

# „DET ER IKKE EN FORLYSTELSESPARK, VI DRIVER HER“

Behandling vs. nydelse og andre modsætninger i det danske program for lægeordineret heroin

KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

I 2008 vedtog det danske folketing, at behandling med lægeordineret heroin skulle være en behandlingsmulighed i dansk misbrugsbehandling. Med indførelsen af lægeordineret heroin indførte man ikke kun et stof, der for nogle stofbrugere er meget attraktivt. Man indførte også et meget komplekst behandlingstilbud med mange begrænsninger og restriktioner (Johansen 2013), og man indførte et behandlingstilbud med en række indbyggede modsætninger. I denne artikel vil jeg fokusere på tre centrale modsætninger i behandlingstilbuddet. Den første modsætning er, at heroin både er problemet – det afhængighedsskabende stof – og samtidig løsningen: behandlingen. Den anden modsætning er, at brugernes rationale for at tage stoffet – nemlig nydelsen – er meget anderledes end personalets rationale bag at give stoffet: afhjælpelse af lidelse. Den tredje modsætning er, at behandlingen søger at normalisere brugerne og samtidig omfatter praksisser – injektion af afhængighedsskabende stoffer, kokseri og overdosis – der almindeligvis betragtes som radikalt afvigende. Der er tale om modsætninger, der er relateret til udformningen af behandlingstilbuddet og beslutningen om at bruge heroin til behandling. Jeg har med dette fokus fravalgt andre modsætninger, som for eksempel er knyttet til brugernes ønsker og erfaringer. Denne artikel vil udforske disse tre modsætninger, og hvordan de er søgt håndteret i praksis i heroinklinikkerne. Ud over at modsætningerne i sig selv er interessante, giver de mulighed for at stille skarpt på en række implicite antagelser om, hvad misbrugsbehandling er i praksis. Og dermed udgør de også nogle bud på, hvad der er med til at definere behandling i den danske velfærdsstat.

## Introduktion til det danske program for lægeordineret heroin

Mennesker, der er blevet afhængige af heroin og/eller andre opioider, bliver i Danmark som regel tilbudt medicinsk behandling med enten metadon eller

buprenorfin med henblik på at erstatte det illegale stof med et legalt stof (kaldet substitutionsbehandling) (Lauridsen et al. 2010; Järvinen & Andersen 2009). Den medicinske behandling vil blive givet sammen med socialbehandling, for eksempel i form af samtaler eller hjælp til at løse forskellige praktiske problemer, for eksempel hjemløshed (ibid.). Mennesker i stofmisbrugsbehandling betegnes ofte som brugere, og det er også den betegnelse, som jeg vil bruge i denne artikel.<sup>1</sup> Den medicinske behandling kan enten ske for at nedtrappe brugerne, så de modtager stadig mindre mængder af stoffet og til sidst ikke er fysisk afhængige længere, eller med henblik på, at de skal være i behandling med det legale stof over en længere periode (kaldet vedligeholdelsesbehandling). Formålet med vedligeholdelsesbehandling beskrives ofte som stabilisering, dvs. at man kan hjælpe brugerne med deres fysiske afhængighed og dermed forhåbentlig give dem ro fra abstinenser og det hårde misbrugsliv på gaden, hvor der skal skaffes penge og stoffer (se også Järvinen & Andersen 2009). Både metadon og buprenorfin tilhører også gruppen af opioider, men er altså kendetegnet ved at kunne ordineres og bruges legalt, hvis det sker som et led i behandlingen af et misbrug af heroin og andre opioider.

Fra 2010 er behandlingstilbuddet blevet udvidet til også at inkludere substitutionsehandling med heroin (Sundhedsstyrelsen 2010). Dette behandlingstilbud er rettet til mennesker, der både er afhængige af heroin og/eller andre opioider, som injicerer stoffet, og som ikke er blevet hjulpet af substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin. Der er nu etableret fem heroinklinikker i henholdsvis København, Hvidovre, Odense, Aarhus og Esbjerg. Her kan brugerne to gange om dagen få udleveret en sprøjte med farmaceutisk ren heroin og vil selv skulle injicere sig med stoffet,<sup>2</sup> mens en sygeplejerske holder øje med dem under og ca. 15 minutter efter injektionen. Fra foråret 2010, hvor de første sprøjter med heroin blev udleveret, indtil udgangen af 2012, hvor Sundhedsstyrelsen lavede den sidste officielle opgørelse (Sundhedsstyrelsen 2013), har 252 mennesker været indskrevet i behandlingen, og 70 af disse var blevet udskrevet igen. Der er således tale om et behandlingstilbud til relativt få mennesker.

Heroin tilhører farmakologisk gruppen af opioider. Det er stoffer, der oprindeligt kom fra opiumsvalmuen, men der findes i dag også en lang række kunstigt fremstillede stoffer. Ud over heroin består opioidgruppen blandt andet af morfin, opium, ketogan, contalgin, metadon og buprenorfin. Stofferne er stærkt smertedæmpende, de er hostestillende og nedsætter tarmens bevægelse, hvilke kan forårsage forstoppelse. Derudover dæmper de vejrtrækningen, hvilket kan resultere i respirationsstop og død (Rindom 2004:81-82). Stofferne har også en euforisk virkning, der „... er karakteriseret af en stærk oplevelse af velvære, tilfredshed og angstdæmpning. Det er frem for alt denne psykiske tilstand, opioidmisbrugerne

efterstræber, og derfor indtager de stoffet igen og igen. Med tiden skifter euforien karakter og bliver mindre intens, samtidig med at der udvikles tolerans. [...] På dette stadium indtager misbrugeren stoffet af flere forskellige grunde. Dels for at opretholde en tilstand af velvære, dels for at udgå det psykiske ubehag ved at møde virkeligheden og endelig for at modvirke de fysiske abstinenser“ (ibid.). Selv om de forskellige stoffer farmakologisk set minder om hinanden, oplever brugerne af stofferne ofte betydelig variation i virkningen, og mange har præferencer for det ene stof frem for det andet (se også Johansen 2014). Ud over oplevelsen af, at stofferne er forskellige, betyder indtagelsesmåden også meget for oplevelsen af stoffet. Hvis man injicerer, sniffer eller ryger stofferne, er oplevelsen mere intens, end hvis man spiser eller drikker dem. Mange, der bruger stofferne for at få en rus, vil derfor foretrække at injicere, sniffe eller ryge deres stof for at få en mere intens oplevelse.

De mennesker, der bliver indskrevet i behandling med lægeordineret heroin, har ofte haft et misbrug af opioider igennem mange år, og de har prøvet at være i stofmisbrugsbehandling før (Sundhedsstyrelsen 2013). Her har de modtaget metadon eller buprenorfin (og for nogle fås vedkommende contalgin), uden at det har ført til, at de er ophørt med at tage stoffer ved siden af, og ofte har de indtaget stofferne via injektion for at opnå en stærkere rus. Behandlingsprogrammet med lægeordineret heroin er lavet for at kunne tilbyde brugere af opioider et andet (og for mange et mere attraktivt) stof end dem, der almindeligvis bruges i behandling, og for at de kan injicere dette stof under kontrollerede og hygiejniske forhold. Der ligger dermed i programmet en vis anerkendelse af, at brugerne tager stofferne for at blive påvirkede og opnå en rus (Houborg 2012).

Behandling med lægeordineret heroin er indført som en del af det etablerede behandlingstilbud i Storbritannien, Schweiz, Holland, Tyskland og Danmark. Derudover har der været gennemført *forsøg* med lægeordineret heroin i Canada, Spanien og Belgien, men her er behandlingen ikke blevet indført efterfølgende (Strang et al. 2012). Når heroinbehandling ikke blev indført som permanent behandlingstilbud i disse lande, skyldes det primært modvilje blandt de nationale politikere i forhold til at lovliggøre heroin.

Når man taler med aktører i det danske misbrugsfelt om, hvorfor behandling med lægeordineret heroin blev lovliggjort i Danmark i 2008, er der umiddelbart to spor i disse forklaringer. Det ene spor er, at det overvejende handlede om, at stofbrugernes stemme gennem de senere år har fået en større plads i debatten omkring misbrugsbehandling, og at brugernes perspektiv om, at medicinsk stofmisbrugsbehandling ikke kun skal handle om at stabilisere brugerne, men også skal kunne rumme en mulighed for at blive påvirket, er blevet mere synlig og acceptabel. Der er tale om en langvarig proces, der har været i gang siden midten

af 1990'erne (Houborg 2012). Det andet spor går på, at en række aktivister i stofmiljøet i 2006-2007 igangsatte en kampagne med blandt andet en række dramatiske historier i medierne om for eksempel kvinder, der prostituerede sig og tillod, at deres kunder begik overgreb mod dem, for at kunne finansiere deres illegale stofmisbrug (se for eksempel Steensbeck 2007). En pointe i disse historier var, at det etablerede behandlingssystem ikke fremstod attraktivt for en række stofbrugere, og at man blev nødt til at tilbyde dem de stoffer, som de ønskede, for at man kunne få dem i behandling (se Johansen 2013:19-20).

## Det etnografiske materiale

Det materiale, der præsenteres i denne artikel, stammer fra et antropologisk forskningsprojekt omkring heroinbehandling i Danmark. Studiet blev gennemført i perioden 2008-2012 og er blandt andet blevet afrapporteret i rapporten „Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling“ (Johansen 2013). Formålet med projektet var at undersøge: 1) Hvordan planlægges, organiseres og udføres heroinbehandling? 2) Hvilken effekt er der af heroinbehandling? 3) Hvordan oplever brugerne heroinbehandling? 4) Hvordan oplever personalet heroinbehandling? 5) Hvordan ændrer brugergruppens sammensætning sig, og hvor kommer brugerne fra? Projektet blev finansieret af en af de behandlingsinstitutioner, som tilbyder behandling med lægeordineret heroin, og forskningsspørgsmålene blev udviklet i samarbejde med ledelsen af denne behandlingsinstitution. Jeg har dog haft frie hænder i forhold til den praktiske udførelse af projektet, i forhold til valg af metode og i forhold til den efterfølgende analytiske bearbejdning af det indsamlede materiale.

Materialet er indsamlet gennem et langvarigt feltarbejde på heroinklinikkerne. Feltarbejdet har strakt sig over godt to år fra årsskiftet 2009/2010 til årsskiftet 2011/2012. Det har primært fundet sted på de to heroinklinikker i københavnsområdet, suppleret med en række korterevarende besøg på de øvrige tre klinikker i Danmark. De konkrete metoder i projektet har været deltagerobservation i klinikernes forskellige rum – injektionsrum, observationsrum, cafe, undersøgelsesrum og personaletrum – kvalitative interview med 50 brugere og 30 personalemedlemmer samt mange timers mere uformel konversation med både brugere og personale om behandling, heroin og hverdag. Jeg har derudover deltaget i behandlingskonferencer, personalemøder, erfa-møder m.m. samt i studiebesøg til heroinklinikker i Hamborg og London sammen med personale fra de danske heroinklinikker.

## Modsætning 1: Heroin er både problemet og løsningen

Jeg vil introducere den første modsætning med en oplevelse fra felten: Jeg har deltaget i et kursus for personalet på de danske heroinklinikker – primært som led i min dataindsamling, men også med henblik på at fortælle om mit forskningsprojekt til de mennesker, som vil udgøre en vigtig informantgruppe. Jeg har fortalt lidt om, hvad den internationale forskning peger på, og i den forbindelse konkluderet, at heroin som substitutionsbehandling synes at være metadon som substitutionsbehandling overlegen i forhold til brugere, der på trods af substitutionsbehandling fortsat har et illegalt misbrug af opioider (se Ferri et al. 2012). Efter oplægget kommer en læge hen til mig og spørger, om jeg har overvejet, hvorvidt man overhovedet kan tale om substitutionsbehandling, når der er tale om det samme stof – når det illegale stof er heroin, og når det legale stof, der skal erstatte det illegale, også er heroin?

Lægens spørgsmål peger på et af heroinbehandlingens modsætninger, nemlig at heroin både er problemet – det stof, som brugerne er blevet afhængige af – og løsningen – det stof, som de modtager i behandling. Denne modsætning rejser spørgsmål om, hvorvidt heroinbehandling egentlig er behandling, eller om den snarere er med til at fastholde brugerne i afhængighed og nogle uhensigtsmæssige praksisser (se også Outze 2007).<sup>3</sup> Det er ikke ukendt i diskussioner om substitutionsbehandling, og der foregik da også en diskussion, der mindede om denne, da substitutionsbehandling med metadon blev mere udbredt i misbrugsbehandlingen i løbet af 1980'erne (se blandt andet Winsløw 1984; Ege 2004). Også dengang var man bange for, at man fastholdt brugere i en afhængighed, som de ellers kunne være sluppet for.

I anden substitutionsbehandling af opioidafhængige har man som nævnt brugt stofferne metadon og buprenorfin. Disse stoffer er i behandlingssystemet primært blevet opfattet som lægemidler og i modsætning til „gadestoffet“ heroin. At heroin oprindeligt også var et lægemiddel og i få lande (herunder Storbritannien) stadig er registreret som lægemiddel (Carnwarth & Smith 2002), ser man i denne forbindelse som regel bort fra. Metadon og buprenorfin bliver i misbrugsbehandlingssammenhænge ofte beskrevet som, at deres „misbrugsprofil“ er mindre, hvilket betyder, at stofferne på grund af deres farmakologiske egenskaber anses som mindre misbrugsegne end for eksempel heroin. (Dette forhindrer dog ikke, at der også eksisterer et betydeligt misbrug af både metadon og buprenorfin blandt stofbrugere i Danmark). Med inspiration fra Weinburg (2000) kan man sige, at tidligere hørte heroin til ude på gaden (det Weinburg kalder „out there“), hvorimod metadon og buprenorfin hørte til inde på klinikken („in here“), og at distinktionen mellem de to typer stoffer er blevet hjulpet på vej med den fysiske markering af klinikkens rum (se også Johansen & Johansen 2015).

Dette skel er ikke længere entydigt, når heroin er det centrale stof både ude på gaden og inde på klinikken. Brugere i behandling med lægeordineret heroin har mange små kommentarer, der peger på, at dette er et forhold, som de (også) har registreret. For eksempel når heroininjektionen omtales som „mit kommunale fix“, eller når heroin refereres til som „statsnarko“, hvor sproget fra det illegale stofbrug på gaden (fix og narko) blandes med sproget fra de offentlige institutioner. Personalets og myndighedernes forsøg på at håndtere denne tvetydighed ses primært afspejlet i et meget insisterende forsøg på at gøre heroinbehandlingen til en entydig medicinsk behandling for derigennem at fastholde, at heroinen i klinikken er anderledes end heroinen udenfor, og dermed også, at det forventede udbytte af heroininjektionen i klinikken – at komme sig – er anderledes end det forventede udbytte af en heroininjektion udenfor – rusen. Helen Keane har i artiklen „Pleasure and Discipline in the Uses of Ritalin“ behandlet en parallel problematik omkring stoffet methylphenidate (Keane 2007). Dette stof findes dels som medicinen ritalin, som man bruger til behandling af ADHD, og dels som stoffet amfetamin (også kaldet speed). Når ritalin bruges til behandling af ADHD, opleves det som beroligende og koncentrationsfremmende, når amfetamin bruges som narkotika, er det opkvikkende og euforiskabende. Keanes analyse, der er inspireret af science and technology-studies, peger dog på, at i dette tilfælde bliver der tale om to forskellige stoffer, da de to meget forskellige sammenhænge – henholdsvis en behandlingspædagogisk sammenhæng og en misbrugssammenhæng – konstituerer stoffet som væsensforskelligt, hvorfor det også opleves som væsensforskelligt. Herved adskiller Keanes analyse sig fra mit materiale, hvor det er en central pointe, at stoffet af brugere opleves som ens, og at det er personalet, der har brug for at differentiere mellem de to varianter af heroin. Jeg vil vende tilbage til modsætningen mellem nydelse og behandling i næste afsnit.

I forhold til mit materiale synes det oplagt at beskrive håndteringen af heroinen som et udtryk for medikalisering, hvor sociale, psykologiske og moralske forhold omdefineres til medicinske problemer, der kan løses med medicinsk behandling (Kleinman 1995; Bourgois 2000; Conrad 2005; se også Johansen 2013:57-61). Et eksempel på denne medikaliseringsproces er Sundhedsstyrelsens vejledning, der beskriver, hvordan heroinbehandlingen skal udføres i praksis (Sundhedsstyrelsen 2010). Dette er det officielle dokument, der beskriver transformationen af heroin fra forbudt narkotika til lægemiddel. Denne vejledning bygger i vid udstrækning på forskningsprotokollen fra et britisk forskningsprojekt, hvor man i et randomiseret, kontrolleret design sammenlignede heroin med metadon (Lintzeris et al. 2007). Hermed valgte man en meget medicinsk, stram og simpel beskrivelse af, hvordan heroinbehandling skulle udføres (Dehue 2002), og man udelukkede

dermed også en række andre modeller for, hvordan behandlingen kunne have været organiseret – for eksempel inddragelse af brugernes perspektiver eller andre typer af erfaringer med heroinbehandling, der jo som nævnt findes i flere lande. For eksempel beskriver en bruger i behandling med heroin i England, hvor vigtigt det er for hendes muligheder for at leve et normalt liv, at hun kan tage heroin med hjem frem for at skulle indtage den på et behandlingssted (O'Mara n.d.) – en mulighed, som man har fravalgt i det danske program for i stedet at kunne opretholde en skarp kontrol med indtagelsen af heroinen. I det hollandske program har man mulighed for også at ryge sin heroin (og ikke kun injicere). Denne mulighed er også fravalgt i en dansk sammenhæng med henvisning til, at der mangler evidens for effekten.

Fra klinikkernes hverdag kan også nævnes eksempler på den medikaliseringsproces, der er i gang for at fastslå heroinbehandling som rigtig behandling. Et eksempel er, når personalet konsekvent omtaler heroin som DAM. DAM er en forkortelse af den farmakologiske betegnelse for præparatet – diacetylmorphin – og det er en måde netop at skabe en forskel mellem det illegale stof – heroinen, med alle dets ukendte fyldstoffer, der næppe kan sættes på en kemisk formel – og det legale stof – diacetylmorphin eller DAM. Alternativet til at bruge betegnelsen DAM blandt personalet er at tilføje præfikserne „lægeordineret“ eller „farmakologisk ren“, når man taler om heroinen. Hermed skabes en modsætning til gadeheroinen, som netop ikke er ordineret, og som i hvert fald ikke er ren, men tværtimod som nævnt ofte er fyldt med alle mulige giftige eller usunde fyldstoffer.

Et andet eksempel fra klinikkernes hverdag er, at brugerne efter injektionen bliver overvåget af sundhedsfagligt personale, der skal observere, at de kan tåle den dosis heroin, som de har indtaget. På flere af klinikkerne benytter man ligefrem et skema, der egentlig er udviklet til at observere patienter, der har været i fuld bedøvelse (skemaet kan ses i Johansen 2013). Brugere bliver observeret på øjne, bevægelse, kommunikation og adfærd og må kun opnå en vis score, hvis de skal have lov til at gå. For eksempel er skalaen for øjne således: 1) Øjne er åbne. 2) Øjne er åbne. Åbne og lukkes langsomt. 3) Øjne er lukkede. Åbnes ved tiltale. 4) Øjne forbliver lukkede efter tiltale. Max. åbne 10 sek. 5) Øjne forbliver lukkede ved tiltale. 6) Ingen reaktion ved tiltale. Denne observationspraksis er et eksempel på, at heroinens effekt vurderes efter nogle tilstræbt objektive, medicinske kriterier snarere end kriterier som for eksempel rus, nydelse, ro eller lignende, som ofte vil være brugernes rationale for at tage stoffet.

Modsætningen, der er skabt, fordi heroin både er problemet og løsningen, søges dermed løst af personalet på klinikkerne og myndighederne ved at etablere heroinen i klinikkerne som noget andet end heroinen på gaden. Dermed søges

heroinbehandlingen også knyttet tæt til den eksisterende substitutionsbehandling med metadon og buprenorfin, der har været acceptable og veldokumenterede praksisser gennem flere år (se også Järvinen & Andersen 2009). Brugere i behandling har ofte et noget andet syn på heroinen og på de kontrollerende og observerende praksisser, som er blevet indført for at kunne fastholde, at heroin er medicin. De ser ikke heroinen i klinikkerne som væsensforskellig fra den heroin, som de har taget på gaden. Mange af dem beskriver rationalet bag at søge behandlingen som: „Nu kan jeg få mit favoritstof gratis og under ordnede forhold.“ Og alle de forskellige observerende og kontrollerende praksisser, der umiddelbart ville høre bedre hjemme på et hospital, ser de i forhold til deres misbrugsbehandling som forsøg på at begrænse deres rus (se også Winsløw 1984).

## Modsætning 2: Nydelse eller afhjælpning af lidelse

Også den anden modsætning vil jeg introducere med en beskrivelse fra felten: Ude foran injektionsrummet på heroinklinikken i København er der placeret en stor sofa. Princippet er, at brugere, der er blevet meget påvirkede af deres heroinindtag, skal sidde i sofaen og observeres af en sygeplejerske, indtil de ikke længere er synligt påvirkede (jf. ovenstående beskrivelse af personalets observationer). I daglig tale kaldes sofaen for „kokesofaen“, selv om den også bruges til at sove til middag i og sidde og se en film. Nogle af brugerne synes, at det er helt fint at sidde her efter deres heroinindtag, men de fleste af dem vil hellere ned og sidde i den cafe, der også er en del af behandlingstilbuddet, og få en kop kaffe eller ryge en smøg ude på terrassen. En af brugerne – Jens – forklarer mig en dag, at hvis han sætter sig i sofaen, når han har været inde og tage sin heroin, så falder han i søvn, og så når han ikke at nyde heroinen. For ham er det derfor vigtigt at holde sig vågen. Hans strategi er at sætte sig bag en af computerne med en kop kaffe, så lægger personalet tit ikke mærke til, at han sidder og kokser. En anden bruger – Jeanette – er til gengæld glad for sofaen. Hun har ikke noget imod at falde i søvn. „Det er da det fedeste, hvis man kan komme helt væk. Det er det, som det handler om for mig. Og når jeg falder i søvn, så er det i hvert fald lykkedes denne gang. Men det er pisseirriterende, at den der sygeplejerske sidder der og skal holde øje med, om jeg trækker vejret. For indimellem vækker de mig, når jeg rigtigt er faldet hen.“

Der er ikke nogen tvivl om, at rusen for mange af brugerne er et centralt element i attraktionen ved heroinbehandlingen. De ønsker den rus, som heroinen giver dem, og de ønsker at have mulighed for at nyde den. Flere af brugerne beskriver, at det er derfor, at de er fortsat med at tage heroin, selv om de har været



i metadonbehandling gennem mange år. „Det er jo på grund af rusen, at vi gør det. Vi vil gerne være skæve. Hvis vi bare ville slippe for abstinenserne, så ville metadonen være helt fin, men vi ønsker rusen.“ En anden bruger siger: „Nu er jeg jo ikke sådan et menneske, der ønsker at gå gennem livet uden at være skæv – det er derfor, jeg er her“ (citatene er også brugt i Johansen 2013).

Der er her forskellige begreber i spil, som beskriver brugernes oplevelse med at tage heroinen. Når brugerne tager heroinen, oplever de en effekt af stoffet. Denne effekt vil (som beskrevet ovenfor) ofte have en euforisk karakter og vil så blive omtalt som en rus. Det er dog ikke alle, der oplever en rus efter at have taget opioider. For nogle vil oplevelsen primært været præget af kvalme, utilpashed og sløvhed. Oplevelsen af en rus vil typisk blive beskrevet som forbundet med nydelse (se også Keane 2007). Nogle brugere vil – afhængigt af blandt andet dosisstørrelse samt deres tilvænning til stoffet – blive så påvirkede af stoffet, at deres bevidsthedstilstand bliver påvirket. De vil blive meget afslappede, og nogle vil falde i søvn (i tilfælde af et (for) stort stofindtag vil de blive bevidstløse og kan risikere at dø). Denne „falden hen“ oven på stofindtaget kalder brugerne og personalet „at kokse“.

Spørgsmålet om, hvor meget brugerne i heroinbehandling skal have lov til at kokse, dvs. blive (meget) påvirkede af deres stof og ikke bare undgå at have abstinenser, står som et centralt spørgsmål for meget af personalet på de fem klinikker. Det er også et af de punkter, hvor der har været nogle af de mest markante forskelle mellem klinikkerne. Hvor man for eksempel på klinikken i København i udgangspunktet havde indkøbt en „kokesofa“, hvor brugerne kunne overvåges efter stofindtaget, havde man i Odense ikke etableret faciliteter til observation. Her var der et injektionsrum til brugerne, og når injektionen var overstået, skulle de kunne være i en cafelignende del af behandlingstilbuddet, hvor kravet var, at de ikke måtte fremstå påvirkede. (Efter ca. 6 måneder med denne model valgte man i Odense at inddrage et rum ved siden af injektionsrummet, hvor brugerne kunne sidde i en periode efter injektionen, inden de gik videre ud i cafeen). Disse forskelle i praksis bliver ofte diskuteret, når personalet fra de fem klinikker mødes til en række erfa-møder.

På et af disse møder diskuterede personalet i grupper, hvad der er formålet med behandlingen, og især om det er acceptabelt, at brugerne sidder og kokser/nyder deres rus efter indtaget. Diskussionerne er generelt præget af en vis ambivalens, for på den ene side ved personalet godt, at rusen er en af de store attraktioner ved heroinbehandling, på den anden side oplever personalet, at det er svært at se på brugere, der bare sidder og kokser (se også Johansen & Birk 2011). En sygeplejerske siger, at det jo er spild af liv, når de bare sidder der. En anden fortæller, at hun bliver bekymret for, at de måske er ved at få en overdosis

og faktisk kan dø. Og en overlæge siger: „Det er jo ikke en forlystelsespark, vi driver! Det er jo meningen, at det skal være behandling. De skal også selv gøre noget for at få det bedre.“

Med dette udsagn bringer overlægen flere interessante forhold i spil. For det første trækker han på den kendte kobling mellem, at man skal yde, før man kan nyde, og at brugerne derfor – efter kun en lille ydelse: fremmøde på klinikken – nærmest snyder, når de bare sidder der og nyder deres rus. For det andet peger udsagnet på en implicit antagelse om, at behandling – i hvert fald stofmisbrugsbehandling – ikke bare kan ske, uden at brugerne selv er aktive i forbindelse med den (se også Asmussen & Kolind 2005; Keane 2007). For det tredje peger det på, at behandling ikke må være for behagelig – der skal også gerne lægges noget blod, sved og tårer (som modsætning til forlystelsen) for, at man kan tale om behandling. Nedtrapning på vej mod stoffrihed er – selv ved hjælp af substitutionsmedicin – et eksempel på, at stofmisbrugsbehandling ikke er for behagelig, da de fleste brugere vil opleve ubehagelige abstinenser i forbindelse med nedtrapningen.

O'Malley & Valverde (2004) beskriver i en historisk analyse af offentlige diskurser om stoffer og alkohol i den vestlige verden (for eksempel i policydokumenter, officielle rapporter om stoffer og alkohol og reklamer), at nydelse som begrundelse for brug ofte har været fraværende, når der har været tale om det, som man opfattede som et problematisk brug eller misbrug. Hvor nydelse nok har kunnet omtales i forbindelse med et normalt eller rekreativt brug – for eksempel i reklamer – forsvandt det til fordel for betegnelser som „meningsløst“ eller „tvangsmæssigt indtag“, når der var tale om mere problematisk brug eller misbrug. Hvis nydelse generelt ikke har haft nogen plads i forhold til at forstå, hvorfor mennesker misbruger alkohol og stoffer, er det formentlig en del af forklaringen på, at det heller ikke har nogen plads i forhold til det behandlingssystem, der skal afhjælpe det problematiske brug.

I sin analyse af ritalin og amfetamin peger Keane (2007) på, at nydelse i forbindelse med stofindtag er knyttet til forståelsen af det illegale brug, men at den forsvinder fra den medicinske diskurs, når der er tale om behandling. I hendes materiale er nydelse ikke gjort helt tavs, som O'Malley og Valverde (2004) fandt, men knyttet til en særlig brug af stoffet. Der ses her en tydelig parallel til behandling med lægeordineret heroin, hvor personalet helst ikke vil have nydelse med ind som en del af en behandling. Keanes analyse peger dermed på, at vanskeligheden med at håndtere nydelse i en behandlingsmæssig sammenhæng ikke snævert er knyttet til heroinbehandling, men at det gælder bredere i forhold til substitutionsbehandling og generel medicinsk behandling med euforiske stoffer (som ritalin er et eksempel på).

Ud over den ovenfor diskuterede vanskelighed ved at kunne rumme nydelse i forhold til brug af stoffer og behandling af misbrug har modsætningen mellem nydelse og behandling formentlig også baggrund i, at man siden 1990'erne i dansk misbrugsbehandling og -politik har opereret med to målsætninger: stoffrihed og skadesreduktion (Narkotikarådet 1999; se også Järvinen & Andersen 2009). Ved stoffrihed sigter man efter at få brugeren til at holde op med at tage de illegale stoffer. Ved skadesreduktion er målsætningen noget mere kompleks. The International Harm Reduction Association definerer skadesreduktion som: „Politikker, programmer og tiltag, der har til formål at reducere de skader, der hænger sammen med brugen af psykoaktive stoffer hos personer, der ikke er i stand til eller ikke ønsker at ophøre med brugen“ (IHRA, citeret i Ege 2010: 20). Ifølge den tidligere socialoverlæge i Københavns Kommune, Peter Ege, er skadesreduktionstanken præget af et ønske om at afstigmatisere brug og misbrug af stoffer og at forebygge og begrænse skader ved brug og misbrug (Ege 2010).

Selv om definitionen umiddelbart kan synes simpel, har skadesreduktionstanken i praksis voldt betydeligt besvær for meget behandlingspersonale og for mange politikere (se også Jourdan 2009). For skadesreduktionstilgangen betyder blandt andet, at man kan blive nødt til at acceptere et fortsat brug af stoffer, der ellers er forbudte. Og det kan betyde, at man som behandlingsinstitution udleverer rene sprøjter og kanyler, hvorved man jo anerkender, at brugerne har et fortsat injektionsmisbrug, der jo er i modsætning til behandlingsinstitutionens mål. I en analyse af, hvordan skadesreduktion praktiseres i nogle danske misbrugsbehandlingsinstitutioner, har Järvinen og Andersen peget på, at det nogle steder betyder, at personalet i behandlingsinstitutioner forsøger at overbevise brugerne om, at langvarig vedligeholdelsesbehandling er at foretrække frem for eksempel forsøg på at blive stoffri. Og at brugerne primært får hjælp til praktiske problemer som bolig, gældshåndtering og økonomisk understøttelse, men kun i begrænset omfang får hjælp til håndtering af psykosociale, psykologiske eller spirituelle problemer, og at terapeutisk behandling, der siger mod stoffrihed, er undtagelsen snarere en reglen (Järvinen & Andersen 2009:868).

Modsætningen mellem nydelse og behandling er som nævnt ikke unik for heroinbehandlingen, men heroinbehandlingen sætter problematikken på spidsen, fordi nydelsen ved det indtagne stof er mere til stede i heroinbehandlingen end i andre former for substitutionsbehandling.

### Modsatning 3: Inklusion og afvigende praksisser

Socialstyrelsen udgav i 2010 en bog om misbrugsbehandling. Her blev målene med behandling præsenteret med en liste, der indeholdt følgende punkter

(Lauridsen et al. 2010:26): 1) Fastholdelse i behandling, herunder aktiv deltagelse i behandling. 2) Reduktion af stofmisbrug. 3) Forbedret fysisk og psykisk livskvalitet. 4) Forbedret social funktion, for eksempel arbejde og bolig. 5) Reduktion i kriminalitet. 6) Reduktion af samfundsbelastninger, for eksempel spredning af misbrugsrelaterede infektioner, ulykker, uønskede graviditeter mv. Listen er medtaget her for at dokumentere, at formålet med misbrugsbehandling er at hjælpe stofbrugeren med at komme til at leve et så normalt liv som muligt – fysisk, psykisk og socialt med arbejde og bolig og med reduktion i misbrug og kriminalitet. Der er med andre ord tale om, at formålet med behandlingen er at få dem inkluderet i det almindelige samfund (se også Järvinen & Andersen 2009; Bjerge et al. 2014).

Når man kigger på de konkrete ting, der foregår i behandlingen med heroin, er der dog her ikke tale om praksisser, der bliver opfattet som almindelige eller normale i behandlingstilbud i Danmark – heller ikke i misbrugsbehandlingstilbud. Der er snarere tale om praksisser, der normalt bliver opfattet som radikalt afvigende: injektion af stærkt afhængighedsskabende og potentielt livsfarlige stoffer, kokseri og indimellem brugere, der får en overdosis og skal genoplives ved hjælp af modgift og kunstigt åndedræt.

I en analyse af den rummelige indretning af en af de danske heroinklinikker peger Johansen og Johansen (2014) på, at et centralt formål med indretningen er at adskille selve injektionen med heroin skarpt fra de øvrige funktioner i behandlingstilbuddet. Heroinen og injektionen bliver placeret i et særligt klinisk behandlingsrum, og man forsøger at holde stof og rus væk fra de øvrige rum. Den behandling, der foregår i de øvrige rum, har i langt højere grad karakter af mere normale handlinger. Man taler med hinanden, spiser mad, dyrker motion og taler med den kommunale sagsbehandler. Denne del af behandlingen omtales i hverdagen som social behandling (Johansen 2013; Lauridsen et al. 2010). Adgang til de forskellige behandlingsområder er også markant forskellig. Adgangen til injektionsrummet sker gennem en sluse, hvor flere sygeplejersker observerer brugerne og vurderer, om de kan få adgang til heroinen og injektionsfaciliteterne. Den sociale behandling derimod foregår i rum, der illuderer en cafe eller et hjem og mere almindelige kontorer, og hvor adgangen ikke i samme grad er kontrolleret. Og hvor injektionsrummet er meget klinisk i sit visuelle udtryk, er cafe og kontorer dekoreret med blomster og billeder, ligesom der lugter af kaffe, mad og cigaretter modsat lugten af hospitalssprit i injektionsrummet (se også Johansen & Johansen 2015). De afvigende praksisser bliver dermed i høj grad defineret som hørende til en medicinsk sfære og kun der.

Selv om der er tale om behandlingspraksisser, der kan karakteriseres som afvigende, har behandlingen samtidig som konsekvens, at brugerne får et mere

normalt liv. De skal ikke længere skaffe penge til at finansiere et misbrug – penge, der ofte er skaffet via berigelseskriminalitet, stofsalg, prostitution og/eller illegalt salg af substitutionsmedicin. Og det at skaffe stofferne, selv om man har penge, er tit også krævende (se for eksempel Taylor 1993). En bruger fortæller, hvordan heroinbehandlingen har ændret ved dette forhold i hans liv: „Når det ringer på døren nu, så bliver jeg ikke bange for, at det er politiet. Jeg har ikke længere en masse stjålne ting liggende som før i tiden. Nu går jeg bare ud og åbner og tænker: Hvem mon kommer på besøg?“ En anden bruger siger: „For første gang i mange år vågner jeg ikke op om morgenen og tænker på, hvor det næste fix skal komme fra, og hvordan jeg skal skaffe penge til det. Det har givet ro“ (citaterne er også brugt i Johansen 2013:101). Så der er ikke nogen tvivl om, at brugerne oplever at komme tættere på den normalitet, der ovenfor blev beskrevet som værende formålet med heroinbehandlingen. Men vejen dertil går for dem gennem en række praksisser, der er meget tæt knyttet til den specifikke institution, som heroinklinikkerne udgør. Brugere kan dermed beskrives som værende udspændt mellem på den ene side en normalisering og på den anden side en fastholdelse i en række afvigende praksisser, der primært giver mening inden for institutionens rammer. Og det rejser selvfølgelig spørgsmålet om, hvor langt denne normalisering kan strækkes ud i samfundet, eller om brugere vil blive bundet til heroinklinikkerne fremover? Det stiller også spørgsmålet om, hvor langt medikaliseringsstrategien kan strækkes. For hvis der er tale om egentlig medicinsk behandling, hvorfor skal brugere så selv injicere heroinen? Og hvorfor kan de ikke få lov til at få deres medicin med hjem til indtagelse hjemme som de fleste andre mennesker i langvarige behandlingsforløb?

## Konklusion: Hvad er misbrugsbehandling?

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd – afholdt i slutningen af august 2014 en konference med titlen: „Rusmidler – Tilgange, indsatser og effekter“. Et af oplæggene blev holdt af en specialkonsulent fra Københavns Kommune, der fortalte om en undersøgelse, man havde lavet blandt borgere og medarbejdere på misbrugsområdet med henblik på at identificere de centrale udfordringer, som disse to parter oplevede ved behandlingen og den måde, som den er organiseret på i kommunen. Den slide, der præsenterede medarbejdernes udfordringer, bar overskriften „Hvad er behandling?“ (Lund 2014) og refererede til, at de misbrugsfaglige medarbejdere i Københavns Kommune var usikre på, hvordan de skulle definere misbrugsbehandling. Allerede tilbage i 1997 pegede Steffen Jöhncke på – på baggrund af en omfattende undersøgelse af substitutionsbehandlingen i Københavns Kommune – at metadonbehandling

(den medicinske substitutionsbehandling) havde en tendens til at overskygge andre behandlingstiltag, at det var uklart for personalet, hvad disse andre behandlingstiltag bestod af, og at det var uklart, hvordan relationen mellem substitutionsbehandlingen og de øvrige behandlingstiltag var (Jöhncke 1997). I et videre arbejde med dette materiale endte Jöhncke i 2009 med at konkludere, at formålet med stofmisbrugsbehandling reelt ikke er at behandle brugerne (dvs. ændre deres stofindtag), men at kunne håndtere dem inden for velfærdsstatens rammer (Jöhncke 2009).

Ud over denne overordnede uklarhed om, hvad behandling overhovedet er, er en af grundene til, at misbrugsbehandling kan være vanskelig at definere, at misbrugsbehandling gennem tiden har trukket på en lang række forskellige opfattelser af, hvordan misbrug og misbrugere bedst kunne håndteres: Skulle de hjælpes med straf, moralsk fordømmelse, medicin, psykoterapi eller selvhjælp (Tylstrup et al. 2014:9)? I dag er behandlingen ofte præget af medicin og forskellige former for psykoterapi, men man kan fortsat finde reminiscenser af tidligere og andre tilgange til, hvad behandlingsmål bør være, og hvad behandlingen skal indeholde (se også O'Malley & Valverde 2004; Järvinen & Andersen 2009). En anden årsag til, at misbrugsbehandling kan være vanskelig at definere, er begrebet skadesreduktion, som blev diskuteret ovenfor. Hvor formålet med misbrugsbehandlingen tidligere var mere entydig – brugerne skulle holde op med at tage stoffer – har indførelsen af skadesreduktionstænkningen i misbrugsbehandlingen betydet, at en række andre behandlingsmål er kommet på banen. Der er som nævnt tale om mål, der kan opfattes som paradoksale inden for en mere traditionel misbrugsbehandlingslogik, og der er tale om mål, som i langt højere grad også er defineret af brugerne selv. Med introduktionen af skadesreduktionstænkningen forsvandt noget af klarheden i misbrugsbehandlingen også.

Men selv om misbrugsbehandling kan være svær at definere, har ovenstående analyse peget på en række karakteristika ved fænomenet, som personalet i hvert fald har nogle implicite antagelser om. Det første er, at medicin spiller en meget stor rolle, når noget skal defineres som behandling. I de ovenfor diskuterede modsætninger blev medikalisering en løsning på flere af disse: Når noget bliver defineret som medicin eller medicinsk behandling, mindskes det problematiske, og fænomenerne bliver løftet over i en mere entydig behandlingskontekst – det gælder både selve heroinen, og det gælder nogle af de praksisser, som i enhver anden kontekst formentlig ville blive opfattet som meget problematiske (injektion, kokseri m.m.). Dermed kommer misbrugsbehandling til at ligne andre velfærdsstatslige områder, hvor sociale, pædagogiske og psykologiske problemer i stadig højere grad bliver defineret som medicinske problemer, og hvor medicinsk behandling og medicinske logikker kommer til at spille en rolle i arbejdet med at løse dem (Brinkman 2010).

Den anden implicitte antagelse, der er knyttet til behandling, som personalet forstår det, er, at behandling kræver aktivitet fra brugernes side (se også Asmussen & Kolind 2005:86). Man kan altså ikke bare sidde stille i sin rus og langsomt forbedre sine psykiske, fysiske og sociale forhold. Der skal gøres en indsats, for at personalet kan anerkende, at der faktisk er tale om behandling. Den tredje antagelse er, at denne indsats helst ikke skal være nydelsesfuld – det skal helst være en indsats, som man gør på trods af ubehag, frem for en indsats, man gør, fordi man får fornøjelse af den.

Afsluttende er det også værd at bemærke, at brugernes perspektiv på og ønsker til behandlingen i vidt omfang fortsat er fraværende i disse implicitte antagelser om, hvad behandling er. Dette er tankevækkende af flere årsager. Dels fordi brugernes perspektiv på behandling i andre dele af det offentlige behandlingssystem – ikke mindst i sundhedsvæsenet – i dag i langt højere grad bliver set som relevant, vigtigt og legitimt. Dels fordi det går imod tendenserne i flere andre vestlige lande, hvor stofbrugerne inddrages som vigtige stemmer, når behandling skal evalueres.

## Noter

1. Kort om betegnelsen brugere: Narkomaner var fra slutningen af 1960'erne og frem det foretrukne ord til at beskrive mennesker, der bruger og misbruger illegale stoffer. Senere blev stofmisbruger det mest almindelige, og narkoman blev i behandlingsmiljøet i højere grad et skældsord på linje med junkie. Omkring årtusindeskiftet blev betegnelsen stofbruger eller bare bruger mere udbredt, om end stofmisbrug fortsat bliver brugt. Bruger refererer både til, at disse mennesker bruger stoffet, og til, at de bruger stofmisbrugsbehandlingsinstitutionerne. Jeg har valgt i denne tekst at bruge samme betegnelse. Dette er ikke for at underkende, at der for nogle brugere undertiden er tale om et egentligt misbrug, men fordi det er under denne betegnelse, at jeg har lært disse mennesker at kende.
2. Fra sommeren 2013 har det også været en mulighed, at brugerne kan få heroin som tabletter. De data, der præsenteres her, er dog indsamlet inden denne ændring. Derudover er det kun et fåtal af brugerne i heroinbehandling, der i dag modtager deres heroin som tabletter.
3. Da man i Norge i 2011 diskuterede muligheden for at indføre behandling med lægeordineret heroin, var en af de centrale begrundelser for at afvise behandlingen netop, at den ville fastholde brugerne i en afhængighed af rusmidlet (Forskningsrådet 2011:29; se også Johansen 2013).

Søgeord: misbrugsbehandling, heroin, nydelse, rus, medikalisering, normalisering

## Litteratur

- Asmussen, Vibeke & Torsten Kolind  
2005 Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

- Bjerge, Bagga, Bjarke Nielsen & Vibeke Asmussen Frank  
2014 Rationalities of Choice and Practices of Care. Substitution Treatment in Denmark. *Contemporary Drug Problems* 41:57-90.
- Bourgois, Philippe  
2000 Disciplining Addictions. The Bio-politics of Methadone and Heroin in the United States. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 24(2):165-95.
- Brinkmann, Svend  
2010 Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser. Aarhus: Klim.
- Carnwath, Tom & Ian Smith  
2002 Heroin Century. London: Routledge
- Conrad, Peter  
2005 The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour* 46(1):3-14.
- Dehue, Trudy  
2002 A Dutch Treat. Randomized Controlled Experimentation and the Case of Heroin-maintenance in the Netherlands. *History of the Human Sciences* 15(2):75-98.
- Ege, Peter  
2010 Skadesreduktion – et nyt blik på begrebet. *Stof – Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet* 16:20-23.  
2004 Stofmisbrug og afhængighed – hos unge og voksne. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ferri, M., M. Davoli & C.A. Perucci  
2012 Heroin Maintenance for Chronic Heroin-dependent Individuals (Review). 5. Ed. London: The Cochrane Collaboration.
- Forskningsrådet  
2011 Heroinassisteret behandling. Rapport fra Konsensuskonferensen 21. juni. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Houborg, Esben  
2012 The Political Pharmacology of Methadone and Heroin in Danish Drug Policy. *Contemporary Drug Problems* 39(1):155-92.
- Johansen, Birgitte Schepeleern & Katrine Schepeleern Johansen  
2015 Heroin. From Drug to Ambivalent Medicine. On the Introduction of Medically Prescribed Heroin and the Emergence of a New Space for Treatment. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 39(1):75-91.
- Johansen, Katrine Schepeleern  
2013 Heroinbehandling i Danmark. En undersøgelse af brugere og behandling. Glostrup: KABS Viden.  
2014 Heroin og håb!(?). I: B. Tylstrup, M. Hesse, M.U. Pedersen & K. Frederiksen (red.): Misbrugsbehandling. Organisering, indsatser og behov. Side 133-46. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Johansen, Katrine Schepeleern & Kirstine Birk  
2001 Dilemmaer i heroinbehandlingen – personalets erfaringer. *Stof – Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet* 18:4-8.



- Jourdan, Michael  
2009 Casting Light on Harm Reduction. Introducing Two Instruments for Analysing Contradictions between Harm Reduction and “Non-harm Reduction”. *International Journal of Drug Policy* 20(6):514-20.
- Järvinen, Margarethe & Ditte Andersen  
2009 The Making of the Chronic Addict. *Substance Use and Misuse* 44:865-85.
- Jöhncke, Steffen  
1997 Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-1997. København: Københavns Kommune, Socialdirektoratet.  
2009 Treatmentality and the Governing of Drug Use. *Drugs and Alcohol Today* 9(4): 14-17.
- Keane, Helen  
2008 Pleasure and Discipline in the Uses of Ritalin. *International Journal of Drug Policy* 19:401-09.
- Kleinman, Arthur  
1995 Writing at the Margin. Discourses Between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press.
- Lauridsen, Mette L., Mette Kronbæk & Peter Sindal Lundsberg  
2010 Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv. Odense: Servicestyrelsen.
- Lintzeris, Nicholas, Rob van der Waal, Nicola Metrebian, Godwin Achunine, David Taylor & John Strang  
2007 Clinical Protocol and Procedures. Randomised Injectable Opioid Treatment Trial (RIOTT). Ver. 5.0. 26. juni. London: National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, King’s College London.
- Lund, Thomas  
2014 Hvad kan vi gøre sammen? Samskabelse af misbrugsområdet i Københavns Kommune. Oplæg på konferencen: Rusmidler. Tilgange, indsatser og effekt. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Narkotikarådet  
1999 Rapport. Narkotikarådets Skadesreduktionsarbejdsgruppe. København: Narkotikarådet.
- O’Malley, Pat & Mariana Valverde  
2004 Pleasure, Freedom and Drugs. The Uses of “Pleasure” in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption. *Sociology* 38(1):25-42.
- O’Mara, Erin  
n.d. An Aussie in London – with the Perfect Prescription? [www.blackpoppy.org.uk](http://www.blackpoppy.org.uk).
- Outze, Annette  
2007 Fastholdelse af stofmisbrugere i deres stofmisbrug vs. afvæjning. De pårørendes vinkel. Høring om lægeordineret heroin. Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalgt. Den 25. maj i Landstingssalen, Christiansborg. Side 48-50. København: Teknologirådet.
- Rindom, Henrik  
2004 Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen.

- Steensbeck, Bjarne  
2007 „Det er 1.150 kroner for at ligge dér, men så er du også bevidstløs“. Berlingske, 28. januar.
- Strang, John, Teodora Groshkova & Nicola Metrebian  
2012 New Heroin-assisted Treatment. Recent Evidence and Current Practices of Supervised Injectable Heroin Treatment in Europe and Beyond. Lissabon: EMCDDA Insights 11.
- Sundhedsstyrelsen  
2010 Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed. København: Sundhedsstyrelsen.  
2013 Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere. Statusrapport for perioden 2009-2011. København: Sundhedsstyrelsen.
- Taylor, Avril  
1993 Women Drug Users. An Ethnography of an Female Injection Community. Oxford: Clarendon Press.
- Tylstrup, Birgitte, Morten Hesse, Mads Uffe Pedersen & Kirsten Frederiksen  
2014 Misbrugsbehandling. Organisering, indsatser og behov. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Weinburg, Darin  
2000 “Out There”. The Ecology of Addiction in Drug Abuse Treatment Discourse. Social Problems 47(4):606-21.
- Winsløw, Jacob Hilden  
1984 Narreskibet – en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi af det danske samfund. Holte: SocPol.