

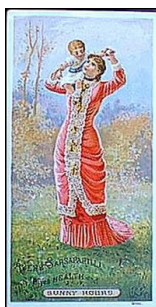
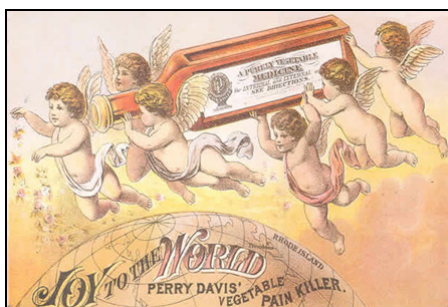
Fakta om heroin og forsøg med heroinunderstøttet behandling

Af Nanna W. Gotfredsen, Gadejuristen, 25. februar 2007 (red. 5. april 2007)

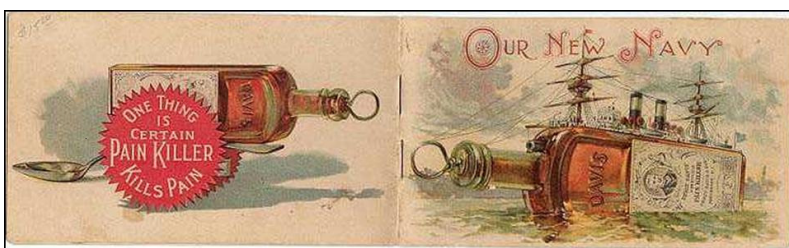
Heroin (latin; heronium, af græsk heros, helt) er et morfinpræparat, der ved en forholdsvis enkel proces udvindes af opium (fra opiumvalmuen *Papaver Somniferum*).

Opiums anvendelse har været dokumenteret i 5000 år. Oldtidens egyptere kendte også opium som lægemiddel. I den antikke medicin og ind i vor tid, er opiumpræparater betragtet som universalmidler og er ifølge ældre tiders farmakopéer blevet anvendt som beroligende og smertestillende midler mod diaré, slangebid, astma, hoste, epilepsi, kolik, urinvejsbesvær, urolige børn, børns ”ondt for tænder”, og hovedpine.

Opiums rygning begyndte at finde sted i Europa og Asien i begyndelsen af 1500-tallet. På det tidspunkt opdagede man at opium, ligesom det nyopdagede rusmiddel tobak, kunne ryges i pipe¹.



"AYER'S CHERRY PECTORAL
Cures colds, coughs, and all
diseases of the throat and lungs"
JC Ayer & Co., 1875-1925



Reklamer for opiumholdige præparater fra perioden 1860-1890. Reklamerne var ofte farvestrålende og fulde af omsorg for såvel børn og syge. Med dagens gældende holdning til og forestilling om opium, og især heroin, vil man sandsynligvis umiddelbart mene, at det er den ”grønne mand” (reklamen lige ovenfor til højre), som er ”på stoffer”. For bare godt 100 år siden, forholdt det sig stik modsat.

¹ Gads Rusmiddelleksikon, Gads Forlag, København 1999 og Sunday Times, 13. september 1998: ”How aspirin turned hero”.

Kliniske rapporter om heroin, 1899 - 1905

I perioden 1899 – 1905 blev mindst 180 kliniske rapporter om heroin publiceret rundt omkring i verden. De fleste var positive. Men videnskabsfolk begyndte dog så tidligt som i 1899 at rapportere, at patienter udviklede ”tolerance” overfor stoffet. I 1902 rapporterede såvel franske som amerikanske forskere om tilfælde af ”heroinisme” og afhængighed.

I 1913 besluttede Bayer at indstille produktionen af heroin efter en eksplosion i antallet af heroinrelaterede indlæggelser på hospitaler i New York og Philadelphia. Man havde dertil konstateret, at nogle finansierede deres heroinforbrug gennem at samle og sælge affald og skrot (affald/skrot = junk, heraf betegnelsen ”junkie”). Året efter blev muligheden for at købe heroinprodukter i håndkøb fjernet i USA med loven *Harrison Narcotic Tax Act* af 1914³. En domstolskendelse i 1919 medførte reelt et egentligt forbud mod lægelig ordination af heroin til heroinafhængige. I 1924 blev såvel brug som produktion af heroin totalt forbudt i USA. Samme år som heroinens opfinder, Dreser, i øvrigt afgik ved døden.

Opfindelsen og lanceringen af heroin spillede sammen med det faktum, at mange var blevet afhængige af præparatet, samt, ikke mindst, den politiske håndtering af præparatet en afgørende rolle i forhold til cementeringen af sammenhængen mellem heroinbrug og kriminalitet.

Da både national og international lovgivning fra starten af 1900-tallet, havde indledt sit korstog mod morfin og andre opiatere, havde mange opiatbrugere skiftet til heroin. I 1924 vurderede man, at 98 pct. af de opioidafhængige i New York, var heroinbrugere. Da de legale forsyningskanaler blev lukket, tog kriminelle organisationer monopol på handelen. Først jødiske, siden italienske. I slutningen af 1930’erne var mafiaen massivt og stærkt involveret i den illegale stofhandel. Den regulering, som samfundet havde fravalgt sig reguleringsansvaret for, var nu i hænderne på en skrupelløs underverden som med profit for øje udnytter alle på sin vej. Fra den fattige bonde i Afghanistan til de socialt mest udsatte mennesker i lande verden over. Vel mest fordi, de får lov.



Heroinlaboratorier, Afghanistan



Medicinsk heroin,
(diacetylmorfin),
UK, RIOTT, 2005

³ Se denne lov: www.druglibrary.org/schaffer/history/e1910/harrisonact.htm

Heroin; et morfinpræparat med ”turbomotor”

Heroin er et særligt hurtigtvirkende morfinpræparat. Farmakologisk har heroin den samme virkning som morfin. Det omdannes med stor hastighed til morfin i kroppen, og adskiller sig i øvrigt alene fra andre morfinpræparater ved at være kriminaliseret.

De mest almindelige bivirkninger ved indtagelse af morfin er, som anført i lægemiddelkataloget⁴, kvalme, opkastning og forstoppelse. Mennesker med store smerter af den ene eller den anden slags, vil også ofte opleve ubehag ved indtagelse af morfinpræparater, men de vil (også) være tilbøjelige til at opleve velbehag. Fordi morfinen gør smerterne udholdelige. Det samme gælder - naturligvis - for heroin.

”Suset”

Dobbeltblindforsøg har vist, at langt de fleste *raske* mennesker, overvejende oplever ubehag ved indtagelse af morfinpræparater. Man får, som anført, tørhed i munden, kvalme og opkastninger. Man skal indtage stoffet gentagne gange, nogle over måneder, før det bliver behageligt⁵. Man kan sige det på den måde, at det så omtalte ”sus”, bl.a. er svaret på en i kroppen registreret mangelstilstand, altså abstinenser.

Også valget af injektion som administrationsrute, bidrager til oplevelsen af et ”sus”. IV-brug, kombineret med heroinens særlige ”turbomotor” medfører, at man med næsten lynets hastighed bliver smertefri. Eller *rask* som heroinbrugerne gerne selv betegner det. Man skal således være (godt på vej til at blive) fysisk afhængig, før man oplever ”suset”. For langt de fleste af os, er heroin alene derfor ikke umiddelbart et attraktivt rusmiddel. Vi er nemlig ikke (tilstrækkeligt) smerteplagede til at opleve velbehag på den konto. Heroinens umiddelbare attraktion er forbundet med dels en forudgående smerte, dels en etableret afhængighed.

Man skal øve sig (og jo helst lade være, for tænk, hvis man er en af de få, som kan lide det!)

Man kan også sige det på den måde, at det gælder for heroin, som for stort set alle andre rus- eller nydelsesmidler, herunder alkohol, tobak og kaffe⁶, at man generelt skal *lære* at kunne lide det. Man skal så at sige øve sig. For at blive afhængig af morfin eller heroin, skal man, med individuelle variationer, være vedholdende i sit brug⁷.

⁴ Se fx her: [www.medicin.dk/\(ic4gpc5544xjji55hfhqbg55\)/show.aspx](http://www.medicin.dk/(ic4gpc5544xjji55hfhqbg55)/show.aspx)

⁵ Jacob Hilden Winsløw, ”Narreskibet”, forlaget SOCPOL 1984, p. 15f m. henv. til Lasagna m.fl. 1955

⁶ Men ikke nødvendigvis for fx kokain, som man godt kan opleve som positivt ved første gangs indtagelse. Nogle rapporterer dog, at de intet har mærket ved indtagelse af kokain, ej heller i den mere potente form ”crack” el. freebase.

⁷ Se f.eks. Jacob Hilden Winsløw, ”Narreskibet”, forlaget SOCPOL 1984, p. 21f

Heroin er vævsutoxisk

I øvrigt er heroin, ligesom andre morfinpræparater, ganske vævsutoxisk og nedbryder således hverken væv eller organer, i modsætning til fx det organiske opløsningsmiddel alkohol. Vores fysik registrerer end ikke forskel på tilført morfin/heroin og vores eget medfødte, indbyggede smerteregulerende system, endorfinerne. Men kroppen er generelt ganske doven, og konstaterer den, at der er rigeligt med smertestillende stof (som fx hos en heroinbruger), vil den reducere, eventuelt næsten helt ophøre, med at producere endorfin. Dette faktum, er formodentligt en af årsagerne til, at så få formår at blive og fastholde stof- og medicinfrihed, uanset hvor veludbygget et behandlingsapparat vi har. Kun 2-3 pct. af stofbrugerne bliver stof- og medicinfriske årligt.

Introduktion af heroin på det illegale marked i Danmark

Herhjemme blev heroin først alvorligt introduceret på det illegale marked i midten af 1970'erne⁸. Men straffelovgivningen var allerede mange år forinden gjort klar. Lov om euforiserende stoffer, som stofbrugerne fortsat primært straffes efter, også blot ved besiddelse til eget forbrug, var allerede blevet gennemført i 1955. Som en følge af den danske ratifikation af FN's Single-konvention af 1961, blev heroin (og cannabis) i 1963 optaget på den til lov om euforiserende stoffer hørende positiv-liste. Straffeapparatet var således for længst kørt i stilling. Det stod nu bare og ventede på, at heroin-brugerne ville dukke op.

Re-definition af heroin som substitutionsmedicin

Idéen om (igen) at anvende heroin i behandlingen af særligt hårdt belastede heroinafhængige, opstod så langt tilbage som i 1926⁹, hvor en komité under den engelske regering rådede til, at det blev lovligt at bruge lægeordineret heroin i behandlingen af "morfinister", i det omfang det gjorde dem i stand til at leve et "nyttigt liv".

Denne anbefaling blev fulgt indtil 1968, hvor ordinationsretten blev indskrænket til visse speciallæger. Efterhånden blev lægelig ordination af intravenøs heroin mere sjælden i England, men fortsat praktiseret¹⁰.

I de senere år er der set en stigende tendens. Efter anbefalinger fra en arbejdsgruppe under den engelske regering, som havde til opgave at opdatere "Drug Strategy 2002", fremgår følgende af den nugældende nationale behandlingsstrategi: *"The Government aims to provide heroin prescribing to those with a clinical need for it. This will be a small minority of opiate users as evidence shows that oral methadone is the preferred treatment option in most cases where prescription of an opiate*

⁸ "Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser, behandling" p. 34f, Peter Ege, 1997

⁹ "De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug", Jill Mehlbye, AKF rapport, 1997, p. 144f

¹⁰ "De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug", Jill Mehlbye, AKF rapport, 1997, p. 144

substitute is part of an individual's treatment"¹¹. Man har dog også i England fundet det nødvendigt at gøre sig deciderede videnskabelige erfaringer med heroinunderstøttet behandling, og et forsøg, The RIOTT, er aktuelt i gang. Det blev indledt i 2005. Resultater fra forsøget forventes publiceret i 2008¹².

Schweiz¹³

I 1991 besluttede den schweiziske regering at iværksætte et 3-årigt forsøg med psykosocial behandling kombineret med lægeordineret heroin til cirka 1000 hårdt belastede heroinbrugere. Selve forsøget gennemførtes i perioden 1994-1997.

Schweizerne havde efterhånden opbygget et solidt og bredspektret behandlingssystem. Man havde således 2/3 dels dækning i behandlingsapparatet i forhold til antal stofbrugere samt forskellige og varierede lavtærskeltilbud, herunder fixerum, allerede forud for iværksættelsen af heroinforsøget.

På baggrund af bl.a. de højeste dødstal i Europa sidst i 1980erne¹⁴, kom man dog til den erkendelse, at det almindelige behandlingssystem måtte suppleres med særlige tiltag for de sværest belastede stofbrugere. De som ikke havde kunnet profitere af det etablerede behandlingssystem. Heroinen blev i forsøget indtaget på særlige klinikker. Resultaterne blev publiceret i 1999 og heroinunderstøttet behandling blev efter en folkeafstemning om spørgsmålet, hvor 70 pct. af den schweiziske befolkning tilsluttede sig, gjort til et permanent behandlingstilbud¹⁵.

I det schweiziske forsøg deltog i alt 1.146 stofbrugere, fordelt på 18 behandlingssteder i 15 byer. De positive resultater herfra er velkendte, om end omdiskuterede, bl.a. fordi der i forsøgsdesignet ikke var indbygget en kontrolgruppe. På heroinhøringen i Folketinget d. 21. oktober 1998, forsvarede schweizerne forsøgsdesignet med, at der ikke var tale om "kaniner i bur", men om nogle af de allersvagest stillede medborgere og at man derfor havde fundet det uetisk at benytte et traditionelt videnskabeligt forsøgsdesign med randomisering og kontrolgruppe.

Forsøget i Schweiz har imidlertid været fulgt nøje og vist bemærkelsesværdige resultater:

¹¹ Se her: www.drugs.gov.uk/treatment/strategy/ og her: www.exchangesupplies.org/conferences/2005_NCIDU/presentations/nick_lintzeris_RIOTT.html

¹² Personlig oplysning fra Christopher Hallum, forsker tilknyttet The RIOTT.

¹³ Ambros Uchtenhagen et al (1999), *Prescription of Narcotics to Heroin Addicts. Main results of the Swiss National Cohort Study*, Karger, Basel, Rehm et al (2001), *The Lancet* 358:1417-1420, *Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study* og Güttinger et al (2003), *Evaluating longterm effects of heroin-assisted treatment – the results of a 6 year follow-up*, *European Addiction Research* 9:73-79.

¹⁴ "De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug", Jill Mehlbye, AKF rapport, 1997, p. 137

¹⁵ *Swiss Federal Office of Public Health, Heroin-assisted treatment*, 1999, www.admin.ch/bag/sucht og Rapport fra heroinhøring i Folketinget, 21. oktober 1998, p. 27f

Denne hårdt belastede gruppe af stofbrugere, som i vid udstrækning hidtil ikke havde kunnet gennemføre et behandlingsforløb i det etablerede behandlingssystem, forblev i høj grad i heroinforsøgsbehandlingen (89 pct. efter 6 måneder, 69 pct. efter 18 mdr.), opnåede en markant forbedret fysisk almen og ernæringsmæssig tilstand og injektionsrelaterede hudlidelser og infektioner blev kraftigt reduceret. Forekomsten af depressioner, angsttilstande og vrangforestillinger reduceredes kontinuerligt og signifikant og forbruget af illegale rusmidler faldt hurtigt og betydeligt.

Tolv graviditeter/fødsler, hvor kvinderne modtog heroinunderstøttet behandling, er forløbet uden komplikationer. Der er ingen indikationer for skader på børnene (Geistlich 1999).

Forbruget af illegal heroin faldt signifikant (dagligt forbrug fra 81 pct. ved forsøgets start, til bare 6 pct. efter 18 måneder). Af andre positive resultater, som man måske ikke umiddelbart ville eller kunne have forventet, kan nævnes, at også forbruget af kokain faldt markant (dagligt forbrug fra 29 pct. til 3 pct. efter 6 måneder og 2 pct. efter 18 måneder), ligeså for så vidt angår forbruget af benzodiazepin (dagligt forbrug fra 19 pct. til 2 pct. efter såvel 6 som 18 måneder). Alt sammen opgjort efter både selvrapportering og kontrol af urinprøver.

Deltagernes sociale situation forbedrede sig også betydeligt. Deres boligsituation blev stabiliseret. Andelen af forsøgsdeltagere i fast arbejde blev fordoblet (fra 14 pct. til 32 pct.). Kun 10 pct. havde indtægter fra illegale aktiviteter mod knap 70 pct. ved forsøgets start.

Heroin-ordination medfører dermed langt mindre kriminalitet, at der indtages færre illegale stoffer, og at man har væsentligt mindre kontakt til kriminelle miljøer hhv. stofmiljøet. Dertil konstaterede man en signifikant reduktion i deling af injektionsudstyr og dermed i smitterisiko i forhold til hepatitis, hiv etc.

Fra schweizisk side mente man, at det største uløste problem var den ikke helt tilfredsstillende sociale integration af stofbrugere. En bredere tidshorisont og en mere intens psykosocial indsats er antaget af forskerne, at ville kunne modvirke disse integrationsproblemer.

Af nyere opfølgingsstudier (Rehm et al 2001, Güttinger et al 2003), hvor i alt ca. 2000 har været indskrevet i den schweiziske heroinunderstøttede behandling i perioden januar 1994 – december 2000, fremgår, at retentionen fortsat var høj. Efter 3 måneders heroinunderstøttet behandling, var 86 pct. fortsat i behandling, efter 12 måneder var 70 pct. fortsat i behandling, halvdelen af patienterne deltog i behandlingen i 2-5 år og 34 pct. havde deltaget i 5 år eller mere.

1071 var blevet udskrevet af heroinbehandlingen i løbet af de første seks år. Heraf var 90 patienter udskrevet to gange og 7 patienter 3 gange. 59 pct. af de udskrevne var overgået til anden behandling. Heraf var 37 pct. nu indskrevet i metadonunderstøttet behandling, som de altså ikke forud for modtagelse af den heroinunderstøttede behandling, havde været i stand til at profitere af. Hele 22 pct. var indskrevet i stoffri behandling, hvilket må anses som en stor andel, når den høje belastningsgrad hos dem tages i betragtning. Andelen af skift til stoffri behandling, steg proportionalt med tiden tilbragt i den heroinunderstøttede behandling (29 pct. efter tre år i heroinunderstøttet behandling).¹⁶ Man kan sige det på den måde, at jo længere tid, man får til at ”komme sig” – eller måske mere dét, at man får tilstrækkeligt med tid til formålet – jo flere bliver i stand til at overgå til stoffri behandling.

Efter seks år havde kun 18,9 pct. af de som var blevet udskrevet af heroinbehandlingsprogrammet, genoptaget dagligt forbrug af illegal heroin.

I 1999 anerkendte en uafhængig ekspertgruppe under WHO det schweiziske heroinforsøg og resultaterne, herunder også den relativt høje retention i behandlingen, samt at det lader sig gøre, at indstille heroinbehandlede på en stabil dosis. Man kritiserede imidlertid, at det på grund af forsøgsdesignet ikke var muligt at sige præcist hvad de gode resultater skyldtes. Skulle man blive klogere på dette, måtte der iværksættes yderligere heroinforsøg, bl.a. for at kompensere for manglerne i det schweiziske forsøg, herunder den manglende kontrolgruppe.

For Schweiz som helhed er der efter omlægning af narkotikainsatsen, som indledtes allerede for godt 20 år siden, i forhold til stofbrugerne registreret en væsentlig nedgang i kriminalitet og domfældelser. Senest har man dertil dokumenteret et markant fald i nyrekruttering af unge mennesker i stofmiljøet. I året 1990 var 850 personer begyndt at bruge heroin. I 2002 var antallet af nyrekrutterede faldet til 150 (The Lancet, 3. juni 2006)¹⁷. Endelig, men absolut ikke mindst, er også dødeligheden blandt stofbrugerne reduceret.

Holland (www.ccbh.nl)

På baggrund af de gode schweiziske resultater iværksatte Holland et lignende forsøg som gennemførtes i perioden 1998-2001. Heri deltog 549 særligt hårdt belastede heroinafhængige. De særdeles positive resultater blev offentliggjort året efter, i 2002.¹⁸

¹⁶ Om de schweiziske follow-up studier, se også den tyske heroinrapport (note 28), p. 23

¹⁷ www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606687771/fulltext

¹⁸ Wim van den Brink et al (2002), *Medical Co-Prescription of Heroin. Two Randomized Controlled Trials*, Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH), www.ccbh.nl/ENG/index.htm

Her var der tale om et videnskabeligt design som, i modsætning til det schweiziske forsøg, på alle måder levede op til de videnskabelige krav om randomisering og anvendelse af kontrolgruppe.

Forsøget rettede sig mod hårdt belastede heroinbrugere, som blev betegnet som ”behandlingsresistente”, forstået således, at de ikke havde kunnet profitere af de eksisterende behandlingstilbud, ej heller af den metadonunderstøttede behandling de var i, da forsøget startede. De havde brugt heroin i knap 16 år, var alle poly drug users (brugte foruden heroin og andre opioider også kokain, alkohol, benzodiazepiner, amfetamin mv.) og havde gennemsnitligt været i metadonunderstøttet behandling i lidt mere end 12 år. Mange havde forsøgt sig med afgiftningsprogrammer og/eller stoffri behandling. De var gennemsnitligt 38,5 år gamle, havde stort set ingen uddannelse, var såvel fysisk som psykisk i meget ringe tilstand, havde i årevis ikke haft regulært arbejde, hvis overhovedet, de var gældsplagede og velkendte i straffeapparatet. 70,1 pct. havde begået kriminalitet indenfor den seneste måned. Deres netværk udenfor stofmiljøet, var særdeles ringe.

Kort sagt, var konklusionen for så vidt angår de deltagende IV-heroinbrugere, at heroinunderstøttet behandling, var næsten dobbelt så effektiv som metadonunderstøttet behandling. I heroingruppen levede nemlig 56,6 pct. af forsøgsdeltagerne op til designets særdeles skrappe krav for at blive betragtet som profiterende af behandlingen. Efter disse krav skulle man samlet set udvise en mindst 40 pct.¹⁹ fremgang på følgende sammenlagte parametre: Den fysiske og psykiske tilstand (hhv. MAP-HSS og SCL-90), social integration (a. Antal dage, 0-30, med illegale aktiviteter, b. Antal dage, 0-30, uden personlig kontakt med ikke-stofbrugende personer, c. Antal dage, 0-30, med brug af kokain, d. Antal dage, 0-30, med brug af amfetamin) og funktionsniveau, brug af illegale stoffer og involvering i kriminelle aktiviteter. Kun 31,6 pct. af forsøgsdeltagerne i metadon-kontrolgruppen klarede at blive betragtet som profiterende.

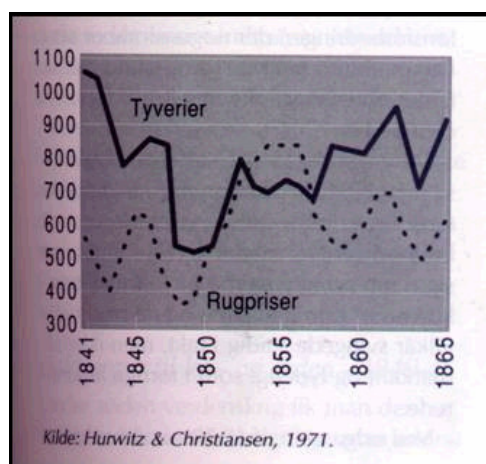
For de som profiterede af heroin-ordinationen, gjaldt det, at scoren på MAP-HSS (fysisk tilstand) faldt så markant, at scoren var tæt på at svare til den gennemsnitlige score for den hollandske befolkning (fra gns. 12,5 til 5,9, gns. for den hollandske befolkning = 4,8). Ligeledes for den psykiske tilstand (SCL-90 score). Også antal dage med brug af kokain faldt.

Det er endvidere et bemærkelsesværdigt resultat, at omfanget af involvering i kriminelle aktiviteter faldt markant, ikke blot for de deltagere i heroingruppen, som blev vurderet til at profitere af behandlingen, men også for de deltagere i heroingruppen, som ikke udviste en fremgang på de krævede minimum 40 pct. (fra 10,6 dage med kriminelle aktiviteter til 3,9). Et faktum, som

¹⁹ Efter et tidligere udkast til forsøgsdesign, skulle deltagerne udvise mere beskedne, og vel også mere realistiske (målgruppen taget i betragtning), 20 pct.s fremgang, for at blive betragtet som ”responders”, altså profiterende af behandlingen (p. 66).

understøtter, at disse stofbrugere ikke begår kriminalitet med traditionel berigelseshensigt, men fordi de er afhængige af netop dette morfinpræparat i en sådan grad, at de ikke kan profitere af de traditionelle behandlingstilbud uden heroin-ordination, og tilbydes de ikke heroin-ordination, er de henvist til at begå kriminalitet for at finansiere afhængigheden (såkaldt følgekriminalitet).

En betegnelse der ligger lige for at bruge er ”overlevelseskriminalitet”. Disse heroin-afhængiges kriminalitet er dermed i første række en følge af, at de ikke tilbydes heroinunderstøttet behandling. Begrebet ”overlevelseskriminalitet” kan fx illustreres ved grafen nedenfor, hvor Hurwitz og Christiansen (1971) indtegnede antal tyverier hhv. rugpriserne over tid, som et udtryk for, hvad det koster at mætte maven i perioden 1841 – 1865. Som det ses nedenfor, følger de to størrelser ganske pænt hinanden:



20

Den positive effekt af heroin-ordination indtraf meget tidligt. Maksimum-effekten var næsten nået allerede to måneder efter forsøgets start. Efter bare to måneder, udviste 43,4 pct. nemlig allerede en fremgang på mindst 40 pct. De udviste også en, så at sige, bredere funderet fremgang. 46,6 pct. af fremgangen hos de som profiterede af den heroinunderstøttede behandling, skete på mere end ét af de områder, man målte på. Den tilsvarende andel i kontrolgruppen var på bare 16,1 pct.

To måneder efter forsøgets start, havde 18,4 pct. af de heroinbehandlede vist en sådan fremgang, at de ikke længere opfyldte inklusionskriterierne vedrørende funktionsniveau (fysisk, psykisk, socialt). Det samme var kun tilfældet for 5,1 pct. i kontrolgruppen (metadongruppen). Efter 12 måneder, havde 32,9 pct. i heroingruppen haft en sådan fremgang, at de ikke længere opfyldte inklusionskriterierne, mens det samme kun var tilfældet for 13,1 pct. i metadon-gruppen.

I det hollandske forsøgsdesign var der fra start indlagt en 12 måneders grænse. Efter disse 12 måneder ophørte heroin-ordinationen således også for de deltagere som ellers havde profiteret

²⁰ Fra *Kriminalitet og Social Kontrol*, Flemming Balvig (1995)

markant af den. Det skulle hurtigt vise sig at være en temmelig dårlig idé. Og i hvert fald et for tidligt behandlingsstop. Efter bare to måneder, befandt 84,4 pct. sig tilbage på stort set samme dårlige funktionsniveau, som de var på ved forsøgets start. De var nu lige så dårlige fysisk, som ved udgangspunktet 14 måneder tidligere. Var næsten lige så dårlige psykisk, mere kriminelle, havde reduceret kontakt med ikke-stofbrugere og de havde samme antal dage med brug af kokain som ved forsøgets start, 14 måneder tidligere.

Mens de som havde profiteret af forsøgsbehandlingen med heroin, igen blev tilbudt heroinunderstøttet behandling efter denne periode, blev Holland først i januar 2007, det andet europæiske land, der permanentgjorde den heroinunderstøttede behandling²¹.

Der er aktuelt 350 personer i heroinbehandling i Holland, et tal man forventer, vil stige til mellem 500 og 600 personer i løbet af det kommende år.

Mere langsigtede virkninger af den hollandske heroinunderstøttede behandling, må vi afvente. Der indsamles fortsat data, og analyseres fortsat på de indsamlede data. På grund af dels det begrænsede deltagerantal, dels det begrænsede tidsperspektiv, kan man endnu ikke med rimelig sikkerhed vurdere de mere langsigtede virkninger af heroinunderstøttet behandling. Dog skal nævnes, at af de som fortsat er i heroinunderstøttet behandling, har 90 pct. et højt funktionsniveau på stort set alle områder. Man kan af de nævnte årsager heller ikke sige noget skudsikkert om, hvor mange af de heroinbehandlede, der bliver i stand til at overgå til stoffri behandling. Men de foreløbige data tyder på at mellem 5 og 10 pct. forlader heroinbehandlingen for at overgå til stoffri behandling.²² Selv om det samme tal – om end på baggrund af et noget større datamateriale – er noget højere i Schweiz, må dette alligevel betegnes som en succes, når den høje belastningsgrad i gruppen tages i betragtning.

Tyskland (www.heroinstudie.de)

I september 1999 vedtog den tyske regering at iværksætte et forsøg med heroinunderstøttet behandling. Den Socialdemokratisk/Grønne regering havde endda ladet iværksættelse af et heroinforsøg integrere som en direkte del af regeringsgrundlaget²³. Flere større tyske byer havde i længere tid presset den tidligere regering på spørgsmålet, en regering som imidlertid konsekvent

²¹ Se pressemeddelelse herom fra det tyske sundhedsministerium af 11. januar 2007: www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604814/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-Drogenbeauftragte/pm-11-1-07.param=.html

²² Personlig oplysning fra hovedforfatteren til den hollandske heroinrapport psykiater Wim van den Brink i e-mail af 22. februar 2007

²³ "Koalitionsvereinbarung, Aufbruch und Erneuerung", Bonn 20. oktober 1998 p. 26

havde afvist et tysk heroinforsøg, trods et generelt set fortsat højt antal dødsfald blandt tyske stofbrugere.

For Tysklands vedkommende skal bemærkes, således som også set i både Schweiz og Holland, at politiet har bakket kraftigt op om ikke bare etablering af fixerum, men også om iværksættelse af forsøg med heroinunderstøttet behandling²⁴. En opbakning, man ikke kan sige, at have set tilsvarende i Danmark. Senest har man også set engelsk politi udmelde en lignende markant støtte.²⁵ Præsidenten for the Association of Chief Police Officers, Ken Jones, stillede i denne uge krav om, at de hårdest belastede heroinafhængige i langt større udstrækning skal ordineres heroin, end tilfældet er i dagens England. Bl.a. i kriminalitets-forebyggende øjemed. Den aktuelle politistrategi svigter i forhold til denne gruppe, fremførte han. Han kræver en mere realistisk måde at håndtere disse mennesker på. Han henviser også til at gadepriserne på illegale stoffer, ligesom i øvrigt også i Danmark²⁶, har nået et historisk lavt niveau, og ser det som en god indikator på, at stofferne er meget let tilgængelige. Ken Jones henviser i øvrigt til kendskab til nogle heroinafhængige, som har fået ordineret heroin i mange år af engelske læger. Nogle heroinafhængige, som er ”... *i live i dag, men foruden ville have været døde. Deres tilværelse er stabil, ja, de er fortsat afhængige, men det er dog langt bedre, end at de skal finansiere deres fix ved kriminalitet*”. Ken Jones siger videre sådan her i artiklen, at ”*Heroin er en utrolig kriminalitetsstimulator, og jeg mener, at vi er dumme, hvis vi ikke erkender det*”.

Man havde i forbindelse med et forsøg med metadonbehandling kombineret med udvidet psykosocial behandling i Hamborg (Rascke et al, 1994²⁷) konkluderet, at selv om man tilstræber stoffrihed eller stabilisering i substitutionsbehandling, er der en mindre gruppe, som ikke kan nå med disse behandlingstilbud, og for denne lille gruppe havde man anbefalet et forsøg med lægeordineret heroin.

I 2002 indledtes det tyske heroinforsøg. Heroinafhængige visiteredes løbende. I Frankfurt begyndte man fx først i 2003. Resultaterne for de første 12 måneders forsøgsbehandling blev offentliggjort i marts 2006.²⁸ Samtidige, mere dybtgående, studier af deltagernes involvering i kriminalitet, sundhedsøkonomiske effekter, udbytte og mere specifik effekt af den ledsagende psykosociale

²⁴ Se f.eks. Der Spiegel, nr. 5, 1997

²⁵ Independent d. 19. februar 2007, <http://news.independent.co.uk/uk/politics/article2283951.ece>

²⁶ Se hertil Evy Frantzen, *Narkojakt på Gateplan*, ”Stoffmarked og stoffpriser”, p. 72, www.jm.dk/image.asp?page=image&objno=75183

²⁷ Peter Raschke: *Substitutionsterapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen*, Freiburg 1994, p. 406

²⁸ *The German model project for heroin assisted treatment of opioid dependent patients. A multi-centre, randomised, controlled treatment study*, januar 2006, www.heroinstudie.de/H-Report_P1_engl.pdf

behandling, det kognitive og motoriske funktionsniveau etc. er fortsat i gang og er dermed ikke behandlet tilbunds gående i denne første rapport, som altså alene beskriver de første 12 måneder.

Efter de første 12 måneder, startede fase 2 for deltagerne. Her kunne personer, som fortsat var indskrevet, i den heroinunderstøttede behandling, fortsætte denne behandling, mens deltagerne i kontrolgruppen, eventuelt kunne blive indskrevet på eventuelle ledige pladser i den heroinunderstøttede behandling. De blev ikke forud lovet dette. Indskrivning i heroinunderstøttet behandling afhang af en række faktorer.

I alt omfatter 12-måneders analysen 1.015 heroinafhængige deltagere fordelt på syv byer. Flest var mænd, mange var enlige, primært på forskellige overførselsindkomster. 97 pct. havde domme for diverse kriminalitet. De var i fysisk ringe tilstand, ca. 60 pct. havde en psykiatrisk diagnose. Ca. 40 pct. havde forsøgt at begå selvmord. Næsten alle var poly drug users (primært heroin, kokain og benzodiazepiner). De fordelte sig på to overordnede grupper: 1) Heroinafhængige, som ikke havde kunnet profitere tilstrækkeligt af den etablerede vifte af behandlingstilbud (MTF, methadone treatment failures) og 2) Heroinafhængige, som ikke i tilstrækkelig grad var blevet nået af det etablerede behandlingssystem (NR, not-reached).²⁹

Deltagerne blev tilfældigt fordelt på otte forsøgsgrupper:

Fire grupper bestående af MTF'ere blev fordelt på 1) Heroinunderstøttet behandling med social behandling i form af case management behandling/den motiverende samtale, 2) heroinbehandling med udvidet psykosocial behandling, 3) metadonbehandling ledsaget af case management/motiverende samtale og endelig 4) metadonbehandling med udvidet psykosocial behandling. Ligeledes blev NR'erne fordelt på samme fire grupper. Man ønskede blandt andet at undersøge hvilken indflydelse, om nogen overhovedet, valg af social behandling kunne have.

Succeskriterier. Forsøgs-resultatmål 1: Hvis signifikant flere deltagere i heroingruppen efter de første 12 måneder på den fysiske og psykiske sundhedstilstand (OTI og SCL 90R) udviste en fremgang på mere end 20 pct., ville heroinunderstøttet behandling blive anset som succesfuld.

Forsøgs-resultatmål 2: Hvis signifikant flere af de heroinbehandlede i forhold til forbrug af diverse

²⁹ MTF'ere og NR'ere lignede uanset hinanden ganske meget. Dog brugte NR'erne noget mere gadeheroin fra start (modtog jo ikke metadon), men MTF'erne brugte noget mere benzodiazepin, hvilket ofte observeres i dårligt fungerende substitutionsbehandling. MTF'ere havde også noget mere erfaring med at være i et behandlingstilbud, og ville måske derfor lidt lettere kunne tilpasse sig forsøget krav til deltagelse. Uanset disse mindre variationer, er det konklusionen i det tyske forsøg, at heroinunderstøttet behandling er lovende for såvel MRF'erne og NR'erne (p. 120).

illegale rusmidler (målt på urinkontrol, selvrapportering og hår-analyse), udviste en fremgang på mere end 20 pct., ville heroinunderstøttet behandling blive anset som succesfuld.³⁰

Konklusionen i den tyske heroinrapport er, at heroinunderstøttet behandling er signifikant bedre end metadonunderstøttet behandling og den er signifikant bedre i forhold til *begge* primære forsøgsresultatmål, dvs. til at medføre en markant forbedring af fysisk og psykisk sundhedstilstand og i forhold til signifikant reduktion af forbruget af illegale rusmidler. Forfatterne til rapporten konkluderer sådan her (p. 4):

“The German model project of heroin-assisted treatment of opioid dependent patients has so far been the largest randomised control group study investigating the effects of heroin treatment. This is enough to lend particular significance the results and benefits of heroin treatment. For the group of the so-called most severely dependent patients, heroin-assisted treatment proves to be superior to methadone maintenance treatment as far as the objectives of pharmacological maintenance therapies are concerned. This result calls for consequences. In accordance with research results from other countries, it is imperative to examine the possibilities of integrating heroin-assisted treatment into the catalogue of regular treatments options for severely ill intravenous opioid addicts.”

De heroinbehandlede opnåede således signifikant bedre resultater (sundhed = OR = 1.41, p = 0,023 og brug af illegale stoffer: OR = 1.85, p < 0.001) i forhold til forbedring af den fysiske og psykiske sundhedstilstand (heroin: 80 pct., metadon 74 pct.), så vel som i forhold til fald i brug af illegale stoffer (heroin: 69,1 pct., metadon: 55,2 pct.).

Disse resultater gælder, når analyse-strategien 'Worst Case Scenario' anvendes. Worst Case Scenario indebærer, at de personer, som ikke mødte op ved forsøgsstart, eller er udgået af heroingroupen under forsøget, konsekvent betragtes som ikke-profiterende af behandlingen (selv om de fx kunne være overgået til stoffri behandling), mens personer der under forsøget forlader metadon-kontrolgruppen, konsekvent betragtes som profiterende af behandlingen. Hvis man i stedet bruger analyse-strategien Non-Response, hvor alle – uanset om de var i heroinunderstøttet behandling eller metadonunderstøttet behandling – som forlader forsøget uden at fuldføre, betragtes som ikke-profiterende af de respektive behandlingsformer, fremkommer følgende lidt mere markante forskelle: Her ville 80 pct. af de heroinbehandlede fortsat blive vurderet til at have profiteret af heroinbehandlingen, mens 68,6 pct. havde profiteret af metadonbehandlingen i kontrolgruppen set i forhold til den fysiske og psykiske sundhedstilstand. I forhold til det andet

³⁰ Hvis tyskerne havde anvendt det noget højere succeskrav som hollænderne valgte at gøre, altså kravet om en fremgang på 40 pct. for at blive betraget som "responder", ville 75,7 pct. af de heroinbehandlede have profiteret af forsøgsbehandlingen, og 68 pct. af metadonbehandlingen.

primære resultat-mål, nemlig forbruget af illegale stoffer, ville 69,1 pct. af de heroinbehandlede have profiteret, mod 50,8 pct. af deltagerne i metadon-kontrolgruppen.

Den heroinunderstøttede behandling viste sig metadonbehandlingen klart overlegen (OR = 1.67, $p < 0.001$) set i forhold til antal patienter, der lever op til *begge* de overordnede primære resultat-mål (fysisk og psykisk sundhed og brug af illegale stoffer). (Worst-Case-Scenario: Heroin: 57,3 pct., metadon: 44,8 pct., Non-Response: Heroin: 57,3 pct., metadon: 40,0 pct.). Ser man på de tilsvarende tal, for de deltagere som havde deltaget hele vejen og lige efter bogen, og derfor er blevet tilladt indtræden i forsøgets anden fase, gælder det, at 63,6 pct. af de heroinbehandlede levede op til begge de overordnede resultat-mål, dvs. både har udvist mindst 20 pct.'s fremgang i forhold til fysisk og psykisk sundhed og i forhold til reduceret anvendelse af illegale stoffer. Det samme er kun tilfældet for 39,5 pct. af deltagerne i metadongruppen. Altså er der tale om en, så at sige, bredere funderet fremgang hos de heroinbehandlede – som konstateret også i det hollandske heroinforsøg.

Man så straks ved forsøgsstart et fald i anvendelse af gadeheroin, men (ikke videre overraskende) et markant større fald i heroingruppen, end i metadon-kontrolgruppen. Efter 3 måneder, brugte deltagerne i metadon-kontrolgruppen gadeheroin gennemsnitligt 7-8 dage ud af 30, mens deltagerne i heroingruppen, kun brugte supplerende gadeheroin i 1-3 dage ud af 30.

Grupperne adskiller sig også i forhold til forbrug af kokain, dog mindre markant. I Schweiz og Holland har man også konstateret et større fald i anvendelse af kokain, hos de heroinbehandlede, end i kontrolgrupperne. Det tilsvarende tyske fald, er dog større. Efter et markant fald i kokainanvendelse i begge grupper umiddelbart efter forsøgets start, faldt de heroinbehandlede antal dage af 30 med kokainanvendelse fra gns. 7 til gns. 4. I metadon-kontrolgruppen faldt antal dage med brug af kokain kun fra gns. 7 til gns. 6 (urinanalyser bekræfter selvrapporing), (p. 80). Forskerne mener, at faldet i anvendelse af kokain særligt skal ses i lyset af, at de heroinbehandlede i højere grad formår at løsrive sig fra stofscenen (de køber jo stort set ikke heroin længere) og deres reduktion i involvering i illegale aktiviteter i det hele taget (p. 118).

Stort set alle deltagerne var dømt mindst en gang. I løbet af de 12 forsøgsmåneder, var godt halvdelen af deltagerne i kontakt med retssystemet, men andelen af heroinbehandlede med fængsling i forsøgsperioden var, med sine 13,8 pct., signifikant lavere, end i metadon-kontrolgruppen, hvor andelen lå på 23,6 pct.

På spørgsmålet om antal dage af de foregående 30, hvor man havde været involveret i illegale aktiviteter, faldt andelen af de heroinbehandlede fra 73,3 pct. til 33 pct. efter de første 6 måneder og yderligere til 27,4 pct. efter 12 måneder. I metadon-kontrolgruppen er faldet klart mindre markant. Antal deltagere, som handler med stoffer faldt markant (fra 14,8 pct. til 2,5 pct. i heroingruppen og fra 16,2 pct. til 6 pct. i metadongruppen). For så vidt angår involvering i den mere ”grå” økonomi (prostitution og ”alfonseri”) sås også et fald (fra 4,9 pct. til 1,1 pct. i heroingruppen og fra 4,8 pct. til 2,2 pct. i metadongruppen).

Effekten i forhold til involvering i kriminalitet analyseres aktuelt nærmere. Men den heroinunderstøttede behandling viser altså allerede efter dette først publicerede studie en tydelig tendens til, at den også på dette punkt er den metadonunderstøttede behandling overlegen. Involvering i kriminalitet faldt generelt drastisk, og lå efter de 12 måneder, med sine 27 pct., klart under niveauet hos de metadonbehandlede (40 pct.). Dette stemmer i øvrigt overens med et konstateret fald i antal domme og anholdelser, som også var mere markant hos personer i heroinunderstøttet behandling (p. 122).

På spørgsmålet om livskvalitet og udviklingen i denne, ses en signifikant bedre udvikling i heroingruppen, end i metadongruppen. Den gennemsnitlige score ved forsøgets start var 3,28 (LQ sum score). Efter 12 måneder var samme score på 4,05 hos de heroinbehandlede og 3,89 hos de metadonbehandlede.

For så vidt angår fastholdelsen (retentionen) i forsøget, formåede 67 pct. af de heroinbehandlede at gennemføre de første 12 måneder. Her skal man erindre, at deltagelse i et sådant forsøg stiller store krav til hyppigt fremmøde, deltagelse i løbende undersøgelser, besvarelse af spørgeskemaer etc. Det samme var kun tilfældet for 37 pct. i metadon-kontrolgruppen. I alt var 546 deltagere med hele vejen (p. 77). Det store frafald i metadongruppen, forklares især ved, at så mange som en tredjedel af de heroinafhængige, som var blevet meddelt, at de var randomiseret, altså fordelt tilfældigt, til kontrolgruppen, og dermed skulle ordineres metadon i forsøgets første 12 måneder, slet ikke mødte op til forsøgsstart. Af forståelige grunde, var det vanskeligt for dem at motivere sig hertil; en stor del af dem (særligt MTF’erne), havde jo forudgående meget negative erfaringer med netop metadonbehandling, mens NR’erne aldrig havde fundet metadonunderstøttet behandling attraktiv. De var på dette tidspunkt klar over, at de opfyldte inklusionskriterierne for heroinunderstøttet behandling, men alligevel skulle de nu (igen) ordineres metadon. Udsigten til *eventuelt* at kunne indtage en ledig plads i heroinforsøgets anden fase, 12 måneder senere, var tydeligvis ikke tilstrækkeligt attraktiv for dem. Der blev jo da heller ikke udstedt garanti for, at de kunne blive

ordineret heroin 12 måneder senere. Det samme tal for udeblivelser fra forsøgsstart for de personer, som var blevet randomiseret til den heroinunderstøttede behandling, var på bare 2 pct.

I forhold til deltagernes sociale situation lykkedes det, som også set i Schweiz, flere at komme i arbejde. Fra 5,1 pct. i heroingruppen ved forsøgets start, til 11,4 pct. 12 måneder senere og fra 3,8 pct. i metadongruppen til 9,8 pct. efter de 12 måneder. Forfatterne påpeger, at ingen tidligere studier i Tyskland har vist resultater af denne karakter.

Der anvendtes, som nævnt ovenfor, forskellige former for psykosocial behandling i de forskellige delgrupper i forsøget. Effekten af de forskellige former for social behandling undersøges aktuelt nærmere, men det foreløbige resultat er, at typen af psykosocial behandling ikke har indflydelse på behandlingssucces. Et ganske tydeligt tegn på, at det netop er ordinationen af heroin, der udgør forskellen.

39 pct. af dem som lod sig udskrive af heroingruppen i løbet af de første 12 måneder, altså "før tid", og 44 pct. af dem som lod sig udskrive af metadon-kontrolgruppen, var på opgørelsestidspunktet, 12 måneder efter forsøgsstart, i metadonunderstøttet behandling i det etablerede behandlingsapparat, eller i anden form for behandling. 35,7 pct. af dem der havde forladt, eller som slet ikke var startet, i metadon-kontrolgruppen, var nu i metadonunderstøttet behandling i det etablerede behandlingsapparat. Dette er et interessant resultat i sig selv, fordi der er tale om personer, som ikke tidligere havde kunnet profitere af det etablerede behandlingsudbud, eller som ganske enkelt havde fravalgt at have kontakt med det. Det samme gjaldt for 30,8 pct. af de personer, som havde ladet sig udskrive af heroingruppen. De indgik nu i det etablerede behandlingssystem. Ca. 10 pct. af de som havde ladet sig udskrive fra hver af grupperne, dvs. fra hhv. heroingruppen og metadon-kontrolgruppen, var indskrevet i andre former for behandling, herunder 'afgiftning', længerevarende stoffri døgnbehandling ("stationäre langzeittherapie") etc.

Siden offentliggørelse af rapporten har der, trods de meget positive resultater, været en del politisk debat om fortsættelse af heroinunderstøttet behandling i Tyskland. Ganske nyligt faldt den sidste politiske modstand, nemlig modstanden fra kristendemokraterne.³¹ Og den heroinunderstøttede behandling fortsætter dermed. Det forekommer ikke så let at identificere den officielle begrundelse for CDU's kovending på spørgsmålet, men det forlyder, at presset fra især berørte lokalbefolkninger (flere af de i heroinforsøget medvirkende tyske byer er aktuelt under ledelse af CDU-borgmestre), andre politiske partier, forskere, behandlingsapparatet og brugerorganisationer ganske enkelt blev for stort. Resultaterne var for gode, modstanden måtte falde.

³¹ www.heroinstudie.de/presse.html

Spanien

I april 2001 gav den spanske regering grønt lys for iværksættelse af heroinforsøg med deltagere fordelt på fire byer. Formålet var at evaluere effekten af ordination af heroin (diacetylmorphine) versus oral metadon. Begge former for substitutionsbehandling blev understøttet af psykosocial behandling. I april 2006 blev resultaterne fra forsøget i Granada offentliggjort.³²

Her blev deltagerne rekrutteret direkte på den åbne stofscene. I alt 62 heroinafhængige som klarede de skrappe inklusionskriterier, blev randomiseret til de to grupper, forsøgsgruppen og kontrolgruppen. Effekten skulle vurderes med særligt fokus på effekt på det fysiske og psykiske helbred, social integration, kriminalitet, brug af ikke-ordinerede rusmidler og på risikoadfærd, hos denne gruppe svært belastede og udstødte heroinafhængige, som ikke hidtil havde haft gavn af de etablerede behandlingstilbud.

Deltagerne i heroin-gruppen viste mere end en dobbelt så stor bedring af den fysiske tilstand og næsten halvering af risikoadfærd (herunder smitterisiko i forhold til HIV, hepatitis etc.). De reducerede markant deres forbrug af illegalt stof (fra 25 dage pr. md. til 8 dage pr. md.) og var ligeledes markant bedre til at undgå antal dage med stofrelaterede problemer. Involvering i kriminelle aktiviteter faldt fra 11 dage pr. måned til mindre end 1 dag pr. måned.

Canada

Der er aktuelt forsøg i gang i Canada (Vancouver og Montreal, www.naomistudy.ca).

Forsøgsperioden forløber fra 2005-2008.

Ved forsøgets start vurderede man, at der var mellem 60.000 og 90.000 opiatafhængige borgere i Canada. Her, såvel som i vel stort set alle andre lande, har man konstateret, at ubehandlet opiatafhængighed kan føre til overdosis, infektionssygdomme, tab af social og økonomisk funktionsevne samt omfattende involvering i både stofrelateret kriminalitet og diverse følgekriminalitet (typisk berigelseskriminalitet). Dertil kom en dødelighed blandt de canadiske stofbrugere på ca. samme høje niveau som den danske. Det canadiske heroinforsøg tager sit udgangspunkt i, at disse alvorlige skadevirkninger indebærer enorme omkostninger for folkesundheden, sundhedsvæsenet, det sociale system og retsapparatet.

Canadiske undersøgelser har vist, at illegalt stofbrug koster 0,2 pct. af BNP. En cost-of-illness analyse havde dertil vist, at bare en enkelt opiatafhængig, som ikke er i kontakt med behandlingssystemet, beløber sig til \$45.000 i samfundsmæssige omkostninger årligt.³³

³² Journal of Substance Abuse Treatment 31 (2006) 203-211, *Controlled trial of Prescribed Heroin in the treatment of Opioid Addiction*, Eugenia Oviedo-Joekes et al.

³³ www.naomistudy.ca/pdfs/naomi_background.pdf

Målgruppen for forsøget, er den samme som i Schweiz og Holland, nemlig hårdt belastede ”kronisk” heroinafhængige, som ikke har formået at profitere af de etablerede behandlingsformer. Heller ikke af metadonunderstøttet behandling. Studier havde vist, at metadonunderstøttet behandling havde afgørende begrænsninger i forhold til denne gruppe. Et studie fra Toronto viser fx, at blandt ubehandlede heroinbrugere, ville 48 pct. have ladet sig indskrive, 33 pct. ville direkte have afvist det, mens 19 pct. ville være ambivalente, hvis de blev tilbudt øjeblikkelig adgang til metadonunderstøttet behandling. Mange har stor gavn af metadonunderstøttet behandling, men der er også nogle, som ikke har. Dertil havde studier peget på, at metadonbehandlings-programmer mister en tredjedel af de indskrevne indenfor de første 12 måneder og endnu en tredjedel i løbet af de følgende 24 måneder.

Det canadiske forsøgsdesign adskiller sig ved, at deltagere, som efter 12 måneders heroinunderstøttet behandling, fortsat har brug for behandling, vil blive visiteret til metadonunderstøttet behandling eller andre behandlingsformer efter eget valg. Deltagerne kan ikke modtage injicerbar heroin i mere end maksimalt 15 mdr. Hensigten med de canadiske forsøg, NAOMI-forsøgene, er nemlig bl.a. at undersøge, om deltagerne får en bedre sundhedstilstand, reducerer deres forbrug af illegale stoffer *eller* bliver i stand til at skifte til andre former for behandling.³⁴ Med baggrund i de europæiske erfaringer med heroinunderstøttet behandling, forventer man, at heroinunderstøttet behandling i vid udstrækning fjerner behovet for at begå kriminalitet med det formål at finansiere stofafhængigheden. Samtidig introduceres man til et miljø, hvor man kan få absolut nødvendig og tiltrængt støtte, rådgivning, psykosocial behandling, anden social hjælp, herunder hjælp til at blive etableret i bolig, beskæftigelse mv. Canadierne konkluderer, at *”this has allowed many addicted Europeans to live more productive lives and lessen the social and health costs associated with addiction.”*³⁵

Belgien

Efter 10 års diskussion i Belgien, starter i dette forår forsøg med heroinunderstøttet behandling i Liège³⁶, finansieret af det belgiske sundhedsministerium hhv. justitsministerium.

Forsøget forsvares som en måde, hvorpå hårdt belastede stofafhængige kan motiveres til at forbedre deres helbred og integration i samfundet. Forsøget vil have i alt 200 deltagere.

³⁴ Med tanke på erfaringerne fra de andre lande, særligt Schweiz (se ovenfor), hvor det bl.a. er konstateret, at det faktisk lader sig gøre, selv for nogle af de allerhårdst belastede heroinafhængige, i løbet af en heroinunderstøttet behandling, at blive klar til at overgå til fx stoffri behandling, kan man frygte, at 15 måneder ikke er længe nok (i hvert fald ikke for alle) til at blive i stand til at overgå til anden behandling.

³⁵ Reference nævnt i note 33.

³⁶ www.lesoir.be/services/archives/t-20070213-009K6Z.html?query=h%E9roine&and=and&when=-1&sort=datedesc

England, Australien, USA, Italien og Frankrig

Som nævnt ovenfor, er der også et kontrolleret forsøg i gang i England (the RIOTT). Det blev indledt i 2005. Resultater fra forsøget forventes publiceret i 2008.

Arbejdsgrupper bestående af klinikere gør overvejelser om iværksættelse af heroinforsøg i Australien (Bammer m.fl.), USA (Vlahov m.fl.), Italien og Frankrig.

Kort om den danske heroindebat

Efter nogle års intensiv debat om indsatsen – især om den massive kontrolindsats rettet mod stofbrugerne selv – på narkotikaområdet i starten af 1990'erne, tog psykiater Preben Brandt tilbage i oktober 1994³⁷, til orde til fordel for et dansk heroinforsøg med ordene: *"I nogle tilfælde vil det være en bedre løsning at hjælpe narkomaner til et ordentligt liv som misbrugere"*. Under sit indlæg på Centrumdemokraternes heroin-høring på Christiansborg³⁸ i 1996, erindrede han reaktionen på sit forslag et par år tidligere: *"Der rejste sig et ramaskrig..."*.

I 1995 beskrev cand. phil. og forsker på narkotikaområdet Lau Laursen Storgaard, den offentlige debat om iværksættelse af heroinforsøg, som en 'skyttegravskrig præget af fastgroede holdninger og dogmer'.³⁹ Man kom ligesom ikke ud af stedet. *"Når det kommer til indsatsen, står det stille"*. En vel nok særdeles rammende beskrivelse af ikke bare datidens debat, men også, skulle det vise sig, af de efterfølgende mere end 10 års debat. Især det politiske niveau har, med enkelte undtagelser, bevæget sig med sneglefart, hvis overhovedet bevæget sig ...

*"En av de farligste former for bruk av rusmidler er den politiske"*⁴⁰.

Massiv opbakning i befolkningen

Hvad det politiske niveau end måtte have så vanskeligt ved at kapere i forhold til iværksættelse af et heroinforsøg i Danmark, har åbenbart ikke været så vanskeligt for befolkningen.

En massiv folkelig opbakning er set i Schweiz, hvor der stort set hele vejen i omlægningerne af narkotikaindsatsen fra midten/slutningen af 1980'erne, har været en massiv opbakning hertil – også til heroinforsøg/heroinunderstøttet behandling. Ca. 70 pct. af befolkningen har ved folkeafstemninger i Schweiz været positive overfor forsøget hhv. permanentgørelsen af denne behandlingsform. Man har fx heller ikke oplevet nævneværdige problemer ved etablering af forsøgscentre.

En tilsvarende opbakning viste sig i den danske befolkning, hvor 67 pct. i 1998 erklærede sig positiv overfor igangsættelse af et forsøg med lægeordineret heroin (Vilstrup Research, april 1998,

³⁷ B.T. 18. oktober 1994

³⁸ Centrum-Demokraternes heroinhøring på Christiansborg, april 1996, p. 18

³⁹ Weekendavisen, 11. august 1995.

⁴⁰ Nils Christie og Kjetil Bruun, "Den Gode Fiende" p. 17, 1995

Socialudvalget, Alm. del, bilag 97, Folketingsåret 1997-98, 2. samling). Tilslutningen var bred, og altså på tværs af politisk tilhørsforhold⁴¹.

Denne måling blev gentaget primo 2000 (se Berlingske Tidende d. 6. maj 2000). Nu var 69 pct. af den danske befolkning positiv overfor iværksættelse af et dansk heroinforsøg. Hvis heroinunderstøttet behandling påviseligt kunne gavne de hårdest belastede stofbrugere, og indebære at kriminaliteten faldt (begge dele som påvist i de europæiske heroinforsøg), ville hele 82 pct. af den danske befolkning bakke op om et dansk heroinforsøg.

Danskerne blev ved samme lejlighed i øvrigt også spurgt, om de havde hørt om den slags forsøg. Det havde hele 78 pct. Som et afsluttende ekstra-spørgsmål blev de spurgt, om de var klar over, at heroin faktisk er et morfinpræparat. Det var kun halvdelen af befolkningen!

Heroinbrugernes holdning til (deltagelse i) et dansk heroinforsøg.

De første gadesygeplejersker på Maria Kirkeplads udførte en yderst interessant 'meningsmåling' blandt målgruppen for et heroinforsøg i slutningen af 1990'erne⁴². Af respondenterne ønskede ikke alle, men dog en stor andel på 75 pct. at deltage i et eventuelt heroinforsøg. De *har* prøvet at købe stof, der var blandet op med enten knuste diverse piller, vaskepulver eller endda rottegift, kender aldrig gadestoffets koncentration og dermed ej heller hverken virkning eller overdosis-risiko og fremhæver af disse grunde den klare fordel, at man i et heroinforsøg ville få "*den rene vare*". Derudover nævner de fald i den kriminelle aktivitet, fravær af stigmatisering og kriminalisering, et "mere værdigt liv", "et liv væk fra Gaden", uden prostitution og andre ydmygende følger af afhængigheden af et kriminaliseret stof, som årsager til at kunne ønske sig at deltage i et heroinforsøg. Indtagelse af rent stof, i rene omgivelser nævnes som en vej til bedre sundhedstilstand og reduceret smitterisiko. En mindre gruppe nævner, at forsyningssikkerheden ville kunne give anledning til anden og mindre skadelig administrationsform; de ville således overveje at sniffe eller ryge heroinen i stedet for at injicere. Andre giver udtryk for, at heroinbehandling ville kunne hjælpe dem til stoffrihed, bl.a. under henvisning til, at heroin er nemmere at trappe ud af end metadon. Men 25 pct. ønsker således *ikke* at deltage i et eventuelt heroinforsøg. For de yngre gælder det især, at man erklærer, at man "*jo ikke er hooked*" eller at man har planer om snart at blive stoffri. Enkelte forudser, at et heroinforsøg ville indebære massive kontrolforanstaltninger, som de ikke ønsker at blive underlagt, mens andre kort og godt svarer, at de er tilfredse med deres metadonbehandling.

⁴¹ Se hertil artiklen *Heroinforsøg – har befolkningen overhalet politikerne indenom?*, Stof, nr. 7, 1998: www.stofblad.dk/arkiv/Stof7/Heroinforsog.htm

⁴² *Sygepleje blandt stofmisbrugere*, Charlotte Fich og Nina Brünés, Københavns Kommune (2000)

”Metadon er nok! Der er slet ikke brug for heroin!”

Med den slags argumentation har fx både ministerniveau og endda også et enkelt medlem af regeringens Råd for Socialt Udsatte, som ellers skulle være talerør også for de mest udsatte stofbrugere, forsøgt sig⁴³.

Metadonunderstøttet behandling er en af de mest veldokumenterede behandlingsformer og utvivlsomt til stor gavn for mange. Men desværre ikke for alle. I mange tilfælde – men ikke i alle – gør substitutionsmedicin (om det så er metadon, heroin eller buprenorphin) det under alle omstændigheder ikke alene. Men mange har brug for substitutionsmedicin for en kortere eller længere periode, også som en forudsætning for overhovedet at kunne indgå i den for mange absolut nødvendige psykosociale behandling.

I øvrigt peger erfaringerne fra de udenlandske heroinforsøg og den danske fortsat ekstremt høje dødelighed mv. med rigelig tydelighed på, at der er et klart behov for at kunne tilbyde heroinunderstøttet behandling til en mindre gruppe. At hævde andet er ganske enkelt usagligt.

I forbindelse med et forsøg med metadonbehandling kombineret med udvidet psykosocial behandling i Hamborg helt tilbage i 1994⁴⁴, konkluderede man, at selv om man tilstræber stoffrihed eller stabilisering i substitutionsbehandling, er der en mindre gruppe, som ikke kan nås med disse behandlingstilbud, og for denne lille gruppe anbefalede man derfor et forsøg med lægeordineret heroin.

Trods disse erfaringer, er de danske forslag til folketingsbeslutning om heroinforsøg i Danmark hver gang blevet skudt ned. Flertallet har formentlig – frem til et vist tidspunkt også med nogen rette – følt, at de manglede yderligere viden om effekten af heroinunderstøttet behandling. Men det gør de ikke længere.

I starten af 2000, blev et forslag om heroinforsøg igen nedstemt i Folketinget. I stedet blev der ved denne lejlighed afsat ca. 50 mio. kr. til et metadonforsøg kombineret med udvidet psykosocial behandling, altså et forsøg der lignede forsøget i Hamborg. Resultaterne blev offentliggjort i 2005.⁴⁵ Erfaringerne var ganske positive. Dermed burde det stå klart for enhver, som ikke allerede var

⁴³ Se hertil socialministerens pressemeddelelse d. 29. april 2005:

www.social.dk/global/nyheder/Nyhedsarkiv/2005/SM/Hjaelp_til_narkomaner.html og årsrapport fra Rådet for Socialt Udsatte, 2005, p. 58-63, www.udsatte.dk/publikationer/2005rapport/publikation.pdf

⁴⁴ Peter Raschke: Substitutionsterapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen, Freiburg 1994

⁴⁵ Asmussen, V. & Kolind, T. (2005): *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. - Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter* og Pedersen, M.U. (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling. - Den medicinske og psykosociale indsats* (se www.crf-au.dk/pub_2005.asp).

overbevist herom, at også danske stofbrugere, har gavn af en relevant, kvalificeret og tilstrækkelig psykosocial indsats.

Men dette forsøg siger – naturligvis – intet om, hvorvidt vi i den danske vifte af behandlingstilbud, måtte have brug for at kunne tilbyde heroinunderstøttet behandling til en mindre gruppe tungt heroinafhængige. Dette blandt andet fordi metadonforsøget ikke blev rettet mod målgruppen for et heroinforsøg, selv om det dengang fremstod som formålet med bevillingen. Langt hovedparten af deltagerne opfyldte nemlig ikke inklusionskriterierne, som disse generelt er opstillede i de udenlandske heroinforsøg. Enten havde deltagerne nok et massivt forbrug af heroin, men var til gengæld så unge – også i deres stofkarriere – at de endnu ikke havde prøvet de etablerede tilbud overhovedet eller i tilstrækkelig grad til at kunne opfylde de i heroinforsøgene gældende inklusionskriterier. Eller også opfyldte de inklusionskriterierne aldersmæssigt, fysisk og psykisk, og havde også været igennem hele batteriet af behandlingstilbud i det etablerede behandlingssystem, men brugte til gengæld stort set ikke heroin (længere) og ville af denne grund ikke være kommet i betragtning til et heroinforsøg. Dermed er vi ikke, ej heller med dette forsøg, kommet så meget som et eneste skridt videre i forhold til nogle af de allerhårdest belastede stofbrugere. De som kunne have gavn af heroinunderstøttet behandling. Til gengæld har vi nu al den viden, vi skal bruge for at sørge for den intensivering af den psykosociale indsats, som også danske stofbrugere har gavn af. Beklageligvis må man konstatere, at den viden som det danske metadonforsøg har produceret, ikke har medført den nødvendige øgede investering i det danske behandlingsapparat, således at flere af de stofbrugere – som ikke har brug for et heroinforsøg – ville kunne profiterere af det. Trods en massiv udbygning af behandlingsapparatet fra midten af 1990'erne og vedtagelsen af behandlingsgarantien i 2002, har vi i dag en dødelighed på samme beskæmmende høje niveau som i 1995.

”Det er for dyrt!” – Nej, vi har end ikke råd til at lade være!

Det er mange gange – også nyligt – anført fra politisk hold, at et heroinforsøg vil være alt for dyrt, og at de betydelige omkostninger ved heroin-ordination ville kunne gøre større nytte andre steder. En cost-benefit analyse (Dijkgraaf et al. (2005), *British Medical Journal*, 2005, 330, p. 1297f.), har imidlertid dokumenteret en ganske stor nettogevinst ved denne behandlingsform.

Metadonbehandling koster ifølge undersøgelsen isoleret set 1.412 Euro (godt 10.000 kr.) årligt. Heroinbehandling koster 17.634 Euro (ca. 130.000 kr.) årligt⁴⁶. Men når omkostningerne ved

⁴⁶ Uanset at målgrupperne for de forskellige behandlingsformer umiddelbart er væsensforskellige (man skal naturligvis ikke visiteres til heroinunderstøttet behandling, hvis der er fagligt grundlag for at antage, at man kan profiterere af stoffri døgnbehandling), kan det alligevel sætte prisen for heroinunderstøttet behandling i perspektiv, at en enkelt årsplads på en stoffri døgnbeholdningsinstitution koster ca. 420.000 kr.

kriminalitet, kriminalitetsbekæmpelse og retsforfølgelse indregnes, koster heroinbehandling 37.767 Euro (ca. 280.000 kr.), mens metadonbehandling kommer helt op på 50.560 Euro (ca. 370.000 kr.).

I redegørelsen "*Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere*", udarbejdet af en ekspertgruppe under Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002), blev det skønnet, at der var en gruppe af stofafhængige på mellem 900 og 1.200, som kunne betegnes som de hårdest belastede. Antages det, at 1.000 opiatafhængige danskere, opfylder inklusionskriterierne og modtager heroinunderstøttet behandling, og omsættes beregningerne fra British Medical Journal til disse hypotetiske danske forhold, vil det give en samlet dansk nettogevinst på hele 100 mio. kr.⁴⁷

De højere udgifter ved heroinunderstøttet behandling, er således mere end kompenseret i form af besparelser på politi, domstole samt skadevirkningerne for ofrene for den stofrelaterede kriminalitet (typisk berigelseskriminalitet så som tyveri og indbrud).

Dertil kommer, som allerede nævnt ovenfor under afsnittet om Canada, at undersøgelse af typen cost-of-illness har vist, at bare en enkelt opiatafhængig, som ikke er i kontakt med behandlingssystemet, beløber sig til \$45.000 i samfundsmæssige omkostninger årligt.⁴⁸

Det skal her tilføjes, at et dansk heroinforsøg i den nævnte ekspertredegørelse, fik tommelfingeren nedad. Med den snævrere mulige margin. Spurgte man de samme personer i dag, hvor der foreligger langt mere og mere sikker evidens for heroinunderstøttet behandling, ville et dansk heroinforsøg blive anbefalet.⁴⁹

Anden polemik

- Den ny-religiøse

Over årene har pressen med jævne mellemrum trukket tidligere stofbrugere frem. Eks'ere – der nu er "clean" og dermed vel engang må have opfattet sig selv som "dirty" – som fremfører, at de "*aldrig var blevet stoffrie, hvis de var blevet tilbudt heroinbehandling*" og på den måde, på ganske dramatisk vis endda, argumenterer indædt imod et dansk heroinforsøg.

Der er ovenfor redegjort for, at cirka halvdelen af de indskrevne i den schweiziske heroinunderstøttede behandlings første 6 år, er udskrevet igen. Hovedparten for at blive indskrevet i andre mere etablerede behandlingsformer, herunder også i stoffri behandling. Behandlingsformer,

⁴⁷ Se Dagens Medicin, 10. juni 2005, *Lægeordineret heroin kan spare 100 mio. kr. Hollandsk analyse rokker ved Sundhedsstyrelsens begrundelse for at afvise heroinforsøg i Danmark*

⁴⁸ www.naomistudy.ca/pdfs/naomi_background.pdf

⁴⁹ Se hertil fx Berlingske Tidende, d. 29. januar 2007, www.berlingske.dk/indland/artikel:aid=854702/

som de, trods mange forsøg over mange år, altså ikke havde formået at profitere af *før* indskrivning i den heroinunderstøttede behandling. Så naturligvis kan man på et senere tidspunkt blive stoffri, også selv om man ordineres heroin. Alt andet er vås. Langt de fleste stofbrugere har endda udmærkede erfaringer – i hvert fald for perioder – med selvbestaltede udtrapninger af heroin.

Det fornemmes dog, at denne type debattører bliver færre og færre. Men de findes fortsat. En del af dem er 12 trins-tilhængere. De er blevet ”clean” via 12-trins-ideologien (minnesota-modellen). Og mange af dem har indtaget nye positioner i vellønnede stillinger som væresteds-ledere, behandlere og direktører for private døgnbehandlingsinstitutioner, hvis fortsatte eksistens nu engang afhænger af den fortsatte tilstedeværelse af udsatte, udstødte mennesker, som har brug for den slags tiltag. En gruppe mennesker for hvem fx både fixerum og heroinunderstøttet behandling i perioder af deres liv er en indiskutabel praktisk nødvendighed. For at holde sig i live. For at bevare et bare nogenlunde helbred.

Man kunne ønske sig, at også disse eks’eres bidrag til debatten blev mødt af bare helt almindelig kritisk journalistik. Først og fremmest må det nemlig antages, at heller ikke disse eks’ere kan læse i kaffebrums, og derfor ikke med sikkerhed kan sige, hvad fremtiden havde bragt under helt andre omstændigheder. Dertil peger det dokumenterede, som anført flere gange, i stik modsat retning af postulatet og det havde under alle omstændigheder været mere nærliggende at antage *og* fremføre den store fordel, at de selv kunne være sluppet for fx smitte med hiv og hepatitis under sådanne helt andre omstændigheder. Alvorlige sygdomme som de skal trækkes med og behandles for resten af deres, om end nu stoffrie, liv. Dernæst fordi det vel ikke er muligt at pege på et eneste andet felt indenfor sundhedsområdet, hvor den næsten mirakuløst kurerede – kureret med en kur, som kun virker for max 3 ud af 100 om året – får lov at afgøre, eller bare have indflydelse på, at de øvrige 97 *ikke* skal tilbydes nye og andre tiltag, herunder dokumenteret relevante former for indsats – om prisen så er, at disse mennesker skal dø en alt for tidlig død foruden sådanne tilbud.

Når man går 12 trins vejen, er mange i en årrække tilbøjelige til at være denne ideologi 100 pct. tro, mens i hvert fald nogle af dem med årene bliver mindre rabiate og mere rummelige. Det 12. trin lyder: *”Når vi som følge af disse trin havde haft en åndelig opvågnen, forsøgte vi at bringe dette budskab videre til narkomaner og at praktisere disse principper i alt, hvad vi foretog os”*. Der er således klare og umiskendelige missionerende karaktertræk i formuleringen af det trin, de ”cleane” står på, i det mindste så længe de er afholdende. Spørgsmålet trænger sig på, om de 12-trins folk, som i den aktuelle debat argumenterer imod et dansk heroinforsøg, faktisk blot passer den 12 trins-behandling, de fortsat er i? Om de blot praktiserer det 12. trin? Andre 12 trins-folk vil mene, at dette

i så fald vil være aldeles upassende adfærd. De 12 trin skal nemlig være ”tjenende, ikke styrende”. Men måske er 12-trins-eks’erne slet ikke bevidste om, at de missionerer og/eller reelt blot er i færd med (fortsat) at behandle sig selv med den slags indlæg i debatten? Også af denne grund bør pressen passe sin primære opgave. At være kritisk.

Pressen er traditionelt inderligt optaget af konflikt. Er der ikke konflikt, kan – eller må – den skabes. Når et dansk heroinforsøg foreslås, graver pressen modstandere frem. Men det må uanset være pressens opgave, selv når den går mere efter at skildre konflikt end at behandle et tema, at være kritisk – ikke alene overfor fortalerne for et dansk heroinforsøg, men – naturligvis – også overfor modstanderne af et sådan forsøg. I forhold til de nævnte eks’ere, men også i forhold til politiske aktører, skal det her være påstanden, at pressen hidtil i udbredt grad har svigtet på dette punkt. Den har nemlig gang på gang prioriteret konflikten på bekostning af den kritiske journalistik. Da jeg for nogle år siden blev bedt om at deltage i et debatprogram om fixerum på P1 og forstod, at programmet skulle have dette klassiske konflikt-snit, bad jeg journalisten finde en modstander af fixerum, som baserede sin argumentation på evidens, på saglige argumenter. Og ikke på tro, følelser, fantasi mv. En uge senere ringede journalisten tilbage og sagde sådan her: *”Saglige modstandere af fixerum eksisterer ikke!”* ...

- Den lægelige

Det er ligeledes – også nyligt – fremført fra politisk hold, at ”effekten af heroin-ordination vil være begrænset sammenlignet med metadonordination”. At også dette er usagligt, vil være fremgået tydeligt i gennemgangen af de udenlandske resultater med heroinunderstøttet behandling. Et andet argument har været fremført gennem årene, men på det seneste stort set alene politisk; nemlig påstanden om, at heroinunderstøttet behandling ”lægeligt set er en uhensigtsmæssig behandling”. Argumentet ligner til forveksling det argument, som socialoverlæge Peter Ege, gerne brugte, indtil der forelå tilstrækkeligt solide hollandske data, som han lod sig overbevise af. I debatindlægget *Heroinbehandling i ganske særlige tilfælde* i Ugeskrift for Læger (2005)⁵⁰, modificerer han dog argumentet sådan her:

”De schweiziske heroinforsøg var efter min vurdering ikke et tilstrækkeligt grundlag for at anbefale heroinforsøg herhjemme, så meget desto mere fordi brugen af heroin i substitutionsbehandling som en medicinsk behandling langt hen ad vejen er irrationel”.

⁵⁰ Ugeskrift for Læger (2005) 2005;167(06):583)

Uanset hvornår det har været fremført, og af hvem, er det egentlig et underligt argument. Det vi må tage udgangspunkt i er, at heroin faktisk anvendes temmelig konsekvent af målgruppen for et heroinforsøg. Om det så ordineres, eller ej. Ser man på målgruppen af særdeles hårdt belastede heroinafhængiges udtalte behov for social behandling, bliver argumentet kun endnu mere underligt. Man kunne ligefrem fristes til – og understøttes også heri af den foreliggende evidens – at hævde, at det er et farmakologisk set endda særdeles både hensigtsmæssigt og rationelt præparat. Det giver os nemlig muligheden for kontakt med den heroinbehandlede hele to (til tre – afhængigt af forsøgsdesign) gange dagligt, og giver os dermed for alvor mulighed for at ”komme til” med vores sociale behandlings-kunnen. Alle er jo enige om, at medicin ikke gør det alene. Der skal også social behandling til. Og det giver den heroinunderstøttede behandling, på grund af heroinens kortere virkningstid og den medfølgende, uundgåelige massive kontrol som en sådan behandlingsform vil blive underlagt, så rigelig mulighed for.

Fra forskerside har man måttet lægge øre til argumenter af umiskendelig politisk-økonomisk karakter. Man har fx argumenteret imod et heroinforsøg med henvisning til, at pengene til et sådant forsøg formodentlig ville gå fra den øvrige behandlingsindsats. Det har så vidt vides *ikke* været tilfældet i de lande, hvor man har (gen-)introduceret heroin i behandlingen af heroinafhængige. Snarere tværtimod. Man kan håbe, at den slags ’argumenteren’ hører fortiden til. Man må jo naturligvis blot insistere på, og holde øje med, at midlerne tilføres som ekstramidler. Selv i en ressourcebegrænset virkelighed, kan langt de fleste i øvrigt vist enes om, at hvis der er ikke til alle, skal de svagest stillede betænkes først. Også uafhængigt af politisk ståsted.

Om de positive erfaringer med heroinunderstøttet behandling, fortsætter socialoverlæge Peter Ege, i ovennævnte debatindlæg i Ugeskrift for Læger, sådan her:

”Hvorfor og hvordan det [heroinunderstøttet behandling] virker, er uvist. Måske dæmper det i højere grad end metadon den fysiske og psykiske smerte, disse mennesker bærer rundt på. Måske er det fordi, man simpelthen giver dem det, de gerne vil have. Eller måske er det, fordi, de med heroinbehandlingen oplever en accept og forståelse af deres tilstand. Vi ved det ikke, og der er behov for gode kvalitative undersøgelser for at få det belyst nærmere.”

”Heroin – min bedste ven nogensinde!”

Det ville være særdeles interessant at blive klogere på, hvad det er heroin kan og gør for brugerne af det. Efter dialog mod hundredvis af heroinbrugere gennem årene, står det i hvert fald klart for mig, at heroin har en særdeles positiv funktion for dem.

Generelt gælder det, at de næsten har glemt, at de kastede op i lårtykke stråler, da de begyndte at bruge stoffet. Direkte adspurgt, kommer de dog i tanke om det. Mange har dernæst sagt, at det faktisk var stærkt ubehageligt at kaste op på den måde. En del fortæller, at de ind i mellem opkastningerne, havde det så dejligt, så smertefrit, som aldrig før. Og at de derfor forholdt sig accepterende til opkastningerne; de var ligesom en nødvendig del af lettelsen over smertefriheden. Og opkastningerne ophører jo også, når man bare øver sig længe nok. Enkelte har dog ligefrem beskrevet også opkastningerne som decideret vidunderlige. Sådant oplevelse af virkningen, og især af bivirkningen, kunne sige langt mere om de pågældendes tilværelse frem til mødet med dette stof, end det siger om stoffet selv ... Tanken forekommer nærliggende. Mange fortæller råt for usødet, at eftervirkninger af massive omsorgssvigt gennem opvæksten næsten, men også kun næsten, udviskes, når de bruger heroin.

En del leverer billedrige og næsten smukke fortællinger om heroin. De beskriver fx heroin som den bedste ven, de nogensinde har haft. Eller sammenligner dét at tage et fix heroin med, at man har gået totalt nøgen rundt på gaden i dagevis i januar, hundefrysende, rystende af kulde, og alle har kigget ondt og nedladende på én. Spytet på og hånet én. Effekten af heroin beskrives som at få en lang, varm dynefrakke på. Og få lukket lynlåsen.

Når man hører den slags fortællinger, vokser forståelsen – også af det man måske ikke umiddelbart finder så let at forstå. De opioidafhængige, som fortsat har brug for heroin til de her nævnte og andre lignende formål, fortæller, at daglig indtagelse af samme mængde oral metadon og den hermed følgende stabile plasmakoncentration, bare ikke formår at varetage det udtalte behov for smertelindring af såvel den fysiske som den psykiske smerte, de bærer på. De forsøger sig ofte alligevel med at supplere med heroin, men konstaterer hurtigt, at de skal op i så høje doser, for at den søgte virkning af heroin får kravlet sig op over ”metadon-muren”. Der skal en del til, før heroinen kan vinde kampen om pladsen på de metadonmættede receptorer. De fortæller, at de derfor udvikler et massivt forbrug af benzodiazepin, som de hovedsagligt er henvist til at erhverve på det illegale marked og/eller af alkohol for at ”hidse metadonen op”. Eller Ketogan, også et opioid, men et opioid som dog formår at bryde lige igennem ”metadon-muren”, men som til gengæld efterlader nogle gigantiske sår og fysiske skader, når stoffet – i tabletform – injiceres. Men at heroin – formodentlig i kombination med administrationsruten – kan noget helt særligt, det er de enige om.

Den schweiziske psykiater Annie Mino har undret sig over, hvorfor heroin altid fremkalder diabolske og dødelige billeder. *”Det er tid til nytænkning. Vi skal intet frygte. Når alt kommer til alt, er heroin blot et af mange smertestillende midler. Alligevel udløser alene dette stof en reaktion,*

*som ellers kun kan observeres i forbindelse med højforræderi. Ordet heroin forhindrer os i at tænke*⁵¹.

Det er tid, høje tid, at begynde at tænke. Tænke på nogle af de allersvageste, de mest udsatte og udstødte medborgere i vort samfund.

Men vi skal ikke nøjes med at tænke. Vi må handle. Nu. Vi må finde en reguleringsform af dette præparat, heroin, som ikke i sig selv er langt mere skadelig, end det stof, som reguleringsformen, ellers skulle forestille at være en beskyttelse imod. Et begrænset, kontrolleret forsøg med heroinunderstøttet behandling, er ikke bare et fint skridt, og et relevant skridt. Det er også et praktisk indiskutabelt nødvendigt skridt. Der er rigelig evidens, dels for nødvendigheden af et sådant skridt, dels for effekten af et sådant skridt.

Det er et skridt som indebærer, at vi flytter nogle af de mest udstødte, mest udsatte, allerdårligst stillede medborgere fra straffeapparatet til hjælpeapparatet. Og det har de brug for.

"The best test of a civilised society is the way in which it treats its most vulnerable and weakest members." (M. Gandhi).



GADEJURISTEN
HARDCOREHARMREDUCER

⁵¹ Weekendavisen d. 2. maj 1997