioner i lovgivningen blev f.eks. også understreget i 1969, da Folketinget, i øvrigt med stort flertal, vedtog at skærpe straffen for narkotikakriminalitet. Allerede på det tidspunkt herskede der dog stor uenighed og usikkerhed om prioriteringen af den kontrolpolitiske indsats og som betingelse for en tilslutning til forslaget om strafskærping krævede et folketingsflertal, at Rigsadvokaten skulle udarbejde retningslinier for praksis i narkotikasager. Det drejede sig især om en mild påtalepraksis overfor brugerne og en sådan kommer til udtryk i det stadigt gældende rigsadvokatcirkulære nr. 144 af 15. juli 1969. Et centralt

¹⁰ Begrebet ”narkotika” har alene mening som et juridisk begreb og rummer dermed ikke absolutte sandheder om f.eks. fare eller det onde selv, men er mere udtryk for en beslutning på baggrund af f.eks. kulturelle, geografiske, historiske, politiske og tidsmæssige forhold, om, at visse præparater – der endda i vid udstrækning svarer til tilsvarende stoffer på apotekernes hylder – skal være ulovlige.

¹¹ Lov om euforiserende stoffer (nr. 391 af 21. juli 1955) blev vedtaget i 1955, altså adskillige år før et egentlig ”narkotikaproblem” opstod

¹² *Opgørelse over antallet af stofmisbrugere og stofkriminelle ikke-brugere inden for Kriminalforsorgen den 21. november 2000*, Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, Statistiksektionen, j.nr. sfk. 00-1615-59, juli 2001

¹³ Tal fra 2000, se www.kriminalforsorgen.dk/publika/stat2000/stat2000-6.htm

element heri er netop, at det efter forarbejderne til lov om euforiserende stoffer ikke har været hensigten at kriminalisere *forbrug* af euforiserende stoffer og dermed heller ikke besiddelse af stoffer med henblik på eget forbrug. Som det også fremgår af dette cirkulære, blev *besiddelse* således primært kriminaliseret af ”retstekniske grunde”, i det man fra politimæssig side forudså, at det i visse sager kunne blive vanskeligt at føre bevis for salg, distribution, import og eksport i forhold til ”bagmændene” og at man i disse tilfælde måtte have mulighed for at ramme forhandlerleddet alene på besiddelse:

”Forbuddet mod besiddelse - og tilsvarende regler gælder køb og modtagelse - er ifølge lovens forarbejder navnlig begrundet i retstekniske hensyn: besiddelse vil ofte være indikation for en udbredelse, som ikke lader sig bevise.

Som følge heraf vil der i reglen ikke være anledning til at indlede undersøgelse med henblik på at pålægge strafansvar for besiddelse (køb eller modtagelse), når mistanken alene angår eget forbrug af euforiserende stoffer.”

Rigsadvokatens cirkulære nr. 144 af

15. juli 1969

Fra august 1990 blev den målrettede gadeplansindsats af Københavns Politi formaliseret under ”Narko-strategi 90”. 20. august 1990 indledtes ”Politiaktion Vesterbro”, hvor politiet opererede med op til 30 mand på 24 timers basis fra en bus, hvori afhøringer blev foretaget og aktionen blev ikke alene rettet mod narkotikahandlere, men også mod brugere og købere, samt andre marginaliserede og udstødte grupper. Vesterbro-aktionen har siden opstarten fremkaldt en omfattende debat, mens Københavns Politi selv betegnede aktionen som en succes i en rapport fra det første år¹⁴. Kritikernes hovedargument mod ”stress-strategien” var (og er), at aktionen skadede mere end den gavned. Resultaterne af politiets gadeplansaktion i starten af 1990erne kunne tydeligt aflæses i sagsstatistikken. Antallet af sager efter lov om euforiserende stoffer steg og nåede et foreløbigt maksimum i 1993 med 18.000 sager. Stigningen blev imidlertid ikke alle steder set som en succes; tværtimod voksede kritikken af gadeplansaktionerne. Også antallet af narkotikarelaterede dødsfald steg i disse år i København.¹⁵

Dokumentarprogrammet ”Vejen til Helvede er brolagt med gode hensigter” vist på DR første gang 17. september 1993 og rejste generel tvivl om effekten af den politimæssige og strafferetlige indsats i kontrollen med narkotika og specifik kritik mod aktionen på Vesterbro med dens stærke fokusering på målrettet indsats mod brugerleddet. Justitsminister Erling Olsen (S) erkendte i TV-Avisen dagen efter, at narkobekæmpelsen var slået fejl, men en legalisering fandt han værende at ”give op for let”. Derimod ville han hellere satse på mere behandling og forebyggelse og samtidig skærpe indsatsen mod bagmændene. Reaktionen også i øvrigt på den i dokumentarprogrammet skitserede virkelighed var kontant og anledning til krav og forventninger om ændringer i dansk narkotikapolitik. I en cirkulæreskrivelse til anklagemyndigheden 20. juni 1994, understregede Rigsadvokat Asbjørn Jensen intentionerne i Rigsadvokatens cirkulære af 1969 og forarbejderne til lov om euforiserende stoffer. Det blev præciseret, at det ikke har været hensigten at kriminalisere brug af euforiserende stoffer og dermed ej heller besiddelse af stoffer med henblik på eget forbrug. I Politiken blev denne præcisering beskrevet som Rigsadvokatens ”lektie overfor ordensmagten”.¹⁶

Det er således ikke forbudt at *bruge* stoffer i Danmark. Og da *besiddelse* blev kriminaliseret skete det for bedre at kunne ramme bagmændene – ikke brugerne. EMCDDA, EU’s overvågningscenter på narkotikaområdet, påpegede i juli måned 2002 en tendens til at de fleste EU-medlemslande i forhold til brug og besiddelse af stoffer til eget brug har indført mekanismer der bevirker, at en stor del af de stofbrugere der pågribes bliver omfattet af ikke-strafferetlige foranstaltninger. I EMCDDA’s briefing fra juli 2002¹⁷ konstateres i øvrigt, at ”den tanke der ligger til grund for FN-konventionen af 1988, og dens krav om at besiddelse af stoffer til eget forbrug skal betragtes som

¹⁴ Københavns Politi, september 1991

¹⁵ <http://www.politi.dk/Statistik/NarkStat01/omkomne/Omkomneudvikling.htm>

¹⁶ Politiken 13. august 1994

¹⁷ ”Fokus på Narkotika”, ”Stofbrugere og lovgivningen i EU”, Issue No. 2, marts-april 2002, EMCDDA, (http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb02_DA.pdf)

en strafbar handling, snarere er forbundet med en intensivering af kampen mod international narkotikahandel end kriminalisering af stofbrugere”.¹⁸ ”Krigen mod narkotika kan ikke vindes. Den kan bare føres”, skriver Nils Christie. Uanset at man kan være tilbøjelig til at medgive ham dette, må det i hvert fald understreges, at skal der føres en krig mod narkotika, skal dens våben rettes mod den organiserede kriminalitet, forstået som stofkriminelle ikke-brugeres handel med stof. Ikke mod brugerne selv.

Stofkriminalitet, i det mindste den milde form (besiddelse til eget forbrug), benævnes i øvrigt ofte som *offerløs*. Når straffelovgivningen og straffeapparatet aktiveres, er der normalt et offer; f.eks. et menneske der oplever sig krænket. Således forholder det sig selvsagt ikke ved besiddelse af stof til eget forbrug, ligesom der ej heller er et konkret offer – som selv oplever sig som offer – i de grovere sager.¹⁹

At politi og presse har haft afgørende indflydelse på dagsordenen for dansk narkotikakontrolpolitik er påpeget af Lau Laursen²⁰. Et eksempel herpå, hvor nævnte aktører gik hånd i hånd, er forløbet op til vedtagelsen af den såkaldte ”pusherlov” i 1996. I september 1996 gennemførte EkstraBladet en kampagne mod påståede sælgere af narkotika på gadeplan. Enkeltindivider udstilledes i avisen og på reklamer. Efter intens og målrettet observation på Vesterbro, iværksatte Københavns Politi en ”nøje planlagt” aktion d. 17. september 1996. En række mennesker af primært afrikansk eller anden udenlandsk herkomst blev anholdt. Udover at blive udstillet i EkstraBladet, blev de også fremstillet for retten og begæret varetægtsfængslede. Da de kun var i besiddelse af meget små mængder stof, blev anklagemyndighedens påstand om varetægtsfængsling i hovedparten af sagerne ikke imødekommet i byretten. Hovedparten af disse afgørelser blev dog omgjort i Landsretten. Den efterfølgende politiske debat var intens og de anholdte blev omtalt som ”dødens købmænd”, der spekulerede i den bløde linie overfor brugernes besiddelse af små mængder stof til eget forbrug. I løbet af meget kort tid vedtog Folketinget en strafskærpelse ved gentagen handel med små mængder hårde stoffer, således at det ved strafudmålingen skulle betragtes som en betydeligt skærpende omstændighed, at der var tale om gentagne tilfælde af salg.²¹ Det fremgår af forarbejderne at bestemmelsen skulle finde anvendelse på ikke blot tilfælde af gennemførte salg, men også på besiddelse *med henblik på salg*. Man var opmærksom på, at en vis andel af dem der dømmes for gadesalg af mindre mængder narkotika, selv er stofafhængige. Det var da heller ikke denne gruppe der var primært mål for strafskærpelsen, men derimod ”pusherne”, forstået som stofkriminelle ikke-brugere, der sælger stof med profit for øje. For det tilfælde at strafskærpelsen imidlertid skulle betyde, at flere stofafhængige blev dømt, var man opmærksom på at udvide behandlingsmulighederne i fængslerne eller øge antallet af de såkaldte § 49, stk. 2-overførsler. Det understreges dog i Justitsministeriets bemærkninger til lovforslaget, at den bløde linie overfor de stofafhængiges besiddelse af stof til eget forbrug skulle opretholdes:

”Det er imidlertid ikke hensigten med dette lovforslag at ændre strafudmålingen for andre typer af overtrædelser af lov om euforiserende stoffer [...]. Det forudsættes således, at strafskærpelsen i sager om gentagen handel med små mængder hårde stoffer ikke får afledede virkninger overfor [...] mildere lovovertrædelser (f.eks. besiddelse til eget forbrug) ...”.

¹⁸ Se også TekstTV, TV2, p. 139 d. 24. juli 2002: ”EMCDDA: Drop de små narkostraffe”.

¹⁹ Kilder: ”Narreskibet”, Jacob Hilden Winsløv, 1984, ”Narkotikakontrol i Danmark”, Sysette Vinding Kruse, Jacob Hilden Winsløv og Anette Storgaard, Alkohol og Narkotikarådets skriftserie 14, juni 1989 og Lau Laursen, ”Konstruktionen af dansk narkotikakontrolpolitik siden 1965”, 2000, se også Vagn Greve, ”Narkotikalovgivningen i Danmark set fra en retspolitisk synsvinkel: en kritisk vurdering af gældende lovgivning”, indlæg på Nordisk Seminar om Narkotika og Kontrolpolitik, april 1985 og Vagn Greve, Det strafferetlige ansvar, 1999 (p. 65), hvor det påpeges at hverken lov eller forarbejder på nogen måde beskæftiger sig med hvad der nærmere måtte ligge i begrebet ”fare”. Således er loven en beskyttelseslov mod *fare*, men den siger intet om, *hvilken* fare der skal beskyttes imod. Selvom forarbejderne taler meget om farlighed, afklares spørgsmålet ej heller der. Begrebet analyseres ikke og det er ikke muligt at sige, om farlighed i lovens forstand betyder risiko for fysisk eller psykisk afhængighed, for social deroute, kriminelle handlinger m.v.

²⁰ Lau Laursen, ”Konstruktionen af dansk narkotikakontrolpolitik siden 1965”, 2000

²¹ Lbkg. nr. 1054 af 11. december 1996 om ændring af lov om euforiserende stoffer

Hensigten var blot, at politiet skulle kunne gribe ind med det samme, når der konstateres handel med selv små mængder hårde stoffer. Men det understreges i bemærkningerne såvel som i en orienterende cirkulæreskrivelse af 9. december 1996 fra Justitsministeriet til domstole, politi og anklagemyndighed, at lovændringen *ikke* indebærer, at politiet skal observere mistænkte over en længere periode med henblik på at samle beviser for et stort antal handler, inden sagen indbringes for retten. Kritikere af lovforslaget foreslog, at man skulle holde øje med udviklingen, især spørgsmålet om hvorvidt brugerne ville blive ramt. Dette er imidlertid ikke sket, men netop foreslået af Socialdemokraterne i deres nye narkotikapolitiske udspil.

Når målsætningen for den danske narkotikalovgivning opsummeres, må den lyde således: Det er bagmændene og salget af narkotika man har til hensigt at ramme – ikke brugerne. De grovere tilfælde mødes af bestemmelser i straffeloven, mens de mindre grove sager behandles efter lov om euforiserende stoffer. Man kunne formode, at statistikkerne afspejlede målsætningen som følge af at politiet prioriterer i overensstemmelse med målsætningen. Sådan forholder det sig tilsyneladende imidlertid ikke:

Det samlede antal narkotikasager, hvor der er rejst sigtelse (ekskl. et mindre antal sager om dopingmidler):

1999	2000	2001
12.722	12.957	12.921

Heraf antal grovere narkotikasager (straffelovens bestemmelser):

1999	2000	2001
794	899	832

Heraf antal mindre grove narkotikasager (lov om euforiserende stoffer):

	1999	2000	2001
Sigtelsens indhold:			
Besiddelse	10.322	10.512	10.458
Salg ²²	1.606	1.546	1.631

Rigspolitiets statistik, se note ²³

Lægges de grove sager sammen, *salgssagerne*²⁴, og sættes dette tal i forhold til det samlede antal sager, viser det sig, at *brugssagerne* – dvs. de mildeste tilfælde af overtrædelse af narkotikalovgivningen, som lovgiver gang på gang har fremhævet *ikke* var mål for kontrolindsatsen – udgør hele 81 pct. af det samlede antal sager, mens de grovere sager kun udgør en beskedent andel på 19 pct. Det er således stort set kun de lidet strafværdige forhold og brugerne selv der rammes af kontrolindsatsen. Vi har dermed en lovgivning med de bedste intentioner, men som på ingen måde evner – i hvert fald ikke som den praktiseres – at bringe de ønskede resultater. Snarere tværtimod. De groveste narkotikaforbrydelser udgør kun 6 pct. af det samlede antal sager om overtrædelse af narkotikalovgivningen (2001).

Når dømte i henhold til narkotikalovgivningen udgør så stor en andel af fængselspopulationen, kunne man forledes til at tro, at narkotikakriminalitet også udgør en markant del af den samlede kriminalitet i Danmark. Det er ikke tilfældet. Der anmeldes hvert år knap 500.000 overtrædelser af straffeloven (herunder overtrædelser af straffelovens § 191) og lige så mange overtrædelser af særlovgivningen (hvorunder lov om euforiserende stoffer hører). I 2001 udgjorde narkotikakriminalitet kun 1,3 pct. af den samlede kriminalitet, mens de grove sager, ”salgssagerne”, kun udgjorde 0,2 pct. af den samlede kriminalitet. De groveste narkotikaforbrydelser, som behandles efter straffeloven, består i en yderst beskedent andel på 0,08 pct. af den samlede kriminalitetsmængde. Man kan sige, at narkotikakriminalitet fylder meget i medierne, i den politiske debat, i politiets arbejde, ved domstolene og i fængslerne, men ikke i virkeligheden.

Det er fra forskellig side hævdet²⁵, at en fortsat anvendelse af det gældende opportunitetsprincip²⁶ (som også

²² Ved telefonisk henvendelse d. 24. januar 2003 oplystes det samstemmende fra hhv. Rigspolitiets statistik afdeling og Rigspolitiets Nationale Efterforskningscenter, at sager om ”besiddelse med henblik på salg” tælles med i kategorien ”lov om euforiserende stoffer (salg)”.

²³ Se Rigspolitiets hjemmeside, www.politi.dk/Statistik/NarkStat01/sigt/SigtelserDK.htm (2001)

²⁴ ”Salgssager” er således antal sager om salg af narkotika og antal sager om besiddelse af stof ”med henblik på salg”.

²⁵ Se f.eks. ”Fixerum - hvad kan Danmark gøre?”, Jørgen Jepsen, Stof nr. 13, december 2000 og responsum afgivet til Pompidou-gruppen d. 4. august 2000 af professor i strafferet Brice de Ruyver, Universitetet i Gent.

rigsadvokatcirkulæret fra 1969 er udtryk for) under visse betingelser kunne udgøre de tilstrækkelige retlige rammer for etablering af brugerrum. Dog har Rigsadvokaten i 1999 på forespørgsel fra Narkotikarådet givet udtryk for, at der skulle etableres direkte lovhjemmel for etablering af brugerrum, herunder afkriminalisering af besiddelse til eget forbrug på givne lokaliteter.

4. De internationale regler.

På foranledning af det danske Sundhedsministerium er INCB i 1999 anmodet om en udtalelse om brugerrums overensstemmelse med de internationale konventioner og der henvises ofte og gerne til dette svar som årsagen til afvisning af etablering af fixerum i Danmark med henvisning til at sådanne tiltag er i strid med de internationale konventioner. INCB har som opgave, at overvåge konventionernes overholdelse på vegne af UNCDP og ECOSOC. INCB afgiver årlige rapporter til disse om udviklingen i overholdelsen og anvendelsen af konventionerne og kan i denne sammenhæng fremhæve forhold, man anser for problematiske - og som man eventuelt har henvendt sig til de enkelte lande om. I denne forbindelse kan INCB gøre sig til talsmand for fortolkning af konventionerne, men man kan ikke sige, at disse fortolkninger er absolut autoritative - de enkelte lande har en vis adgang til at anlægge deres egne fortolkninger²⁷. Ud fra INCB's årsberetning fra 1999²⁸, kan det forekomme som om, at det man konkret har udtalt sig om, nærmere er spørgsmålet om lovligheden af lokaliteter som *shooting galleries*, der direkte dyrker stofkulturen og dermed også rummer potentiale for en udvidelse af kredsen af brugere samt en forøgelse af omsætningen. INCB henviser nemlig til, at de internationale konventioner blev vedtaget for mange årtier siden netop for at eliminere steder, som f.eks. "opiumshuler", hvor indtagelse af stoffer har rekreativt formål. Det står klart, at konventionerne forhindrer både generel legalisering og lokaliteter med sådanne rekreative formål. Det er da heller ikke sådanne intentioner eller hensigter man har med etablering af brugerrum, jfr. ovenfor.

Lande som f.eks. Tyskland, Schweiz og Norge har taget specifikt stilling til eller gjort intensive overvejelser om spørgsmålet om brugerrums overensstemmelse med de internationale konventioner. Alle kommer de til det samme resultat. I Norge er det fremhævet, at det samaritanske princip skal gælde også for stofafhængige; de skal hjælpes og støttes - uanset om deres adfærd i øvrigt måtte anses som "dadelværdig". Det norske Justitsministerium har udtalt, at de nationale regler må læses og fortolkes med forbehold for undtagelsessituationer, som det ikke har været hensigten at ramme med straf og at det ikke kan være lovens fornuftige mening, at tiltag som vil kunne redde menneskeliv og hindre smittespredning af alvorlige smitsomme sygdomme og som er iværksat af sundhedsmyndighederne, skulle være ulovlige eller strafbare. Også i Tyskland lægges der særlig vægt på sundhedsfaglige tiltags forrang.

En af de mest grundige analyser af de internationale konventionsforpligtelser er gennemført i Schweiz. Det schweiziske Sundhedsministerium anmodede det uafhængige institut *Swiss Institute of Comparative Law* om en vurdering af spørgsmålet²⁹. Institutet fastslår indledningsvist, at ingen af konventionerne overhovedet nævner begrebet brugerrum. Af konklusionen fremgår følgende (uaut. oversættelse):

"Teksterne i de relevante internationale konventioner angiver ingen retningslinier for det grundlæggende spørgsmål om hvorvidt offentlige brugerrum faktisk bidrager til rehabilitering og social reintegration af stofmisbrugere på kort sigt samt reducerer menneskelig lidelse og eliminerer det økonomiske incitament ved illegal handel på længere sigt [og dermed ikke strider imod konventionsforpligtelserne]. Den aktuelle praksis i konventionslandene kan på dette punkt angive nogle retningslinier, såfremt denne praksis er indholdsmæssigt ensartet. Hvis ikke, må det konkluderes, at konventionslandene bevarer kompetencen til at træffe deres egne politiske valg i forhold til tolerance overfor brugerrum. Konventionerne forpligter ikke staterne til at retsforfølge og straffe stofmisbrugeres besiddelse og brug af stoffer i brugerrum (bortset fra de psykotrope stoffer der er opregnet i Schedule I i 1971-konventionen [herunder LSD]). Denne konklusion gælder med det forbehold, at aktiviteter der strider imod hensigter og mål i konventionerne ikke må tolereres [som f.eks. handel med stof], men dette er blot for igen at understrege spørgsmålet om brugerrums grundlæggende sociale og sundhedsfaglige nytte."

²⁶ Opportunitetsprincippet betyder, at det beror på anklagemyndighedens skøn, om den vil rejse tiltale for en begået lovovertrædelse. Der er i dansk ret således ikke pligt til at rejse tiltale for enhver begået overtrædelse.

²⁷ Jfr. også en generalklausul i den såkaldte "håndhævelses-konvention" fra 1988, art. 3, stk. 2, der indebærer at konventionsbestemmelserne må læses med forbehold af grundlæggende principper i de enkelte landes forfatninger og retssystemer. På dette tidspunkt har f.eks. den milde påtalepraksis jfr. rigsadvokatcirkulæret være gældende i dansk ret i næsten 20 år.

²⁸ Report of the International Narcotics Control Board, 1999, www.incb.org/e/ar/1999/menu.htm, p. 26-27

²⁹ På <http://www.bag.admin.ch/sucht/therapie/e/expe.htm> (det schweiziske Sundhedsministeriums hjemmeside) findes den juridiske analyse fra *Swiss Institute of Comparative Law*.

Når der ikke må handles med eller ske anden udbredelse af narkotika, således at der alene indtages stoffer der under alle omstændigheder ville være blive indtaget og når tiltaget er defineret således, at det sigter på at reducere dødeligheden og den menneskelige lidelse samt øge mulighederne for social (re-) integration og rehabilitering på længere sigt konkluderes det, at etablering af brugerrum ikke strider imod de internationale konventioner. Det bemærkes, at også udviklingen i praksis har betydning for hvorledes konventionsforpligtelser skal fortolkes. Som det vil fremgå i det følgende er der efterhånden etableret ganske mange af sådanne faciliteter i Europa.

5. Dokumentation og praktiske erfaringer.

I 2000 blev antallet af brugerrum i Europa opgjort til mere end 45 i en opsummerende artikel i *Drug and Alcohol Review*³⁰. Selvom brugerrummene kan fremstå forskellige, fremgår det af artiklen, at der er en række fællestræk. De er offentligt godkendte, adgangen til brugerrummene er reguleret, stofindtagelse overvåges og superviseres, der er adgang til sterilt injektionsudstyr og særligt uddannet personale til varetagelse af øjeblikkelig genoplivning ved overdosis, (tertiær) forebyggelse og primær sundhedsfaglig hjælp- og pleje, samt formidling af eller visitation til behandlingstilbud (både substitutionsbehandling og stoffri behandling). Dertil kommer, at det alle steder er specificeret, at handel med eller anden overdragelse af narkotika er forbudt. Stort set samtlige brugerrum har en række supplerende tilbud, f.eks. mad og drikke, bad og mulighed for tøjvask. Ifølge forfatterne til nævnte artikel er det desuden et fællestræk, at brugerrummene generelt fungerer med succes i et godt samarbejde med lokalsamfundet, de lokale myndigheder og politiet. På baggrund af den på det tidspunkt foreliggende dokumentation, karakteriserede forfatterne de etablerede brugerrums funktion og effekt som ”opmuntrende”; antallet af overdose-dødsfald og komplikationer ved ikke-fatale overdoser var reduceret, risikoadfærd i forhold til smittespredning var reduceret, brugernes fysiske og sociale funktionsniveau var forbedret og forstyrrelse af den offentlige orden var reduceret. Forfatterne opsummerer landenes hovedformål med etablering af brugerrum således:

1. Reduktion i antallet af overdoser (både fatale og non-fatale)
2. Reduceret smitterisiko
3. Øget tilgang til behandlingstilbud mv.
4. Reduceret forstyrrelse af den offentlige orden, herunder bortkastet brugt injektionsudstyr, synlig stofindtagelse og åben stofhandel.

Forfatterne kategoriserer etableringen af brugerrum som udtryk for en pragmatisk skadesreduktions strategi i forhold til de åbne stofscener, der er karakteriseret ved forringende sundhedsmæssige betingelser og stigende forstyrrelse af den offentlige orden og fremhæver, at der ikke er sket et eneste dødsfald i de etablerede brugerrum. Ligeledes nævner forfatterne, at sandsynligheden for at have behov for indlæggelse efter en overdosis i det offentlige rum, altså på gaden, er 10 gange større, end for den der får en overdosis i et brugerrum.

Offentligt godkendte brugerrum, eller forsøgsordninger hermed, findes i dag i en række lande, f.eks. i Holland, Tyskland, Schweiz og Australien. Flere lande er på vej, herunder Spanien og Canada. I Norge har et flertal i Stortinget pålagt regeringen at etablere et forsøg med brugerrum (*sprøyterom*). Det er hensigten, at det første offentligt godkendte brugerrum skulle være åbnet i Oslo ca. 1. marts 2003. Åbningen er imidlertid blevet udskudt (mangler opdatering oktober 2003). I endnu flere lande findes der lignende faciliteter, som det offentlige har viden om, men ikke officielt godkendt.

5.1. Holland.

I Holland findes der i dag knap 20 offentligt godkendte brugerrum. Den hollandske model generelt på narkotikaområdet har formodentlig vist sig ikke kun at være modig, men også effektiv. De hollandske heroin-afhængige udviser markant lavere risikoadfærd (kun 15 pct. injicerer heroin, resten ryger stoffet), de har en langt lavere dødelighed og som udtryk for en lav tilgang af nye unge stofafhængige også en langt højere gennemsnitsalder end stofafhængige i det øvrige Europa. De fleste brugerrum i Holland giver primært mulighed for at ryge heroin, men også den intravenøse administrationsrute er der givet plads til³¹. Hovedparten af de hollandske brugerrum drives af de amtslige (regionale) myndigheder og tilbyder en bred

³⁰ Drug and Alcohol Review (2000) 19, 337-346, Harm Reduction Digest 10, ”Drug Consumption Facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia”, Kate Dolan et al. (forskere ved University of New South Wales, Australien)

³¹ I Amsterdam er der i et samarbejde mellem Tyskland og Holland etableret et brugerrum, AMOC/DHV, særligt for udenlandske stofafhængige, som stort set alle injicerer

vifte af behandlingstilbud. Brugerrummene er ofte integrerede i eksisterende lavtærskeltilbud og rummer sundhedsfaglig pleje, rådgivning, mad, tøjvask og bad.

Der er ikke gennemført særlig lovgivning om brugerrum. I 1996 erklærede den hollandske Rigsadvokat at besiddelse af narkotika i forbindelse med brugerrum ville blive tolereret, når brugerrummene var godkendte af de lokale "trekants-komiteer" (eller triadekonsultationer). Disse består af den lokale borgmester, politimester og anklager og er tildelt markante beføjelser i det hollandske system. Flere af de hollandske brugerrum har tilkoblede beskæftigelsesprojekter. Der formidles således diverse jobs på daglejer-basis til brugerne af faciliteten.³²

5.2. Schweiz.

I Schweiz åbnede det første brugerrum i 1986. Der er i dag ca. 20 brugerrum. Brugerrummene er generelt accepterede i de schweiziske lokalsamfund og der er ligeledes tæt samarbejde mellem personale og politi.

Af de schweiziske overvejelser fremgår det, at man på baggrund af den konkrete erfaring, at ikke alle stofafhængige hurtigt har succes med opnåelse af stoffrihed samt videnskabelig dokumentation for, at stofafhængighedsfasen gennemsnitligt varer 10 år, ønskede at etablere brugerrum der kunne bidrage til først og fremmest overlevelse af denne høj-risiko fase samt muligheden for at gennemleve denne fase med den bedst mulige sundhedstilstand, der senere vil øge de stofafhængiges muligheder for at blive og forblive stoffrie. Et skadesreducerende tilbud som brugerrum anses som en forudsætning for at de svageste og mest udsatte stofafhængige kan tage yderligere skridt på vejen mod stoffrihed. Det er i øvrigt også schweizisk erfaring, at der alene er grund til at etablere brugerrum i større byer med synlige åbne stofscener.

En schweizisk politiker har udtrykt sig således: "En død stofmisbruger, kan ikke blive stoffri". Det markante fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald kædes bl.a. sammen med etableringen af brugerrum. Fra 1994 er dødstallet mere end halveret i Schweiz³³. Ifølge rapporten "*Evaluation der Gassenzimmer I, II og III in Basel*", har brugerrum sørget for hygiejniske og kontrollerede betingelser, forebygget smitte, øget især den fysiske sundhedstilstand og reduceret dødeligheden. Det konkluderes, at fordelene ved etablering af brugerrum klart opvejer omkostningerne.

Også i de schweiziske brugerrum praktiseres diverse beskæftigelse af brugerne, herunder frivilligt arbejde i selve brugerrummene.

5.3. Tyskland.

Det første brugerrum i Tyskland blev åbnet i Frankfurt i 1992³⁴. Det første offentligt godkendte brugerrum i Tyskland blev åbnet i 1994. Der er i dag 21 brugerrum. To til tre yderligere brugerrum vil blive åbnet i 2003. Planlægningen, udviklingen og driften af de tyske brugerrum er oftest etableret og udført i grundigt samarbejde mellem politi, borgere, lokale erhvervsfolk og myndigheder. De er oftest placerede i tilknytning til allerede eksisterende lavtærskeltilbud og rummer en række supplerende tilbud, herunder visitation til behandlingssystemet – både medicinsk og stoffri behandling.

De tyske overvejelser op til Forbundsdagens vedtagelse af lovgivning om brugerrum d. 25. februar 2000 baserede sig især på, at brugerrum blev anset som et pragmatisk forsøg på at reducere dødeligheden, smitterisikoen samt forstyrrelsen af den offentlige orden og det fremhæves, at brugerrum repræsenterer en "*logisk udvidelse af accept-orienterede tiltag på narkotikaområdet og en human narkotikapolitik*". Det er forbundsregeringens opfattelse, at lovgivningen om brugerrum opfylder de folkeretlige forpligtelser i henhold til de internationale konventioner. Der henvises bl.a. til, at de internationale konventioner "*indrømmer forebyggende sundhedsfaglige tiltag forrang frem for strafferetlig forfølgelse, når kontrol og forebyggelse i øvrigt er sikret*"³⁵.

En særdeles omfattende undersøgelse af de 19 tyske brugerrum der var i drift i perioden 1995-2001 blev iværksat i januar 2002 på foranledning af det tyske Sundhedsministerium. Undersøgelsen er gennemført af ZEUS (Zentrum für angewandte Psychologie)³⁶ og sammenholder lovgivningens krav med praksis,

³² Oplyst på konference i Zaandam, Holland, d. 1. november 2002.

³³ AP-Nachrichten – The Associated Press News Service, 12. juli 1999. Se også det schweiziske Sundhedsministeriums hjemmeside, www.bag.admin.ch

³⁴ Om det særlige „baderum“ på værestedet Eastside i Frankfurt se *På den brogede vej til brugerrum*", Stof, nr. 1, juli 2003 og "Slaget om sprøjterummet", Materialisten 1/2-03.

³⁵ "Koalitionsvereinbarung, Aufbruch und Erneuerung", Bonn 20. oktober 1998 og det tyske Sundhedsministeriums hjemmeside: http://bmgesundheit.de/inhalte-frames/inhalte_themen/drogen/

³⁶ "Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht in Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit", ZEUS (2003, Nomos-Verlag). For uddrag af evalueringens resultater se

indhentede data, gennemførte interviews med ledelse, medarbejdere og brugere samt en tidssekvens analyse med henblik på at undersøge brugerrummenes effekt i forhold til den narkotikarelaterede dødelighed. Enkelte resultater skal her nævnes. Fra 1995-2002 er der indtaget 2.100.000 brugerdoser i de tyske brugerrum. I den samme periode er der registreret 5.426 nødsituationer, som kunne have haft dødelig udgang, såfremt der ikke var ydet akut sundhedsfaglig indsats.³⁷ Der skete således ingen dødsfald.

På basis af interviews og indsamlede data er følgende yderligere dokumenteret; brugerrummene når præcis den definerede målgruppe, dvs. de hårdest belastede stofmisbrugere, der ellers ville have indtaget stofferne på den åbne stofscene, man er ikke blevet opsøgt af mindreårige, 96 pct. af de interviewede brugere har adskillige års stofkarriere bag sig og brugerrum øger tilgangen til det offentlige sundheds- og behandlingssystem.

På baggrund af indsamlede tal for narkotikarelaterede dødsfald i Tyskland, fra årene 1990-2001, er der med ARIMA-modellen (Auto-Regressive Integrated Moving Average-Model) gennemført en supplerende *zeitreihenanalyse*. Konklusionen er, at de tyske brugerrum statistisk signifikant har bidraget til en reduktion i antallet af narkotikarelaterede dødsfald

5.4. Australien.

Australske undersøgelser fra slutningen af 1990'erne dokumenterede, at handel med heroin i stigende grad var gadebaseret, at priserne var faldet og koncentrationen af stoffet steget, at der forekom et stigende antal overdoser, at der fortsat var høj forekomst af hepatitis C og kontinuerlig smittefarlig injektionsadfærd trods diverse skadesreducerende tiltag, at der var markante øvrige fysiske skader i kølvandet på gade-heroinen, samt øget forstyrrelse af den offentlige orden, herunder bortkastet injektionsudstyr, kriminalitet og bortvisning af stofafhængige fra offentlige pladser. Undersøgelserne skærpede den australske interesse for etablering af brugerrum som et fordelagtigt tiltag i den skadesreducerende strategi. Idéen fik markant opbakning af meningsmålinger i 1997 og 1998, ligesom undersøgelser blandt brugerne selv dokumenterede stort behov for og vilje til at anvende et sådant tilbud. I 1999 introducerede regeringen en ny strategi, "*From Harm to Hope*", der inkluderede etablering af brugerrum. 9. december 2000 blev der vedtaget lovgivning der angiver de retlige rammer for en forsøgsordning med etablering af brugerrum. Forud gik en heftig debat med en massiv sammenblanding af fakta og myte. Det er hævdet, at det især var en avisforside, der overbeviste skeptikerne. Kort før det seneste valg, bragte en søndagsavis på forsiden et billede af en 12-årig, der injicerer i en baggård. Herefter kapitulerede modstanderne og stillede krav om alternative tilgange. Der var dog også et andet formodet vendepunkt i den følelsesladede politiske debat. En landspolitiker erklærede nemlig, at en så vigtig afgørelse af så konkret karakter ikke burde træffes af Parlamentet. Om der konkret var behov for etablering af brugerrum måtte derimod afgøres lokalt og det mindste Parlamentet herefter kunne gøre var, at etablere de retlige rammer for etableringen af brugerrum.³⁸

En australsk læge, Dr. Andrew Byrne, der tidligere højst kunne betegnes som "varsom tilhænger" af brugerrum, skriver i en artikel³⁹, at han endelig fik overbevist sig selv, da det gik op for ham at åbning af brugerrum med de synlige hvide kitler og diverse genoplivningsudstyr var det mest klare signal til omverdenen om, hvor farligt det er at bruge illegale stoffer.

Af en delrapport om brugerrummet i Sydney i Australien⁴⁰ fremgår det, at 3.818 stofafhængige i løbet af de første 18 måneder var registrerede som brugere af brugerrummet. Disse brugere har frekventeret brugerrummet 56.861 gange, hvor medbragt stof er injiceret. Knap ¾ af brugerne af faciliteten var mænd. Heroin var det primært anvendte stof. I 1.385 tilfælde blev brugere visiteret til eller hjulpet i kontakt med andre tilbud, knap halvdelen til diverse behandlingstilbud (substitutions- og stoffri behandling), knap en tredjedel til primær sundhedspleje og ca. ¼ til det sociale system. Der er registreret i alt 13.696 tilfælde af rådgivning, der fordeler sig på information om injektionsteknik, prævention, behandlingsmuligheder, stoffer og alkohol, seksuelt overførte sygdomme, diverse fysiske lidelser (bylder, sår, infektioner mv.), psykosocial- og/eller kriserådgivning, juridisk og/eller finansiel rådgivning, samt rådgivning om overnatningsmuligheder på herberger mv.

"GERMANY: Study Shows Drug Consumption Rooms Lower the Number of Drug-related Deaths (NEW: Oct 14 2002), <http://www.opiateaddictionrx.info/whatsnew.asp?id=326>

³⁷ En årsrapport fra brugerrummet i Münster konkluderer direkte, at der er reddet adskillige menneskeliv. Se "*Summary of the most important data and experiences*", report period April 10, 2001 to February 28, 2002, Ralf Gerlach and Wolfgang Schneider, INDRO e.V., Münster, Germany, March 7, 2002, se <http://www.indro-online.de>

³⁸ Personlig oplysning.

³⁹ http://www.lindesmith.org/library/injection_index.html

⁴⁰ "*Eighteen-month Process Evaluation Report on the Medically Supervised Injecting Centre (MSIC)*", udkast november 2002, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australien.

Der skete i perioden 424 overdoser, primært heroinrelaterede. Der skete ingen dødsfald.

Den endelige evaluering vil snart blive offentliggjort.⁴¹ Således skrev Sydney Morning Herald d. 14. juni 2003 (uddrag):

Australia: Injecting Centre To Get Thumbs Up. By Steve Dow and Frank Walker

A final report on the controversial Kings Cross injecting centre is expected to declare it a resounding success that has saved hundreds of lives.

The report, by an independent evaluation committee headed by Professor Richard Mattick, director of the National Drug and Alcohol Research Centre, will go to the Government in the next few weeks.

It has found that over 18 months the centre handled 424 drug overdoses – 337 of them from heroin - and referred 1385 drug users to rehabilitation or welfare. ..."

5.5. Canada.

I september 2003 åbnede det første legale brugerrum (på forsøgsbasis) i Vancouver, Canada. Åbningen af dette trak ud og en gruppe af aktive og tidligere stofbrugere åbnede derfor allerede i april måned d.å. et illegalt brugerrum. Der er så vidt vides ikke tilgængelige data om dette brugerrum. Erfaringer fra og anvendelse af det legale brugerrum kan følges på http://www.vch.ca/sis/site_statistics.htm.

⁴¹ Maj 2004: Den endelige rapport blev offentliggjort i august 2003. "Final report of the Evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre", 2003, <http://druginfo.nsw.gov.au/druginfo/reports/msic.pdf>, men er endnu ikke indarbejdet i nærværende notat.