

Skadesreduktion som forebyggelse

på stofmisbrugsområdet

Introduktion

Et varieret landskab toner frem, når man dykker ned i det felt, der hedder brug og misbrug af euforiserende stoffer. Denne artikel tager udgangspunkt i de negative følgevirkninger, som især et intravenøst stofmisbrug kan føre med sig, og de tilbud, der findes fra det offentlige side for at forebygge eller reducere disse negative følgevirkninger.

Forebyggelse betyder generelt at intervenere før ”skaden er sket”. Forebyggelse er at forudsæ, hvilke negative følgevirkninger en bestemt praksis kan få og forsøge at ændre på denne før følgevirkningerne sætter ind. Inden for stofmisbrugsområdet foregår forebyggelse på forskellige niveauer. På et niveau retter bestræbelserne sig mod at forhindre brugen af euforiserende stoffer og derved forhindre, at brug bliver til misbrug. På et andet niveau arbejdes der på at forebygge negative følgevirkninger af et allerede etableret misbrug. Det er sidstnævnte, vi her vil se på i detaljer.

Op gennem 1990erne har en alternativ strategi, kaldet skadesreduktion, i stigende grad gjort sig gældende – ikke alene i forhold til forebyggelse af stofmisbrug, men også i forhold til behandling og rehabilitering. Rusmidler og stofmisbrug indskrives sig i et

yderst følsomt, ideologiseret, moralsk og politiseret felt. Hvad enten man hælder til den overbevisning, at stofmisbrugere selv er ude om det, og at de kan bare lade være med det pjat, at de lider af en kronisk, bio-genetisk sygdom eller er vokset op med omsorgssvigt og dårlige sociale kår, så er der dog ingen, der er i tvivl om, at et intravenøst misbrug af euforiserende stoffer er forbundet med en række omfattende negative følgevirkninger, herunder alvorlige helbredsrisici.

Kendetegnende for injektionsmisbrugere er en ofte stærkt forringet fysisk tilstand, der bl.a. bunder i dårlig ernæring, injektionsskader, uhensigtsmæssige injektionsvaner, brugen af ikke-injicerbare stoffer til injektion (ex. brun heroin, ketogan, metadonmixtur) med bylder, blodpropper, skinnebessår, åre- og hjerteklapbetændelse m.m. til følge. Risikoen for overførsel af HIV og Hepatitis B og C er også høj. De psykosociale følgevirkninger giver sig bl.a. udslag i angst og depression, brud med familie og arbejdsmarked, fravær af socialt netværk, social isolation og hjemløshed. For at imødekomme de økonomiske krav, som et dagligt intravenøst misbrug fordrer, er mange stofmisbrugere desuden involveret i forskellige former for illegale aktiviteter (salg af stoffer, forskellige former for beri-

gelseskriminalitet, etc.) med sanktioner fra myndighederne og yderligere marginalisering fra det omgivende samfund til følge.

Som forebyggelsesstrategi tager skadesreduktion udgangspunkt i disse realiteter, og de forebyggende tilbud, der etableres, sigter på at reducere disse ovennævnte skader af et intravenøst stofmisbrug. I det følgende diskuteres først skadesreduktion som ideologi og forebyggelsesstrategi. Dernæst præsenteres nogle af de konkrete tiltag og indsatser, der har et eksplicit skadesreducerende sigte: metadonbehandling, sprøjtebytteordninger samt informationsmaterialet *J-Kie Cards*, der retter sig direkte mod sundhedsoplysning og sygdomsforebyggelse blandt aktive stofmisbrugere.

Skadesreduktion: en ny ideologi i feltet?

I løbet af de seneste ti år har begrebet skadesreduktion vundet bredt indpas indenfor forebyggelse og behandling af stofmisbrug i Danmark. Skadesreduktion er den danske oversættelse af begrebet "harm reduction" og refererer til en international ideologi og bevægelse, der har sine filosofiske rødder i Europa.¹

Skadesreduktion er opstået i et felt, hvor andre veletablerede ideologier længe har domineret. De to vigtigste ideologier er den kontrolpolitiske og den sygdoms- og behandlingsorienterede. Skadesreduktion er således blevet et alternativ til eller en udvidelse af de allerede velkendte synsvinkler på stofmisbrug.

Rationalet i den kontrolpolitiske ideologi findes grundlæggende i troen på, at en begrænsning i udbredelsen af og adgangen til stoffer vil medføre en begrænsning i brug og misbrug. Lovgivning vedr. brug og salg af euforiserende stoffer bliver omdrejningspunktet, og det juridiske system får således den centrale rolle i forhold til at bekæmpe stofmisbrug vha. politiindsatser, domstole,

fængselsstraf etc. Den kontrolpolitiske model, der bygger på kriminaliseringen af stofmisbrug, er i sin strenge form kendt fra USA som "the war on drugs". I Danmark har vi set elementer fra denne politik praktiseret på Vesterbro i København, hvor politiet bl.a. har iværksat tilbagevendende aktioner med henblik på at stresser stofmisbrugerne på deres velkendte opholdsteder, vanskeliggøre handel og i det hele taget sprede markedet og stofmiljøet. Som del af denne stresspolitik indgår desuden, at overtrædelse af loven om køb og besiddelse af stoffer til eget forbrug forårsager konfiskation af stoffet og arrestationer (Laursen 1995, Jepsen 2000). Denne strategi er også kendt under betegnelsen "zero tolerance" eller på dansk "nul tolerance"-politikken. Det er en "alt-eller-intet" politik, hvor stoffrihed anses for den eneste løsning på den enkelte stofmisbrugers problem: indtager man ikke stoffer, kommer man heller ikke i politiets søgelys i forhold til handel med og brug af stoffer og anden ofte dertil relateret kriminalitet.

I den sygdoms- og behandlingsorienterede ideologi satses på behandling frem for kontrol- og sanktionspolitik. Stoffrihed anses her som løsningen på – og ofte som forudsætning for – at der kan arbejdes med stofmisbrugets skadelige virkninger. Det offentlige social- og sundhedssystem vil ofte være – og er det også i et vist omfang inden for det danske behandlingsapparat – en central aktør i forhold til denne forståelse af stofmisbrug. Den skarpeste eksponent for denne stoffrihedsideologi er imidlertid 12-trinsprogrammet, i sin institutionaliserede form kendt som Minnesota-modellen, der via sit netværk af selvhjælpsgrupper har vundet fodfæste over det meste af verden. I 12-trinsprogrammet betragtes stofmisbrug – eller kemisk afhængighed, som det kaldes – som en kronisk og fremadskridende sygdom af fysisk, mental og åndelig karakter. Den eneste måde, sygdommen ifølge dette program kan standses på, er at praktisere total

afholdenhed, dvs. undlade indtagelse af alle sinds- og stemningsændrende midler, det være sig legale såvel som illegale, og indbefatter også alkohol. Forudsætningen for bedring er, at den enkelte tager ansvaret for sin egen sygdom og følger de forslag, som 12-trinsprogrammet er bygget op af.²

På trods af den iøjnefaldende modsætning mellem det at se stofmisbrugeren som kriminel lovovertræder, der med sine handlinger gør sig fortjent til straf, og en syg eller socialt belastet person, der har behov for behandling, er der i begge synsvinkler enighed om, at målet er stoffrihed.

I modsætning til de etablerede ideologier i misbrugsfeltet hviler skadesreduktion på almene sundhedsprincipper og har som udgangspunkt at begrænse de skadelige virkninger som et misbrug af stoffer kan medføre – både for den enkelte og det omgivende samfund. Derfor er skadesreduktion også blevet kaldt den pragmatiske model. Skadesreduktion bygger overordnet på den erkendelse, at rusmidler er kommet for at blive, og at brug, misbrug og afhængighedsproblematikker dermed også fremover vil være en del af den sociale virkelighed. Udfra en skadesreducerende tankegang består den primære opgave i at begrænse de skader, som brugen af stoffer forårsager, og det gælder både fysiske, psykiske og sociale skader. Begrebet skadesreduktion legitimerer således en række strategier og tiltag, der har til formål at begrænse de skader, som typisk opstår i forbindelse med stofmisbrug, og som ikke nødvendigvis forudsætter, at brugen af stoffer ophører eller reduceres.

Accepten af at stoffrihed ikke udelukkende behøver være målet for behandling eller anden form for intervention på området, er det, der gør den store overordnede forskel mellem skadesreduktion og de etablerede ideologier i feltet.

Skadesreduktion: politisk mål eller praktisk strategi?

I Danmark er skadesreduktion i dag overvejende et positivt konnoteret begreb.³ Det at arbejde ud fra skadesreducerende principper er blevet symbol på nytænkning indenfor forebyggelse og behandling på stofmisbrugsområdet. Skadesreduktion er imidlertid samtidig et af de begreber, der unddrager sig en klar og entydig definition, hvilket en anelig mængde litteratur om emnet også vidner om. Skadesreduktion defineres på forskellig vis og er dermed et begreb, der til stadighed er til diskussion. På den baggrund afkræver skadesreduktion en større begrebsmæssig klarhed.

Man kan starte med at skelne mellem forskellige niveauer som skadesreduktion bruges på. Ifølge Riley et al. (1999) er det vigtigt at skelne mellem skadesreduktion som politisk og behandlingsmæssigt mål på den ene side og skadesreduktion som praktisk strategi på den anden. Sagt med andre ord: der er forskel på skadesreduktion som ideologi og skadesreduktion i praksis. Anvendt som målsætning kan skadesreduktion siges at repræsentere begrebet i bredeste forstand. Et eksempel herpå er Narkotikarådets anbefalinger vedr. skadesreduktion i Danmark (*Skadesreduktion* 1999). Her fremgår det, at skadesreduktion både skal indgå som et grundlag for de tre traditionelle søjler i dansk narkotikapolitik – forebyggelse, behandling og kontrol – men også skal ses som en selvstændig fjerde søjle. Som praktisk strategi bliver der tale om en mere snæver definition af skadesreduktion. Her vil begrebet referere til konkrete indsatser, som sigter på at reducere stofrelaterede skader. Det kan f.eks. være at etablere tilbud om gadesygepleje, sikre en let adgang til rent injektionsudstyr, udlevering af kondomer, ansættelse af gademedarbejdere, osv.. Det er dog ikke de enkelte indsatser, der karakteriserer hvad skadesreduktion er, selvom nye typer af

indsatser – som de ovennævnte – er blevet etableret ud fra skadesreducerende principper. Men det er metoden og indfaldsvinklen i disse indsatser – f.eks. at møde stofmisbrugeren i eget miljø – der udgør den skadesreducerende strategi.

Det er således vigtigt at være opmærksom på, hvilket niveau man taler skadesreduktion på. En ting er at tale om skadesreduktion i teorien, en anden ting er, hvordan skadesreduktion i praksis folder sig ud.

Grundprincipper for skadesreduktion

Skal man forsøge at præcisere principperne for skadesreduktion som praktisk strategi, som en indfaldsvinkel til indsatser på stofmisbrugsområdet, kan man vende sig mod den amerikanske forsker G. Alan Marlatt, der har beskæftiget sig indgående med skadesreduktion (Marlatt 1993, 1996, 1998a, 1998b). I det følgende vil vi diskutere de fem overordnede principper, som Marlatt (1998b) definerer som grundlaget for skadesreduktion som praktisk strategi. I vores tillempede oversættelse lyder grundprincipperne:

1. Skadesreduktion udgør et alternativ til opfattelsen af stofmisbrug som et kriminelt eller sygdoms- og behandlingsorienteret anliggende og tager i stedet udgangspunkt i hensynet til folkesundheden.
2. Skadesreduktion anerkender stoffrihed som det ideale mål, men accepterer alternativer, der sigter på at reducere lidelser og skader.
3. Skadesreduktion er hovedsagelig opstået som en ”bottom-up” strategi med afsæt i brugerbaserede initiativer frem for at være en ”top-down” politik.
4. Skadesreduktion har til formål at oprette og gøre adgangen til lavtærskeltilbud lettere som alternativ til traditionelle højtærskeltilbud.
5. Skadesreduktion bygger på pragmatisme.

Marlatt's første princip er en konstatering af, at skadesreduktion er blevet en aktiv med-

spiller i et felt, hvor flere andre ideologier gør sig gældende, især kontrolpolitiske og behandlingsorienterede ideologier. Modsat den kontrolpolitiske synsmåde, der fokuserer på de illegale aspekter af stofmisbrugsproblematikken og den mod stoffrihed orienterede behandlingsindsats, så prioriterer den skadesreducerende tilgang først og fremmest hensynet til folkesundheden, dvs. prioriterer at forebygge og mindske de fysiske, psykiske og sociale skader et stofmisbrug medfører for stofmisbrugeren.

Det andet princip – at skadesreduktionsperspektivet er kendetegnet ved at acceptere alternativer til stoffrihed – fremføres som et udtryk for en realistisk og pragmatisk forholden sig til brug og misbrug af stoffer. I stedet for udelukkende at arbejde ud fra ideen om stoffrihed opereres der med forskellige grader af stofmisbrug og risikoadfærd. Ved at placere stofmisbrug i et kontinuum af forskellige misbrugsgrader, hvor stoffrihed udgør den ene pol og et ekstremt og umådeholdent misbrug kendetegner den anden, åbnes der op for, at forebyggelse og behandling af stofmisbrug kan foregå trinvist og på forskellige niveauer. Hovedformålet vil i forhold til hver enkelt stofmisbruger med højrisikoadfærd altid bestå i at kunne tilbyde alternativer, som har mindre alvorlige konsekvenser end den aktuelle adfærd.

Dette hænger nøje sammen med Marlatt's tredje princip. Skadesreducerende initiativer og tiltag bliver typisk til ud fra konkret viden om brugernes dagligdag samt deres generelle og aktuelle behov. Mange skadesreducerende tiltag er således opstået på lokalt niveau, og skadesreduktion kaldes derfor ofte for en ”bottom up” strategi, i modsætning til en centralt styret ”top down” politik. Viden om stofmisbrugerens hverdag er gennem de sidste årtier blevet beskrevet og dokumenteret, især gennem brugen af etnografiske metoder.

Marlatt's fjerde princip er en understregning af, at skadesreduktion – modsat de traditio-

nelle behandlingstilbud – satser på at nå stofmisbrugerne på deres egen boldgade. Udformningen af såkaldte lavtærskeltilbud er et centralt led i disse bestræbelser. Marlatt fremhæver tre aspekter ved den lavtærskel-orienterede tilgang. For det første stræbes der mod at møde stofmisbrugerne ”hvor de er” og ”i øjenhøjde”, og brugerne søges inddraget i udformningen af nye programmer og tilbud. Tanken bag lavtærskeltilbud baserer sig i vidt omfang på at række ud mod og få kontakt til stofmisbrugere, som ellers ikke er i kontakt med eller af forskellige årsager ikke ønsker kontakt til det etablerede behandlingssystem. Lavtærskeltilbud retter sig derfor ofte mod de mere omsorgsmæssige sider af tilværelsen, såsom tilbud om et måltid mad og lidt snak, syge- og sårpleje, et bad og husly. For det andet indgår det som et væsentligt element, at den stigmatisering, som er forbundet med at søge og få hjælp til stofmisbrugsproblemer, søges reduceret. Dette lader sig bl.a. gøre ved at flytte fokus fra selve stofmisbruget til de skader og negative konsekvenser, som misbruget har ført med sig. Endelig er det af største betydning, at lavtærskeltilbudene er tilstrækkeligt bredt udformede, så de kan rumme variationen i de former for risikoadfærd, som gør sig gældende. Lavtærskeltilbud lægger op til at rydde ud i de farlige og skadelige vaner og hen ad vejen opnå en mere sund og ufarlig levevis. De fleste lavtærskeltilbud er kendetegnet ved at stille så få krav som muligt, f.eks. i forhold til indtag af stoffer, mødetider m.m., ligesom regelsættet alene vil omfatte de mest basale principper for mellemmenneskeligt samvær, dvs. ingen vold eller trusler om vold. Lavtærskeltilbud står typisk i kontrast til højtærskeltilbud. Sidstnævnte tilbud er f.eks. behandling, der med sine regler, krav og forventninger – bl.a. om at lægge stofferne bag sig til gengæld for medicinsk og terapeutisk behandling – kan virke som en uoverstigelig barriere for mange hårdt belastede stofmisbrugere. De tiltag, der sættes i værk i forhold

til stofmisbrugere, lader sig således kategorisere som henholdsvis lavtærskel- og højtærskeltilbud.⁴

I Marlatts gennemgang af det femte og sidste princip betones det pragmatiske grundlag for den skadesreducerende tankegang i modsætning til den idealistiske, dvs. de ideologier, der har det stoffri samfund som ideal. Den pragmatiske filosofi bygger derimod på jordnære principper og realistiske mål.⁵ Et kendetegn ved en pragmatisk tilgang er, at den i udgangspunktet forholder sig neutral, dvs. den giver sig ikke af med at vurdere, hvorvidt det er acceptabelt at (mis)bruge stoffer, eller om en bestemt adfærd f.eks. er god eller dårlig. Derimod betragtes adfærd, handlinger og praksis ud fra begrebspar som f.eks. sikker eller usikker, gavnlig eller skadelig, sund eller usund. Nøgleord er problemløsning, handling og praksis, og vægten lægges på det nyttige og det praktisk gennemførlige. Skadesreduktion er i den forstand at betragte som en pragmatisk ideologi.

Skadesreduktion i Danmark

Skadesreduktion er i dag officielt en del af den danske politik på misbrugsområdet og blev som politisk idégrundlag formuleret første gang i 1984, hvor behandlingsrapporten *At møde mennesket hvor det er...* udkom. Rapportens synspunkter repræsenterer ”en rendyrket harm-reduction politik” med den forskel, at man på daværende tidspunkt talte om graduerede målsætninger frem for skadesreduktion (Ege 1997). I den narkotikapolitiske redegørelse fra 1994 understreger regeringen, at indsatsen over for de mest belastede og udstødte stofmisbrugere bør omfattes af differentierede mål (Bekæmpelse af narkotikamisbruget 1994). Dette er en klar tilkendegivelse af, at troen på varig stoffrihed for alle misbrugere er urealistisk. Skadesreduktion er således både på den politiske og den behandlings-

mæssige dagsorden.

I praksis tegner skadesreduktion derimod et noget mere mudret og tvetydigt billede. De kontrolpolitiske og repressive foranstaltninger (retshåndhævelse og politiaktioner) prioriteres nemlig fortsat højt. Ligesom ideen om stoffrihed stadig er særdeles udbredt i de fleste forgreninger af behandlingssystemet. Politisk velvilje er således ikke ensbetydende med praktisk implementering af skadesreducerende principper.

I det følgende vil tre former for skadesreducerende indsatser blive diskuteret. Dette er hhv. metadonbehandling, sprøjtebytteordninger og informationsmaterialet *J-Kie Cards*. Disse er valgt, idet de på hver deres måde viser, hvordan skadesreduktion kan implementeres i forebyggelsen af skader fra et (intravenøst) stofmisbrug.

Metadonbehandling

Filosofien i metadonbehandling er, at metadon i kraft af sin farmakologi kan erstatte og dermed eliminere nødvendigheden af at indtage andre og illegale stoffer. Med denne form for substitutionsmedicinering gives stofmisbrugeren en chance for at stabilisere sin dagligdag, og der åbnes dermed mulighed for et psykosocialt behandlings- og rehabiliteringsforløb. De fleste metadonbehandlingsprogrammer består således også af en kombination af substitutionsmedicinering og forskellige former for psykosociale indsatser.

Metadonbehandling blev ”opfundet” som stofmisbrugsbehandling i begyndelsen af 1960erne af Dole & Nyswander (1965) og har dermed allerede en lang historie. Det er ikke den historie, vi her vil fokusere på, men derimod vil vi diskutere metadonbehandling som et eksempel på, hvordan skadesreducerende principper kommer ind og forandrer praksis i et allerede etableret behandlingsfelt. Kort skal blot siges, at siden Dole & Nyswander introdu-

cerede brugen af metadon som substitutionsmedicin, er metadonprogrammer blevet etableret mange steder i verden.⁶ Talrige undersøgelser har siden dokumenteret, at metadonbehandling i et vist omfang forbedrer stofmisbrugernes helbredsstatus og sociale forhold samt medvirker til at reducere illegale aktiviteter.⁷ De samme undersøgelser viser dog samtidig ringe resultater i forhold til opnåelse af stoffrihed og social rehabilitering.

I Danmark begynder skadesreducerende principper at vinde legitimitet i forhold til metadonbehandling op gennem 1990erne. Vi vil her fokusere på to udtryk, som de skadesreducerende principper får, i forhold til forandring af praksis i det allerede etablerede behandlingsfelt. Det ene er, at mange flere stofmisbrugere får adgang til metadonbehandling. Det andet er, at man søger andre måder at regulere behandlingen på end de traditionelle kontrolforanstaltninger, og at stoffrihed ikke længere anses for det eneste behandlingsmål.

Metadonbehandling er i dag den klart dominerende behandlingsform i Danmark. Indskrivning i substitutionsprogrammer anses for en vigtig foranstaltning i begrænsningen af stofrelaterede skader, og programmerne kan således i sig selv ses som et udtryk for skadesreduktion (Tsui 2000). Denne holdning til metadonbehandling er dog først begyndt at gøre sig gældende i løbet af 1990erne. Da metadon blev introduceret i slutningen af 1960erne som substitutionsmedicin, blev det brugt som et middel ved afgiftninger og kortvarige nedtrapninger. I slutningen af 1970erne blev længerevarende metadonbehandling et alment behandlingstilbud til stofmisbrugere, også som vedligeholdende substitutionsmedicin. Men det er dog først fra slutningen af 1980erne, at metadonbehandling for alvor begynder at blive integreret i det etablerede behandlingssystem. Antallet af stofmisbrugere i metadonbehandling er således også steget kraftigt fra midten af 80erne og frem. I 1985

var 897 stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling mod 4498 i 1999 (*Alkohol- og narkotikastatistik* 2001). At så mange stofmisbrugere i Danmark i dag er i metadonbehandling, er således i sig selv at regne for en skadesreducerende foranstaltning.

Metadonbehandling er traditionelt omgivet af en række kontrolforanstaltninger for at sikre stoffrihed som behandlingsmål.⁸ Marlatt understreger, at de skadesreducerende principper anerkender stoffrihed som det ideale mål, men accepterer alternative mål, der sigter på at reducere skaderne af et stofmisbrug. I dag anbefales det, at metadonbehandlingen differentieres således, at de enkelte amter kan tilbyde metadonbehandling både som lavtærskel- og som højtærskeltilbud, dvs. både som decideret behandling og som et skadesreducerende tilbud. (*Substitutionsbehandling* 2000). Behandlingsmål er mange steder ændret fra udelukkende at rette sig mod stoffrihed, ophør af illegalt misbrug, rehabilitering til arbejdsmarkedet etc. til at tage udgangspunkt i den enkelte stofmisbrugers situation. Når fokus flyttes fra stoffrihed til, hvordan den enkelte stofmisbruger ud fra sin aktuelle situation kan profitere af metadonbehandling, differentieres behandlingsmål og -strategier også. Den enkelte misbruger kan – i stedet for stoffrihed – have brug for: at nedsætte et skyhøjt forbrug af stoffer, at komme til hæfterne fysisk, at komme ud af et kriminelt miljø etc. Og det er så dér, behandlingen fokuseres.

Metadonbehandling er – ikke blot i Danmark men også i andre lande – bygget op omkring forskellige former for kontrolforanstaltninger. De mest gængse er urinprøver, stikmærkekontrol og overvåget indtagelse. Urinprøver og stikmærkekontrol foretages først og fremmest for at kontrollere klienterne for et såkaldt sidemisbrug. Hermed kontrolleres, for at kravet om ikke at indtage andre euforiserende stoffer, når man er i metadonbehandling, overholdes. Overvåget indtagelse foretages for at undgå, at metadonen kommer uden

for behandlingsinstitutionens fire vægge og sælges på det illegale marked eller injiceres i stedet for at blive drukket. Gentagne urene urinprøver, friske stikmærker eller snyd med indtagelsen har i mange tilfælde ført til udtrapning af programmet. Rationalet bag de forskellige former for kontrol og restriktioner er at finde i behandlingsfilosofier ("uden ophør af illegalt misbrug ingen mulighed for helbredelse, dvs. stoffrihed") og kontrolpolitiske ideologier ("metadon skal ikke blive det legale statsjunk"). Skadesreducerende principper flytter fokus fra kontrol til den enkelte stofmisbruger. Her er det ikke opretholdelsen af et bestemt sæt af regler og restriktioner, der er vigtig, men derimod opretholdelsen af kontakt til den enkelte misbruger. I stedet for de kontrollerende foranstaltninger lægges der vægt på, at der etableres en dialog og et samarbejde mellem stofmisbruger og behandlingssystem omkring behandlingen, hvor begge kan komme til orde og dermed opnå en relation bygget på tillid og åbenhed frem for på kontrol og straf. Sådanne relationer søges f.eks. etableret ved, at udtrapning ikke kan bruges af behandlingsinstitutionen som sanktion over for et sidemisbrug, selvom et (intravenøst) misbrug fortsættes parallelt med behandlingen. Rationalet bag dette er, at det er et mål i sig selv at få hårdt belastede misbrugere i metadonbehandling, også selvom de fortsætter et sidemisbrug. Hermed har man etableret kontakten, og muligheden for forandring er dermed et skridt nærmere.

Metadonbehandling er således et eksempel på, hvordan skadesreducerende principper tænkes ind i en allerede etableret indsats over for stofmisbrugere. Skadesreducerende principper overtager her ikke andre former for behandlingssideologier, men er derimod blevet endnu en medspiller i feltet. Kontrolforanstaltninger og stoffrihed som behandlingsmål anses i høj grad for at have deres berettigelse, men stofmisbrug er blevet placeret i et kontinuum af forskellige misbrugsgrader, og deraf

følger, at behandling skal tilbydes på forskellige niveauer. Metadonbehandling er blevet tilført en differentiering af behandlingsmål, hvor alternativer til stoffrihed i dag accepteres.

Sprøjtebytteordninger

I kølvandet på den hurtige spredning af HIV/AIDS blandt stofmisbrugere i midten af 1980'erne blev der iværksat sprøjtebytteordninger i en række europæiske storbyer. Den første sprøjtebytteordning opstod i Amsterdam i 1984 på initiativ af en lokal organisation, *Junkiebond*, bestående af og som talerør for brugere af illegale stoffer (Marlatt 1998a). Ideen bredte sig derefter hurtigt til andre lande og byer i og udenfor Europa. I Danmark findes der sprøjtebytteordninger i bl.a. København, Århus og Odense.

Sprøjtebytteordninger har som del af den forebyggende indsats til hensigt at organisere adgangen til rene sprøjter og kanyler for at forhindre den udbredte praksis med at dele sprøjter og kanyler og dermed befordre smittespredning af HIV, forskellige former for leverbetændelser og andre bakterielle infektioner. Samtidig giver sådanne ordninger mulighed for at indsamle brugte sprøjter, hvorved man undgår, at de bliver til gene og fare for omgivelserne. I nogle tilfælde er sprøjtebytte blot en del af et program, hvor der følges op med diverse tilbud om sygepleje, omsorg og behandling, udlevering af kondomer m.m. Sprøjtebytteordninger kan således også kombineres med et tilbud om personlig kontakt og være et bindeled til andre omsorgs- eller behandlingsmæssige tilbud.

I praksis foregår sprøjtebytningen på den måde, at stofmisbrugerne til gengæld for brugte sprøjter og kanyler modtager nye sæt sterile udstyr. Disse ordninger varetages ofte af gademedarbejdere, der møder op på bestemte steder og bestemte tidspunkter, og

som dermed hurtigt bliver kendt af misbrugerne. Rene sprøjtesæt udleveres også fra væresteder eller cafeer, der er indrettet til målgruppen. I bl.a. Amsterdam og København fungerer såkaldte Kanylebuser som byttecentre, og i en række storbyer er der opsat automater, hvor brugte sprøjter og kanyler kan byttes til nye og rene. Udlevering kan også ske fra apoteker eller fra offentlige behandlings- og rådgivningssteder. Ifølge den internationale forskning har sprøjtebytteordninger været afgørende for, at bl.a. udbredelsen af HIV blandt stofmisbrugere er reduceret kraftigt (Sears, Weltzien & Guydish 2001).

På trods af succesen med at nedbringe nye tilfælde af HIV-smittede blandt stofmisbrugere til et minimum er sprøjtebytteordninger (og udbredelsen af disse) dog til stadig diskussion. Tilfældene af Hepatitis C er fortsat stor blandt intravenøse stofmisbrugere. I Danmark skønnes 90 % af alle stofmisbrugere at være smittede med Hepatitis C.⁹ Andre skader som bylder, skinnebenssår og åre- eller hjerteklapbetændelse er også stadig hyppigt forekommende blandt intravenøse stofmisbrugere. Det diskuteres derfor, hvilke remedier sprøjtebytteordninger faktisk bør bestå af. Er det nok, at sprøjtebytteordninger generelt kun retter sig mod heroinmisbrugere? Og skal bytteordningerne indeholde alle de remedier, det kræver at forberede en injektion af heroin, eller skal der blot være kanyler og sprøjte? Det sidste først. At forberede et skud heroin kræver, at man har en lille skål til at varme det hvide pulver op i sammen med vand, en lille tot vat til at filtrere det nu flydende stof igennem med før det med kanylen suges op i sprøjten, og en spritserviet til at rengøre huden, der hvor injektionen skal foregå. I de fleste sprøjtebyttesæt ligger sprøjte og nål og evt. en lille skål og vat. Sprøjtebytte- eller udleveringsordninger er imidlertid ikke tilgængelige i alle danske byer, og kun få af de eksisterende ordninger vedlægger alle de nødvendige remedier.¹⁰ Set ud fra et pragmatisk synspunkt

er vand, spritserviet, vat og en skål nødvendige med henblik på at nedsætte risikoen for virale og bakterielle infektioner. Er rent vand ikke tilgængeligt, deles vand, rengøres huden ikke før injektion eller deles en ske til at varme heroinen op på, er risikoen for disse infektioner klart forøgede. Og dette er tilfældet for mange stofmisbrugere, der ofte er henvist til at injicere på gaden.¹¹ Ud fra et folkesundhedsperspektiv vil det være gavnligt at indføje alle de ovennævnte remedier i et sprøjtebyttesæt. Især anses frekvensen af bakterielle injektioner at kunne reduceres hermed (Sears et al. 2001). I en undersøgelse fra San Francisco viser Sears et al., at det at dele sprøjter med andre reduceres kraftigt blandt brugere af sprøjtebytteordninger, hvilket dog ikke betyder, at de selvsamme brugere holder op med at dele vand og vat. Vand og vat er dér netop ikke en del af sprøjtebytteordningen. Argumenterne for ikke at indføje f.eks. vat, vand og spritserviet i et sprøjtebyttesæt kan både være økonomiske (det er for dyrt), moralske (lad være med at injicere, hvis ikke du kan skaffe rent vand) og/eller politiske (hvilket budskab sender vi ud med ordningen?).

Injektion af andre stoffer end heroin kræver ofte større kanyler og sprøjte end de i sprøjtebytteordningerne udleverede. Bruges metadon til injektion må et fix injiceres over flere omgange, hvis kanyler og sprøjte har den størrelse, der bruges ved injektion af heroin. Injektion af metadonmixtur er – som al anden injektion – absolut ikke at anbefale. Især fordi mixturen ikke er et sterilt stof. Sukkeropløsningen i den metadon, der udleveres med henblik på at blive drukket, forøger kraftigt risikoen for bakterielle infektioner, når den injiceres. Men ser man på praksis blandt stofmisbrugere, injiceres metadonmixtur alligevel. Dette er skadeligt nok i sig selv, men bruges de rette sprøjter, formindskes skaderne. At forskellige størrelser af sprøjter og kanyler skal indgå i bytteordningerne er ud fra en pragmatisk holdning således nødvendig.¹²

Organiseringen og implementeringen af et skadesreducerende tiltag som sprøjteudleverings- og bytteordninger er løbende til debat. Sprøjteordninger anses overordnet for et nødvendigt og godt skadesreducerende tiltag, men diskussioner om, hvordan ordningen implementeres i praksis, og hvad den skal bestå af, rører ved, hvor grænserne for skadesreduktion ligger.

J-Kie Cards: sundhedsoplysning med grundlag i skadesreducerende principper.

Det er velkendt, at de fleste stofmisbrugere har et temmelig ambivalent – ofte endda særdeles anstrengt – forhold til ”det offentlige” generelt og ”behandlingsystemet” i særdeleshed. Det offentlige hjælpesystem, som har ansvaret for udformning og praktisk udførelse af forebyggelses- og behandlingstilbud, har gennem årene derfor forsøgt sig med en række alternative projekter for at få hårdt belastede stofmisbrugere i tale. *J-Kie Cards* er et eksempel på en ny og anderledes form for formidling af forebyggelse blandt intravenøse stofmisbrugere.¹³ I og med at projektet først og fremmest retter sig mod en målgruppe, der i vidt omfang er udstødt af normalsamfundet, har det ligget initiativtagerne stærkt på sinde at etablere kontakten til stofmisbrugerne på disses egne betingelser: ”*J-Kie Cards* er et forsøg på at nå kulturen ”hvor den er” (*J-Kie Cards* 2000:4).

Et helt sæt *J-Kie Cards* består af 100 små illustrerede kort. De første blev bragt i omløb i starten af år 2000 via de sprøjtebyttesæt, som Københavns Kommune udleverer. Teksten på hvert enkelt kort tager udgangspunkt i 5 overordnede emner: kroppen, smitterisiko, stofferne, injektionsteknik og stofmisbrugerens rettigheder. På den ene side af kortet står et spørgsmål og på den anden svaret. Formålet med de informationer, der tilbydes, er at be-

grænse de helbredsmæssige skader, som knytter sig til især et intravenøst stofmisbrug, og at oplyse om misbrugerens rettigheder. Ud over at viderebringe sundhedsfaglige informationer har det været initiativtagernes erklærede formål samtidig at bidrage til aflivningen af en række sejlivede myter, som flourer i stofmiljøerne, samt i det hele taget medvirke til debat og udveksling af viden.

Et eksempel på et *J-Kie Card*, der både forsøger at aflive myter om metadon og give almen sundhedsoplysning, er: "Mine tænder smuldrer. Jeg har tabt mange af dem, og dem der er tilbage, er ikke særlig pæne. Hvorfor?". Svaret på bagsiden af kortet er: "Du spiser forkert og børster ikke tænder ofte nok". Hermed gives sundhedsoplysning, og en sejlivet myte i stofmiljøet, nemlig at metadon skulle få tænder til at smuldre, fanges på et kort. Et eksempel på, hvordan man møder misbrugeren på egen boldgade ved at bruge de ord og termer, misbrugerne selv bruger, og ved at tage udgangspunkt i den praksis, der foregår på gaden, er: "Min ven og jeg ville dele et dyt hvid heroin i går. Min ven havde et nyt sæt værktøj. Mit var brugt. Jeg har leverbetændelse, men vi gjorde det uden at smitte hinanden. Vil du vide hvordan?". Det skal her indføjes, at "dyt" er slang for at injicere og "værktøj" er slang for kanyle og sprøjte. Svaret på dette spørgsmål er: "Min ven tilberedte stoffet i et rent bæger og trak det hele op i den rene pumpe. Så skød han min portion tilbage i det rene bæger. Så kunne jeg trække det op i mit brugte værktøj". Kortene tager også udgangspunkt i misbrugernes dagligdag i forhold til behandling, sociale myndigheder og politiet og informerer om rettigheder. Et eksempel herpå er: "Hvis jeg bliver stoppet af politiet, har jeg så pligt til at oplyse mit cpr. nr?". Svaret er: "Du har pligt til at oplyse navn, adresse og din fødselsdag, men ikke de sidste fire tal i dit cpr. nr. Du har ikke pligt til at vise politiet f.eks. dit sygesikringsbevis. Hvis du ikke oplyser navn, adresse og fødselsdato, kan du bli-

ve anholdt, sigtet og få en bøde".

J-Kie Cards skriver sig også ind i diskussionerne om, hvor grænserne for skadesreduktion ligger, især i brugen af slang – dvs. det sprog som bruges på gaden blandt misbrugere. Brugen af slang er at overskride en grænse, som mange lavtærskeltilbud netop lægger vægt på opretholdes. Mange væresteder og sociale omsorgstilbud, der henvender sig til stofmisbrugere, der tilbringer en stor del af deres liv på gaden, lægger netop vægt på ikke at bruge slang og gadesprog. Sproget anses for en vigtig markør i forhold til, hvor man befinder sig i feltet. Slang markerer, at man er misbruger og er den, der fører det skadelige misbrugsliv på gaden. Brugen af slang eller ikke-brugen af slang differentierer således mellem misbrugsmiljøet og "normalsamfundet". *J-Kie Cards* går via brugen af slang over på misbrugers boldgade og overskrider dermed et ellers veletableret dogme omkring brug af sprog og opretholdelse af differentiering mellem hjælpesystem og stofmisbruger.

Konklusion

Skadesreduktion har været et væsentligt grundlag for at nytænke forebyggelsesindsatsen inden for stofmisbrugsområdet. Den skadesreducerende tankegang, der fokuserer på at mindske og/eller undgå negative følgevirkninger af et brug af illegale stoffer, har tilført stofmisbrugsområdet en ny vinkel at gribe forebyggelse an på. Det er ikke længere nødvendigt at arbejde med stoffrihed som eneste mål for forebyggelse og/eller behandling. I et felt, hvor stoffrihed via de kontrolpolitiske og sygdoms- og behandlingsorienterede ideologier har været dominerende, giver skadesreduktion rum for og legitimitet til at anskue problematikkerne ud fra andre synsvinkler. En grundlæggende skadesreducerende synsvinkel er, at indsatserne må basere sig på almindelige sundhedsprincipper. Når man ser dette i

relation til de andre ideologier i feltet, fremkommer der ofte en del paradokser, og mange skadesreducerende tiltag kommer da også til at ligge i det, man kunne kalde ideologiske gråzoner. Sprøjtebytteordninger er et godt eksempel. Hvordan kan man udlevere rene sprøjter til brug af illegale stoffer? Hvordan kan man udlevere rene sprøjter i fængsler, når man ikke – i alt fald lovligt – kan skaffe sig stoffer i et fængsel? Disse paradokser lader sig forklare ved det skadesreducerende grundprincip, at man må tage udgangspunkt i almen sundhedsprincipper og i at stofmisbrug er en samfundsmæssig realitet, man er nødt til at forholde sig til, om man ønsker det eller ej.

Der er i det foregående især fokuseret på de forebyggelsesstrategier, der er etableret for intravenøse stofmisbrugere: metadonbehandling, sprøjtebytteordninger og informationsmaterialet *J-Kie Cards*. De tre eksempler dækker forskellige områder af forebyggelse på stofmisbrugsområdet. Metadonbehandling er blevet et skadesreducerende tiltag ved, at man har lettet mulighederne for at komme i behandling, ligesom man har etableret differentierede behandlingstilbud – dvs. tilbyder metadonbehandling både som lavtærskel- og højtærskeltilbud. Udlevering af rene sprøjter via f.eks. sprøjtebytteordninger var et af de første skadesreducerende tiltag, der blev etableret. Informationsmaterialet *J-Kie Cards* er decideret information til bl.a. forebyggelse af fysiske skader ved et intravenøst misbrug.

Definitionen på skadesreduktion er til stadihed til diskussion. Hvad betyder det i teorien, og hvordan kan man implementere det i praksis? De tre eksempler er derfor ligeledes blevet brugt til at diskutere, hvor grænserne for skadesreduktion går i praksis. En diskussion vi ser frem til at følge i de kommende år, og som formentlig vil være med til at forandre gamle og søsætte nye indsatser på dette område.

NOTER

1. Især har Holland og England fra forskellige udgangspunkter gjort sig bemærkede i forhold til at nytænke forebyggelse og behandling af stofmisbrug, hvilket bl.a. Marlatt (1998a) redegør for. Han fremhæver den hastige spredning af HIV-smitte blandt stofmisbrugere i begyndelsen af 1980'erne som et vigtigt incitament til at nytænke forebyggelse på området. O'Hare (1992) påpeger andre væsentlige bevæggrunde til opkomsten af skadesreduktion i feltet. Bl.a. var praktikere og forskere på det tidspunkt begyndt at tvivle på, hvorvidt det var stofproblemet i sig selv eller det var de politikker og strategier, som blev taget i anvendelse i forhold hertil, der var det alvorligste problem. Også det øgede fokus på de livsvilkår, som stofmisbrugere lever under, der med etnografiske undersøgelser af misbrugsmiljøet er blevet tilgængelige, fremhæves som relateret til opkomsten af skadesreduktion.

2. Se mere om 12-trinsmodellen i Dahl (1999) og Steffen (1996).

3. Selv om skadesreduktion er kendt og diskutert i USA, har begrebet dér ikke den samme positive klang i offentligheden som i f.eks. Holland, England og Danmark. Lande som USA og Sverige har det stoffri samfund som mål og baserer deres forebyggelses- og behandlingspolitik på meget restriktive holdninger til stoffer, stofmisbrug og stofmisbrugere. Her betragtes skadesreduktion ideologisk og i praksis som udtryk for legaliserings- og afkriminaliseringsbestræbelser og inddrages derfor ikke som politisk strategi eller behandlingsmæssig filosofi. I begge lande er rekreativ og lejlighedsvis brug af "bløde" stoffer kriminaliseret på linje med misbrug af de "hårde", afhængighedsskabende stoffer.

4. I forlængelse af Marlatts fjerde princip er det, som Ege (1997) gør, vigtigt at understrege, at skadesreduktion ikke indebærer, at man ensidigt sætter på lavtærskeltilbud. Det vigtige er, at der er kommet mere fokus på lavtærskeltilbud, at disse etableres i det miljø stofmisbrugere færdes i, og at de tager udgangspunkt i stofmisbrugernes aktuelle behov. For at tilgodese de meget forskellige behov for hjælp og behandling, som gruppen af stofmisbrugere som sådan har, er et differentieret behandlingsapparat tydeligt nødvendigt.

5. Som filosofisk retning kendetegnes pragmatismen især ved, at sandhed ikke er noget absolut. Sandheden giver kun mening i det omfang, den

lever op til kravet om praktisk nytte.

6. Dole & Nyswander opdagede, at opiatafhængige i hidtil uhørt grad så ud til at profitere af en daglig dosis metadon. I et pilotprojekt, hvor samtlige deltagere tidligere – men uden held – havde forsøgt sig med forskellige typer stoffri behandling, fokuserede Dole og Nyswander først og fremmest på at justere en daglig metadondosis til hver enkelt stofmisbruger, således at abstinenser og den dermed forbundne stoftrang kunne behandles effektivt, dvs. uden at patienten blev påvirket eller døsig (Dole & Nyswander 1965). Dole & Nyswander's første resultater viste drastisk fald i kriminalitet og illegalt misbrug og stigning i beskæftigelse blandt stofmisbrugere i vedligeholdelsesbehandling. Dette var et væsentligt incitament til at etablere metadonprogrammer over det meste af USA (Winsløw & Ege 1983:34).

7. Også undersøgelser af metadonbehandlingen i Danmark viser, at behandlingen mindst halverer stofmisbrugernes brug af heroin, injektionsmisbrug og illegale aktiviteter (Pedersen 2001).

8. I 1996 kom den nye ”metadonlov”, som Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler kaldes. Ansvar for ordination, udlevering og kontrol med metadon overdrages hermed fra kommunerne og de praktiserende læger til amterne og amtsligt ansatte læger. Det primære formål med den nye lovgivning er at få koordineret og samlet de forskellige typer af stofmisbrugsbehandling under ét og dermed kunne tilbyde en ensartet behandling landet over samt at få styr på ordinationen af metadon (Ege 1997, Spannow 1997). Metadonbehandlingen før 1996 var delt mellem de praktiserende læger, der tog sig af den medicinske del, og socialforvaltningen, der tog sig af den psykosociale del. De enkelte amter har dog valgt at organisere metadonbehandlingen på forskellig vis, og regionale forskelle kommer til udtryk bl.a. i valget af behandlingspraksis, personalesammensætninger, kontrolforanstaltninger etc.

9. Alkohol og Narkotikastatistik (2001).

10. Se oversigten over udbredelsen af sprøjteudleverings- og bytteordninger, som Narkotikarådets arbejdsgruppe vedr. skadesreduktion præsenterer i Stof nr.15 2001.

11. Fich & Brünes (2000) viser i deres undersøgelse, at stofmisbrugere omkring Maria Kirkeplads i stort antal injicerer deres stof på gaden.

12. Diskussionerne om, hvad sprøjtebytteordninger skal indeholde, refererer til, hvilke stoffer den enkelte misbruger indtager. Det/de foretrukne

stoffer er ikke konstant, men forandrer sig bl.a. med udbudet af stoffer på markedet. I Canada hvor crack – en bestemt form for kokain – er blevet det klart foretrukne stof blandt landets misbrugere, er brugerorganisationer begyndt at plædere for gratis udlevering af crack-piber. Crack ryges, men fælles brug af en crack-pibe er ligesom fælles brug af en sprøjte, vat eller vand smittekilde for både blodbårne og bakterielle infektioner. Udleverings- og bytteordninger i forhold til de remedier, der bruges ved indtagelse af stoffer, vil ud fra en pragmatisk tankegang være nødt til at følge den/de stofmisbrugspraksisser, der findes blandt stofmisbrugere.

13. J-Kie Cards konceptet er udviklet af Foreningen NL, der arbejder for stofmisbrugeres rettigheder og interesser. Projektet er realiseret og finansieret i et samarbejde med Københavns og Frederiksberg Kommuner. 20 danske kunstnere har bidraget med illustrationer til kortene.

LITTERATUR

Alkohol & Narkotikastatistik (2001): Forebyggelse og sundhedsfremme¹⁸. Sundhedsstyrelsen

At møde mennesket hvor det er.... Om behandling af stofmisbrugere (1984). Rapport fra Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsudvalg. København: Alkohol – og Narkotikarådet

Bekæmpelse af narkotikamisbruget. Elementer og hovedproblemer (1994). Justitsministeriet & Socialministeriet & Sundhedsministeriet. København: Statens Information

Dahl, H. (1999): Døgnbehandlingen på Kråsiglund: Minnesota-behandling i et tværfagligt miljø. Slutrapport. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning

Dole, V.P. & Nyswander, M.E. (1965): A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *Journal of American Medical Association* 193: 646–650

Ege, P. (1997): Harm Reduction – hvad lægger vi i det? *Stof 2*: 10–12

Fich, C. & Brünes, N. (2000): Sygepleje blandt stofmisbrugere. Erfaringer fra arbejdet som gadesygeplejersker på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København 1998 og 1999. Specialinstitutionen Forchammersvej

Jepsen, J. (2000): The Danish Harm Reduction Debate – Actors and Influences. I Springer, A. & Uhl, A. (red.): *Illicit Drugs. Patterns of Use – Pat-*

terns of Response. München: Studien Verlag

J-Kie Cards – forebyggelse af smitte blandt stofmisbrugere i Københavns Kommune (2000). København og Frederiksberg Kommune

Laurson, L. (1995): Harm Reduction Strategy and the Drug Problem – Definitions and Applications in Denmark. Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift 12(supplement): 97–106

Marlatt, G. A. & Tapert, S. F. (1993): Harm Reduction: Reducing the Risks of Addictive Behaviours. I: Baer, Marlatt & McMahon (red.): Addictive Behaviours Across the Life Span. Prevention. Treatment and Policy Issues. London: Sage Publications

Marlatt, G. A. (1996): Harm Reduction: Come as you are. Addictive Behaviors 21(6): 779–788

Marlatt, G. A. (1998a): Harm Reduction around the World: A Brief History. I Marlatt, A. G. (red.): Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. New York: The Guilford Press

Marlatt, G. A. (1998b): Basic Principles and Strategies of Harm Reduction. I Marlatt, A. G. (red.): Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. New York: The Guilford Press

O'Hare, P. (1992): Preface: A note on the concept of harm reduction. I O'Hare et al. (red.): The Reduction of Drug-Related Harm. London: Routledge

Pedersen, M.U. (2001): Substitutionsbehand-

ling: Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Århus: Center for Rusmiddelforskning

Riley, et al. (1999): Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper. Substance Use & Misuse 34(1): 9–24

Sears, C. & Weltzien, E. & Guydish, J. (2001): A cohort study of syringe exchangers and nonexchangers in San Francisco. Journal of Drug Issues 31(2): 445–464

Skadesreduktion (1999): Rapport fra Narkotikarådets Skadesreduktionsarbejdsgruppe. København

Spannow, K. E. (1997): Metadonprojekt i Nordjyllands Amt. Århus: Center for Rusmiddelforskning

Steffen, V. (1996): Erfaring, fællesskab og forandring: Minnesota-modellen og Anonyme Alkoholikere i Danmark. København: Institut for Antropologi

Substitutionsbehandling (2000): Narkotikarådets Anbefalinger. København

Tsui, M. (2000): The harm reduction approach revisited: An international perspective. International Social Work 43(2): 243–51

Undersøgelse af amternes sprøjteudleverings- og bytteordninger. Stof 15: 38–41

Winsløw, J. H. & Ege, P. (1983): Metadon – og hvad så? En undersøgelse af længerevarende metadonbehandling af stofmisbrugere hos praktiserende læger i Københavns kommune. København: Alkohol- og Narkotikarådet.