

På den brogede vej til brugerrum

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

Af Nanna W. Gotfredsen, Center for Narkotika Indsats (nu Gadejuristen), publiceret i Stof nr. 1, juni 2003

Eksperter, praktikere og brugere har gennem flere år anbefalet etablering af brugerrum i Danmark. Det kære barn har efterhånden fået mange navne. I denne artikel menes der med ”brugerrum” et skadesreducerende tiltag, hvor stofafhængige kan indtage medbragte stoffer – som ville blive indtaget under alle omstændigheder – under omsorgsfuld overvågning og supervision samt ydes genoplivningshjælp ved overdosis. Defineres tiltaget så snævert, kunne det ligeså vel hedde ”fixerum”. ”Brugerrum” er imidlertid meget mere end bare ”fix”. Et brugerrum er kombineret med et værested, evt. med overnatningsmulighed, med adgang til primær sundhedspleje, socialrådgiver mv. og mulighed for at blive orienteret om, evt. også visiteret til, diverse former for behandling. Endvidere bør der være mulighed for at tage bad, vaske tøj, spise etc. Brugerrum er en enestående mulighed for kontakt i forebyggende øjemed; udenlandske erfaringer samt pilotundersøgelser¹ viser, at brugerrum præcist appellerer til målgruppen, nemlig de hårdest belastede stofafhængige.

Dødstallet stort set status quo.

Den markante økonomiske opprioritering af den behandlingsmæssige og sociale indsats på narkotikaområdet siden midten af 1990'erne har ikke afspejlet sig tilsvarende i antallet af narkotikarelaterede dødsfald blandt stofafhængige. Det er bl.a. dette faktum der stiller krav om opgør med vanetænkningen og gør etablering af brugerrum relevant.

Behovet for den brede vifte.

At der er behov for en bredspektret, differentieret, koordineret og kvalificeret indsats på narkotikaområdet er vel kun de færreste efterhånden uenige i. At der ikke kan peges på en ”enkelstående intervention” til løsning af den samlede problematik må være åbenbart for enhver. Begge dele konstateres ikke desto mindre i et nyt fire-bys-studie².

”Fixerum virker ikke”.

Sådan skriver Politiken d. 22. marts d.å. Fire-bys-studiet er således på dansk grund – såvel som også i den norske debat – taget til indtægt for, at brugerrum ikke kan forventes at bidrage væsentligt til reduktion af dødeligheden.³ Denne påstand skulle basere sig på informationer og erfaringer fra Frankfurt-delen af nævnte fire-bys-studie, men forekommer at være truffet på et ufuldstændigt grundlag. En sådan påstand vil formentlig blive modtaget med kyshånd og misbrugt i den i forvejen

¹ Se f.eks. ”The Potential Public Health and Community Impacts of Safer Injecting Facilities: Evidence From a Cohort of Injection Drug Users”, Ewan Wood et al, JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 32:2-8, 2003 og ”Establishing safe injecting rooms in Australia: Attitudes of injecting drug users, Fry, Craig, Fox, Sandra, Rumbold, Greg, Australian and New Zealand Journal of Public Health, 1999. 23(5): 501-504

² ”Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities”, a joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, Alcohol and Drug Addiction Service, Oslo, 2002. Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg har bidraget med oplysninger for København, mens Knut Reinås, Oslo Kommune, har været projektleder. Knut Reinås er også ankermand bag ”Forbundet Mot Rusgifte”, som ”tar sitt standpunkt på alvor, og bygger sitt arbeid på prinsippet om totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter”, jfr. www.fmr.no. Der er således et personsammenfald, der kan rejse – og måske burde have rejst – spørgsmål om projektlederens habilitet og dermed også om studiets objektivitet.

³ Se f.eks. Politiken d. 22. og 23. marts 2003, pressemeddelelse fra Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg af 21. marts 2003 og brev til den norske socialminister (samt adskillige læserbreve mv.) fra Knut Reinås på vegne af ”Forbundet mot Rusgifte” (se note 2) af 9. april 2003, www.fmr.no/sproyterom/Sosdep-sproyterom-110403.doc.

ofte underlødige og usaglige debat. I værste fald kan den bidrage til en yderligere unødvendig - og for de mest udsatte stofafhængige katastrofal - forsinkelse i den träge danske udvikling på området.

Påstanden forekommer først og fremmest mærkværdig, når den lanceres ganske få uger efter at det tyske Sundhedsministerium har offentliggjort et gigantisk studie af de 19 tyske brugerrums virke og effekt i årene 1995 - 2001⁴. I denne periode er der indtaget ikke mindre end 2.100.000 doser stof i de tyske *Drogenkonsumräume*, indtrådt 5.426 nødsituationer, som kunne have haft dødelig udgang, såfremt der ikke var ydet akut sundhedsfaglig indsats, og der er ikke sket et eneste dødsfald. En supplerende "zeitreihenanalyse" fører til følgende konklusion:

"On the basis of this model it can be resumed that for the investigated cities of Saarbrücken, Hannover, Hamburg and Frankfurt the work of consumption rooms is statistically significantly related to the reduction of drug-related deaths. Therefore it can be derived that drug consumption rooms - besides other factors - make a specific, statistically significant contribution to the reduction of drug-related deaths".

Fire-bys-studiets påstand om brugerrums manglende effekt i forhold til stofafhængiges dødelighed begrundes med, at der først blev etableret brugerrum i Frankfurt i 1994, mens dødstallet allerede var faldet markant i årene 1992-1994. Uden en politisk interesse i denne påstand, ville man formentlig have kastet særlig interesse på årene op til åbningen af det første "semi-legale" brugerrum i Frankfurt i 1994. Studiet gennemgår udviklingen i disse år, men desværre ikke fyldestgørende.

Tilfældet Frankfurt.

I februar 1980 blev der lokalt truffet beslutning om at eliminere den åbne stofscene i Frankfurt. Fra 1980 til ca. 1989 blev der ført en særdeles restriktiv kontrolpolitik i Frankfurt og de stofafhængige blev stillet overfor valget mellem afholdenhed og fængsel. I et kompromisløst forsøg på at opløse den åbne stofscene var politiet i stort tal konstant i hælene på brugerne, der blev jaget fra tilholdssted til tilholdssted. Da stofafhængige i 1989 vendte tilbage til udgangspunktet i "Hashengen" i byens midte og havde indtaget bl.a. parken "Taunusanlage" med Der Deutsche Bank, Hypobank og Kommerzbank som nærmeste naboer, erkendte man endeligt, at en indsats der primært baserede sig på politiets magtudøvelse, var alt andet end hensigtsmæssig. Den åbne stofscene såvel som dødstallet var i perioden mere end femdoblet. De første stillede krav om en ændring af narkotikapolitikken var endda politiet selv, på hvis foranledning der i september 1988 blev nedsat en arbejdsgruppe, den såkaldte "Montagsrunde", med repræsentanter fra politi, kommune og diverse behandlings-, omsorgs- og lavtærskeltilbud.

Fra slutningen af 1980'erne, og vel især fra tidligt i 1990'erne, satte man massivt og differentieret ind overfor den åbne stofscene. Nok en politisk beslutning om at opløse den åbne stofscene, blev mødt af massiv modstand fra både politi, behandlingssystem og brugerne selv. Arbejdsgruppen "Montagsrunde" krævede, at der blev "etableret alternativer" til "Taunusanlage" før den blev lukket for brugerne. Herefter iværksattes en veltilrettelagt og -koordineret indsats i et samarbejde mellem samtlige aktører. Man omdefinerede politiets opgaver, satte realistiske skadesreducerende mål for behandlingen, udbyggede og kvalificerede behandlingen, etablerede nye lavtærskeltilbud, bl.a. de såkaldte "krisecentre" mv. Disse dele af indsatsen beskrives summarisk i fire-bys-studiet. Man har imidlertid undladt at beskrive to formodentligt ganske afgørende tiltag i forhold til reduktion af antallet af overdosisdødsfald.

- Ambulancen i Taunusanlage.

I "Taunusanlage" placerede man en ambulance, hvorfra der blev ydet førstehjælp ved overdoseringer samt uddelt injektionsudstyr. Kort efter, i vinteren 1991, blev "Junkie Corner" i parken overdækket, der blev opsat et telt til overnatning og den mobile overlevelseshjælp og

⁴ "Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht in Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit", ZEUS, 2003, Nomos-Verlag.

livredderhjælpen organiserede førstehjælpskurser for brugerne. Reelt havde Frankfurt altså allerede på dette tidlige tidspunkt etableret en slags "fixerum". Selve stofindtagelsen i parken foregik fortsat hovedsagligt under åben himmel, men overlevelsesshjelpen var lige ved hånden.

- Baderummet på Eastside.

Som et supplement til de eksisterende lavtærskeltilbud og med det formål at "*reducere narkotikarelateret lidelse og begrænse skader*" blev yderligere fire krisecentre oprettet i 1992. Det største af disse var "Eastside" i Schielestraße som både var herberg og værested for stofafhængige. Herfra erindres fra denne tid det ultimative kaos.⁵ De mange stofbrugere der blev henvist – eller ligefrem af politiet eskorteret hertil – medbragte selvsagt også deres vaner, problemer og stofafhængighed. Politiet afleverede gerne brugerne med bemærkningen om, at her skulle de opholde sig, for "*das ist die neue Scene*" – og det blev det så. Op til 150 stofafhængige opholdt sig ad gangen på en enkelt etage i ejendommen og der blev indtaget stoffer i stor stil. Vejen til overlevelsesshjelpe var her ligeså kort som den nu var blevet i parken "Taunusanlage", men situationen uacceptabel og medarbejderne oplevede sig under massivt pres. Man valgte derfor at forbyde stofindtagelse i den øvrige del af faciliteten, men tog samtidig baderum i kælderen i anvendelse til de stofafhængiges "Körperphlege" ("kropspleje"), som det eufemistisk blev kaldt. Medarbejderne havde på skift "Duschdienst" som "bademestre" og kunne alle yde førstehjælp i nødsituationer. Det nye tilbud blev hurtigt så populært, at man måtte indføre venteliste over de mange "Duschwillige". Der blev udleveret injektionsudstyr, det blev reguleret hvor længe og hvor mange man måtte opholde sig i baderummene ad gangen, baderummene blev jævnlige desinficerede mv. Denne "fixe-facilitet" var ikke (eksplicit) offentligt godkendt, men Eastside blev dog etableret som et "*alternativ til den åbne stofscene*", hvilket i dag kan fremstå som en, i det mindste, de facto anerkendelse. Man gik dog alligevel lidt stille med dørene, hvilket formentlig også er årsag til at tiltaget ikke er videre beskrevet i litteraturen fra den tid. Efter dagældende tysk ret var det nemlig ulovligt at hjælpe et andet menneske med at indtage narkotika, f.eks. ved at stille faciliteter til rådighed for sådanne aktiviteter. Tiltaget blev anset som "absolut nødvendigt" og derfor opretholdt, selvom man forventede, at det kun var "et spørgsmål om tid", før der ville opstå juridisk polemik. Et varslet sagsanlæg i 1993 blev imidlertid hurtigt opgivet. I stedet udarbejdede Statsadvokaturen en betænkning, hvori det blev angivet, at et sådant tiltag ikke kunne anses for at være i strid med sundhedslovgivningen. I det omfang tiltaget måtte stride imod straffelovgivningen, måtte sundhedslovgivningen gives forrang. Med denne betænkning begyndte det retlige grundlag for etablering og drift af brugerrum i Tyskland at tage form og det første offentligt godkendte brugerrum i Frankfurt blev herefter åbnet i 1994.

Tre former for "rum" for brugere.

Således har man i Tyskland i løbet af 1990'erne haft tre former for brugerrum:

1. Den "mindre legale" model, d.v.s. "fixe-faciliteter" der som minimum tilbød relevant overlevelsesshjelpe som f.eks. ambulancen i "Taunusanlage" og baderummet i kælderen på Eastside, ligesom hovedparten af de øvrige herberger i Frankfurt forholdt sig accepterende til stofindtagelse med henvisning til, at "det dog var bedre end at være henvist til at indtage stof på gaden med politiet i hælene". Disse tiltag var ikke (eksplicit) godkendte af de offentlige myndigheder og fungerede frem til 1994. I denne periode faldt dødstallet markant fra 147 i 1991 til 61 i 1994.

2. De "semi-legale" brugerrum. Det første af disse åbnede i Frankfurt i 1994 med Statsadvokatens og byrådets velsignelse, men endnu uden et føderalt retligt grundlag. I 1996 var yderligere tre brugerrum åbnet i Frankfurt. I de "semi-legale" brugerrums tid faldt dødstallet i

⁵ Personlige oplysninger fra Michael Tuchert, dengang medarbejder i "baderummet" på Eastside, i dag Ansprechpartner samme sted og fra Jürgen Weimer, souschef og ansvarlig for bl.a. brugerrum ved Drogenreferat, Frankfurt am Main samt til dels "Behandlingen af stofmisbrugere i Frankfurt og Zürich", Kirsten Tue Skinshøj, Skrifter fra Center for Rusmiddelforskning, suppl. 1, 1994.

Frankfurt fra 61 i 1994 til 27 i 2000. Siden har dødstallet, med små udsving, holdt sig på dette lave niveau.

3. De legale brugerrum. Siden Forbundsdagens vedtagelse af de retlige rammer for etablering og drift af brugerrum i februar 2000, har de tyske *Drogenkonsumräume* haft legal status. Der findes i skrivende stund 21 legale brugerrum i Tyskland.

Retlig status eller modgift der afhjælper overdosis?

Det er næppe brugerrums legalitet, eller mangel på samme, der redder menneskeliv - døden er formentlig fløjtende ligeglad med den slags formaliteter. Når det drejer sig om opiatoverdosis er det først og fremmest relevant afstand til overlevelseshjælp og –udstyr der er afgørende. Sociale tiltag, behandlingstilbud og modgift har man som stofafhængig i Frankfurt haft sværere og sværere ved at undgå fra 1991/1992. Det er det der afspejler sig i opgørelsen over overdosisdødsfald.

Den af den norske projektleder forfattede konklusion om, at brugerrum ikke i nævneværdig grad bidrager til en reduktion af dødeligheden, der baserer sig på at antallet af overdosisdødsfald i Frankfurt ”faldt markant inden indførelsen af fixerum” er dermed forkert eller i det mindste fabrikeret på et ufuldstændigt grundlag. Man havde også i årene op til 1994 ”rum for fix”, men studiet oplyser det blot ikke.

Brugerrummets muligheder.

Udover brugerrummets enestående mulighed for at give rum for de nok så væsentlige, men svært opgørlige, bløde værdier som omsorg og accept, har det formodningen for sig, at de også kan bidrage til at reducere antallet af overdosisdødsfald. Dette må siges efterhånden at være veldokumenteret, men er vel også udtryk for både logik og sund fornuft. De opiatoverdoser der måtte indtræde i rummet, har man alle muligheder for at behandle i tide. Dertil kommer formodningen for, at den skadesreducerende information man gives lejlighed til at give videre, vil blive anvendt ved stofindtagelse også andre steder end i brugerrummet. Det samme gør sig gældende i forhold til smitterisiko/spredning. Et nyt studie har netop påvist, at stofafhængige tilsyneladende dør stort set lige så meget af de sygdomme de pådrager sig under stofkarrieren, som af overdoser⁶. Også den gruppe som opnår og forbliver stoffrie er i alt for høj grad plaget af disse sygdomme og for tidlig død. Vel er idealtilstanden, at der ikke er behov for brugerrum. At nå idealtilstanden forudsætter kvalificering af indsatsen på alle niveauer i både bredde og højde, hvilket sagtens kan - og bør - ske samtidig med at vi tager hånd om de svageste og mest udsatte stofafhængige – på deres egne præmisser – blandt andet i brugerrum. Brugerrum stiller sig ikke på nogen måde i vejen for en samtidig – tiltrængt – kvalificering.

Etablerede brugerrum.

I 2000 blev antallet af brugerrum i Europa opgjort til mere end 45 i en opsummerende artikel i *Drug and Alcohol Review*.⁷ Her anføres det, at selvom brugerrummene kan fremstå forskellige, har de 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 behandling. Det er alle steder specificeret at handel med narkotika er forbudt. Stort set samtlige brugerrum har en række supplerende tilbud, f.eks. om 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

⁶ ”Stofrelaterede dødsfald i København, 1997 til 1999”, Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner, 2003.

⁷ *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.

funktion og effekt som ”opmuntrende”; antallet af overdosisdødsfald og komplikationer ved non-fatale overdoser var reduceret, risikoadfærd i forhold til smittespredning var reduceret, brugernes fysiske og sociale funktionsniveau forbedret og forstyrrelse af den offentlige orden reduceret. Flere af de schweiziske og hollandske brugerrum har diverse beskæftigelsesprojekter tilknyttet. Der kan både være tale om arbejde der udføres på stedet, men også ad hoc arbejdsopgaver hos private eller i lokale virksomheder. De foreliggende data fra et australsk forsøgsprojekt med brugerrum tyder ligeledes på, at man gør tilsvarende positive erfaringer.⁸ I andre lande, f.eks. Canada og Spanien, er man tæt på at iværksætte tilsvarende forsøg. I Norge derimod ...

I dag skulle offentligt godkendte brugerrum være etableret i hele 26 europæiske byer samt i Australien.⁹

Dansk skadesreduktion.

Skadesreducerende tiltag, herunder substitutionsbehandling, sprøjteudlevering, opsøgende gadearbejde og diverse lavtærskeltilbud, er en integreret del af den danske narkotikainsats, men udviklingen forekommer træg og møder til stadighed unødigt modstand. Fraværet af klare overordnede realistiske målsætninger for narkotikainsatsen og tilbøjeligheden til at argumentere følelsesmæssigt, af og til næsten religiøst, og ganske ofte usagligt sætter en kedelig og sjældent særlig ”bruger-venlig” dagsorden for debatten som hæmmer udvikling og etablering af indiskutabelt praktisk relevante skadesreducerende tiltag. Omfanget og indholdet af skadesreducerende tiltag i Danmark synes i højere grad bestemt – og begrænset – af idealistiske (eller utopiske) forestillinger end af det faktiske, konkrete behov i målgruppen. Nu er det brugerrum der står for skud – ikke fra fagfolk vel at mærke, men fra regeringen og dennes støtteparti. På den baggrund forekommer regeringens erklærede hensigter noget hule. Af regeringens socialpolitiske redegørelse 2002 fremgår det f.eks., at det er en klar prioritering for regeringen at ”det danske samfund bliver bedre til at favne mennesker på kanten af samfundet”, at ”samfundets hjælp skal ske på den enkeltes vilkår - det enkelte menneske skal sættes i centrum”, der skal ”sættes fokus på hvordan vi kan bryde vanetænkningen og hjælpe de udsatte, der hvor de er og på deres egne vilkår”, og ”helt grundlæggende skal vi blive bedre til at indrette den sociale indsats og de forskellige tilbud ud fra det enkelte menneskes konkrete forhold, behov og forudsætninger. Indsatsen skal tilpasses de mennesker, der har behov for hjælpen – ikke omvendt.” Det var i hvert fald svært at få øje på disse smukke hensigter under førstebehandlingen af det af Socialdemokraterne m.fl. fremsatte beslutningsforslag om etablering af ”sundhedsrum” d. 28. februar d.å.¹⁰

Skadesreduktion - en folkesundhedsstrategi.

Skadesreduktion er en folkesundhedsstrategi, som prioriterer at reducere de skader som stofafhængighed og den repressive kontrolpolitik påfører den enkelte og samfundet. De skadesreducerende tiltag spænder vidt og det er muligvis netop deres komplekse natur der af og til er anledning til den fejlopfattelse, at de reelt skulle være legaliseringsredskaber. Mens de aktuelt herskende narkotikapolitiske strategier primært måler deres effekt på ændringer i antallet af brugere af stof, andelen som opnår varig stoffrihed, stoffernes tilgængelighed, pris mv., måler de skadesreducerende strategier primært deres succes på f.eks. antallet af narkotikarelaterede dødsfald, omfanget af sygelighed og smitte, kriminalitet og menneskelig lidelse hhv. værdighed. Det er sagt, at ”harm reduction is not necessarily what’s nice, it’s what works”.

Dansk narkotikapolitik.

⁸ ”Eighteen-month Process Evaluation Report on the Medically Supervised Injecting Centre (MSIC)”, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australien. For flere referencer se ”Notat om brugerrum”, CfNI, 2003.

⁹ ”The Potential Public Health and Community Impacts of Safer Injecting facilities: Evidence From a Cohort of Injection Drug Users”, Ewan Wood et al, JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 32:2-8, 2003.

¹⁰ Forslag til folketingsbeslutning om etablering af sundhedsrum for stofmisbrugere som et led i den integrerende og skadesreducerende politik på narkotikaområdet, B 68, fremsat d. 14. januar 2003

Dansk narkotikapolitik er af forskellige eksperter beskrevet som hhv. ikke eksisterende og bilateral. Vi sidder mellem to stole. De skadesreducerende tiltags nødvendighed anerkendes til en vis grad, men samtidig fastholdes den kraftige prioritering af kontrolindsatsen, selvom den - stik mod lovgivningens intentioner samt instrukser fra Rigsadvokaten¹¹ - primært og i stigende grad synes at ramme de stofafhængige selv, ligesom også hovedmålsætningen om ”stoffrihed for alle” fastholdes bevidstløst, selvom den til rigelighed har demonstreret sin iboende utopi. Det kan være udmærket, som det er blevet sagt, at bære den moralske fane højt, men beundringen herfor falder med et brag, når det er andre der må betale en endog meget høj pris herfor.

Først og fremmest af hensyn til de stofafhængige – deres liv og værdighed – er det påtrængende nødvendigt, at indstille skyttegravskrigen, at fastlægge realistiske overordnede målsætninger for indsatsen på narkotikaområdet, at evidens-basere strategierne i videst muligt omfang, at sikre en neutral og kvalificeret forskningsindsats, at søge pragmatiske løsninger og et konstruktivt tværfagligt samarbejde og at bryde ”vanetænkningen”, så den danske narkotikainsats ”ikke blot fortøner sig som et felteksperiment, hvor de stofafhængige må betale med deres liv og helbred for opretholdelsen af en utopisk vision om et stoffrit samfund”¹².

¹¹ Senest i cirkulæreskrivelse til samtlige statsadvokater, politimestre og politidirektøren af 20. juni 1994 (journal nr. G 1527 Aj/kk) – i Politiken d. 13. august 1994 omtalt som ”Rigsadvokatens lektie overfor ordensmagten”.

¹² Tak til Knut Papendorf, forsker ved Institutt for Rettssosiologi, Universitetet i Oslo, for denne formulering, se ”Norsk narkotikapolitikk og lærdommen fra kontinentet”, Kromnytt, nr. 1, 2002.