

Jacob Hilden Winsløw: Narreskibet



Stofmisbrugeren indtager en særegen stilling i det danske samfund. Han befinder sig på én og samme tid i det inderste centrum og på dets yderste periferi. Som central **myte** garanterer han gyldigheden af hverdagsbevidsthedens modsætningspar: fornuft-drift, os-de andre, menneskelig-dyrisk, god-ond. Men som **borger** befinder han sig på et punkt på den yderste periferi, hvor de løvrigt gældende principper om retssikkerhed er ophævet, og hvortil velstandssamfundets materielle sikkerhedsnet ikke strækker sig. I **Narreskibet** fortælles historien om, hvorledes stofmisbrugeren er havnet i denne dobbeltposition. Bogen besvarer spørgsmål som:

- Hvor euforiserende er "euforiserende" stoffer?
- Hvor skadeligt er heroin og andre opiater?
- Hvilke organisatoriske interesser står bag opkomsten af stofmisbrugsproblemet?
- Hvilken sammenhæng er der mellem spredningen af hashrygning i den normale ungdomskultur og dannelsen af en egentlig stofmisbruger-subkultur?
- Hvor kriminelle er opiatmisbrugerne - og hvor opiat-brugende er de i virkeligheden?
- Er det stofmisbruget eller forbudet mod opiatbrug, som er den virkelige årsag til den høje dødelighed og udbredte elendighed blandt stofmisbrugerne?

I besvarelsen af disse spørgsmål præsenterer bogen et sammenhængende modbillede til det officielle billede af stofmisbrugsproblemet. I den efterfølgende kritik af de etablerede behandlingssystemer - det lægelige og det socialpædagogiske - anvendes dette modbillede til at vise, hvorfor den offentlige behandlingsindsats over de sidste 15 år **måtte** slå fejl. I bogens sidste kapitel argumenteres for en radikal tilbagevenden til det frivillighedsprincip inden for stofmisbrugerbehandling, som altid er blevet hævdet officielt, men som aldrig er blevet praktiseret.

Narreskibet blev udgivet i 1984 af forlaget SocPol.

Copyright 1984: Jacob Hilden Winsløw.

Copyright på forsidetegning 1984: Per Marquard Otzen.

Web-layout: Kirsten Bjerneboe

Indholdsfortegnelse

	side
Forord	4
Kapitel 1. Om opiatere og om stofbrug	5
Lidt farmakologi	5
Hvordan virker opiatere?	7
Subjektiv virkning af én dosis	7
Virkninger af langvarigt opiatbrug	8
Hvordan bliver mennesker opiatbrugere?.....	10
Noter til kapitel 1	14
Kapitel 2. Stofmisbrug som et socialt problem	17
Hvad er et socialt problem?	17
Stofmisbrugsproblemet opstået i Danmark	20
Opdagelsesfasen (1965-1966).....	20
Legitimeringsfasen (1967-1969).....	22
Mobiliseringsfasen (1967-1969).....	23
Noter til kapitel 2	27
Kapitel 3. Kulturel frisætning og brug af nye rusgifte.....	30
Udviklingen i det ulovlige stofbrug siden 1965	30
Hashrygning - det dobbelt-skjulte ungdomsoprør	36
Opiatbrugersubkulturens opkomst og trivialiseringen af hashrygning	44
Noter til kapitel 3	50
Kapitel 4. Stofmisbrugeren mellem politiet og pusherne.....	53
Klassiske morfinister	54
"Nyhavnseufomanerne"	58
Kontrolsystemets udvikling frem til 1965	62
Kontrolpolitikken siden 1965	64
Lovgrundlaget - og Rigsadvokatens cirkulære fra 1969.....	64
Kontrolsystemets produktion i form af sigtenser m.v.....	66
Kontrolsystemet og retssikkerheden	71
Telefon- og rumaflytning	71
Isolationsvaretægtsfængsling	72
Politiprovokatører	75
Uspecificerede anklageskrifter.....	76
Indiciebeviser	77
Perspektiver	78
Moderne stofmisbrugere	80
Antal og rekruttering.....	80
Livsbetingelser	86
Stofforbrug og kriminalitet	87
Kontrolsystemets effekt: Død og elendighed.....	95
Noter til kapitel 4.....	100

	side
Kapitel 5. Stofmisbrugerbehandling og undertrykkelse.....	106
Det socialpædagogiske behandlingssystem.....	106
Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment	107
Finn Jørgensens behandlingsmodel	110
Struktur- og funktionsproblemer i det socialpædagogiske behandlingssystem.....	112
Målforskydningen	113
Den manglende målopfyldelse	115
Klientmotivation og –udstødning.....	117
Fejlsocialisering som apparatfejl	120
Det lægelige behandlingssystem	125
Længerevarende metadonbehandlings historiske baggrund	126
Metadonbehandling i Danmark siden 1970	127
Metadonbehandling i almen praksis 1980-1982	131
Lægens krav - og lægens tilbud	131
Det lægelige behandlingssystemets målopfyldelse.....	136
Kejserens nye klæder.....	139
Noter til kapitel 5.....	143
Kapitel 6. Hvorhen herfra - og hvorfor ikke?.....	148
Hvorfor opretholde forbudet?.....	149
Legalisering ja. Men hvordan?	151
Behandlingssystemet under en legalisering.....	154
Hvor er vi på vej hen?.....	156
Noter til kapitel 6.....	159
Efterord	161
Litteraturhenvisninger	163

Forord

Narreskibet står siden Michel Foucaults bog *Folie et déraison* fra 1961 som billeder på de institutioner, ved hvis hjælp samfund renser sig for det irrationelle, uforståelige og uberegnelige ved at lokalisere disse "egenskaber" i enkeltindivider eller grupper med særlige kendetegn. Til forskellig tid har man betegnet de afskibede med forskellige betegnelser, tillagt dem forskellige egenskaber, og givet Narreskibet forskellig konkret udformning. "Hekse" og "jøder" er de bedst kendte eksempler.

Denne bog er inspireret af en overbevisning om, at "stofmisbrug" er et af det moderne danske samfunds narreskibe. Hvorvidt det er lykkedes at give en beskrivelse af stofmisbrugsproblemet forskellige sider så læseren efter at have læst bogen vil dele denne overbevisning, ved jeg ikke. Jeg vil også være tilfreds, hvis bogen blot bibringer nogle læsere tvivl om en eller flere forestillinger om stofmisbrugsproblemet, som de tidligere har næret.

Jeg er mange mennesker tak skyldig for hjælp, opmuntring, kritik og inspiration i forbindelse med denne bog. Særligt vil jeg takke reservelæge Lisbeth Andersen, dels for hendes løbende kritik af manuskriptet som det udviklede sig, og dels fordi hun holdt mig ud i de perioder, hvor jeg mente at formålet med mit liv var at skrive det. Desuden vil jeg takke læge Peter Ege, Benny Lihme fra Social- og Sundhedspolitisk Gruppe, sekretariatsleder Britta Kyvsgaard og lektor Jørgen Jepsen. Peter for vort samarbejde i årene 1980-1984, udaf hvilket min lyst til at skrive denne bog voksede, og for hans konstruktive kritik af successive udkast til den. Benny fordi han på forlagets vegne holdt mig i hånden mens jeg skrev. Britta for hendes ihærdige forsøg på at rense mit sprog for de dårlige vaner, som jeg har tillagt mig i forbindelse med skrivning af universitetsopgaver, forskningsrapporter og notater i en kommunal forvaltning. Og Jørgen specielt for hans bestræbelser på at rette en række juridiske skæverter i manuskriptets tidligere udgave. Endelig vil jeg takke psykoanalytikeren, mag.art. Paul Koseleff for den inspiration, som hans kritik af de centrale forestillinger i mine tidligere arbejder, har været for mig i forbindelse med udarbejdelsen af denne bog.

Kun jeg er dog på godt og ondt ansvarlig for det foreliggende resultat.

Det skal nævnes, at kapitel 1-6 minus sidste sætning i kapitel 6 er indleveret som licentiatafhandling i sociologi ved Københavns Universitet, og at en del af arbejdet er gjort mens jeg var lønnet over bevilling nr. 512-20999 fra Statens lægevidenskabelige Forskningsråd.

København, oktober 1984
Jacob Hilden Winsløw

Kapitel 1

Om opiater og om stofbrug

"We have seen several well-marked cases of coffee excess ... The sufferer is tremulous, and loses his self-command; he is subject to fits of agitation and depression; he loses color and has a haggard appearance. The appetite falls off, and symptoms of gastric catarrh may be manifested. The heart also suffers; it palpitates, or it intermits. As with other such agents, a renewed dose of the poison gives temporary relief, but at the cost of future misery".

- citat fra en af de mest estimerede lærebøger i intern medicin omkring århundredskiftet (Allbutt & Rolleston (1909) side 304).

"Stofindtagelse" er selve indtagelsen af et stof, hvad enten det sker gennem munden eller ved indsprøjtning, og hvad enten denne indtagelse er ordineret af en læge eller ej. Tilsvarende er "stofforbrug" den mere eller mindre regelmæssige indtagelse af et stof som sådan, hvad enten forbrugeren har et motiv til indtagelsen eller tilføres stoffet mod sin vilje. "Stofbrug", derimod, er den mere eller mindre regelmæssige indtagelse af et eller flere stoffer, som brugeren indtager m.h.p. at opnå en bestemt bevidsthedsændring, såsom at komme i bedre humør. Og "stofmisbrug" er noget helt fjerde, nemlig et faktisk eller fiktivt stofforbrug, som af den udpegede stofmisbrugers omgivelser vurderes som skadeligt for den pågældende og/eller andre mennesker (1).

Denne bog handler mest om stofmisbrugere, nærmere betegnet en bestemt gruppe stofbrugere, hvis forbrug betragtes som så skadeligt, at det omgivende samfund griber ind overfor det med politi og behandlere. De vigtigste af de stoffer, som denne gruppe bruger og specielt misbruger (i den ovenfor anførte betydning af ordet "misbruger") tilhører alle en bestemt familie, opiaterne.

Lidt farmakologi

Opium er den tørrede saft fra opiumsvalmuen og har været anvendt af mennesker i mindst 4.000 år (Blum (1969)). Opium indeholder over 25 forskellige stoffer, af hvilke to, morfin og kodein, har det fælles træk, at de virker smertestillende og hæmmer såvel tarmbevægelserne som åndedrættet. Det er de to førstnævnte virkninger, som op gennem århundrederne har været den væsentligste begrundelse for opiums anvendelse som lægemiddel (2). Opiums anvendelse som lægemiddel har dog i flere kulturer været sekundær i forhold til dets anvendelse som rusgift eller som rituel middel (3).

Morfin isoleredes så tidligt som 1803, men blev først efter perfektioneringen af injektionssprøjtningen under den amerikanske borgerkrig medicinens vigtigste smertestillende

middel. *Kodein* bruges også som smertestillende middel (det indgår f.eks. i kodimagnyl-tabletter), men i andre lande end Danmark er dets hovedanvendelse i diverse hostestillende midler. Kodein er langt mindre effektivt som smertestillende middel end morfin.

Foruden disse *naturlige* opiatier har man siden opfundet en lang række *syntetiske* opiatier, d.v.s. stoffer med morfin-agtig virkning, som ikke forekommer i naturen. Et af de første af disse var *heroin*, som blev taget i brug i 1898. Af senere fremkomne stoffer kan nævnes *petidin*, *metadon* og *ketobemidon* (det smertestillende middel i ketogantabletter). Alle er tilstrækkeligt effektive som smertestillere til at kunne erstatte morfin, men alle har også vist sig at blive genstand for brug og misbrug i de ovenfor definerede betydninger. Det samme gælder det senere tilkomne og langt mindre effektivt smertestillende stof propoxifen (som findes i præparater som abalgin og doloxene). I det hele taget må man sige, at det gælder for alle smertestillende lægemidler, incl. acetylsalicylsyre (magnyl), at de i varierende udstrækning er genstand for brug og misbrug.

Egentlig er det lidt af en tilsnigelse at gruppere stoffer som morfin, petidin m.fl. i den samme gruppe, for kemisk er f.eks. metadon og propoxifen meget forskellige fra morfin og heroin, ligesom stoffernes effekt på den menneskelige organisme, udover den smertestillende, endvidere er meget forskellige (Goth (1978)). Den væsentligste grund til at man alligevel betragter dem som én gruppe er at der hersker *krydstolerance* mellem dem. For at forklare dette begreb må jeg først omtale abstinenssymptomer og tolerance.

Abstinenssymptomer opstår ved langvarig og regelmæssig indtagelse af en række stoffer hvis indtagelsen ophører, eller hvis den indtagne dosis reduceres. Sådanne symptomer er langt fra enestående for opiatier, men er eksperimentelt bevist at opstå også hos kaffedrikkere ved reduktion af koffein-koncentrationen i deres kaffe (Goldstein m.fl. (1967)), og cigaretrygere ved reduktion af nikotindholdet i deres cigaretter (Finnegan m.fl. (1945)). Symptomernes art og styrke er ikke entydigt bestemt af stoffet, den indtagne mængde og forbrugets varighed, men også i meget høj grad afhængig af egenskaber ved brugeren, forbrugets betydning for ham, samt af de sociale betingelser, hvorunder forbruget udspiller sig. Således er det f.eks. blevet hævdet, at de forskellige enheder i den amerikanske hær i Vietnam havde hver sit typiske heroinabstinenssyndrom (Zinberg (1971)). Hyppigt forekommende opiat-abstinenssymptomer omfatter rastløshed, "gåsehud", gaben, nyse, rindende næse og øjne, søvnløshed, opkastninger, led- og muskelsmerter, og smerter i de indre organer. Selvom opiatabstinenser er de bedst kendte i den offentlige bevidsthed, er de faktisk ikke særlig farlige. Således er det meget sjældent at observere dødsfald i tilslutning til opiatafgiftning, mens alkohol- og barbitursyreabstinenser let kan få et dødeligt forløb, hvis de ikke behandles (Jaffe (1980) side 548).

At en person udvikler *tolerance* for en given stofvirkning betyder, at der skal stadig større mængder stof til, for at opnå den pågældende virkning, f.eks. smertelindring for patienter med kroniske smerter (4). Toleranceudviklingens biologiske og/eller psykologiske årsag(er) er langt fra klarlagt endnu. Toleranceudviklingen er sjældent synkron for de forskellige stofvirkninger. For morfin gælder det således, at toleranceudviklingen for den smertelindrende og respirationshæmmende effekt som regel følges ad, mens tolerancen med hensyn til stoffets tarmmotorik-hæmmende og pupil-sammentrækkende virkninger udvikles langsommere. En konsekvens af opiattoleranceudvikling er, at det tolerante individ kan indtage mængder af pågældende opiat, som ville medføre døden for et ikke-tolerant individ.

Mange stoffer er *krydstolerante* overfor hinanden. Opiaternes krydstolerance indebærer, at en person, som har opnået tolerance for en given mængde af ét opiat, også er tolerant overfor en modsvarende mængde af et andet opiat. Det er værd at betone, at krydstolerancen, ligesom tolerancen, ikke gælder for alle egenskaber ved de to stoffer. Således kan en patient, som er tolerant overfor en given mængde morfin, ikke nødvendigvis uden problemer skifte over til en mængde kodein, som skulle give samme smertereduktion, fordi hans tolerance for morfinens bivirkninger ikke sikrer ham mod alle de bivirkninger, som er forbundet med indtagelsen af den modsvarende mængde kodein. Krydstolerancen mellem opiaterne anvendes dels af opiatbrugerne selv når en person, som foretrækker f.eks. heroin, indtager propoxifen for at dæmpe abstinenssymptomerne, og dels i behandlingen af opiatmisbrugere, når illegale opiat er erstattes med legal metadon.

Hvordan virker opiat?

I dette afsnit skal jeg tage to spørgsmål op. For det første hvilken subjektiv virkning der er forbundet med indtagelse af en dosis af et opiat, når man henholdsvis er vant til, og ikke vant til, at tage opiat. Og for det andet, hvilke fysiske og psykiske konsekvenser langvarig og regelmæssig indtagelse af opiat har.

Subjektiv virkning af en dosis

Den umiddelbart observerbare virkning af indtagelse af de fleste opiat hos de fleste personer er, at pupillerne trækker sig sammen, og at åndedrættet bliver langsommere. De subjektive virkninger er derimod yderst varierende. En af de hyppigst oversete egenskaber ved opiat er således, at indtagelse af disse stoffer sjældent medfører velbehag eller eufori for personer, som ikke er vant til at indtage dem. For de fleste (5) patienter med smerter er opiatets vigtigste virkning selvfølgelig, at det dulmer eller helt fjerner disse smerter. Men denne hovedvirkning er ofte forbundet med en række uønskede bivirkninger såsom kvalme, svimmelhed, tørhed i munden, sløvhed eller uro.

For de fleste raske personer er helhedsindtrykket af en dosis morfin eller heroin ubehag. Dette er vist i en række randomiserede, dobbeltblinde eksperimenter; d.v.s. eksperimenter, hvor forsøgspersonerne indtog forskellige stoffer, deriblandt formodede inaktive stoffer som saltvand, i forskellig rækkefølge, og hvor hverken forsøgspersonen, eller den som interviewede ham, om hvorledes han følte sig tilpas, vidste hvilket stof forsøgspersonen havde indtaget ved hver enkelt lejlighed.

Klassikeren blandt disse eksperimenter udførtes i USA i begyndelsen af 50'erne (Lasagna m.fl. (1955), Beecher (1959) kapitel 14 (5a). I forsøget deltog 20 mandlige ikke-stofbrugende studerende og 30 hospitalsindlagte opiatmisbrugere. Hver forsøgsperson fik på 5 forskellige dage en indsprøjtning af 5 forskellige stoffer: saltvand (placebo), pentobarbital (et barbitursyrepræparat som anvendes til operationsforberedelse), amfetamin, morfin og heroin (6). Resultaterne for saltvand, heroin og morfin er vist i tabel 1.

Kun et lille mindretal af de ikke-stofbrugende forsøgspersoner syntes at helhedsindtrykket af morfin var behageligt, mens det store flertal syntes det var ubehageligt. Tilsva-

rende resultater opnåedes med heroin. Andelen som syntes at de 2 opiatere havde en *behagelig* virkning svarede til andelen som syntes at saltvand havde en behagelig virkning, mens andelen som syntes at opiatere havde en *ubehagelig* virkning var meget større end andelen som syntes at saltvand havde en ubehagelig virkning. Den ubehagelige virkning, som flertallet af forsøgspersonerne oplevede ved opiatindsprøjtningerne, var således klart forårsaget af opiatet, ikke af forsøget eller af omstændighederne omkring det.

Tabel 1.
Virkingen af forskellige stoffer på henholdsvis ikke-stofbrugende og opiatmisbrugende mænd (6).

Gruppe	Stof	Virking:		
		Behagelig	Hverken behagelig eller ubehagelig	Ubehagelig
Ikke-stofbrugende (ialt 20 mænd)	Saltvand	5	14	1
	Morfin	2	2	16
	Heroin	5	5	10
Opiat-misbrugere (ialt 30 mænd)	Saltvand	1	25	4
	Morfin	20	6	4
	Heroin	14	13	3

Helt anderledes var resultaterne for de 30 hospitalsindlagte opiat-misbrugere. Her syntes det store flertal af forsøgspersoner, at morfin havde en behagelig virkning, mens kun få syntes at virkningen var ubehagelig. Årsagen til, at forholdsvis mange syntes at morfin og heroin ingen virkning havde (henholdsvis 6 og 13 personer) er sikkert at finde i, at dosis har været for lav til at overskride den tolerance, som disse patienter stadig havde i behold på trods af, at de havde været uden adgang til opiatere i nogen tid før forsøget.

Virkingen af opiatere er altså ikke - lige så lidt som virkingen af stoffer som nikotin og alkohol - alene bestemt af stoffets kemiske egenskaber. Egenskaber ved personen som indtager stoffet må tages med i betragtning, når man skal forudsige hvorledes en given person vil reagere på et givet stof. Dette skal jeg vende tilbage til i dette kapitels sidste afsnit. Men først skal jeg se på hvilke fysiske og psykiske virkninger, der er forbundet med langvarig, regelmæssig indtagelse af opiatere.

Virkinger af langvarigt opiatbrug

Ud fra det foregående er det klart, at opiatindtagelse over længere tid har i det mindste to virkninger: toleranceudvikling og abstinenssymptomer hvis forbruget ophører. Abstinenssymptomerne skal jeg vende tilbage til i næste afsnit.

Toleranceudviklingen foregår formentlig i meget forskelligt tempo hos forskellige personer, og i forskelligt tempo for forskellige stofvirkninger. Således begynder smerteto-

lerancen allerede at udvikles i løbet af en eller to ugers forbrug (7), mens der ingen eller kun ringe toleranceudvikling finder sted for så vidt tarmhæmning og pupilsammentrækning angår. Tilsvarende er det meget forskelligt, hvilken stabil dosis en opiatbruger med ubegrænset adgang til stoffet når op på (se tabel 2).

Tabel 2. Morfindøgndosis blandt 25 opiat-misbrugere med ubegrænset adgang til morfin under en langvarig hospitalsindlæggelse. Fra Light & Torrance (1929d).	
Døgndosis	Antal personer
under 300 mg	2
300-599 mg	5
600-899 mg	11
900-1199 mg	5
mindst 1200 mg	2

Der er kroniske morfinister som i årevis har holdt deres daglige forbrug under 100 mg, på trods af mulighed for at indtage højere doser (8), og der er andre, som år ud og år ind har indtaget flere gram morfin daglig (9). Til sammenligning kan nævnes, at den dosis som gives til en patient mod smerter efter en operation, sædvanligvis ligger mellem 8 og 15 mg hver 4. time.

Nu er toleranceudviklingen og abstinenssymptomer som nævnt ikke noget specifikt for opiat, men også ulemper forbundet med nydelsen af kaffe, tobak, alkohol m.v. Hvilke andre skadelige bivirkninger knytter der sig til langvarigt brug af opiat?

Svaret er: tilsyneladende ingen.

Opiumspræparater hører faktisk til blandt de rusgifte, som det organisk set er mindst farligt at indtage i store og voksende doser hver eneste dag over mange år. Koffeinen i kaffe har i enkeltdoser betydelige virkninger på centralnervesystemet, fordøjelsessystemet og stofskiftet. Daglig indtagelse af 8 til 10 kopper kaffe kan medføre en kronisk forgiftningstilstand karakteriseret af rastløshed og uregelmæssig søvn, uregelmæssig hjerterytme, og kan være medvirkende til udviklingen af mavesår (Ritchie (1970)). Tobaksrygning er blandt de vigtigste årsager til en række svært invaliderende og livsforkortende sygdomme, såsom lungecancer, kronisk bronkitis, iskæmisk hjertesygdom og perifere karsygdomme (se f.eks. Dole & Peto (1976)). Således beregnede jeg i 1979, på baggrund af den internationale litteratur om tobaksrygnings effekt på dødeligheden, og danske undersøgelser af befolkningens daværende rygevaner, at et totalstop for tobaksrygning i Danmark ville medføre en forlængelse af den mandlige befolknings middellevetid på 2,7 år, og af den kvindelige befolknings middellevetid på 1,1 år (Winsløw (1979)). Og alkohol er som bekendt en sikker skadevolder på centralnervesystemet og fordøjelsesorganerne (Jensen (1981)).

I modsætning til de massive organiske skadevirkninger som forårsages af tobak og alkohol er det forbløffende få skadelige virkninger som regelmæssig indtagelse af opiat

medfører. Faktisk er der ikke med sikkerhed konstateret *varige* skadevirkninger af opiatforbrug; d.v.s. skader, som persisterer efter at forbruget ophører. Under langvarigt opiatforbrug lider forbrugeren typisk af 4 gener: forringet nattesyn p.g.a. pupilsammen-
trækningen, forstoppelse, nedsat seksuel lyst (men ikke potens) og (for mænds vedkommende) ejakulationsbesvær. Alle 4 virkninger forsvinder dog ved ophør med opiatforbrug. Som et amerikansk forskerhold, der undersøgte flere hundrede heroin- og morfimisbrugere med fri adgang til morfin (op til 1960 mg *dagligt*) under langvarige hospitalsindlæggelser konkluderede:

"Undersøgelsen viser at morfimisbrug ikke kendetegnes af legemligt forfald eller forringelse af den fysiske form ... Der er ingen tegn på forandringer i luftvejs-, lever-, nyre- eller kirtelfunktion. Når man tager i betragtning, at disse forsøgspersoner havde været misbrugere i mindst 5 år, og nogle af dem i så meget som 20 år, så er disse negative resultater meget bemærkelsesværdige." (Light & Torrance (1930) side 115, min oversættelse).

Men hvad med psykiske skadevirkninger? Regelmæssig indtagelse af større mængder alkohol medfører med stor sandsynlighed hjerneskade: således fandt man ved en nyere undersøgelse af yngre alkoholikere (refereret i Jensen (1981) side 83)), at 30% havde tegn på en let skrumpning af hjernen, og at yderligere 30% ved psykologisk testning viste tegn på organisk betinget hjerneskade. Findes noget tilsvarende da ikke for opiatbrugere?

Igen er svaret nej.

En omfattende psykologisk, neuroloigsk og psykiatrisk undersøgelse af opiatmisbrugere i et canadisk fængsel gav som resultat at:

"Hvad angår mulige skader på hjernen som følge af langvarig heroinmisbrug, kan vi kun sige, at neurologiske og psykiatriske undersøgelser ikke har afsløret tegn på hjerneskade." (Stevenson m.fl. (1956) citeret af Brecher (1972) side 26, min oversættelse)

I samme undersøgelse forsøgte man forgæves at påvise, at regelmæssig opiatindtagelse reducerer intelligensen ved at sammenligne resultaterne af intelligensprøver foretaget på de indsatte opiatmisbrugere henholdsvis mens de gik i skole og under fængselsindsættelsen, men opgav dette, fordi resultaterne forekom usandsynlige: tendensen var, at misbrugere, som under indsættelsen havde intelligensprøveresultater som var gennemsnitlige eller over gennemsnittet, før misbrugets start havde haft intelligensprøveresultater som lå under gennemsnittet! Som den første direktør for stofmisbrugerbehandlingsinstitutionen i Lexington i Kentucky og senere føderal i vicesundhedsdirektør i USA, Lawrence Kolb, skrev i 1925:

"Det er almindelig erfaring for enhver læge, som har beskæftiget sig med dette emne, at personer kan indtage morfin eller andre opiater i 20 år eller længere, uden at vise tegn på intellektuelt eller moralsk forfald." (Kolb (1925) citeret af Brecher (1972) side 27, min oversættelse).

Hvordan bliver mennesker opiatbrugere?

Opiatindtagelse har altså ved første lejlighed som regel en ubehagelig virkning. Ikke desto mindre er der mennesker som bliver ved med at indtage opiater, og som siger de får en behagelig virkning ud af det. Dette paradoks skal jeg se nærmere på i dette afsnit.

Hvert år udsættes millioner af mennesker for enkelt doser af opiatere i forbindelse med sygdom og ulykker, og en stor del af dem indtager opiatere flere gange dagligt i uger, ja endda i måneder i træk. På trods heraf vedbliver kun en meget lille brøkdel af disse med at indtage opiatere når den lægelige begrundelse for at tage dem ikke længere er til stede (10).

På denne baggrund er det naturligt at spørge, om opiatbrug kan forklares som en følge af fysiologiske egenskaber ved brugeren (såsom utilstrækkelig produktion af bestemte hormoner, de såkaldte endorfiner), eller som følge af fysiologiske ændringer i brugerens organisme efter den første indtagelse af opiatere (se f.eks. Dole (1980)).

Selvom denne mulighed ikke kategorisk bør afvises i enkeltstående tilfælde, så støder rent fysiologiske forklaringer dog på vanskeligheder som generelle forklaringer på forekomsten af opiatbrug. For det første er det vanskeligt ud fra sådanne forklaringer at forstå, hvorfor opium har været en kulturrusgift i nogle kulturer, men ikke i andre, og hvorfor omfanget af, og normerne omkring, denne normalkulturelle brug har været så forskelligt som tilfældet er (se f.eks. Kramer (1979), Hess (1971), Blum (1969), Way (1982), Kramer (1971) og næste kapitel). Vender vi os mod vor egen kultur, hvor opiatbrug ikke længere er normalkulturel, er det for det første umådeligt almindeligt, at senere opiatbrugere udelukkende føler ubehag de første gange de indtager stoffet - de føler altså ingen lettelse for de symptomer, som den postulerede utilstrækkelige produktion af endorfiner ifølge én type fysiologisk teori skulle give dem. For det andet findes der mange eksempler på personer, som i årevis har haft et særdeles uregelmæssigt forbrug af opiatere (11). Modsvarende findes der mange mennesker, som i årevis har indtaget opiatere dagligt, for derefter at ophøre med brugen, uden varig forringelse af deres livskvalitet, o.s.v. I lyset af disse forskelle i opiatbrugets varighed og regelmæssighed, er det ikke sandsynligt, at den afgørende faktor for påbegyndelse og/eller opretholdelse af opiatbrug er en fysiologisk tilstand eller proces for det store flertal af opiatbrugere.

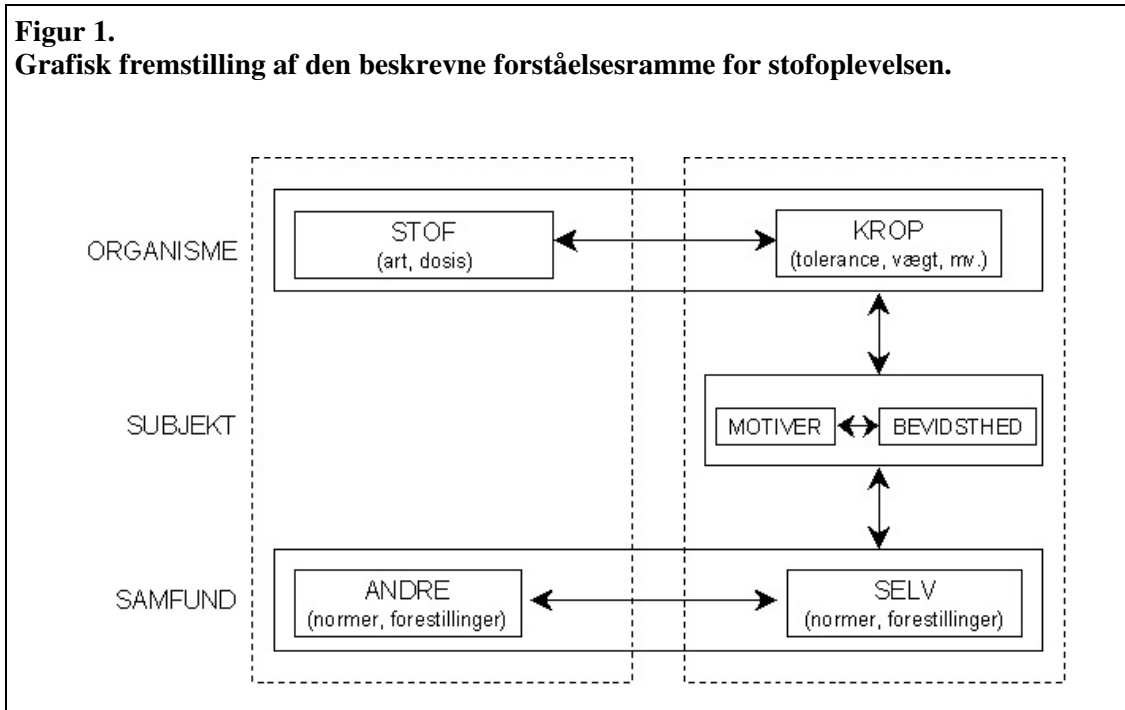
Der hersker da også udbredt enighed blandt forskere om at stofbrug opstår, vedligeholdes og evt. ophører som følge af et komplekst samspil mellem brugeren, stoffet og det omgivende samfund. Ikke desto mindre spiller rent fysiologiske teorier en væsentlig rolle for mange opiatbrugeres selvforståelse, samt for den ikke-opiatbrugende offentligheds forståelse af fænomenet.

Hvad der derimod ikke hersker enighed blandt forskere om, er svarene på følgende to spørgsmål:

1. Hvilke "mekanismer" indgår i det samspil mellem stof, individ og samfund, som "resulterer" i, at opiatbrug først opstår og siden ophører (respektive fortsætter)?
2. Er der, selvom opiatbrug ikke kan forklares alene med egenskaber ved personen, alligevel biologiske eller psykologiske egenskaber ved ham, som må være til stede, for at opiatbruget overhovedet kan begynde?

En blot nogenlunde fair gennemgang af alle de teorier, som tager disse to spørgsmål op, er ikke mulig her (for en systematisk gennemgang af en række af de vigtigste teorier se f.eks. Lettieri m.fl. (1980)). Jeg skal derfor indskrænke mig til at skitsere en forståelsesramme, som jeg tror er bred nok til at omfatte de fleste former for stofbrug.

For at forstå den enkelte stofoplevelse og forløbet af et stofbrug må man tage egenskaber ved stoffet, organismen, subjektet og det omgivende samfund i betragtning (se figur 1).



For at tage *stoffet* først, så gælder det for alle misbrugsstoffer, som for alle læge- og næringsmidler, at indtagelse medfører ændringer i organismens ligevægtstilstand. Man *må formode* at de fleste sådanne ligevægtsændringer medfører impulser til bevidstheden, og at disse impulser, fordi de hidrører fra forskellige dele af centralnervesystemet, *er flertydige*. Dette indebærer, at de oplevede stofvirkninger er bearbejdnings- eller *tolkninger*, af de fra organismen afgivne signaler.

For så vidt *organismen* angår, så er det klart, at en række forhold som vægt, forskellige organers funktionsevne, almen helbredstilstand m.v. påvirker selve optagelsen af en given mængde af et stof og hvilke koncentrationer af stoffets forskellige metabolitter (d.v.s. de bestanddele, som stoffet spaltes i af organismen), der når forskellige organsystemer (f.eks. blodet) og dermed forskellige dele af centralnervesystemet. En egenskab ved organismen som i denne forbindelse er særlig vigtig, er om den tidligere har været udsat for en tilsvarende mængde af det pågældende stof, respektive er vænnet til at modtage endnu større mængder af det. Således vil en dosis mellem 120 og 500 mg morfin virke dræbende på enhver ikke-tolerant person (Brecher (1972) kapitel 8), mens 120 mg ikke helt ville fjerne de fysiske abstinenssymptomer hos en svært morfintolerant person, hvis den blev indtaget efter 10 timers abstinens (12).

For så vidt *samfundet* angår, så er en selvklar betingelse for stofbrug, at stoffet overhovedet forefindes. Endvidere må der eksistere viden om hvorledes og i hvilke mængder, det "kan" indtages, hvorledes stoffet "påvirker" bevidstheden, og regler for hvorledes, og i hvilke sammenhænge, det "må" indtages, respektive ikke "må" indtages (13). Også her gælder det, at der for de fleste rusgiftes vedkommende i de fleste samfund vil herske

en vis flertydighed såvel i de sociale definitioner af stoffets virkning, som i normerne omkring dets brug. Man drikker ikke hvidvin til oksekød ... eller gør man?

Denne flertydighed i såvel organismens signaler til brugernes bevidsthed, som samfundets signaler om stoffets egenskaber, indebærer, at den væsentligste egenskab ved brugeren er, at han er en handlende person, ikke en biologisk og/eller sociologisk programmeret maskine. Brugeren *konstruerer* stofoplevelsen inden for de grænser som sættes af hans organismes samspil med stoffet og den sociale omverdens definitioner og normudtryk. *Stofoplevelsen er således også en funktion af brugerens motiver til stofindtagelsen.* Og eftersom disse motiver kan være flere og gensidigt modstridende, er der i princippet næsten ingen grænser for, hvilken bevidsthedseffekt en given person kan få ved at indtage et givet stof i en given social sammenhæng (14).

I og med at hverken organismen, motiverne eller samfundet er statiske størrelser, er det klart, at stofadfærd og stofoplevelse hos den enkelte over tid er yderst foranderlige. På den anden side er det klart, at jo mere homogene definitioner af stofbruget og stofindtagelsen som brugeren stilles over for, desto mindre bliver spillerummet for det selvstændige subjekt. Et eksempel herpå er danske stofmisbrugeres abstinensskræk: Et af de væsentligste motiver som danske opiatmisbrugere har til fortsat opiatindtagelse er i dag undgåelse af abstinenssymptomer. Jeg skal senere (i kapitel 4) forsøge at vise, at det opiatforbrug, som disse misbrugere har, generelt er så beskedent og uregelmæssigt, at ophør med det ikke ville give ophav til særligt kraftige organiske signaler til brugerens bevidsthed. Dette kunne synes at være i modstrid med det faktum, at mange opiatmisbrugere i dag periodisk oplever abstinenssymptomer, ja endda meget voldsomme abstinenssymptomer, ligesom de fleste misbrugere og metadonpatienter er meget bange for at skulle komme til at undvære deres stof.

At benægte abstinenssymptomemes rod i organiske signaler til bevidstheden ville selvfølgelig være lige så sociologistisk enøjet som det ville være biologisk enøjet at påstå, at bevidstheden blot er en passiv modtager af opiaters farmakologisk bestemte "euforiserende virkning". Det væsentlige er at fastslå, at ligesom de organiske signaler forbundet med stofindtagelse for den ikke-tolerante organisme kan være svage og flertydige, så kan de sociale definitioner af stofvirkningen - herunder af konsekvenserne af ophør med selv den mest sporadiske indtagelse af små doser - være kraftige og relativt entydige (15). Det centrale i såvel stofvirkning som abstinensoplevelse er således det subjekt, som organiserer de organiske og de sociale impulser; et subjekt, som aktivt forandrer sig i et samspil med den krop og med det samfund det er lokaliseret i, men som *også* er bundet såvel af sin biografi, som af de virkelighedsdefinitioner som står til dets rådighed.

Når danske stofmisbrugere således i dag er meget følsomme overfor de abstinenssignaler, som deres centralnervesystem afgiver, må forklaringen herpå søges dels i den biografiske investering, som det enkelte subjekt har i stofbruget (og i den livsstil som det er knyttet til) og dels i såvel de stofbrugende som de ikke-stofbrugende omgivelseres massive tilkendegivelse af, at abstinens er uudholdelig (16). At der stadig er stofmisbrugere som "spontant" ophører med opiatbrug (jfr. kapitel 5) efter mange års brug er således et opmuntrende bevis på den menneskelige viljes stædighed!

Et eksempel på hvorledes ændringer i det omgivende sociale miljø kan påvirke stofadfærden, er ophøret af heroinbrug blandt amerikanske soldater efter hjemsendelse fra

Vietnam. Halvdelen af de menige soldater brugte heroin under deres udstationering i Vietnam. Af disse progredierede omkring 1/5 til regelmæssig brug med periodiske abstinenssymptomer mens de var udstationeret i Vietnam (Robins m.fl. (1974)). Hærens lokale afvænningsprogrammer var karakteriseret ved en meget høj tilbagefaldshyppighed (nemlig 97%), og det var derfor med nogen bekymring myndighederne forudså hjemsendelsen af disse tusindvis af våben- og kamptrænede unge mænd. Man forestillede sig, at en tilgang til den allerede eksisterende stofmisbrugerbefolkning af mænd med netop disse forudsætninger, ville forværre arten af den kriminalitet, som stofmisbrug i USA er forbundet med. Men til alles store forbløffelse var det kun et mindretal af de misbrugende soldater - nemlig 12% - som i løbet af de første 3 år efter deres hjemkomst blev registreret som fortsatte misbrugere. Endnu mere bemærkelsesværdigt var, at ophøret med dette heroinbrug kun i meget få tilfælde nødvendiggjorde egentlig behandling (Robins m.fl. (1977) citeret af Robins (1979)). Heroinbrugen ophørte altså spontant med hjemsendelsen, d.v.s. med besværliggørelsen af adgangen til heroin, med fjernelsen fra de med krigen forbundne rædsler, og med opløsningen af den subkultur indenfor besættelseshæren, i hvilken heroinindtagelse havde fundet sted (Zinberg (1974)).

Stofbrug må altså ses som et komplekst samspil mellem individ, stof og samfund. Dette er gammel officiel politik i Danmark, som snart sagt enhver indenrigsminister siden 1970 har gentaget i til formålet skrevne taler. Ikke desto mindre har en række myter om opiaterner (og andre ulovlige stoffer) medført, at individ og samfund er blevet overset af det officielle Danmark. Disse myter har en lang historie. I næste kapitel skal jeg se på den del af historien, som udspillede sig i årene 1965-69; og vise hvorledes den måde, som forskellige interesser gjorde brug af disse myter på, førte til at Danmark fik et stofmisbrugsproblem.

Noter til kapitel 1

1. Stofmisbrug kan defineres på et utal af måder, alt efter ens øjeblikkelige moralske/ teoretiske/politiske behov, og definitionerne spænder fra meget enkle og umiddelbart anvendelige, til meget komplekse og i praksis svært anvendelige. Som et eksempel på en meget enkel definition kan nævnes den *legalistiske*, hvor stofmisbrug er brug af stoffer, hvis besiddelse er ulovlig i henhold til lov om euforiserende stoffer, i følge denne definition falder indtagelse af selv de største mængder alkohol eller andre lovlige rusgifte uden for begrebet stofmisbrug.

Dette er til gengæld ikke tilfældet med de fleste *kliniske* definitioner. Den alment accepterede kliniske definition herhjemme er Finn Jørgensens (Jørgensen (1972)). Ifølge denne definition er stofmisbrug stofbrug som medfører somatiske, psykiske eller sociale komplikationer for brugeren, eller hvis fortsættelse indebærer fare for udvikling af sådanne komplikationer. Med "stofbrug" henviser Jørgensen ikke kun til indtagelse af stoffer, men også til måden hvorpå stoffet indtages, og den sociale sammenhæng, hvori stofindtagelsen finder sted. Tilsvarende skal "sociale komplikationer" forstås i videst mulig betydning.

2. I en lærebog om morfinens lægelige brug fra 1880 anføres det, at bl.a. følgende sygdomme med fordel kan behandles med dette stof: Angina pectoris, astma, bronkitis, kolera, kræft, hysteriske kramper, hjertesygdomme, Huntingtons chorea, delirium tremens, dyspnø, sukkersyge, diarrhoea, emfysem, epilepsi, mavesår, søvnløshed, urin-inkontinens, kløe, lumbago, malaria, mani og sindssygdom, meningitis, neuralgi, nymfomani, reumatisme, tetanus og opkastninger under svangerskab. (Citeret i Terry & Pollens (1928) side 71-72).

3. Dette synes således at have været tilfældet i Grækenland før vor tidsregnings begyndelse og i Indien indtil dette århundrede. (Blum (1969)).
4. Nogle stoffer, heriblandt cannabis, har (i hvert fald hos nogle personer) "omvendt tolerance", d.v.s. at den søgte virkning kan opnås ved indtagelse af en stadigt *mindre* dosis (Canadian Commission (1973) side 290).
5. Sværere postoperative smerter kan lattes hos 70% af patienterne ved injektion af 10 mg morfin og hos 80% ved injektion af 15 mg morfin. Indtagelse af morfin gennem munden letter kun postoperative smerter hos 40%, mens injektion af saltvand (placebo) er fundet smertelindrende hos henholdsvis 30 og 40% af de undersøgte patienter (Beecher (1959) kapitel 3, og Lasagna m.fl. (1954)).
- 5a. For henvisninger til senere diskussioner af disse experimenters resultater, se Kaplan (1983) note 78 på side 29.
6. 11 af de 20 ikke-tolerante forsøgspersoner fik indsprøjtet 15 mg morfin, medens 9 forsøgspersoner fik indsprøjtet 8 mg morfin. En lidt større andel af de 11 end af de 9 syntes at virkningen var ubehagelig. 16 af de 30 tolerante forsøgspersoner fik indsprøjtet 22,5 mg morfin, medens 14 fik indsprøjtet 15 mg morfin. Der var ingen forskelle mellem de to grupper med hensyn til stof oplevelsen. Alle doser var pr. 70 kg kropsvægt. Heroindoserne var som følger:
Ikke-tolerante: 11 fik 4 mg og 9 fik 2 mg.
Tolerante: 16 fik 6 mg og 14 fik 4 mg.
(Lasagnam.fl. (1955)).
7. En læge med stor erfaring med langvarig smertebehandling af cancerpatienter har fortalt mig, at denne toleranceudvikling for den smertelindrende effekt oftest ophører efter en indledende fase, således at patienten, hvis smerterne i øvrigt ikke tager til, kan forblive på den samme dosis måneder i træk.
8. Zinberg & Lewis anfører følgende kasuistik: "Dr. C, en 47-årig hvid succesfuld alment praktiserende læge konsulterede en psykiater p.g.a. de moderat svære depressive følelser han havde oplevet efter at en kvinde, til hvem i han i 10 år havde haft et seksuelt forhold, havde besluttet at flytte til en anden by. Dette forhold var hans tredje længerevarende udenomsægteskabelige forhold, men det første hvor det var kvinden som havde afbrudt forholdet. Den grad hvormed hans selvfølelse led herunder overraskede ham, og for første gang i sit liv oplevede han betydelige vanskeligheder m.h.t. at leve op til de krav, som hans praksis, hans kone og hans to børn stillede til ham. Nærmest i en bisætning fortalte han, at han i mere end 12 år havde taget 4 daglige indsprøjtninger a 15 mg morfin lørdag-søndage undtaget. Dosis havde været konstant over hele denne periode, bortset fra når han en sjælden gang var usædvanlig travl eller anspændt ... han udtrykte ingen skyldfølelse over sit stofbrug og understregede, at han ikke havde den mindste tilbøjelighed til at holde op ... Under depressionen holdt han dosis på det sædvanlige niveau, selvom han indrømmede, at være under et betydeligt indre pres i retning af at øge den. I den indledende fase af den psykiatriske behandling mødte han en kvinde, som efter et stykke tid indvilligede i at blive hans elskerinde. Så snart denne forbindelse var cementeret, forbedredes hans stemningsleje og han afbrød den psykiatriske behandling" (Zinberg & Lewis (1964), min oversættelse).
9. Nyere tids mest celebre opiat(mis)bruger, Thomas de Quincey, indtog fra sit 20. til sit sidste og 74. leveår dagligt opium i doser svarende til fra godt 150 milligram til knap 4 gram morfin. I løbet af disse 55 år lykkedes det ham at opfostre 6 børn, skrive i hundredevis af kortere og længere essays (hans samlede værker fylder 14 digre bind), og så godt som dagligt spadsere 15 kilometer eller derover (Schiller (1976)).
10. Porter & Jick kunne blandt 11.882 patienter, som på et nordamerikansk hospital havde modtaget opiat-ter ved mindst én lejlighed, kun finde 4 som senere havde udviklet et ikke-lægeligt forbrug af opiat-ter (Porter & Jick (1980)). Evans fandt, at kun 9 ud af 130 patienter, som havde taget opiat-ter mod kroniske smerter i mindst 1 år udviste "drug-seeking behaviour" når man forsøgte at afhjælpe deres smerter ved anden behandling (såsom nerveblokade) (Evans (1981)). Og Zinberg interviewede 100 tilfældigt udvalgte patienter, som i mindst 10 dage havde modtaget massive doser opiat-ter mod stærke somatiske smerter på et hospital om deres lyst til at indtage opiat-ter efter helbredelsen. Kun én patient fortalte, at

han havde oplevet et sådant ønske, og dette var sket på et tidspunkt, hvor han troede at den sygdom, som havde foranlediget opiatbehandlingen, var vendt tilbage (Zinberg (1974) side 157)).

11. Dette såkaldte "kontrollerede heroinbrug" har været genstand for stadigt stigende interesse i udlandet i det seneste årti. Se f.ex. Harding (1981) og Appendiks C i Zinberg (1984) for en gennemgang af litteraturen.
12. Hvor store doser nogle opiatbrugere kan komme op på illustreres af følgende citat af dr. Willis P. Butler, leder af morfinvedligeholdelsesklinikken i Shreveport, Louisiana fra 1919 til 1923: "Jeg så engang en mand indtage 12 grains [=720 milligram morfin] i en enkelt intravenøs indsprøjtning. Han rejste sig op, sagde "Ah, det gjorde godt!" og gik igen." (Waldorf m.fl. (1974) side 22, min oversættelse).
13. Hvis sådanne regler ikke findes, er en hyppig konsekvens "toksiske psykoser", d.v.s. voldsomme og langvarige angstanfald udløst af indtagelse af stoffet, jfr. eksempelvis Becker (1967), Becker (1973) og Bialos (1970). Den indlæring, som den uerfarne stofbruger (i dette tilfælde marihuanaryger) må igennem er beskrevet af Becker (1963), kapitel 3. Det er iøvrigt værd at bemærke, at den "kulturelle visdom" som videregives fra erfarne til uerfarne brugere ikke er uforanderlig. I visse kredse var det i årene 1966-67 i København en udbredt overbevisning, at hashrygning sammen med alkoholindtagelse medførte "bad trips", mens marihuanarygere i New York i 1920-erne mente at alkoholindtagelse *forhindrede* dem i at blive skæve (Becker (1963) side 52, fodnote). Hverken den ene eller den anden af disse forestillinger tror jeg er udbredt på den nuværende hashscene i København.
14. Zinbergs interviews med "kontrollerede heroinbrugere" viser dette med stor tydelighed. Ligesom der for hundrede år siden ikke var grænser for hvad lægevidenskaben mente at kunne bruge morfin til (jfr. citatet i note 2 ovenfor), så synes der i dag ikke at være grænser for hvad heroin kan bruges til: Bero-ligelse såvel som opkvikning, fantasien såvel som logisk tænkning, afslapning foran TV-skærmen såvel som fordybelse i finkulturelle produkter, fornøjeligt samvær såvel som kedeligt slavearbejde, o.s.v. Se Zinberg (1984) side 82-134.
15. At det sete ikke kun afhænger af de øjne som ser, men også af, hvad de øren, som sidder på samme hoved som disse øjne, hører, er gammelkendt fra socialpsykologien (se f.eks. Israel (1963) kapitel 9 for en sammenfatning). Kyvsgaard har refereret et nyere eksperiment som på dramatisk vis illustrerer dette forhold:

I slutningen af 1950'erne opfandt psykologer begrebet "sensorisk deprivation" til at beskrive det forhold, at mennesker, som kunstigt udsættes for ekstrem stimulations-fattigdom reagerer med en række symptomer og til sidst bryder totalt sammen. Som andre psykologiske begreber indgår begrebet i dag i den almindelige kulturelle ballast i den amerikanske middelklasse. Kyvsgaard refererer forsøget på følgende måde:

"Forsøgspersonerne i eksperimentet blev, ligesom forsøgspersonerne i almindelige eksperimenter med sensorisk deprivation, placeret i et rum, hvor der findes en "panik-knap" og mulighed for at overvåge forsøgspersonernes reaktioner. Blot var der den væsentlige forskel, at rummet de placeredes i, ikke var specielt fattigt på stimulation: Det var et almindeligt, veloplyst dagligstuerum med magelige stole. Forsøgspersonerne fik endvidere serveret smørrebrød og isvand. Kontrolgruppen i eksperimentet blev placeret i et tilsvarende rum, blot uden overvågningsmulighed og panik-knap. De fik at vide, at de var kontrolgruppe til et forsøg om sensorisk deprivation. Eksperimentet viste, at eksperimentalgruppen reagerede på samme måde som forsøgspersonerne i eksperimenter med egentlig sensorisk deprivation. Disse resultater fortolkes således, at personer i eksperimentalgruppen reagerer på den mening, de har tillagt deres omgivelser. Som gode forsøgspersoner havde de ment, at rummet skulle indgive dem en oplevelse af sensorisk deprivation. Det bliver så denne tillagte mening, de reagerer på, og ikke rummets egentlige kvaliteter." (Kyvsgaard (1984) side 81).

16. Abstinenssymptomerne er typisk lettere for (frivillige) klienter i behandlingsprogrammer som fornægter abstinensubehagets eksistens end for klienter i andre behandlingsprogrammer. Se således Zinberg (1974).

Kapitel 2

Stofmisbrug som et socialt problem

"A social problem is always a focal point for the operation of divergent and conflicting interests, intentions, and objectives. It is the interplay of these interests and objectives that constitutes the way in which a society deals with any one of its social problems."

- Herbert Blumer (1970) side 301.

Udviklingen af det sociale problem stofmisbrug har meget lidt at gøre med forekomsten af danske stofbrugere, og endnu mindre med stofbrug som sådan. Så vidt vi overhovedet besidder empirisk viden herom, så havde Danmark haft omkring 2.000 stofmisbrugere i årtier før stofmisbrug blev et socialt problem (Knipschildt (1973)). Den største tilvækst til gruppen *af stofbrugere* fandt sted *efter*, at stofmisbrug var blevet etableret som et socialt problem. Kort refereret er det min påstand, at det sociale problem stofmisbrug, i den form som det findes i det danske samfund i dag, udviklede sig som en følge af 4 hovedfaktorer:

1. Pressens "opdagelse" af hashrygning i 1965. Hashrygning forekom dengang indenfor et snævert københavnsk miljø. Pressen forsøgte at gøre sin "opdagelse" mere interessant ved at beskyldte det københavnske sundhedspoliti for passivitet over for en udbredt prostitution i kølvandet på dette stofbrug.
2. Politiets accept - mod bedre vidende, og på statsmagtens vegne - af, at det af pressen påståede problem vitterligt eksisterede, og Sundhedsstyrelsens deraf følgende nødtvungne accept af ansvaret for problemet.
3. Koblingen af stofbrug med provobevægelsens udfordring af centrale værdier i det danske samfund, og
4. Den sociale sektors ekspansionstrang oven på socialreformkommissionens arbejde.

Hvad er et socialt problem? (1)

Når man i daglig tale siger at Danmark har en række sociale problemer såsom "kriminalitet", "stofmisbrug", og "ungdomsarbejdsløshed", mener man for det første, at der "begås" kriminelle handlinger, at der "er" mennesker som indtager ulovlige stoffer og at der "er" unge uden beskæftigelse. Og man mener for det andet, at samfundet bør forsøge at ændre på disse forhold.

Med citationstegnene omkring de beskrivende verber er det ikke min hensigt at hævde, at disse udsagn er falske, altså ikke afspejler en faktisk social tilstand eller faktiske problemer for mennesker i det danske samfund. Min hensigt hermed er for det første at pege på, at et givet forhold kun er et socialt problem, når det *opfattes* som sådan af samfundets medlemmer, og for det andet at understrege, at opfattelsen af et forhold som et socialt problem ikke nødvendigvis behøver at afspejle en "virkelighed". Sociale problemer er resultater af kollektive definitionsprocesser. Og de har et liv, som er temmelig uafhængigt af det forhold i virkeligheden, som det kollektivt definerede begreb angives at referere til.

Jeg skal give to eksempler på problemer i dagens danske samfund, som ikke er sociale problemer.

I forrige kapitel nævnte jeg, at tobaksrygning i Danmark i dag forkorter middellevetiden for mænd med 2,7 år og middellevetiden for kvinder med 1,1 år, hvortil kommer at titusindevis af mennesker lever en svært invalideret tilværelse med luftvejs- og/eller karsygdomme som er helt eller delvis forårsaget af deres tidligere rygning, og som til stadighed forværres af deres fortsatte rygning. Tobaksrygning er således et problem i det danske samfund. Alene udgiften til sundhedsvæsenets behandling af disse mennesker blev i 1972 anslået til 200 mio. kroner (Egsmose (1972)), hvilket svarer til omkring 600 mio. kr. i dag. Dertil kommer den stærke forringelse af livskvaliteten, som følger med disse sygdomme. Ikke desto mindre er tobaksrygning ikke et socialt problem i dagens Danmark.

Et andet alvorligt samfundsproblem, som heller ikke er et socialt problem, er privatbilismen. Der dræbes gennemsnitligt 700 mennesker om året ved trafikuheld - et tal der er ca. 5 gange større end det årlige antal "narkodødsopfre" - og over 15.000 skades. De samlede samfundsudgifter forbundet med trafikuheld (udgifter til hospitalsbehandling af tilskadekomne, samfundets produktionstab som følge af de tilskadekomnes forbigående eller varige uarbejdsdygtighed, og udgifterne til udbedring af materielle skader) andrager over 2,5 mia. årligt (Vejdirektoratet (1983)). En væsentlig del af disse ulykker kunne undgås ved en mere indgribende regulering af borgernes anvendelse af private personbiler.

Fælles for samfundsproblemer som cigaretrygning og privatbilisme er 3 ting: For det første er de ressourcer, som det offentlige anvender på at løse dem, beskedne i forhold til de udgifter, som problemet påfører samfundet. Konkret udgør de ressourcer, som sættes ind for at forhindre tobaksrygning, en brøkdel af de ressourcer, som anvendes til at behandle de skader som rygningen forårsager. For det andet ville radikale offentlige tiltag for at løse disse samfundsproblemer (f.eks. nedsættelse af hastighedsgrænserne eller en øgning af kravene til bilisternes færdigheder) blive mødt med voldsom modstand i store dele af befolkningen. Og for det tredje betragtes såvel risikoen for at blive invalideret af cigaretrygning som risikoen for at blive dræbt eller skadet i trafikken af størstedelen af befolkningen som *naturlige betingelser*; d.v.s. som forhold, hvis ændring det ikke synes umagen værd at beskæftige sig med mand og mand imellem.

Eksistensen af et samfundsproblem er således ingen garanti for at det betragtes som sådant. Men omvendt er eksistensen af et socialt problem ikke ensbetydende med, at der eksisterer et forhold i samfundet, som faktisk truer den enkelte borgers velfærd. Det er således min påstand i denne bog, at opiatbrug ikke er nær så stort et samfundsproblem

som *det sociale problem opiatmisbrug*. En lignende situation havde man i USA i anden halvdel af forrige århundrede.

Spørgsmålet om hvorvidt ikke-lægeordineret forbrug af opium bør betragtes som misbrug har været diskuteret mere eller mindre voldsomt i vor kultur i hvert fald siden år 1700 (Terry & Pellens (1928) side 64). Ikke desto mindre var brug af opium uhyre udbredt i størstedelen af USA i anden halvdel af forrige århundrede (2). Antallet af opiatbrugere blev således i århundredets sidste trediedel skønnet til mellem 1 promille og 1 procent af den samlede voksne befolkning. Hvorimellem disse tal den sande prævalens har ligget er det svært at sige. Men den totale import af opium og opiumpreparater var i hvert fald af en sådan størrelsesorden, at den amerikanske befolkning (voksne og børn) i perioden 1870-1909 kunne indtage gennemsnitligt 1,1 mg importeret morfin pr. *person pr. dag*, hvortil kom den i USA dyrkede opium (Terry & Pellens (1928) side 44) (3). Foruden veteraner fra borgerkrigen var forbruget angiveligt mest udbredt blandt midaldrende og ældre kvinder, men opium var dog en fast bestanddel i de forskellige former for patentmedicin, som indgik i enhver husholdning. Brug af opium var således, i modsætning til brug af alkohol, ikke et socialt stridsspørgsmål i USA på dette tidspunkt, endsi et socialt problem (Szazs (1975), Musto (1973)).

Brug af opium var også udbredt blandt de kinesiske arbejdere, der i tiden efter 1850 indvandrede til USA for at blive indsat i hårdt fysisk belastende produktioner, såsom bygningen af de transkontinentale jernbaner. Alt tyder på, at indvandernes forbrug af opium var stærkt kontrolleret af sociale regler, og at opium i en vis grad brugtes af arbejderne til at øge deres evne til at udholde ekstreme belastninger i arbejdet (se Szazs (1975), Kramer (1979)). Men i modsætning til de hvide amerikanere, som indtog opiumpreparater gennem munden eller ved indsprøjtning, så *røg* kineserne den til dette formål præparerede opium.

I løbet af anden halvdel af forrige århundrede voksede et tiltagende kineserhad frem i USA, stærkt understøttet af fagbevægelsen, hvis ledelse så de hårdt arbejdende kinesiske indvandrere som en trussel mod medlemsskarens beskæftigelse. Det første resultat af fagbevægelsens kampagne mod de kinesiske indvandrere var et stop for kinesisk indvandring i 1886, mens det næstfølgende interessant nok var et forbud mod import (1887), og siden produktion (1890), af opiumpreparater *af andre end amerikanske statsborgere*. Mens fagforeningerne ikke kunne få de føderale lovgivere til at udvise kineserne, var det derimod muligt, at få myndighederne til at forfølge den *måde*, hvorpå denne minoritet indtog en rusgift, som også indtoges af hundredtusindevis af hvide amerikanere. Således blev *opiumsrygning* (men ikke andre måder at indtage opiater på, såsom ved injektion eller peroralt) forbudt i 1909. (4)

Et af de væsentligste argumenter for dette forbud, og for at forfølge de kinesiske indvandrede i det hele taget var at *opiumsrygning* udgjorde en fare for den hvide ungdoms fysiske og moralske sundhed. Som formanden for ét af de ledende amerikanske fagforbund, The Federation of Organized Trades and Labor Unions, Samuel Gompers, skrev i en pjece betitlet "Nogle grunde til at udvise kineserne: Kød versus ris, amerikansk manddom mod asiatisk cooley-isme - hvad skal overleve?" i 1901:

"Hvilke andre forbrydelser, som blev begået i hine mørke stinkende steder, når disse små uskyldige ofre for kinamandens nederdrægtigheder var under stoffets indflydelse er det næsten for rædselsvækkende at forestille sig ... Der er hundredevis, ja tusindevis, af vore amerikanske piger og drenge, som har erhvervet sig denne dødelige vane og er fordømte, håbløst fordømte, til et liv uden

den mindste chance for forløsning." (Gompers som citeret af Szasz (1975) side 73-74, min oversættelse).

Men som nævnt ovenfor var de kinesiske indvandreres forbrug af opium såvel moderat som kontrolleret, ligesom kineserne kun spillede en ubetydelig rolle i distributionen af opiat til de hvide brugere. Opium kunne frit købes uden recept fra enhver læge, på ethvert apotek, og i titusindevis af købmandsbutikker over hele landet, også i områder, hvor der ingen, eller få kinesiske indvandrere var (Terry & Pellens (1928) kapitel 1). Opiumsrygning blandt kinesiske indvandrere var således ikke nogen trussel mod det amerikanske samfund i årtierne op til århundredeskiftet, lige så lidt som andre befolkningsgruppers ikke-lægelige indtagelse af opiat i øvrigt var det. Men i modsætning til hvide amerikaneres opiatindtagelse var kinesernes opiumsrygning et socialt problem (5).

Et forhold behøver således hverken at true samfundet eller den enkelte borgers velfærd for at blive et socialt problem, og en adfærd eller tilstand, som rent faktisk truer samfundet eller den enkeltes velfærd, udgør ikke nødvendigvis et socialt problem. På baggrund af disse eksempler kan vi derfor karakterisere et socialt problem som den faktiske *eller fiktive* forekomst af en bestemt adfærd eller tilstand i et samfund,

1. som søges undertrykt eller ændret under anvendelse af offentlige ressourcer,
2. hvor højst et mindretal i befolkningen modsætter sig disse undertrykkelses- eller ændringsforsøg, og
3. som er genstand for opmærksomhed i store dele af befolkningen (6).

Med denne karakteristik in mente kan vi nu se nærmere på det sociale problem stofmisbrugs historie i Danmark i anden halvdel af 1960'erne.

Stofmisbrugsproblemets opståen i Danmark

Sociale problemer hverken opstår eller forsvinder spontant. De gennemløber en række faser, og deres skæbne i en given fase afhænger af den relative styrke af de organisationer og institutioner, som ønsker henholdsvis at problematisere og at afproblematisere den pågældende tilstand. Under dette forløb gennemgår billedet af problemets væsentligste aspekter typisk en række ændringer. I tilfældet stofmisbrug mener jeg, at man klart kan skelne tre faser: opdagelsesfasen, legitimeringsfasen og mobiliseringsfasen. I de to første faser opfattedes problemet enten som et udifferentieret "stof"-problem, eller som et "hash"-problem, mens myndigheder og offentlighed i mobiliseringsfasen i stigende grad fokuserede på opiatbrug som det væsentligste aspekt.

Opdagelsesfasen (1965-1966)

Opiatmisbrugere har været kendt i Danmark i de sidste hundrede år. Officiel interesse påkaldte opiatmisbrug sig dog først efter besættelsen, da der syntes at være sket en udbredelse af opiatbrug til andre end de traditionelle misbrugere (d.v.s. personer, som

havde stiftet bekendtskab med opiater gennem lægelig behandling og personale i sundhedsvæsenet). Dette skal jeg vende tilbage til i kapitel 4.

Udbredt brug af hash hører derimod til tiden efter stofmisbrugsproblemets opståen, selvom hashrygning angivelig forekom sporadisk i slutningen af 1950'erne, og antagelig med en noget større hyppighed i første halvdel af 1960'erne (se Jepsen (1966) side 194-195).

I opdagelsesfasen var forestillingerne om stofbrug diffuse, hvilket afspejlede sig i ekstreme vurderinger. I 1965-1966 blev "stofferne" såvel berømmet som væsentlige sociale fornyelser, som fordømt som farlige trusler mod ungdommen. Med tre måneders mellemrum kunne man således læse to meget forskelligt tonede artikler om hash i Ekstra Bladet: Under overskriften "Jeg ryger marihuana men er ikke narkoman! Ung mand gør op med opfattelsen af marihuana som et farligt giftstof" skrev Carsten Grolin på side 12, den 20. maj 1965:

"Den unge mand, som sidder overfor mig, ligner ikke det billede, man normalt har af en narkoman. Han er mager, lidt tilbageholdende i blikket, men med levende, aktive øjne. Hans bevægelser er velovervejede, rolige, lidt eftertænksomme ... når han taler, vender han ansigtet direkte mod mig, og øjnene slipper det stærke lys, der falder på de nyudsprungne træer uden for vinduerne, og fæstner sig på mit ansigt.... [ordene] kommer fast og sammenhængende. Man har fornemmelsen af at sidde overfor et menneske, der i sjælden grad behersker sig selv og har et dybt kendskab til sin personlighed."

Tre måneder senere skrev bladet på side 1 under overskriften "Tusinde på 15-20 år slaver af narkotika?":

"For nogen tid siden pågreb politiet i København et par unge amerikanere, der kørte rundt i byen og søgte at afsætte et større parti marihuana-cigaretter. Tilsyneladende vidste de to udlændinge ikke, hvor de skulle finde aftagere for denne form for narkotika.

Narkotikapolitiafdelingen under politiinspektør Jens Jersild's ledelse tog de to forhandlers rådvildhed som et nyt bevis for, at der ikke er kunder af betydning til marihuana- eller anden narkotikaafsætning herhjemme, på trods af at nydelsen af marihuana og hashish i København har taget et voldsomt opsving. Antallet af 15-20-årige, som er forfaldne, menes at ligge langt over tusinde ...

En organiseret bande forbrydere, der tjener tykt på salg af marihuana til purunge, og som samtidig lokker 15-16-årige piger fra ofrenes kreds ind i prostitution, er tilsyneladende slet ikke opdaget af narkotikapolitiet endnu." (Ekstra Bladet 23. august 1965, side 1).

Den afgørende hændelse i opdagelsesfasen var Ekstra Bladets påstand om, at der ved siden af amatørstofhandlen var en professionelt organiseret stofhandel, i hvis kølvand fulgte en omfattende prostitution; en prostitution som det københavnske sundhedspoliti var uvidende om (jfr. citatet ovenfor). Denne påstand var aldeles ubegrundet, hvilket politiet vidste, og forgæves forsøgte at hævde i medierne (7). Men eftersom Ekstra Bladet blev ved med at gentage påstanden, der også blev grebet af andre aviser, måtte politiet af troværdighedsgrunde vise, at det gjorde noget. Derfor startedes en række politiaktioner i "minefeltet".

Det interessante er, at trods store bestræbelser på at få fat i stofforhandlerne og importørerne, så var udbyttet magert: I 1965 sigtede Københavns politi ialt 53 personer for omgang med ulovlige stoffer, heraf 39 for besiddelse af hash alene, og 2 for besiddelse af såvel hash som andre ulovlige stoffer. Af de 29 sager, som var afgjort pr. 1. februar 1966 havde kun 7 resulteret i ubetinget frihedsstraf (Jepsen (1966) side 203). Eksistensen af

den af Ekstra Bladet påståede organiserede stofhandel kunne ikke konstateres, og heller ikke den med stofhandlen påståede forbundne prostitution. Således var kun 5 af de 127 kvinder, som i årene 1965-1967 blev sigtet for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer i København kendt af politiet som prostituerede (8). Stofmisbrugsproblemet kunne således sandsynligvis være blevet "løst" i opdagelsesfasen, såfremt stofferne ikke i 1966 var blevet koblet sammen med diverse "protestbevægelser", specielt provobevægelsen. Denne kobling var den afgørende faktor i problemets legitimering. Endvidere var den - som jeg skal forsøge at vise i næste kapitel - den afgørende faktor for, at titusindevis af unge i årene efter 1965 begyndte at ryge hash. Pressen stod således bag såvel fænomenet udbredt brug af ulovlige stoffer som samfundets første reaktion herpå (9).

Legitimeringsfasen (1966-1967)

1965 var året, hvor de første lårkorte nederdele fik mænd og kvinder til at vende sig om på gaden. Men det var også året, hvor Kinks og Rolling Stones for første gang optrådte i Danmark; hvor restauranter og værtshuse presseses af et stigende antal gæster uden slips; hvor de første kondemnerede ejendomme besattes på Christianshavn; hvor Cæsar sang om Storkepringvandet, og hvor uropatruljen blev oprettet for at dæmme op for balladen mellem rockere og langhårede omkring samme Storkepringvand.

I aviserne optrådte disse ting lige så uafhængigt af stofferne, som den 4-dobbelte politimorder, Billy Graham's besøg i Danmark, og de første rapporter fra Vietnamkrigen. Forbindelsen skulle først blive knyttet den følgende sommer.

Med koblingen af specielt hashrygning og protestbevægelser i sommeren 1966 blev "stofferne", fra at have været noget totalt uforståeligt, og - om ikke harmløst - så dog det store flertal af befolkningen uvedkommende, til en åben trussel mod centrale værdier som flid, disciplin, stræben efter materiel velstand og respekt for statens institutioner og deres repræsentanter. Og tilsvarende blev hashrygning i kammeratskabsgrupper en markering fra specielt middelklassens unges side af, at man deltog i det *dobbelt skjulte ungdomsoprør* mod forældregenerationen, jfr. næste kapitel.

Ud fra en historisk synsvinkel er der noget ironisk ved spændingerne mellem provobevægelsen og de voksne generationer midt i 1960'erne. For provobevægelsen baserede sig netop på den fremtidsvision, som de voksne generationer bevidstløst var ved at realisere: det arbejdsfrie samfund. Allerede i begyndelsen af 1960'erne havde visse filosoffer og kunstnere i USA og Europa indset, at konsekvensen af den elektroniske revolution ville være en frisættelse af arbejdskraften i en hidtil ukendt målestok; en konsekvens, som først er ved at gå op for os andre i disse år.

Provobevægelsens teoretikere så i denne frisættelse af arbejdskraften såvel en mulighed som en udfordring for menneskeheden: kun ved at udvikle den enkeltes kreativitet - i form af "unyttig skaben" - ville mennesket i det post-industrielle samfund kunne undgå at gå til grunde i ren og skær kedsomhed, og kun ved at fremelske den individuelle kreativitet *nu* kunne menneskeheden stå beredt til den dag, hvor maskinerne ville besørge alle materielle behov. Men en betingelse for at den enkeltes kreativitet kunne komme til udfoldelse var, at samfundets stive strukturer blev nedbrudt, og erstattet af en mere flydende struktur, der til stadighed kunne ændre sig som en følge af de enkelte borgers skiftende behov.

I modsætning til denne fremtidsvision karakteriseredes det bestående samfund f.eks. således:

"Den tidligere klassemodsatning mellem bourgeoisie og proletariat findes ikke mere i vort samfund. Den progressive revolutionære ledelse er sivet væk, i og med at arbejderne fik del i velfærd. Bourgeois og tidligere proletariat er klumpet sammen i en uhomogen "masse", en samling larver, biller og kålædere Vi [provotariatet] går ... ud på gaden (og ind i fængslerne) for at vække den sløve borger. Han vækker vor vrede, fordi han er et hyggesygt konglomerat [sic!] der forråder sine menneskelige friheder, der møblerer sit hus med elektriske røremaskiner med forsølvede håndtag og med TV-apparater, der lader sig forgifte af udstødningsgas, lader sig holde nede af et autoritært magtapparat, og frivilligt lader sig føre ind i en søvnlugtbidende tilbudelse af penge og luksus med den medfølgende begrænsning i den menneskelige frihed. Kynikerne har fået ret: af væsen er alle mennesker kapitalister. Blot er det sådan, at nogle har penge og andre (endnu) ikke. Den gamle klasseforskel svækkes således i en proces af gensidig enighed. Begge parter handler ud fra egeninteresser, det mest menneskelige af alle motiver. Det er bare bedrøveligt at betegnelsen egeninteresse altid fortolkes som "materiel egeninteresse". Jeg spørger af og til mig selv, hvad en mand som Herman Gorter [en ledende personlighed i den hollandske socialismes tidlige historie] ville føle, hvis han rejste sig fra sin grav for at inspicere det nye samfund. Han ville øjensynlig ikke finde den selvbevidste syngende arbejder, som ser sin arbejdsgiver frygtløst i øjnene, men derimod en legion fjernsynsslaver og kvinde-la'-vær'-og-plag-mig-tyranter." (Weerlee (1966) side 36-38).

Dette var subversiv tale i 1966, og det var lige så farligt for DKP og SF som det var for De Uafhængige; lige så farligt for arbejderbevægelsens ledere som for deres "modpart". Og det var den slags tale der gjorde stofbrug problematisk; som muliggjorde at det sociale problem stofmisbrug progredierede fra opdagelsesfasen via legitimeringsfasen til *mobiliseringsfasen*. For som man kunne læse i en artikel i Ugeskrift for Læger 5 år senere:

"Narkotikamisbruget startede for 5-6 år siden i den da aktuelle provobevægelse, hvis negative infantile filosofi fascinerede en mængde teenagere med pubertetsprægede tilpasningsvanskeligheder. Samlingsstedet [i Århus] var Rådhusparken, hvor skaren nød visse "aktivisters" demagogi og den forargelse og det postyr der vakttes i presse og befolkning. De unge indsugede begærligt meddelelserne om hændelserne ved Storkespringvandet og tilsvarende steder i udlandet. De fik indoktrineret en foragt for alle hidtil gældende normer om etik, moral, sociale forhold, og holdningen til skole, uddannelse, hjem og autoriteter blev negativ og provokerende, bl.a. med det velkendte fremtidspræg. Det blev "in" at leve i nuet i et idealt driverliv, som uvægerligt medførte småkriminalitet." (Behrendt (1971) side 1519).

Mobiliseringsfasen (1967-1969)

Ligesom politiet kun modstræbende i 1965 havde ladet sig trække ind i "bekæmpelsen af stofferne", så var sundhedsvæsenet, d.v.s. Sundhedsstyrelsen, heller ikke særlig interesseret i at se problemet. Der gik over et år mellem politiets accept af pressens påstand om problemets eksistens til Sundhedsstyrelsens tilsvarende accept.

Når Sundhedsstyrelsen ikke desto mindre blev den centrale institution i mobiliseringsfasen (med nedsættelsen af Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende misbrug af euforiserende stoffer blandt ungdommen i sommeren 1967) skyldtes det formentlig to ting. For det første at politiet, ved at acceptere problemets eksistens, nødvendigvis havde involveret hele statsmagten. Og når politiet først på statsmagtens vegne havde "set" problemet, måtte Sundhedsstyrelsen nødvendigvis på et eller andet tidspunkt tage ansvaret for den overordnede tilrettelæggelse af reaktionen på det, fordi det var Sundhedsstyrelsen der formelt besad den sagkundskab, på hvilken lovgivningen var baseret.

En anden årsag til, at Sundhedsstyrelsen måtte påtage sig at koordinere indsatsen var, at de unge stofmisbrugere, skønt de var få i tal (10) udgjorde et vist praktisk problem for det psykiatriske sygehusvæsen:

"Det kan derfor være rimeligt først at se på, hvordan de unge stofmisbrugere oplever en almenpsykiatrisk afdeling ... De fleste synes, at afdelingerne er gammeldags og uhensigtsmæssigt indrettede, de bryder sig ikke om og er kritiske over for at være sammen med væsentligt ældre og psykiatriske patienter. De keder sig en stor del af den tid de er i afdelingen, de savner moderne tidssvarende beskæftigelse og muligheder for underholdning, muligheder for at spille deres specielle musik. Endvidere synes de at de bliver behandlet anderledes end de andre patienter.

Dette hænger sammen med, at personalet foruden deres professionelle uddannelse jo også er mennesker, og som sådanne reagerer de emotionelt over for de unge misbrugere." (Jørgensen (1970a) side 1247).

"For det første medfører det en række vanskeligheder af forskellig art at behandle stofmisbrugere inden for et hospitals rammer. De adskiller sig såvel i påklædning som opførsel fra de andre patienter og personale og kommer derved til at udgøre en subkultur med alle de konfliktsuelle aspekter, som dette indebærer. For i nogen grad at imødegå disse forhold har man samlet stofmisbrugerne på to afdelinger samt gennemført en kundskabsformidlende undervisning og et gruppedynamisk træningskursus for de implicerede personalegrupper. Problemerne kan dog ikke siges at være løst hermed." (Christensen m.fl. (1970) citeret af Pedersen (1981) side 23).

Det er derfor mit *gæt*, at de overvejelser, der i 1966-1967 blev gjort i Sundhedsstyrelsen om, hvordan man skulle forholde sig overfor stofmisbrugsproblemet, overvejende drejede sig om, hvorledes man skulle få problemet lempet ud af sundhedssektoren (11). For selvom Direktoratet for Statshospitalerne var nok så interesserede i at få udvidet sit virkefelt (og sine bevillinger) på dette område, så nægtede de kommunale sygehusvæsener, som varetog en ikke ubetydelig del af den psykiatriske sygehusbehandling dengang, over én bank at have noget med problemet at gøre (sammenlign Indenrigsministeren (1969) side 8-10 med Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien (1970) side 40-41). Overlægerådene havde i de år nok at se til med at få lægeligt set mere interessante projekter som intensivafsnit, thoraxkirurgiske afdelinger, m.v. op at stå. Og imod denne indstilling ses Sundhedsstyrelsen ikke at have gjort ophævelser.

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende misbrug af euforiserende stoffer blandt ungdommen trådte første gang sammen i slutningen af oktober 1967. Den bestod af 7 medlemmer, hvoraf de 3 - formanden inklusive - var læger udpeget af Sundhedsstyrelsen, og de 4 øvrige repræsenterede Justitsministeriet, Familienministeriet, Udenrigsministeriet og Undervisningsministeriet. Den første opgave, udvalget satte sig, var en kortlægning af problemet gennem en række undersøgelser af stofbrugets omfang i forskellige befolkningsgrupper: Uddannelsessøgende ungdom, sessionsindkaldte, unge anbragte på børne- og ungdomsværnets institutioner, på hospitaler og i fængsler. Undersøgelserne af "normalbefolkningen" skal jeg vende tilbage til i næste kapitel. For så vidt institutionsbefolkningerne angår, kan det nævnes, at der i oktober 1968 var 176 indlagte stofmisbrugere (ikke nødvendigvis regelmæssige brugere, og ikke nødvendigvis personer, som var indlagt p.g.a. deres stofbrug) under 26 år på såvel de somatiske som de psykiatriske hospitalsafdelinger, mod 453 personer over 25 år (alkoholmisbrugere eksklusive!). Man må således sige, at begrundelsen for specielt at have interesseret sig for de unge hashrygere var svær at få øje på. Dette forhold synes dog ikke at have påvirket befolkningens indstilling til hash i særlig grad.

Den voksne befolknings forestillinger om hashrygning er beskrevet i 3 Gallup-undersøgelser fra henholdsvis 1966, 1968 og 1969 (Gallup (1966), Gallup (1968), Gallup (1969)). Mens andelen som anså hash for at være uskadeligt voksede fra 2-3% i de to første undersøgelser til 11% i den sidste, mente dog det store flertal (mellem 71 og 82%) i alle 3 undersøgelser, at hash var farligt.

I modsætning hertil er det rimeligt at sige, at kun et - stadigt svagere - mindretal blandt de personer, som på centralt hold havde indflydelse på samfundets reaktion, handlede udfra en forestiling om, at hashbrug i sig selv var sundhedsskadeligt. Der hvor uenigheden om hash'ens skadevirkninger stadig eksisterede var i spørgsmålet om hashrygning som "stepping stone" til brug af LSD, amfetamin og opiater.

"Stepping stone"- eller progressionshypotesen var arvegods fra mellemkrigstidens amerikanske korstog mod marihuana (Becker (1963) kapitel 7, Dickson (1968)) og er set kolporteret i Danmark af én af datidens ledende stofmisbrugseksperter, farmakologen K.O. Møller i hvert fald så tidligt som 1945 (Møller (1945) side 294). Den baserer sig på den empirisk uomtvistelige kendsgerning, at når to stoffer X og Y forhandles illegalt af en mere eller mindre overlappende forhandlerkreds, så vil en bruger af stof X med større sandsynlighed end en person som aldrig har brugt stof X også prøve, og eventuelt blive regelmæssig bruger af, stof Y. Progressions-hypotesens logiske fejlslutning består i, at der fra denne empiriske kendsgerning konkluderes, at det er brugen af stof X som forårsager den senere brug af stof Y.

Progressionshypotesen indgik senere som et centralt element i *epidemimodellen*, som på skandinavisk plan fremførtes af den svenske læge Nils Bejerot (Bejerot (1968)) og af den norske sundhedsstyrelses direktør Karl Evang (f.eks. Evang (1971)). I Danmark var dens vigtigste eksponent formentlig hygiejnikeren, lektor Finn Bennike Behrendt (Behrendt (1971)). Epidemimodellen - herunder specielt progressionshypotesen - var blandt de vigtigste redskaber for tidlige private kamporganisationer som Landsforeningen til bekæmpelse af hash og narkotikamisbrug (Vinding (udateret)). I epidemimodellen betragtes eksposition for stoffet (d.v.s. tilbud om at prøve det) analogt med eksposition for en virus eller en bakterie i epidemiologisk teori. Men i modsætning til teorien om epidemiske sygdomme - som betragter egenskaber ved såvel den smitteudsatte person som ved miljøet som væsentlige for, om sygdom udvikler sig, og for hvilket forløb en eventuel sygdom får - fokuserede epidemimodellen ensidigt på agenten, d.v.s. stoffet. For agenten var så potent, at hverken den smitteudsattes modstandskraft eller miljøet, i hvilket stof og den stofudsatte mødtes, kunne forhindre smitte med alvorlig sygdom til følge. Ja, hvis "progressionen" fra hash til opiater først havde fundet sted, så var patientens tilstand nærmest håbløs, for med opiatbrug skabtes en kunstig drift, der i styrke overgik seksualdriften (Bejerot (1971)). Det eneste effektive middel i kampen mod "sygdommen" var at udrydde smitekilderne; d.v.s. at slå hårdt ned på stofforhandleme og isolere stofbrugerne fra det øvrige samfund, om ikke for altid så dog i meget lang tid.

Epidemimodellen - som videnskabeligt set afgik ved døden herhjemme gennem en langstrakt debat i Ugeskrift for Læger og i Nordisk Medicin i 1971 (12) - fik afgørende indflydelse på retssystemets håndtering af stofmisbrugsproblemet (jfr. kapitel 4), og det forekommer ikke overdrevet, at tilskrive denne models fortalere en væsentlig del af ansvaret for den elendighed som stofmisbrugerbefolkningen har levet i siden 1970'ernes begyndelse.

Mens epidemimodellen fik afgørende indflydelse på retssystemets administration af stofmisbrugsproblemet, så er det interessant, at modellen, på trods af ihærdige forsøg på at markedsføre den inden for behandlingsområdet, ingen betydning overhovedet fik for udviklingen af behandlingssystemet. Det gjorde derimod den såkaldte *fejlsocialiseringsmodel*.

Ifølge fejlsocialiseringsmodellen, som bl.a. var inspireret af amerikansk sociologi og socialpsykologi, var stofmisbrug ikke primært en biologisk proces med sociale konsekvenser, men en social proces, hvis biologisk interessante aspekter snarere var stofmisbruger-livsstilens konsekvenser i form af leverbetændelse, dårlig ernæring, m.v. Stof-fernes farmakologiske egenskaber var derimod af underordnet betydning for processens forløb. Det sociale ved processen hos den enkelte misbruger bestod deri, at han ofte frembød tegn på en utilstrækkelig socialisering eller tilpasning i konventionelle grupper, såsom familien, på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet. En sådan utilstrækkelig socialisering i konventionelle grupper i samfundet lagde den unge åben for indføring i stofmiljøet og en efterfølgende socialisering som stofmisbruger. Som det udtryktes af psykiateren Finn Jørgensen i, hvad man roligt kan kalde et af fejlsocialiseringsmodellens kampskrifter, "Redegørelse II" fra Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomani:

"... et vigtigt begreb til forklaring af stofmisbrug og anden afvigende adfærd er ... den sociale kontrol, som er en funktion af vore medlemskaber i grupper og andre sociale strukturer. For at medlemskaber skal kunne påvirke vor adfærd, må de kunne tilfredsstille en række vigtige personlige og sociale behov.

Mange stofmisbrugere er enten kendetegnet ved, at de ikke er medlem af konventionelle grupper, eller ved at medlemskabet ikke tilfredsstiller disse vigtige behov. Vi kan også sige at de er fremmedgjorte." (Kontaktudvalget (1970) side 20).

Årsagerne til fejlsocialiseringsmodellens dominerende indflydelse på udformningen af behandlingssystemet - dens videnskabelige overlegenhed over epidemimodellen ufortalt - mener jeg er at finde i to forhold. Det ene har jeg allerede nævnt, nemlig det sekundære sundhedsvæsenes ringe interesse for stofmisbrugsproblemet. Man havde, som sagt, rigeligt med andre ekspansionsmuligheder. Den anden faktor var socialsektorens villighed til at overtage behandlingsopgaven fra sundhedssektoren.

I årene op til 1970 var socialvæsenet præget af en villighed til metodisk-organisatorisk forandring, samtidig med at dets politiske (bevillingsmæssige) miljø var overmåde gunstigt. Der fandt i disse år en fundamental nyorientering sted inden for socialpolitikken. Fra at være et forsørgelsesorgan for de få kroniske tabere, skulle socialvæsenet ændres til at blive et serviceorgan for os alle; et serviceorgan som skulle forebygge trang og mistrivsel, og løse forandrings-samfundets tilpasningsproblemer (13). Så mens det psykiatriske sygehusvæsen helst så ryggen af de unge stofmisbrugere, så åbnede socialvæsenet villigt favnen.

Et eksempel herpå er Københavns kommune, hvis socialforvaltning allerede i sommeren 1966 havde taget kontakt med repræsentanter for politiet og sundhedsvæsenet for at drøfte stofmisbrug blandt de unge. Kommunens første udgiftskrævende tiltag var dog samarbejdet med Ungdomsklinikken i finansåret 1968/69. Af grunde som jeg skal komme nærmere ind på i kapitel 5 vedtog Københavns kommunes magistrat i 1970 en plan over et kommunalt institutionssystem, hvis opgave skulle være "løsningen af et af

de alvorligste sociale og menneskelige problemer i vor tid", som socialborgmester Børge Jensen udtrykte det (Københavns kommune (1970) side 2).

Med socialvæsenets overtagelse af hovedansvaret for behandlingsindsatsen, er vi nået til vejs ende i beskrivelsen af stofmisbrugsproblemet 3 første faser: opdagelsen, legitimeringen og mobiliseringen. Herefter følger problemets etablerede fase, d.v.s. de sidste knap 15 år. Mens jeg i den forudgående historiske skitse af problemets første år helt har undladt at tage stilling til, om der faktisk fandtes noget ude i samfundet, som korresponderede til mediernes og de statslige myndigheders problem, skal jeg nu skifte synsvinkel. I næste kapitel vil jeg sandsynliggøre, at der omkring 1970 faktisk var ganske mange stofmisbrugere, nemlig regelmæssige hashrygere. Der var derimod næppe så forfærdelig mange brugere af andre stoffer, og da slet ikke af opiater.

Noter til kapitel 2

1. Min diskussion af begrebet socialt problem er meget inspireret af den amerikanske sociolog Herbert Blumer, se f.eks. Blumer (1970).
2. Som forøvrigt også i England i det meste af forrige århundrede. Således skriver de Quincey om forholdene omkring 1815:

"hvis således én stand [den "som har udmærket sig ved sine talenters rigdom"] så begrænset i størrelse kunne fremvise så mange snese tilfælde (og vel at mærke tilfælde øjeblikkeligt tilgængelige for en hastig og kortvarig undersøgelse som denne), var det en naturlig følgeslutning, at man, hvis man startede en lignende undersøgelse af hele den engelske befolkning, ville nå til et usandsynligt højt tal. Jeg tvivlede da også på denne følgeslutning indtil visse kendsgerninger overbeviste mig om at den ikke var forkert. Jeg skal nævne to. For det første blev det oplyst mig af respektable apotekere i tre langt fra hinanden beliggende dele af London; apotekere, fra hvem jeg lejlighedsvis købte små mængder opium; at antallet af opiums-entusiaster (som jeg vel tør kalde dem) på dette tidspunkt var uhyre stort, og at vanskelighederne forbundet med at skelne disse personer, for hvem vanen havde gjort opium nødvendig, fra andre, som købte stoffet med henblik på at begå selvmord ved dets hjælp, foranledigede dem dagligt besvær og stridigheder. Dette vidnesbyrd vedrørte kun London. Men for det andet kan jeg (formentlig til læserens større forundring) berette, at jeg, under et kortvarigt ophold i Manchester, af adskillige bomuldsfabrikanter fik at vide, at deres arbejdere med stor hast var ved at lægge sig opiumsspisevanen til; i så stor udstrækning, at apotekernes diske lørdag eftermiddage var overstrøet med piller indeholdende 1, 2 eller 3 grains [svarende til 6, 12 og 18 mg morfin] i beredskab til aftenens forudkendte efterspørgsel. Den umiddelbare årsag til dette forhold var lønningernes ringe størrelse, idet disse lønninger på dette tidspunkt ikke gjorde det muligt for arbejderne at tillade sig brug af øl eller stærkere alkoholiske drikke." (Quincey (1960) side 5-6, min oversættelse) og Brecher citerer en engelsk artikel fra 1873: "de ægte opiumsspisende distrikter er de sumpede og feberbefængte områder i Norfolk og Lincolnshire. I disse områder er opiumsspising ikke lejlighedsvis, tilfældig eller sjælden, men almindelig udbredt og vanepreget. Enhver som besøger byer som Louth eller Wisbeach og vandrer omkring i gaderne en lørdag aften vil kunne se landboerne gøre deres indkøb. Og han vil hurtigt kunne overbevise sig om, at de mange mennesker i apotekerne kommer der for at købe opium I disse områder indtages opium af de fattige og elendige, og af de som andre steder ville søge trøst hos gin eller øl." (Brecher (1972) side 5-6, min oversættelse). Se også Berridge (1982).

3. Til sammenligning hermed kan nævnes, at Danmark i årene 1948-1952 lå i toppen af den internationale "hitliste" med hensyn til forbruget pr. indbygger af syntetiske og naturlige opiater. Ud fra de i Indenrigsministeriets 1953-betænkning (Indenrigsministeriet (1953) side 71) gengivne tal har jeg beregnet, at det danske forbrug af opiater i disse år *højst* kunne modsvare 0,31 mg morfin pr. person pr. dag (1

mg morfin har jeg til dette formål sat lig med 6 mg kodein og 7,5 mg petidin). Dette var adskillige gange forbruget pr. indbygger pr. dag i de fleste andre vestlige lande dengang, og skyldtes først og fremmest et usædvanligt stort kodeinforbrug. Forbrugets størrelse i dag er svært at vurdere, fordi det er sammensat af så mange forskellige præparater, og fordi der er kommet en lang række nye smertestillende stoffer til. Men indskrænker man sig til de "hårde" opiater, d.v.s. udelukker f.eks. kodein og dextropropoxifen er forbruget pr. person pr. dag kun 0,0024 døgndoser, svarende til ca. 0,072 mg morfin (Dansk Lægemedelstatistik (udateret)).

4. Allerede i 1875 blev "opiumshuler" forbudt i politivedtægten for San Francisco. - Det er i øvrigt ironisk, at den optagne morfindosis er betydelig mindre ved rygning af en given mængde opium, end ved peroral indtagelse, for slet ikke at tale om ved injektion af afkoget. Se således Kramer (1979).
5. Dette sociale problem var i øvrigt én af de vigtigste forudsætninger for udviklingen af det amerikanske stofmisbrugsproblem som det ser ud i dag, men den historie er for lang til at blive fortalt her. Den mest grundige gennemgang er formentlig Musto (1973).
6. Eftersom "socialt problem" er et udtryk i hverdags sproget og her som regel ureflekteret refererer til det problematiserede fænomen, snarere end til fænomenet *og* den kollektive definitionsproces. kunne man fristes til at erstatte "socialt problem" med "offentligt problem" som foreslået af Gusfield (1981). Fremfor at vælge denne løsning vil jeg dog hellere fastholde socialt problem i dets sociologiske betydning. Eftersom hverdags sproget til stadighed optager nye socialvidenskabelige termer, er det næppe muligt at undslippe de misvisende overtoner som de socialvidenskabelige begreber bliver forsynet med i deres hverdagsbrug ved hele tiden at opfinde ny, "rene" ord.
7. Se således f.eks. Ekstra Bladet af 21. august og 22. august 1965.
8. Hvilket dog ikke forhindrede politiet i senere at benytte den påståede prostitution som et middel i problematiseringen af stofbrugsfænomenet: "af de 81 [kriminelt registrerede blandt de i 1965-1967 sigtede personer] var 15 kvinder ca. 1/3 af de belastede kvinder [5 personer!] er prostituerede. Dette er et problem, man bør følge med opmærksomhed, idet sammenhængen mellem prostitution, alfonseri og narkotika er særdeles velkendt mange steder i udlandet." (Jersild (1968) side 8).
9. Pressens rolle kan belyses ved hjælp af en lille personlig anekdote: I sommeren 1966 læste jeg i Ekstra Bladet, at man kunne købe hash på værtshuset "Nick" i det indre København. Prisen blev oplyst at være 25 kr. pr. tændstikæske. Bevæbnet med en 50 kr.-seddel tog jeg ind til Nikolaj Plads og gik op på Nick, hvor jeg bad tjeneren om to tændstikæsker. Han blev noget fortørnet da jeg ikke var tilfreds med de to almindelige tordenskjoldsæsker som han stak mig ...
10. I 1966 var der 57 indlæggelser af unge stofmisbrugere på de psykiatriske hospitalsafdelinger og i 1967 var der 135, svarende til nogle promille af det samlede antal indlæggelser i de 2 år (Kontaktudvalget (1969) side 8).
11. Selvom Sundhedsstyrelsen får et godt skudsmål for "kollegial loyalitet" af sine reelle arbejdsgivere (lægerne), så er skudsmålet med hensyn til flid dårligt. Om det er denne tilbøjelighed til letargi som fik Sundhedsstyrelsen til at forære stofmisbrugsproblemet til socialvæsenet skal jeg ikke kunne sige. Interessant er det ikke desto mindre, at Sundhedsstyrelsen i 1958 forsøgte at gøre stofmisbrug til et rent retshåndhævelsesproblem ved, på forespørgsel, at anbefale politiet i København, at søge alle sager vedrørende overtrædelse af lov om euforiserende stoffer, altså også rene brugersager, afgjort ved ubetinget frihedsstraf (følge politikommissær Hans Andersen som citeret af Jørgen Jepsen) (Jepsen (1966) side 197).
12. Debatten i Ugeskrift for Læger (bind 133, 1971) indeholdt indlæg af Finn Bennike Behrendt, John Andersson, Mogens Jacobsen, Fritz Schjøtt, Sven Heinild, Niels Ingerslev, Margrethe Andersen, og Finn Jørgensen. Debatten i Nordisk Medicin (bind 85, 1971) indeholdt indlæg af Karl Evang, Nils Bergerot, Erik Strømgren, Yngve Holmstedt, Asser Stenback, Arnfinn Teigen, Thordur Møller, Finn Jørgensen, Fritz Schjøtt, Niels Retterstol, Ørnulv Ødegård, Bengt Lindberg, G.K. Stump og Holger Ursin.

13. En af denne nyorienterings hovedarkitekter, Bent Rold Andersen, har sammenfattet arkitektfirmaets syn på byggeriet:

"a. Socialpolitikken *opgaver*. *Fra* sikring af eksistensen for de få og særligt udsatte *til* tryghed for alle, forebyggelse af trang og mistroivsel, revalidering, social behandlingsindsats og løsning af forandringssamfundets tilpasningsproblemer. b. Socialpolitikken *metode*: *Fra* kontantydelse, der sikrer minimum, *til* kontantydelse efter indkomstbortfaldsprincippet, service, opsøgning og social behandling. *Fra* fraktionsindsats *til* en indsats efter helheds- og familiesynspunkter. *Fra* juridisk domineret administration *til* socialmedicinsk og socialpsykologisk præget behandlings- og støtteindsats.

c. Socialpolitikken *menneskeopfattelse*: *Fra* isoleret individ, fuldt ansvarlig for sin egen adfærd, til socialt væsen hvis muligheder og adfærd påvirkes af den totale sum af betingelser som omgivelserne skaber.

d. Socialpolitikken opfattelse af *forholdet mellem borger og samfundsorganer*: *Fra* skarp adskillelse af ansvar *til* samarbejde. *Fra* modstridende interesser (misbrugsfrygt kontra frygt for overgreb og ydmygelse) til erkendelse af gensidig afhængighed.

e. Socialpolitikken *forhold til andre samfundssektorer*: *Fra* isolation *til* krav om udbredt samarbejde, navnlig med sundhedsvæsen og arbejdsmarkedsorganer." (Andersen (1971) side 62, kursiveringer i original).

Kapitel 3.

Kulturel frisætning og brug af nye rusgifte

Frie fugle flyver, de tamme har længsler.

- ordsprog fra Christiana.

I sidste kapitel påstod jeg, at det afgørende for udviklingen af det sociale problem stofmisbrug i årene 1965-1969 ikke var den ændring i ungdommens rusgiftvaner, som faktisk fandt sted, men derimod det ulovlige stofbrugs - specielt hashbrugens - ideologiske associationer. I dette kapitel skal jeg gå et skridt videre og hævde, at det i en vis forstand var de samme ideologiske associationer, som betingede, at hashrygning omkring 1970 havde spredt sig til titusindevis af unge. Jeg skal endvidere forsøge at argumentere for, at denne voldsomme udbredelse på sin side medførte, at stofmisbrugsproblemet endnu ikke fuldt udviklede problemadministration søgte at gøre problemet mere overkommeligt ved at uddefinere netop hashrygning fra det. Denne overvejende administrativt betingede legalisering af hashrygning medvirkede på sin side til udviklingen af en passiv accept af hashrygning i voksenbefolkningen, og til en voldsom øgning af presset mod den spæde opiatmisbrugssubkultur; det pres, hvis skæbnsvangre konsekvenser jeg i de to efterfølgende kapitler skal beskrive.

Udviklingen i det ulovlige stofbrug siden 1965

Vor viden om udbredelsen af ulovligt stofbrug blandt ikke-institutionsanbragte unge i tiden op til 1970'ernes begyndelse baserer sig fortrinsvis på en række spørgeskemaundersøgelser af skole- og uddannelsessøgende unge i alderen fra 12 til 25 år. Der findes kun en enkelt undersøgelse af ikke-uddannelsessøgende unge, nemlig en spørgeskemaundersøgelse af 18-årige sessionsindkaldte i København i 1968. Ikke desto mindre skal jeg v.h.a. de foreliggende undersøgelser driste mig til at fremsætte et gæt på hvor mange unge, som regelmæssigt røg hash i 1970.

Dernæst skal jeg, v.h.a. nogle resultater fra spørgeskemaundersøgelser af uddannelsessøgende i enkelte lokalsamfund, forsøge at vise, at hashrygning spredte sig blandt unge som et lige så normalt element i ungdomskulturen som den udborede knallert.

Men først skønnet over antallet af regelmæssige hashrygere i 1970. Operationelt vil jeg definere en "regelmæssig hashryger" som en person, som ryger hash mindst et par gange om måneden.

I 1968 og 1970 lavede Sundhedsstyrelsen to store undersøgelser af repræsentative ud-
snit af den skolesøgende ungdom på 8.-12. klassetrin. I 1968 lavedes samtidig en under-

søgelse af de unge på en række erhvervsuddannelsesinstitutioner; en undersøgelse, jeg vil tillade mig at betragte som repræsentativ for den under erhvervsuddannelse værende ungdomsbefolkning. Endelig lavede Sundhedsstyrelsen i 1968 den nævnte sessionsundersøgelse. Undersøgelserne er udførligt rapporteret i Sundhedsstyrelsen (1968) og Ulf-Møller m.fl. (1971), og mere kortfattet i Ulf-Møller & Jørgensen (1972), hvorfor jeg ikke her vil beskrive dem nærmere, men tillade mig at tage deres resultater for pålydende.

I 1968 oplyste 20% af de adspurgte i skoleundersøgelsen, at de havde fået tilbudt et eller flere ulovlige stoffer. To år senere var denne andel fordoblet. Kun et lille mindretal (hhv. 4% og 8%) havde fået tilbudt andet end hash. Af de som i 1968 havde fået tilbudt hash havde 40% taget imod tilbuddet, mens det samme gjaldt for knap 2/3 af de som i 1970 oplyste at have fået tilbudt hash. 2,3% af de adspurgte elever på 8.-12. klassetrin oplyste i 1968 at ryge hash et par gange om måneden eller hyppigere, mod 8% i 1970. Antallet af regelmæssige hashrygere i skolesystemet steg således fra godt 4.000 i 1968 til godt 12.000 i 1970. Eftersom andelen af de på erhvervsuddannelsesinstitutionerne adspurgte, som i 1968 oplyste at ryge hash regelmæssigt også var omkring 2%, vil jeg antage, at andelen af de unge på disse institutioner, som i 1970 røg hash regelmæssigt var 8%, altså svarende til andelen i skolesystemet. Udfra sessionsundersøgelsens resultater i 1968 synes det dog rimeligt at antage, at andelen af de ikke-uddannelsessøgende unge, som i 1970 var regelmæssige hashrygere var lavere end 8%. Et forsigtigt *minimums skøn* over antallet af regelmæssige hashrygere blandt de 15-24-årige i 1970 er således godt 30.000, fordelt på 12.000 skoleelever (8%), 15.000 andre uddannelsessøgende (også 8%), og 3.000 unge udenfor uddannelsessystemet (svarende til knap 1% af de ikke-uddannelsessøgende unge). Et *maximums-skøn* får vi *antageligt* ved at sætte andelen af regelmæssige hashrygere blandt de ikke-uddannelsessøgende til de samme 8% som for de uddannelsessøgende. Under denne forudsætning bliver skønnet over antallet af regelmæssige hashrygere godt 60.000 i 1970.

Hvor imellem disse extremer, det faktiske antal regelmæssige hashrygere i 1970 befandt sig, er det i sagens natur ikke muligt at sige. Det væsentlige er imidlertid at det kan fastslås, at Danmark ved 1970'ernes begyndelse, hvor stofmisbrugsproblemet gik ind i sin etablerede fase, havde et betragteligt mindretal på mellem 30 og 60 tusinde personer, som regelmæssigt brugte i hvert fald ét ulovligt rusmiddel, hash.

Det er straks sværere at sige noget om, hvor mange unge som regelmæssigt brugte andre stoffer end hash. Specielt er det vanskeligt på baggrund af de her nævnte undersøgelser at sige noget om antallet af opiatbrugere; den gruppe, som i 1970 havde udviklet sig til at udgøre kernen i problemet. I sessionsundersøgelsen fra 1968 oplyste 3 ud af de 771 adspurgte, at bruge andre stoffer end hash eller LSD mindst én gang om ugen. I en undersøgelse af knap 3000 skoleelever og uddannelsessøgende unge i Aalborg fra februar 1970 oplyste 1,7% at have *prøvet* opiat (Winsløw m.fl. (1970)), mens 11 ud af 251 undersøgte elever på Hjørring Kommunes skoler 9. klassetrin i januar 1972 oplyste at have *prøvet* opiat. 5 af disse 11, eller 2% af samtlige undersøgte, oplyste at have brugt opiat indenfor de sidste 4 uger før undersøgelsen. To år senere, i januar 1974, oplyste 45 ud af 3428 adspurgte elever i Roskilde kommunes skoler, nogensinde at have indtaget morfin. Af disse oplyste kun 20, eller 1/2% af samtlige undersøgte, at have indtaget stoffet indenfor det sidste halve år før undersøgelsen (Schmidt & Sindballe (1974) s. 49). Det kan således med rimelig sikkerhed hævdes, at opiatbrug aldrig har haft andet end et ganske ubetydeligt omfang blandt uddannelsessøgende.

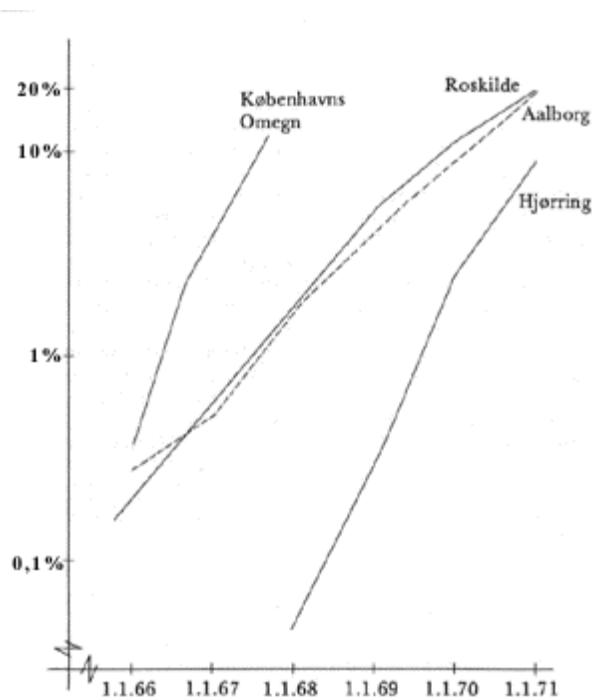
Hvordan kunne det gå til, at så mange unge i løbet af så få år var blevet regelmæssige hashbrugere? Dette spørgsmål skal jeg vende tilbage til i næste afsnit af dette kapitel, og i resten af dette afsnit indskrænke mig til at beskrive spredningsprocessen, specielt som den blev belyst v.h.a. de ovennævnte lokalsamfundsundersøgelser. Ovenfor omtalte jeg, at andelen af de skolesøgende i de landsdækkende undersøgelser, som havde fået tilbudt hash steg fra 20% i 1968 til 40% i 1970. Over 80% af de, som havde fået tilbudt hash såvel i 1968 til 1970, havde fået dette tilbud af en person, de i forvejen kendte. Kun omkring een ud af 20 som havde prøvet at ryge hash, oplyste, at have opsøgt en fremmed person for at få hash. At begynde at ryge hash var således typisk en handling som indgik i ens sædvanlige kammeratskabsaktiviteter.

Denne "sociale smitte" har også været betingelsen for den voldsomme hast, hvormed hashrygning bredte sig. Dette er illustreret i Figur 1, der viser andelen af de undersøgte i 4 lokale undersøgelser af uddannelsessøgende, som oplyste at have røget hash mindst een gang inden den 1.1. i årene 1966 til 1971 (for Københavner-populationen haves kun tal t.o.m. 1.1.1968, da undersøgelsen blev udført i 1968). I disse 4 befolkninger varierede den årlige tilvækst i andelen som havde prøvet hash med fra godt 150% (Roskilde og Aalborg) til næsten 500% (København og Hjørring). Hvis hashrygning ikke havde haft en social karakter - hvis det f.ex. havde været så uacceptabelt i kammeratskabsgruppen, at stoffet havde måttet købes og konsumeres uden for denne - ville sådanne vækstrater næppe have været mulige. (1)

Figur 1.

Kummuleret andel af de undersøgte som havde prøvet hash ifølge 4 lokale undersøgelser. Logaritmsk skala.

(Kilder: Manniche & Høgh (1968) (København), Holstein (1972) (Aalborg), Winsløw (1971) (Hjørring), Winsløw m.fl. (1971) (Roskilde)).



Epidemimodellen gav således en korrekt beskrivelse af den tidlige spredningsproces for så vidt hash angik (2). Der hvor epidemimodellen imidlertid gik fejl af virkeligheden var i dens påstand om

1. at processen først ville stoppe, når alle var blevet smittede, med mindre der gjordes drastiske indgreb overfor smitekilderne, det ville i praksis sige smittebærerne, og
2. at "smitte" med *hashprøvning* nødvendigvis indebar progression til hyppig hashbrug og senere brug af "hårde" stoffer. For på trods af disse stoffers faktisk lette tilgængelighed for personer, som var blevet introduceret til hashrygning, så tyder de forhånden værende data på, at kun en meget lille del af de som prøvede hash, senere blev regelmæssige brugere af speed eller LSD - for slet ikke at tale om opiater.

At epidemimodellen gik fejl på disse to punkter skyldtes, at dens fortalere netop overså den "sociale smittes" *sociale* karakter; altså at forskellige former for stofbrug indgik i forskellige meningssammenhænge for de faktiske og potentielle stofbrugere. Hvori disse meningssammenhænge bestod skal jeg vende tilbage til i de to næste afsnit. Her skal jeg som afslutning på dette kapitel se kort på, hvem der "bar" stofmisbrugsproblemet i Danmark dengang det endnu var et *hash*misbrugsproblem.

Alle undersøgelser fra den tid viser samstemmende, at det først og fremmest var middelklassens drengebørn som bar problemet, så dette forhold skal jeg ikke opholde mig længere ved (3). I stedet vil jeg drage nogle resultater frem fra en undersøgelse, som belyser den "sociale smittes" sociale karakter, og som belyser den forskellige betydning, som hashrygning og opiatbrug havde i den normale ungdomskultur.

Undersøgelsen blev lavet i Hjørring i januar 1972, på et tidspunkt, hvor ulovligt stofbrug ikke var særlig udbredt i denne del af landet. Det var en sociometrisk undersøgelse af samtlige elever på 9. klassetrin i de kommunale skoler, hvilket vil sige, at eleverne i hver enkelt klasse blev bedt om at oplyse, hvem i klassen de bedst kunne lide, hvem de havde været sammen med udenfor skoletiden i de forudgående 3 dage, o.s.v. Hver enkelt elev kunne således placeres, *dels* m.h.t. hvem og hvor mange af klassekammeraterne han selv kunne lide, mente at have været sammen med uden for skoletiden, o.s.v., og *dels* m.h.t. hvem og hvor mange som godt kunne lide ham, mente de havde været sammen med ham udenfor skoletiden, o.s.v. Desforuden blev eleverne spurgt om omfanget af deres ulovlige stofbrug. Beskrivelsen af, hvorledes undersøgelsen gennemførtes, således at elevernes anonymitet var sikret, findes i Winsløw (1974). P.g.a. materialets størrelse - kun 251 elever, af hvilke 11 oplyste at de havde prøvet opiater - blev oplysningerne om brug af andre stoffer end hash ikke analyseret. Visse dele af materialet fra undersøgelsen er dog bevaret; oplysninger, som belyser forskellene mellem hash- og opiatprøverne. Først om hashprøve (inklusive 10 af de 11 opiatprøvere):

De som havde prøvet hash var i gennemsnit lidt mere vellidte (som målt v.h.a. spørgsmålet om hvem i klassen man bedst kunne lide) end de som ikke havde prøvet hash, og det var også lidt hyppigere hashrygere, end ikke-hashrygere, som klassekammeraterne angav at have været sammen med udenfor skoletiden. Men mest interessant er det, at hashrygere og ikke-hashrygere såvel valgte hinanden som "bedste kammerat" inden-

for klassen, som omgikkes med hinanden udenfor skoletiden. Dette fremgår af tabel-
lerne 1 og 2.

Tabel 1.			
Svar på spørgsmålet: "Nævn den eller de af dine klassekammerater som du bedst kan lide".			
Hjørrings skolars 9. klassetrin, januar 1972.			
Fra Winsløw (1974).			
Den udkårne havde:			
Respondenten havde:	ikke prøvet hash	prøvet hash	I alt
ikke prøvet hash	350	137	487
prøvet hash	113	48	161
I alt	463	185	648

Tabel 2.		
Svar på spørgsmålet: "Med hvilke klassekammerater har du været sammen udenfor skoletiden i løbet af de sidste tre dage?". Gensidigt bekræftet samvær. Elever på 9. klassetrin i Hjørring, januar 1972.		
Fra Winsløw (1974).		
	Observeret antal relationer	Forventet antal relationer under antagelse af, at hashrygning overhovedet påvirkede med hvem respondenterne var sammen udenfor skoletiden
Ingen af parterne havde prøvet hash eller begge parter havde prøvet hash	45	mindst 46
Den ene part havde prøvet hash, den anden ikke	27	højst 26
I alt	72	72

I Tabel 1 er vist fordelingen af hashprøvernes og ikke-hashprøvernes svar på spørgsmålet om hvem i klassen de bedst kunne lide, delt op efter om den *udkårne* havde prøvet hash eller ej. Hvis hash-prøverne havde været tilbøjelige til at foretrække andre hashprøvere, og ikke-hashprøverne tilsvarende havde foretrukket andre ikke-hashprøvere, så skulle der have været *under* 234 "kåringer" mellem hashprøvere og ikke-hashprøvere. Faktisk var der 250 kåringer mellem grupperne, hvilket m.a.o. vil sige, at hashprøvere og ikke-hashprøvere var tilbøjelige til at kåre hinanden som dem man bedst kunne lide i klassen ganske uafhængigt af en "hash-barriere".

Tilsvarende resultater sås m.h.t. gensidigt rapporteret samvær udenfor skoletiden: Hvis hashprøvere og ikke-hashprøvere havde været tilbøjelige til ikke at omgås hinanden udenfor skoletiden, måtte *højst* 26 af de ialt 72 gensidigt rapporterede samvær indenfor de forudgående 3 dage have været mellem personer, af hvilke den ene havde prøvet hash, mens den anden ikke havde. Faktisk var der 27 sådanne gensidigt rapporterede samvær udenfor skoletiden mellem hashprøvere og ikke-hashprøvere (Tabel 2). Der kunne i denne undersøgelse således ikke spores nogen tendens til, at hash-prøvere i den enkelte klasse udgjorde en isoleret undergruppe, mellem hvis medlemmer og resten af klassen der var relativt lidt interaktion. Dette resultat skal jeg vende tilbage til senere i dette kapitel.

Et sidste interessant resultat om hashprøverne var, at de langt hyppigere end andre betragtedes som lederemner af deres klassekammerater. Dette fremgår af Tabel 3, hvori det ses, at mens knap 2/3 af hashprøverne betragtedes som et lederemne af mindst een klassekammerat - sig selv fraregnet! - så gjaldt dette kun for godt 1/3 af de som ikke havde prøvet hash.

Tabel 3.				
Svar på spørgsmålet: "Nævn en eller højst 2 klassekammerater som du mener ville være egnede til at lede klassen i en fælles opgave."				
Absolutte tal.				
	Elever som havde prøvet hash, men ikke opiater	Elever som havde prøvet opiater	Elever som hverken havde prøvet hash eller opiater	Alle elever
Blev nævnt af mindst een klassekammerat	24	5*	76	105
Blev ikke nævnt af nogen klassekammerat	13	6**	127	146
I alt	37	11	203	251
* Alle 5 havde også prøvet hash.				
** 5 af de 6 havde prøvet hash.				

Det fra denne undersøgelse bevarede materiale tillader os ikke at opstille tabeller som Tabel 1 og Tabel 2 for opiatprøvere versus andre. Men nogle oplysninger foreligger der dog:

Af de 11 opiatprøvere kom 3 fra en klasse med ialt 17 elever, 2 fra en anden klasse og 6 fra seks forskellige klasser. Af de ialt 5 som havde indtaget opiater indenfor de sidste 4 uger før undersøgelsen kom 3 fra den samme klasse. Af disse 3 oplyste 2 at have indtaget opiater 6 gange i den nævnte periode, mens den 3. ikke oplyste hvor mange gange han havde indtaget opiater i perioden - altså en lille "epidemi" (4).

Ser vi på de modtagne sociometriske valg, så er de eneste oplysninger om de enkelte personer som findes bevaret om de havde modtaget færre eller flere valg på et givet aspekt end det gennemsnitlige antal valg modtaget af eleverne i deres klasse. De bevarede oplysninger antyder meget stærkt, at opiatprøverne, i modsætning til de, som kun havde prøvet hash, var relativt marginale i klassen. Således oplystes det kun om een af de 11 opiatprøvere at han havde været hyppigere sammen med klassekammerater udenfor skoletiden end gennemsnittet for pågældende klasse. De øvrige 10 havde været sjældnere sammen med klassekammerater end "gennemsnitseleven" i klassen. Ifølge klassekammeraterne havde 5 af disse 10 slet ikke været sammen med klassekammerater udenfor skoletiden i de forudgående 3 dage. Ligeledes blev det kun om 3 af de 11 opiatprøvere oplyst, at de var mere vellidte end "gennemsnitseleven" i deres klasse - de øvrige 8 var mindre vellidte end gennemsnittet.

For nu at sammenfatte: Vi har i dette afsnit set, hvorledes regelmæssig hashrygning, fra at være så godt som ikke-forekommende, over en periode på mindre end 5 år spredte sig til titusindevis af unge. Sideløbende hermed foregik en uhyre begrænset spredning af opiater. Spredningen af hash foregik i den normale kammeratskabsgruppe, og en større del af "hashmittebærerne" end af de ubesmittede synes at have været toneangivende i klassen. Spredningen af opiatbrug synes derimod overvejende at have foregået blandt de marginale i normalklassen. Hashrygning synes ikke at have været en barriere mellem de unge, idet hashprøvere omgikkes ikke-hashprøvere lige så hyppigt som andre hashprøvere, og vice versa. Hashrygning synes således at have været et helt accepteret element i den normale ungdomskultur i årene omkring 1970, mens opiatbrug var afvigende. Jeg skal i det følgende se på hvorledes hashrygning kunne blive så alment accepteret som tilfældet var.

Hashrygning - det dobbelt-skjulte ungdomsoprør (5)

I indledningen til sit essay om "Den disciplinerte sosiologi" analyserer den norske sociolog Thomas Mathiesen udviklingen i tre samfundsorienterede professioner i de forløbne godt 150 år: Juristerne, samfundsøkonomerne og sociologerne. I dette essay peger Mathiesen på, at de tre professioners særlige vækstperioder i Norge falder sammen med tre distinkte faser af kapitalismens udvikling; tre faser med hver sit karakteristiske problem:

Juristernes fremmarch, og den borgerlige rets udvikling, i tiden frem til den verdensøkonomiske krise i 1920'erne var betinget af behovet for at skabe tillid mellem de enkelte aktører på markedet: For at den enkelte aktør på markedet skulle kunne handle udfra nogenlunde sikre forventninger om andre aktørers reaktion på hans handlinger blev der udviklet regelsæt - som så skulle fortolkes af specialister - for adfærden på varemarkedet.

Med verdenskrisen i 1928 opstod et nyt problem: Hvorledes kunne man regulere ikke blot de enkelte aktørers adfærd, men hele det økonomiske system, så alle kunne føle sig beskyttet mod sammenbrud af samme type som 1928-krisen; et sammenbrud, som det jo klart havde vist sig ikke at være muligt at beskytte sig mod v.h.a. individuelle driftsøkonomiske dispositioner? Overfor dette problem stod juraen, og den juridiske profession,

hjælpeløs, hvorimod den i Norge i 1930'erne indførte samfundsøkonomiske profession syntes at besidde de fornødne redskaber.

Endelig er der i efterkrigstiden - og specielt i de seneste årtier - opstået nye typer krisetegn i de kapitalistiske samfund: Stigende kriminalitet og rusgiftsbrug, øget bevidsthed om arbejdskraftens nedslidning, stadigt hyppigere manifestationer af nedsat arbejdsvilighed og -trivsel. Overfor disse kriseuttryk står økonomerne lige så hjælpeløse som juristerne i sin tid stod overfor kapitalismens første krise. Psykologer og ikke mindst sociologer begynder at optræde blandt kapitalismens *crisis managers* (Mathiesen (1978) s. 70-78).

Mens kapitalismens første store krise manifesterede sig i hjertet af det økonomiske system, så har centret for krisen siden forskubbet sig til først det politiske, og senest det sociokulturelle system. Jeg skal i det følgende beskæftige mig med et aspekt af den sociokulturelle krise, som man samlende kan betegne med udtrykket "kulturel frisætning". Det aspekt af krisen, som interesserer mig, er dens effekt på de unges identitetsudvikling.

Industrikapitalismens opkomst indebar en "frisætning" af bønderne - d.v.s. befolkningens store flertal - fra jorden. Men der skete ikke en tilsvarende frisætning fra de kulturelle værdier, som var udviklet under den feudale produktionsmåde. Den jordiske og overjordiske autoritetstro, familiebåndene og respekten for ejendom, ens egen såvel som andres, levede videre. Ligesom industrikapitalismen i alt væsentligt overtog de feudale værdier, overtog den også den feudale familiestruktur - den forlængede kernefamilie - og omlantede den til byerne, i hvis arbejderkvarterer der udviklede sig tilpassede udgaver af det oprindelige landsbysamfund: Karreen og gaden. Langt ind i vort århundrede kunne kapitalismen således drage næring fra sociale netværk og kulturelle værdier udviklet under den feudale produktionsmåde.

Frisætningen fra den feudale kultur er først for alvor sket i efterkrigstiden. Drivkraften i denne frisætning har været den stadig større teknokratisering af den reproduktive sfære, som er gået hånd i hånd med opbrydningen af de sociale netværk i arbejderkvartererne. I dag er det ikke alene de materielle livsnødvendigheder, som i hel- eller halvfærdig form udveksles med arbejdstid: Fritidens indhold erhverves i færdigpakket form fra kulturindustrien, børnenes opdragelse varetages af offentlige institutioners eksperter, og pasningen af familiens syge og gamle ligeså. Mens livet i den traditionelle forlængede kernefamilie og i landsbysamfundet besad en meget høj grad af social, tidslig og rummæssig kontinuitet, er tilværelsen i det moderne storbysamfund præget af stadige skift mellem fysisk og socialt skarpt afgrænsede rum: Gaden (landsbyen) med dens tidligere gensidigt forbundne familieenheder har i dag karakter af et anonymt fysisk rum besat af gensidigt *udgrænsende* familieenheder. Medlemmerne af den enkelte familie producerer og reproducerer sig i en række gensidigt udgrænsende institutioner (forældrenes arbejdspladser, børnenes daginstitutioner), og det enkelte individ passerer dagligt gennem en række gensidigt udgrænsende institutioner (barnet går fra skole til fritidshjem til boligen, hvor det ganske vist fysisk er til stede, men socialt kan være fraværende mens det hører radio eller ser TV). Mødes familiemedlemmerne i een institution - såsom i det daglige middagsmåltid - bringer de til dette møde oplevelser og problemer fra adskilte virkeligheder. Kvalificeret samtale om dagens begivenheder bliver i stigende grad vanskelig p.g.a. gensidigt ukendskab til hinandens virkeligheder: Barnet har aldrig set for-

ældrene på deres arbejdsplads, og disses førstehåndskendskab til børnenes institutioner, herunder skolen, er også yderst begrænset.

Før teknokratiseringen af den reproduktive sfære skete formidlingen af kulturelle værdier og tydningsmønstre i familien. Eller rettere: Familiens voksne deltog som de mest aktive formidlere af disse værdier og tydningsmønstre i den samlede socialisationsproces. Helt op til midten af dette århundrede var dette stadig muligt. Årsagerne hertil var tre:

1. Kernefamilien omkring den hjemmearbejdende mor bestod stadig som udgangspunkt for besøgene i andre institutioner,
2. Familieenheden var stadig integreret i et lokalt netværk, hvori andre voksne med samme erfaringsflade og biografi som forældrene dominerede, og
3. Forældrenes biografi kunne fortsat anvendes af de unge som et udkast til deres egen fremtid. Ingen af disse tre betingelser er længere til stede i samme udstrækning som tidligere:

1. *Kernefamiliens funktionstømning:* Forældrenes formidling af værdier og tydningsmønstre finder i dag udelukkende sted i den såkaldte fritid. Men i disse afgrænsede tidsafsnit ser børnene ikke deres forældre opretholde de verbalt hævdede dyder, såsom flid, lydighed og udsættelse af behovstilfredsstillelse. Disse dyder er kun relevante indenfor produktionssfæren, hvortil børnene er forment adgang. I den af varemærket strukturerede "fritid" hersker produktionssfærens normers modsætninger. Der er således en diskrepans mellem den måde, hvorpå forældrene opfordrer børnene til at leve, og den måde forældrenes synlige liv udspiller sig. Tilliden til forældrenes værdier og tydningsmønstre af virkeligheden mindskes yderligere derved, at børnene gennem kulturindustriens produkter, og gennem de offentlige opdragelsesinstitutioners formidling af teoretisk viden, på anden hånd erfarer om andre, og tilsyneladende ofte langt mere elegante, løsninger på mellem menneskelige problemer, som ligner de problemer, som de ser forældrene tackle, end de løsninger, som forældrene selv kan præstere. Endvidere præsenteres børnene for mellem menneskelige problemer, som deres forældre måske hverken har første- eller andenhåndserfaringer med.

2. *Netværkenes erosion:* At familien ikke længere er integreret i et lokalt netværk (gaden, f.ex.) har til følge, at forældrenes socialiseringsarbejde ikke længere understøttes af konkrete andre voksne med samme erfaringsflade og biografi som forældrene. I stedet for gadens eller kvarterets andre voksne - til hvem børnene tidligere ikke helt sjældent havde biologiske familieband - er trådt professionelle opdragelseseksperter på fritidshjemmet og i medierne; personer, der typisk bærer andre værdier, og tyder virkeligheden anderledes, end børnenes egne forældre.

3. *Forældrebiografiens irrelevans som udkast til barnets fremtid:* Indenfor den reproduktive sfære fremviser efterkrigstidens forældre som sagt færre kvalifikationer som kunne give børnene tiltro til anvendeligheden af deres biografi som udkast til fremtiden. Grundlaget for en sådan identifikation er yderligere svækket ved, at afstanden mellem kvalifikationskravene til børnene og de voksnes erhvervs kvalifikationer er øget, specielt i efterkrigstiden. For 50 år siden spillede det ikke nogen afgørende rolle m.h.t. teoretisk viden, om der stod 1910 eller 1934 på smedens svendebrev, mens faderens lange prakti-

ske erfaring betød, at sønnen som nyudlært stadig var faderen fagligt underlegen. Men for blot 20-30 år siden begyndte forældrene at komme til kort overfor deres børn m.h.t. teoretiske kundskaber selv under den erhvervsmæssige uddannelse indenfor samme fag (for slet ikke at tale om konsekvenserne af den intergenerationelle erhvervsmobilitet: Faderen ufaglært, sønnen i lære; faderen faglært, sønnen under uddannelse til mellemtekniker, o.s.v.). Og i dag er forældrene også ofte ude af stand til at opfylde de krav, som grundskolen stiller til selv de mindre børn (et eksempel herpå er den "nye matematik").

Sammenfattende kan man således sige, at så længe kapitalismen lod de oprindelige feudale institutioner familien og landsbyen (den integrerede gade) i fred, så længe formidle disse institutioner også relativt gnidningsfrit de modificerede feudale værdier og virkelighedstydningens mønstre fra generation til generation. Men med teknokratiseringen og sektoriseringen af den reproduktive sfære - en nødvendig følge af kvindernes opsugning på arbejdsmarkedet og af de øgede krav til arbejdskraftens teoretiske kvalifikationsniveau - og med opbrydningen af resterne af den feudale landsby gennem industriens koncentration og udflytning fra bykerne, forsvandt grundlaget for denne formidling af værdier og tydningsmønstre. Ligesom bønderne i forrige århundrede frisattes fra jorden og blev overladt til arbejdsmarkedet, så frisattes børnene i efterkrigstiden fra familien og blev overladt til statens og kulturindustriens socialiseringseksperter med deres flertydige budskaber. Selvfølgeligheden i identitetsdannelsen forsvandt: Normer og virkelighedstydninger kunne ikke længere blot overtages fra de voksne - for hvilke voksnes normer og tydninger skulle man overtage? De unge måtte, i langt højere grad end deres forældre, selv arbejde med deres egen identitet.

Til den kulturelle frisætning følger sig et andet forhold, som er af betydning for forståelsen af den form, som de unges identitetsarbejde i kammeratskabsgrupperne tager. Det er fremkomsten af et massivt, abstrakt og uopfyldeligt præstationskrav fra voksensamfundets side overfor de unge. *Det er som et dobbelt-maskeret oprør mod dette præstationskravs konkrete formidlere (skolen og specielt forældrene) at brugen af hash, og tildels andre stoffer, skal ses.* Lad os prøve at bestemme dette krav nærmere, ved at se på de tre forhold som betinger det: Øgningen af de teoretiske kundskabskrav, den æstetiske ungdomsmyte, og forældrenes øgede forventninger til børnene.

Lad os begynde med forældrenes ændrede forventninger til barnet, som overvejende er bestemt af ændringer i motiverne til at få børn. Helt op i mellemkrigstiden dominerede et nok så håndfast materielt prokreationsmotiv indenfor alle samfundslag, når bortses fra de meget velstillede: Børn var en forsikring mod nød i alderdommen, en inflations-sikret opsparingsform. Udviklingen af det socialdemokratiske velstandssamfund eroderede denne basis for forplantningen og erstattede den med en række psykologiske motiver: angsten for ensomhed i alderdommen, behovet for synlige identitetsmarkører i det anonyme forstadsmiljø, og drømmen om, gennem barnet at realisere de muligheder, som man ikke selv havde realiseret på trods af samfundets lighedsideologi. Men med denne psykologisering af forplantningen blev de indre krav til børneopdragelsen også opskrevet: Det var ikke længere tilstrækkeligt at sikre barnets materielle fornødenheder og "bevidstløst" at disciplinere det i overensstemmelse med ens egne normer: Barnet skulle "formes", og det vel at mærke til et væsen, der m.h.t. evner og muligheder kunne starte voksenlivet fra en mere fordelagtig position end man selv havde kunnet.

Hånd i hånd med forældrenes opskruede forventninger til barneprojektets udfald er gået en øgning af uddannelsessystemets krav om teoretisk viden, og en mindske af disse kravets legitimitet. Ligesom familien er blevet svækket som socialiseringsinstrument, har skolen som institution mistet den "aura", som gav de enkelte, hver for sig ubegrundelige indlæringsmål, en selvfølgelighed for den lærende. For mens skoleforløbet tidligere var den synlige forudsætning for at opnå en efterstræbt og mystik-omvunden voksentilstand, er skoletiden idag den rene og skære ventetid. Der knytter sig ikke længere noget mystisk ved voksentilstanden i de unges øjne, snarere tværtimod. Enhver ung har idag på anden hånd stiftet bekendtskab med voksenlivets mysterier gennem skolens og kulturindustriens beskrivelser. Ikke desto mindre er skoleuddannelsen i efterkrigstiden blevet væsentligt forlænget: Knap 5/6 af de unge, som fødtes i perioden 1946-1955 havde gennemført mere end 7 års skolegang, mod halvdelen af generationen født 1936-1945 og 1/4 af dem født før 1936 (Worm (1980) s. 107).

Forældregenerationens forventninger til børnene forbliver delvis skjult indtil skolesystemets formelle selektionsmekanismer træder i kraft. For de unge født i 1950'erne vil det sige omkring 12-års alderen. Derefter går det også slag i slag: Delingen efter 5. klasse og efter 7., de første valgfrie fag i 8. og 9. klasse, og delingen efter 9. klassetrin. I disse år udmøntes forældrenes forhåbninger/forventninger til børnene konkret i krav som: Du skal komme i B-linien, i real-linien, i gymnasiet, o.s.v. Men legitimiteten i disse krav er tvivlsom for de unge, i og med at skolen kun på et helt abstrakt plan kan begrunde kravet om indlæring, og forældrene typisk ikke selv er i stand til at honorere de samme krav. Kravenes manglende forankring i en praksis, som rækker ud over de "knudepunkter" i skoleforløbet, hvor selektionens eksistens ikke kan overses (examiner, karakterbougdelinger), gør, at disse krav konfronterer den unge *udefra*.

Oveni de to førnævnte faktorer kommer den æstetiske ungdoms-myte: De unge er smukke, kloge og rige, selvom jeg har bumser, går i tredje real, og bor i mine forældres tre-værelses i Valby. Myten konfronterer dels de unge *udefra*, i form af de voksnes stadig betoning af nutidens ungdoms mange muligheder, og dels *indefra*. Den unge kan jo se, at myten bærer et gran af sandhed i sig: Han har større teoretisk viden end sine forældre, og kan i dagligdagen konstatere, at han såvel på første som på anden hånd har stiftet bekendtskab med en række mellemmenneskelige problemer og løsningsmodeller, som hans forældre ikke kender noget til. Men netop forældrenes uvidenhed om grænserne for den unges viden og færdigheder gør det også svært for den unge selv at bestemme, ud til hvilken grænse, det er rimeligt at hans kompetence skal strække sig. Med Thomas Ziehes ord:

"Det menneske, som indskrænker sit liv i hverdagen til udelukkende at omfatte de områder, som er bestemt af arbejdsdelingen, og det turde være en indgroet vane hos mange ældre, får ikke i samme omfang de "ekstrafunktionelle" erfaringer, som det tidligere var tilfældet. ... I betragtning af dette er de unges erfaringsformer sandsynligvis mere ekspansive, mere offentlige og kommunikative [end deres forældres] ...

De unges andel i nye tydningsfærdigheder øger imidlertid ikke blot deres latente magt. Den kan også slå tilbage på de unge i form af en realitet, som forekommer krævende og fordringsfuld." (Ziehe & Stubenrauch (1983) s.31, 44).

De unge er altså på den ene side gennem den kulturelle frisætning og familiens funktionstømning blevet frataget "selvfølgelige" normer og voksne identifikationsobjekter, og på den anden side blevet gjort til genstand for abstrakte, og dermed uopfyldelige krav fra de voksnes side. - Det er værd at betone, at disse krav ikke kun belaster de un-

ge, som klarer sig dårligt i skolesystemets konkurrence, for det er ikke kun i skolen, at de unge skal præstere: Også på sportspladsen, på popularitetsmarkedet og m.h.t. fremvisning af en "personlighed" presses de unge til stadighed mod nye rekorder. Og rekorder kan, hvad enten de er akademiske, æstetiske eller sportslige, som bekendt altid forbedres.

Det er i dette lys de tilsyneladende modsætninger mellem de forskellige ungdomssubkulturer - der i ikke så fortyndet form endda eksisterer side om side med hinanden i kammeratskabsgrupperne - skal ses: Som maskerede afvisningsforsøg overfor de voksnes abstrakte, uopfyldelige og fremmede krav.

For konflikten med voksensamfundets krav (formidlet af forældrene) kan jo ikke udledes: En afvisning af, hvad der i de unges øjne er de voksnes krav, er i forældrenes øjne en afvisning af muligheder, som forældrene har slidt og slæbt for at skaffe den unge. En afvisning af kravene/mulighederne ville være en totalafvisning af forældrene. Hvis den unge imidlertid oplever presset fra kravene som tilstrækkeligt stærkt til at nødvendiggøre en afvisning, så må denne afvisning iklædes en symbolsk form, og finde sit udtryk udenfor familien. Lad mig prøve at gøre dette klart v.h.a. et eksempel fra min egen biografi:

I min realskoletid - 1964-1967 - var de unge i det område jeg boede - Søllerød kommune - stratificeret efter knallertejerskab: Der var Puch-folket og Velo-folket. Den datidige Puch var som bekendt langt mere modifierbar end den samtidige Velo-Solex. Valg af knallert var en væsentlig identitetsbestemmende faktor: En Puch-dreng ville hellere være blevet set død end på en Velo, og omvendt. Ikke kun knallertejerne identificerede sig med den ene eller den anden type knallertejerskab: Også de af os, som ikke besad en knallert, gjorde det. Jeg nægtede således konsekvent at forstå princippet bag gearskift, hvilket jo var en forudsætning for at køre på en Puch, men lånte til gengæld gerne andres Velo-Solex'er. Blandt Puch-drengene herskede en aktiv interesse for knallertens pleje, og for mekanik i det hele taget. Velo-folket omgikkes derimod knallerten som et transportmiddel, man jo "måtte" betjene sig af, men for hvis pleje det ikke var acceptabelt at interesse sig. Jo mere brutalt man behandlede det stakkels væsen, des bedre. For begge grupper indgik knallerten, og den måde man behandlede den på, som centrale elementer i den personlige *stil*, på lige fod med tøj, den foretrukne beat-musik, radikaliteten i de politiske synspunkter, og ens måde at forholde sig til sport, øl, vin, spiritus, tobak, hash, finkulturens forskellige produkter, o.s.v., o.s.v.

Det interessante er, at selvom der selvfølgelig var en noget hyppigere indbyrdes omgang *indenfor* de to folk end *mellem* dem, så var interaktionen mellem dem dog hyppig (6), på samme måde som vi ovenfor i Tabel 1 og 2 så, at "bedste kammeratskaber" og faktisk samvær udenfor skoletiden blandt Hjørring-skoleeleverne i 1972 fandt sted "over grænsen" mellem hashryger- og ikke-hashryger-land. I begge tilfælde eksisterede "subkulturerne" opblandet i hinanden, uden gensidigt udgrænsende fysiske eller sociale territorier. Kun ved særlige lejligheder - f.ex. koncerter - fandt større grupper unge med samme smag i "objekt-afvig" (Bay (1982) s. 96) sammen adskilt fra de øvrige subkulturer, mens der ved andre lejligheder, såsom private fester, kunne finde en midlertidig segregering sted, som når hashrygerne isolerede sig i et værelse for at fyre en fed.

Denne pluralisme i den overordnede ungdomskultur omkring 1970 - som den daværende voksenkultur savnede ethvert sidestykke til - gjorde kammeratskabsgruppeme til den

arena, hvor forskelligeartede identitetsudkast afprøvedes. Jeg vil hævde, at den nødvendige og tilstrækkelige betingelse for denne gensidige stilistiske tolerance var en fælles oplevelse af, at selvom de voksnes krav var uafviselige, så var legitimiteten i samme krav tvivlsom eller helt fraværende. Og denne stilistiske tolerance var på sin side en nødvendig betingelse for, at de forskellige "subkulturer" kunne påvirke hinanden, hvilket i mit miljø bl.a. havde til følge, at hashrygning spredtes fra Velo-folket til Puch-folket.

Jeg påstår således, at de tilsyneladende ideologiske modsætninger mellem "subkulturelle" grupperinger som Velo- og Puch-folkene netop kun var tilsyneladende: I begge tilfælde var det "subkulturelle udtryk" rettet mod en central værdiladet forestilling i voksenkulturen vedrørende teknologiske fornyelsers fortræffelighed og rette anvendelse: Den ulovligt udborede Puch udtrykte en hedonistisk *rovdraft* på teknologien, mens den mishandlede Velo udtrykte en *ringeagt* for teknikken. Og af afgørende betydning for forståelsen af disse tilsyneladende forskelligartede handlingsmønstres ensartede budskab er det forhold, at mens knallertudboringsgraden, respektive knallertmisrøgten, udstilledes i kammeratskabsgruppen, så underspilledes/skjultes den overfor forældrene (7). *Puch-folket var derfor den nødvendige baggrund for selv-perceptionen af en Velo-identitet, og omvendt.*

Jeg vil således hævde, at *nødvendigheden af faktisk konformitet overfor de voksnes normbud var den tilstrækkelige betingelse for opkomsten af een ungdomskultur, mens muligheden for at opleve ens egen indre afvisning af disse krav, på den anden side, nødvendiggjorde den stilistiske differentiering indenfor kammeratskabsgruppen.*

Afvisningen af forældregenerationens krav var således dobbelt maskeret: For det første iklædtes den en symbolsk form, og for det andet udspillede denne symbolik i kammeratskabsgruppen, ikke i familien.(8) Metaforisk kan situationen beskrives ved at sige, at kammeratskabsgruppen udgjorde det sociale rum, hvori konflikten med forældrene udlevedes, og at udlevningen af konflikten tog form af konstruktion af stilistiske underrum i kammeratskabsgruppens overordnede rum.

For at rekapitulere: Den stilistiske tolerance i kammeratskabsgruppen var betinget af, at de unge, på tværs af stilarter, var fælles om en, mere eller mindre explicit udtrykt, oplevelse af voksenkravenes utilstrækkelige legitimitet. Og denne tolerance var på sin side en nødvendig forudsætning for foranderligheden i kammeratskabs-gruppens stilistiske sammensætning over tid, og det vil bl.a. sige for spredningen af hashrygning.

Det er imidlertid åbenbart, at tolerancen ikke var en *tilstrækkelig* betingelse for kammeratskabsgruppens stilistiske foranderlighed. Den forklarer med andre ord hvorfor spredningen af et forbudt/afvigende fænomen som hashrygning var *mulig*; ikke hvorfor det var hashrygning, og ikke en anden afvigende adfærd, som f.ex. afvigende alkoholvaner, som spredte sig med voldsom hast blandt de unge i årene 1966-1969.

På den anden side er det åbenbart, at hashrygning, i modsætning til i forhold til voksen-samfundets normer afvigende alkoholvaner, i slutningen af 1960'erne besad en række egenskaber, som gjorde det velegnet til at udtrykke afvisningen af voksensamfundets krav indenfor kammeratskabsgruppens sociale rum:

1. Hashrygning var, i modsætning til alkoholindtagelse, hos såvel unge som voksne, associeret med en række "filosofier" som stod i et modsætningsforhold til voksengenerationens og skolens ideologi,
2. Hashrygning var, også i modsætning til alkoholindtagelse, eksklusivt i den forstand, at man ikke kunne købe hash på ethvert gadehjørne, og
3. Indtagelse af rusgifte sammen med andre mennesker tjener i de fleste kulturer til at markere, at hverdagens tydningsmønstre helt eller delvis suspenderes (9). At beruse sig sammen med en anden er implicit en erklæring om samhørighed og tillid, idet de etablerede tydningsmønstre fra beruselsens begyndelse opgives, og den anden inviteres indenfor i ens inderste. Parterne indbyrdes hinanden til at deltage i en fælles virkelighedskonstruktion under rusen. Det er klart, at en rusgift som alkohol, hvor rusoplevelsen allerede *er* struktureret i kulturen, ikke umiddelbart er velegnet til at udtrykke afvisning af forældregenerationen. En ny rusgift som hash er derimod ideel, i og med at den virkelighed som konstrueres under påvirkning af denne i rusgift, er forældregenerationen ukendt.

I forbindelse med alle tre punkter ovenfor er resultaterne i Tabel 3 ovenfor interessante, idet de antyder, hvilke unge det var, som formidlede hashrygning fra mediernes til kammeratskabsgruppen og (specielt) fra kammeratskabsgruppe til kammeratskabsgruppe (10).

For ikke alene var hashrygerne i Hjørring-skolemes 9. klasser hyppigere toneangivende i deres skoleklasser end deres ikke-hashrygende klassekammerater, de omgikkes også flere andre unge. På spørgsmålet: "Hvor mange forskellige venner har du besøgt i løbet af de sidste 7 dage?" svarede hashrygerne i gennemsnit knap 6, mens de andre elever i gennemsnit svarede knap 3. Og på spørgsmålet om, hvor hyppigt de gik i ungdomsklub, svarede hashprøverne gennemsnitligt, at de besøgte sådanne klubber 2 gange om ugen, mens de øvrige elever i gennemsnit svarede, at de gjorde det sjældnere end 1 gang ugentligt (11). Hashrygerne syntes således ikke alene at være toneangivende i kammeratskabsgruppen, de havde også bedre muligheder for at opdage og importere nye stilistiske elementer. Hashrygerne *medierede* således normer og stilelementer fra gruppe til gruppe, og kunne gøre dette fordi deres relativt høje status i kammeratskabsgruppen (i dette tilfælde skoleklassen) tillod dem et friere spillerum m.h.t. overholdelse af gruppens normer (Riecken & Homans (1954), Dittes & Kelley (1956)).

Desværre har vi ikke rigtig overbevisende empiri fra omkring 1970, som kan belyse hvorfor hashrygning spredtes, mens brug af morfin o.a. opiater ikke gjorde det. De ovenfor givne oplysninger om opiatprøvernes relative marginalitet i Hjørring skoler kan kun antyde, at de som prøvede opiater - i modsætning til hashprøverne - ikke var i nogen ideel udgangsposition m.h.t. at få deres klassekammerater til at forsøge sig med opiater. Hvad vi derimod ved er, at opiaterne blev de stoffer, omkring hvilke den egentlige stofmisbrugersubkultur definerede sig. Hermed er vi kommet til dette kapitels sidste emne.

Opiatmisbrugersubkulturens opkomst og trivialiseringen af hashrygning

Sideløbende med det dobbelt-maskerede ungdomsoprør voksede det egentlige ungdomsoprør frem. 1960'ernes anden halvdel var perioden hvor skoleelever og lærlinge organiserede sig. Det var kollektivbevægelsens første år, Vietnam-protesterne og studenteroprørets periode. Det var ikke kun de skjulte, men også de åbne bruds tid.

Med få undtagelser må man sige, at disse åbne brud efterlod sig lige så få ar i klasse-samarbejdssamfundets skind som de skjulte brud. Såvel den dobbelt-skjulte afvisning af voksengenerationemes forventninger, som den åbne kamp mod f.ex. den amerikanske imperialisme fandt sted sideløbende med socialiseringen til lønarbejder og familiestifter. Og i længden var det denne socialiseringsproces, som for de fleste skabte fundamentet for en relativ stabil - omend måske formløs og betvivlet - voksenidentitet.

Men nogle spor er der dog tilbage af det skjulte og af det åbne ungdomsoprør. Junkmiljøet og produktionskollektiverne er vel de mest oplagte eksempler. Her skal jeg kun beskæftige mig med opiatmisbrugersubkulturen. Dens opkomst og trivialiseringen af hashrygning er tæt forbundne.

Af forrige afsnits bestemmelse af ungdommens vilkår i efterkrigstiden kan man let have fået det indtryk, at jeg har ønsket at kontrastere to statiske billeder af hhv. "før" og "nu". Det er selvfølgelig ikke tilfældet, for også i løbet af efterkrigstiden har ungdommens vilkår jo ændret sig. For at give blot to eksempler: Blandt de 16-årige i 1968 havde kun nogle få procent gået i børnehave, mod over 20% af de 16-årige i 1983. Og for de 16-årige i 1968 var den mest skræmmende udsigt et monotont arbejdsliv, mens udsigten for de 16-årige i 1983 indeholder et væsentligt element af en nok så monoton, ufrivillig arbejdsfrihed. Ændringerne i de unges biografi og fremtidsudsigter må have medført ændringer i karakteren af den konflikt, som det dobbelt-maskerede ungdomsoprør udtrykker (jeg vil tillade mig at tage for givet, at dette oprør stadig er nødvendigt for de unge i dag). Og dermed i oprørets udtryk. Nok så interessant er det formentlig, at udtryk ændrer betydning af at blive brugt. Ord og vendinger skærpes, ændrer følelsesmæssig virkning, får nye farver, nuancer; slides og tømmes af at blive brugt. Sproget har en historie, som ikke kun bestemmes udefra af den kontekst, hvori det anvendes. Det har også en indre dynamik.

Selv under statiske livsbetingelser af den generelle karakter som jeg beskrev i forrige afsnit ville de unges dobbelt-maskerede oprør have ændret udtryk. Det overgår langt min formåen i detaljer at beskrive det dobbelt-maskerede ungdomsoprørs successive former, endsige at bestemme deres sammenhæng med ydre ændringer i ungdommens vilkår og deres histories indre logik. Den eneste pointe jeg ønsker at betone her er, at det ville have været mærkeligt, om hashrygnings tegnværdi havde holdt sig uforandret fra 1966 til 1984.

Men det betyder ikke, at hashrygning er forsvundet fra den danske ungdomscene. Nok så håndfast et bevis for at der stadig ryges hash i Danmark er det forhold, at politiet og toldvæsnet hvert år beslaglægger omkring 1 ton hash. Den faktisk forbrugte mængde er antagelig væsentligt større, hvilket vil sige, at der hver dag ryges titusindevis af piber. Hvor mange mennesker, som regelmæssigt ryger hash er det ikke muligt med sikkerhed at sige noget om, bl.a. fordi rygernes aldersfordeling ikke er kendt. Men jeg tror ikke det

er urealistisk at anslå antallet af mennesker, som ryger sig skæve mindst 5 gange om ugen til et sted mellem 5 og 30 tusinde, og antallet som ryger hash mindst et par gange om måneden til mellem 50 og 200 tusinde (12).

Lige så lidt som de hundrede tusinder, som dagligt indtager et lægeordineret angstdæmpende middel (13), anses disse titusindevis af regelmæssige hashrygere for at have et problem, som kræver intervention. Hashrygning er ikke noget socialt problem længere. Det formelle forbud mod at besidde hash opretholdes kun idag, dels p.g.a. visse internationale forpligtelser og de forviklinger i forholdet til de øvrige nordiske lande, som en formel legalisering ville medføre, og dels fordi partierne til højre for VS ikke ønsker at risikere stemmer på en sag, som kun har et mindretals positive interesse. Den de facto legalisering af hash, som fandt sted med Rigsadvokatens cirkulære af 15.7.1969 (jfr. nedenfor) passer - næsten - alle parter.

De som derimod *har* og *er* et problem, det er de 5-10.000 personer, som formodes regelmæssigt at bestræbe sig på at få fat i opiater (for baggrunden for dette skøn henviser jeg til næste kapitel). Det kan også udtrykkes på den måde, at mens man påtager sig et problem ved at begynde at bruge opiater, så er dette ikke tilfældet, hvis man begynder at ryge hash. Opiatbrugsstart er starten på en afvigende karriere; det er hashbrugsstart ikke, idet der ikke eksisterer offentlige institutioner, som stempler dette afvig (13a). Valg af hashrygning er, ligesom valg mellem forskellige mærker undertøj, et "frit" valg, for hvis konsekvenser den enkelte selv må svare. Hashrygning er en privatsag, mens opiatbrug næsten uundgåeligt udvikler sig til at blive en sag mellem opiatbrugeren og resten af samfundet.

Sådan var det også for hashrygnings vedkommende i 1960'erne og nogle steder i landet i begyndelsen af 1970'erne. Hashrygning blev privatiseret, eller trivialisert, primært fordi så mange "normale" unge begyndte at ryge hash. Men en anden årsag til hashrygnings trivialisering var opkomsten af en synlig stofmisbrugersubkultur omkring opiater. Før jeg til sidst i dette kapitel ser på trivialiseringen af hashrygning vil jeg derfor først se på opkomsten af den opiatmisbrugende subkultur.

Det spørgsmål, som jeg vil forsøge at besvare, er følgende: Hvad kunne have motiveret de unge opiatbrugere - 1960'ernes såvel som 1980'ernes - til at tage det problem på sig, som det er at være opiatmisbruger? For ved at blive opiatbruger overskrider man jo ikke blot voksensamfundets normer; man overskrider sandelig også den normale kammeratskabsgruppes tolerancetærskel for stilistisk afvig (14). *Udefra* betragtet er det at blive opiatmisbruger en socialt selvbegrænsende handling: Man udelukker sig fra såvel de voksnes som ens jævnaldrendes gode selskab.

Set *indefra* - der hvor enhver form for spekulation om menneskelige handlinger må starte - er det dog klart, at deltagelse i en opiatbrugende gruppe må ses som en løsning på et problem; en løsning, hvis konsekvenser i form af mulig stigmatisering fra normalsamfundets side vejer mindre tungt end den gevinst, som opnås herved.

Dette peger på, at det helt generelle problem, som det store flertal af de unge, som begyndte at bruge opiater har haft, har været oplevelsen af, at det indenfor de normalkulturelle rum (familien, skolen, den stilistisk differentierede normalkammeratskabsgruppe) ikke var muligt for dem at vinde den kærlighed, respekt, status eller de venskaber, som de tragede efter (15). Dermed har jeg ikke påstået, at *alle* de unge, som benyttede sig af

opiater stillet til rådighed af subkulturen, havde opgivet at få deres kærlighedslængsel tilfredsstillet gennem normalkulturelle relationer. Jeg har heller ikke påstået, at de unge, som søgte ind i subkulturen p.g.a. utilfredsstillt kærlighedslængsel i de normalkulturelle rum, alle besad den samme psykodynamiske strukturbeskadigelse som årsag til den normalkulturelt utilfredsstillte kærlighedslængsel; kun at de forskellige strukturelle skader alle havde ført til, at kærlighedslængsel søgtes indfriet i relationer udenfor normalkulturen.

Hvis vi går ud fra, at det fælles problem, som motiverede de unge stofmisbrugere til at søge sammen i subkulturelle grupper var manglende tilfredsstillelse af deres kærlighedsbehov i de normalkulturelle rum (familien, skolesystemet, normalkammeratskabsgruppen) må vi forklare, hvorfor netop den intravenøse injektion af opiater blev denne subkulturs definerende karakteristikum, såvel indenfor kulturen som i det omgivende samfund. For som omtalt i kapitel 1, så er opiaters farmakologiske egenskaber en dårlig begrundelse for de fleste til at tage problemet opiatmisbrug på sig:

Opiater er ikke "euforiserende" i sig selv, lige så lidt som langvarigt opiatbrug nødvendigvis giver ophav til abstinenssymptomer af en sådan styrke, at den abstinerende må føle sig tvunget til at opsøge stoffet. Stedet, tiden og omgivelserne må være af en bestemt beskaffenhed for at en bestemt person kan *konstruere* en oplevelse af eufori i forbindelse med indtagelse af et opiat, og en oplevelse af abstinens som en tilstand, som for enhver pris må søges undgået.

Det kan også afvises, at den bestemte indtagelsesmåde, som nutidens opiatmisbrugere foretrækker, nemlig den intravenøse injektion, og den dermed forbundne særligt hurtige og voldsomme påvirkning af centralnervesystemet, *i sig selv* er euforiserende. Klassiske morfinister foretrak den subkutane injektion (d.v.s. indsprøjtning i fedtvævet lige under huden), og var ikke særligt glade for den intravenøse, når den indtraf ved en fejltagelse. Læs således hvad Pontoppidan skrev i 1883 om nutidens eftertragtede "sus":

"Jeg kan på dette Sted omtale et mere interkurrent Symptom, der kan optræde under den kroniske Morfinisme, nemlig ved Indsprøjtning af Morfinopløsningen i en Vene. Efter en sådan ufrivillig Infusion indtræder der øjeblikkelig voldsomme Intoxikationsfænomener, navnlig en hæftig Kongestion til Hovedet. Patienten bliver ildrød i ansigtet, føler Svimmelhed med Tilbøjelighed til Afmagt og overfalder af en dødelig Angst. Brændende Smerter udbrede sig over hele Huden, navnlig også ud i Hænder og Fødder, der svulme op og blive rød-blå. Efter et par Minutters Forløb have disse faretruende Tilfælde i Almindelighed atter tabt sig." (Pontoppidan (1883) s. 34-35).

Når det således må afvises, at det var opiaternes farmakologiske egenskaber, som betingede deres subkulturelle brug, må vi se på opiatbrugen som et *tegn*, omkring hvilket subkulturen er bygget. Hvad er det for et tegn, og hvad henviser det til?

Stofmisbrugskulturen har altid været præget af et meget sammensat stofforbrug (Jørgensen (1970a)). Ikke desto mindre har det definerende stof i såvel stofmisbrugernes som den øvrige befolknings bevidsthed siden udgangen af 1960'erne været opiater - først de forskellige apotekervarer, siden morfinbasen og endelig idag heroinen. Et andet definerende karakteristikum er den intravenøse indtagelsesmåde, selvom der selvfølgelig findes marginale opiatbrugere som sniffer eller spiser opiaterne. Stofmisbrugernes øvrige faktiske eller tilskrevne egenskaber (sex-orgier i 1960'erne, berigelseskriminalitet i 1980'erne) er ikke specifikke for stofmisbrugerne, selvom man kan forledes til at tro det udfra aviserne. Såvel stofmisbrugerne som det omgivende samfund orienterer sig i

forhold til det intravenøse opiatbrug; for stofmisbrugerne definerer det deres subkultur, og for normalsamfundet definerer det stofmisbrugerens. Hvilke normalkulturelle forestillinger henviser intravenøs opiatindtagelse til, siden det kan definere subkulturen såvel indadtil som udadtil?

Såvel den intravenøse indtagelsesmåde som det indtagne stof er stærkt tabubelagt i normalkulturen. Tanken om at stikke hul i sin egen hud (og ovenikøbet at indføre et fremmedlegeme i kroppen gennem dette hul) vækker angst og afsky hos de fleste mennesker i vor kultur. Tilsvarende er opiater omgivet af myten om den nødvendige progression fra lejlighedsvist brug til dagligt, kompulsivt brug. Såvel (intravenøs) injektion som brug af opiater er normal-kulturelt forbeholdt ekstreme situationer, hvor livet står på spil, og begge er underlagt det hvidkittede præsteskrabes autoritet. Mennesker, som administrerer opiater på sig selv v.h.a. en sprøjte uden at lide af en sygdom som nødvendiggør det, markerer derved en milevid afstand mellem sig og andre mennesker.

Udover denne tegnværdi besidder den intravenøse injektion en anden egenskab, som gør den velegnet til at løse det kærlighedsproblem, som jeg har påstået var fælles for flertallet af de unge, som konstruerede stofmisbrugerens subkultur. P.g.a. den voldsomhed, hvormed et intravenøst injiceret stof (ikke nødvendigvis et opiat!) angriber centralnervesystemet, hensættes den injicerende i en forbigående tilstand af forsvarsløshed. Påstanden om susets "orgasmeignende" karakter er således for så vidt berettiget, som den nævnte forsvarsløshed kan lignedes med den forsvarsløshed overfor partneren, som ledsager den seksuelle orgasme. Jeg vil påstå, at den injicerende stofmisbruger, ved gennem de første injektioner at give sig hen til de andre medlemmer af gruppen, opnår en midlertidig indfrielse af den i hverdagslivet uindfrie kærlighedslængsel, således at den intravenøse injektion *sekundært* bliver "euforiserende"; altså også når stofmisbrugerens junker alene. Den intravenøse injektion kan altså betragtes som en teknik til at overkomme de barrierer mellem selvet og den anden, som det afviste individ må opbygge i sit (forgæves) forsøg på at udholde afvisningen; barrierer, som kan være så solide, at "naturlige teknikker" såsom samleje ikke kan gennemtrænge dem. Denne tolkning gør også forskellen i oplevelsen af "suset" mellem klassiske (individuel brugende) og moderne (gruppebrugende) opiatmisbrugere forståelig.

Ligesom den intravenøse injektion ikke kun tjente til at afgrænse stofmisbrugergruppen udadtil, men også havde en indadrettet funktion, mener jeg også, at det forhold, at det blev opiater (i stedet for f.ex. speed, som formentlig var langt mere brugt blandt unge i de sidste år af 1960'erne end opiater var) som definerede subkulturen, havde to indadrettede funktioner, som begge baserede sig på en accept af den i det omgivende samfund herskende myte om opiatbrugs nødvendige progression til kronisk morfinisme. For det første mener jeg, at denne myte muliggjorde definitionen af et skæbnefællesskab mellem gruppens medlemmer på en helt anden måde end et stof, som ikke blev anset for at være "vanedannende" ville have kunnet gøre. For det andet mener jeg, at progressionsmyten hjalp til at neutralisere skam- og skyldfølelser over de *andre* normbrud, som optrapningen af repressionen af stofmisbrugerne nødvendiggjorde for misbrugerne. Den øgede repression fra politiets side medførte nødvendigvis udviklingen af et profitstyret marked, og dermed højere priser på de forskellige stoffer. Erhvervelsen af disse nødvendiggjorde derfor handlinger som berigelseskriminalitet, prostitution og "nasseri" på forældre og slægtninge, som ikke umiddelbart var acceptable for subkulturens medlemmer (16). I denne situation kunne progressions- eller skæbnemyten tjene som begrundelse for ellers uacceptable normbrud.

Efter denne introduktion af opiatmisbrugersubkulturen vil jeg som afslutning på dette kapitel se på trivialiseringen af hashrygning.

Med hashrygnings trivialisering mener jeg to ting: For det første voksensamfundets accept af hashrygnings existens, og for det andet dissocieringen af hashrygning og politisk radikalitet i den normale ungdomskultur.

Når jeg påstår, at voksensamfundet omkring 1970 havde accepteret hashrygning, så mener jeg selvfølgelig at accepten var passiv, og potentielt - f.ex. hvis ens eget barn begyndte at ryge hash - kunne vendes til aktiv modstand. Befolkningen accepterede, at myndighederne ikke greb aktivt ind overfor den *anonyme* hashryger.

Hvilket passede de samme myndigheder særdeles godt. For politiets vedkommende var stofmisbrugsproblemet ganske vist et potentielt middel til styrkeforøgelse, men der var på den anden side tilsyneladende ingen bund i hashsageme. Antallet af registrerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer steg og steg (fra 90 i 1965 til 3351 i 1969 (Brydensholt (1973) s. 31)). En vis afgrænsning af de sager, som nødvendigvis måtte søges retsforfulgt var således i politiets øjne ønskelig, ikke mindst hvis man tog hensyn til resultaterne fra de ovenfor omtalte spørgeskemaundersøgelser af uddannelsessøgende; undersøgelser, som viste, at tusindevis af unge i normale uddannelsesforløb røg hash. - Det er givet, at sundhedsvæsnets følelser har været helt i overensstemmelse hermed; tanken om, at skulle give psykiatrisk behandling til tusindevis af unge hashrygere må have været tilstrækkelig til at give enhver hospitalsadministrator sved på panden.

At det må have været sådanne pragmatiske overvejelser, snarere end en saglig revurdering af hash'ens skadelighed som betingede den faktiske legalisering af hashrygning i 1969 sandsynliggøres deraf, at der bestemt ikke herskede enighed i den lægelige verden om hash'ens skadelighed i de tidlige 1970'ere (17). Denne enighed bredte sig snarere som en følge af de centrale myndigheders afgrænsning af problemet til noget, som det syntes muligt at gabe over (18). Havde man virkelig accepteret at hash var ufarligt, så havde man vel legaliseret det såvel de jure som de facto, eller i det mindste bragt en sådan legalisering på bane i det FN-organ, som administrerer de internationale konventioner vedrørende rusgifte?

I lov om euforiserende stoffer (fra 1965) sondres der ikke mellem forskellige stoffer f.s.v. de strafferetslige konsekvenser af besiddelse eller udbredelse (salg) angår. I årene efter 1965 udviklede der sig dog i domstolens praksis en sondring mellem hash på den ene side, og andre stoffer på den anden side. Denne sondring accepteredes af Rigsadvokaten med hans cirkulære af 15.7.1969, som jeg skal gøre nærmere rede for i næste kapitel. Her skal jeg alene gengive uddrag, som viser ændringerne for hhv. besiddelse og udbredelse af hash. For så vidt *besiddelse* angår, så nævnes det i cirkulæret, at

"Konstaterer politiet forbrug af euforiserende stoffer, bør det dermed forbundne strafansvar for besiddelse (køb, modtagelse) i reglen afgøres med, at der meddeles den pågældende en advarsel af politiet. Advarsel vil også kunne meddeles i gentagelsestilfælde, men i grovere gentagelsestilfælde og i tilfælde af gentagen besiddelse af andre euforiserende stoffer end hash bør der søges pålagt bødestraf." (mine udhævninger).

For så vidt *udbredelse* angår anføres det, at

"Den retspraksis, der foreligger, viser, at der anlægges en væsentlig mildere bedømmelse, når overtrædelsen angår udbredelse af cannabisprodukter, hash og marihuana, end når forholdet vedrører andre euforiserende stoffer, f.eks. preludein, opiumspræparater og LSD. *Denne skelnen bør anklagemyndigheden søge at fastholde.*" (mine udhævninger).

"Derimod må udbredelse af selv små mængder af *andre euforiserende stoffer end hash* sædvanligvis anses som en så alvorlig lovovertrædelse, at bødestraf i forbindelse med konfiskation kun finder anvendelse, når mængden er ganske ubetydelig, eller overtrædelsen har en lejlighedsvis karakter, og er sket uden vederlag." (udhævninger i original).

Særligt om den nye straffelovsbestemmelse om grovere stofkriminalitet - straffelovens § 191 – anføres

"Angår det strafbare forhold udbredelse af *heroin* ..., vil forholdet kunne være omfattet *straffelovens § 191*. ... Indsmugling eller udbredelse af hash bør ifølge forarbejderne til loven [om indførelse af § 191 i straffeloven] kun henføres under denne bestemmelse, når der foreligger erhvervs-mæssig organiseret indsmugling af eller handel med i et omfang der overstiger 10-15 kg ..." (udhævninger i original).

Den faktiske legalisering af hash, som Rigsadvokatens cirkulære udtrykte fik to konsekvenser: En optrapning af forfølgelsen af opiatmisbrugere, og en forstærkelse af den allerede igangværende løsrivning af hashrygning fra enhver form for politisk radikalitet blandt de unge.

Den første konsekvens er næsten selvindlysende: Efter 15.7.1969 kunne politiet holde op med at udfærdige bødeforlæg/anklageskrifter til tusindevis af hashbrugere hvert eneste år [over 3/4 af samtlige sager i København i årene 1965-67 havde vedrørt hash og hash alene (Jersild (1968))]. Efter 15.7.1969 kunne man koncentrere indsatsen om efterforskningen af sager vedrørende andre stoffer; sager, som vedrørte et langt mindre, og for politiet mere "synligt" klientel. Et voksende antal politifolk skulle tage sig af et indskrænket antal potentielle klienter; bl.a. behøvede man ikke længere rykke ud til skoler for at optræve "hash-ringe" hvergang en skoleelev var blevet snuppet med et par gram på sig. Presset mod specielt opiatmisbrugere, der i synlighed overgik brugere af LSD og speed, øgedes væsentligt, og det fik skæbnesvangre følger. Men herom handler næste kapitel, så lad det hvile her.

Den anden utilsigtede konsekvens af Rigsadvokatens cirkulære var at fremme dissocieringen af hashrygning og politisk radikalitet. Før voksensamfundets stiltiende accept af den (anonyme) hashryger kunne hashrygning give en oplevelse af at spytte på forældre-generationens stat. Men jo mere indifferent samme stat viste sig overfor hashrygning, desto ringere blev denne specifikke symboliks kraft. Jo flere "experter" der trådte frem og skilte hash fra "hårde" stoffer, og jo mindre sandsynligheden for at blive generet af politiet var, desto mindre kunne hashrygning betragtes som (også) en politisk handling.

Men hvorfor bed hashrygning sig ikke desto mindre fast? Hvorfor begynder successive ungdomskohorter alligevel at ryge hash, selvom gruppen der gør det i dag omfatter såvel minirockere som sportsdrenge og punkere? Og hvorfor "vokser" nogle fra det, mens andre ikke gør?

Det er heldigvis spørgsmål som falder udenfor denne bogs rammer. Vi har kun skullet bruge fænomenet hashrygning som afsæt for forståelsen af *Narreskibets* hovedemne: Opiatmisbrugersubkulturen og samfundets forsøg på at undertrykke den. Og hermed

overgår jeg til næste kapitel, som netop handler om den *synlige* undertrykkelse og dens konsekvenser for opiatmisbrugeme.

Noter til kapitel 3

1. Extrapolerer man således Hjørring-kurven v.h.a. den logistiske model (jfr. note 2 nedenfor) ville over 99% af de i 1971 undersøgte have prøvet hash inden udgangen af 1973!
2. I den klassiske (deterministiske) teori om epidemier af ikke-dødeligt forløbende, kroniske sygdomme i ikke-immune populationer antages antallet af nye syge, ds. i løbet af tidsafsnittet dt at være proportionalt med produktet af antal smittebærere på tidspunkt t, s, og antal ubesmittede på samme tidspunkt, u. D.v.s.

$ds/dt = -a \cdot s \cdot u$ (hvor a er en konstant)

Løser man denne ligning, får man en såkaldt logistisk funktion af t (Bailey (1975) kapitel 5). For s/u mindre end 0,3 er denne funktion "så godt som" sammenfaldende med exponentialfunktionen. D.v.s. at den naturlige logaritme til andelen af smittede til tid t ifølge klassisk epidemiologisk teori skal være en tilnærmet ret linie, så længe under en fjerdedel af befolkningen (cirka) er blevet smittet. Spredningsforløbene i Figur 1 er netop sådanne rimeligt lige linier.

3. Det gjaldt også det mindretal af problembærerne, som var så uheldige at ende i fængsel jfr. eksempelvis Boolsen (1972).
4. Eleverne kendte ikke spørgeskemaet på forhånd eftersom alle klasser i kommunens skoler udfyldte det i samme skoletime. Endvidere var eleverne under udfyldelsen af skemaerne anbragt i gymnastiksalene ligesom under årsprøver. Det kan således med rimelig sikkerhed udelukkes, at de tre elever har lavet en practical joke på min bekostning.
5. Min væsentligste inspirationskilde til dette afsnit har været den tyske socialisationsteoretiker Thomas Ziehes arbejder, specielt Ziehe (1981) og Ziehe & Stubenrauch (1983). Ziehe bekender selv en stærk påvirkning fra den nye Frankfurterskole, specielt Jürgen Habermas, hvem jeg aldrig selv har læst. Jeg har derfor ikke forsøgt at etikettere de enkelte brokker i dette afsnit. Eller m.a.o.: Analysen i det følgende må stå helt for min egen regning, selvom noget er hugget direkte fra Ziehe, noget indirekte fra Habermas, og andet igen fra andre.
6. Husker jeg ret var der heller ikke forskelle i den sociale rekruttering.
7. Det samme gjaldt hashrygning: P.g.a. mediernes kobling af hashrygning og protestbevægelser ville åbenlys hashrygning overfor de fleste forældre - jfr. Gallup-tallene på side 44 ovenfor - ikke have *symboliseret* oprør; det ville have *været* oprør, og ville være blevet mødt med tæv, psykiatrisk (tvangs)behandling, udsmidning hjemmefra eller andre svære repressioner. - I de refererede lokalundersøgelser (såsom Winsløw m.fl. (1970)) var det da også kun ganske få procent af hashrygerne, som oplyste a) at deres forældre overhovedet vidste noget om børnenes hashrygning og b) at de var ligeglade (i sig selv et tvetydigt udtryk) med den.
8. Jeg har her ladet mig inspirere af Phil Cohens (Cohen (1972) som refereret af Bay 1982)) bestemmelse af de engelske arbejderklasseungdomssubkulturer fra 1960'erne. Før industriens udflytning fra dens sædvanlige "bælter" omkring storbyernes kerne, saneringen af arbejderkvartererne i disse bælter m.v., fungerede gaden som en slags udvidet familie med tætte naborelationer. Men med opbrydningen i disse relationer henvistes børnene til kernefamilien m.h.t. voksne relationspersoner, hvilket skabte grobund for ødipale konstellationer, som i puberteten medførte generationskonflikter:

"Jeg tror, at en af generationskonflikternes funktioner er at omskabe den slags spændinger, som optræder mellem de enkelte familiemedlemmer, og erstatte dem med et generationsspecifikt symbolsystem, således at spændingerne fjernes fra deres interpersonelle kontekst. Spændingerne bliver således medieret via forskellige stereotyper, som har til formål at mindske den angst, som interpersonelle konflikter udvikler" (Cohen (1972) som citeret af Bay (1982) s. 105).

I modsætning til Cohen beskæftiger jeg mig ikke med subkulturer, men hvad jeg påstår er normalkulturelle stilelementer. Cohens bestemmelse af den subkulturelle udtryksform som en følge af klassemodsatningernes specifikke nedslag i den del af arbejderklassen, som subkulturen udspringer af ("den respektable arbejder"), er således ikke anvendeligt som inspiration. Man så jo iøvrigt også ret hurtigt, at hashrygning spredtes fra den højere middelklasse til alle statuslag.

9. For et forsøg på at bestemme forskellene mellem "straight" (d.v.s. hverdags-)tænkning og "stenet" tænkning (det vil bl.a. sige skæv tænkning) i vor kultur, se Weil (1972), specielt kapitel 6 og 7.
10. Det er i denne forbindelse værd at nævne, at de trykte mediers *direkte* effekt på lægers adoption af et nyt lægemiddel er ringe. De *manges* adoption af et nyt præparat forudsætter en lavine, som kun kan sættes i gang ved at enkelte læger med en særlig bred personlig kontaktflade til andre læger prøver præparatet på deres patienter og beslutter at bruge det (se Coleman m.fl. (1966)).
11. Tilsvarende resultater er fundet i en undersøgelse af knap 4000 uddannelsessøgende i Roskilde i foråret 1971 (Winsløw (1972)).
12. I årene 1976-1982 var politiets og toldvæsnets beslaglæggelser af hash og hasholie som følger: Hash: 441, 475, 970, 1139, 1375, 1249, 910 og 1741 kg. Hasholie: 1,5, 0, 0,1, 0,2, 7,3, 3,8, 1,4 og 8,5 kg (Rigspolitichefen (1981) s. 41, 43 og Rigspolitichefen (1984) s. 93).

I USA skønner politiet, at dets beslaglæggelser af ulovlige stoffer svarer til mellem 5 og 10 procent af det totale konsum (Kaplan (1983)). Det er derfor rimeligt at antage, at den i Danmark forbrugte mængde er flere gange den beslaglagte mængde. Lad os beskedent antage, at forbruget omsat til hash er på 5 tons om året, og at hvert gram i gennemsnit giver 4 enkelt-doser. Det årlige totalkonsum bliver således anslået 20 millioner enkelt-doser, eller godt 10 doser per person i alderen 15-39 år.

Nu bidrager de allerfleste i denne aldersgruppe i praksis næsten ikke til totalforbruget; enten fordi de ikke ryger hash overhovedet, eller fordi de kun ryger det lejlighedsvis. Blandt de som overhovedet ryger - og det er formodentligt et sted mellem 5 og 10 procent af den angivne aldersgruppe - kan man antage, at forbruget er meget skævt fordelt, d.v.s. at der er mange, som kun ryger lidt, og få som ryger meget. Lad os *antage* at det individuelle konsum er negativt exponentialfordelt blandt dem som overhovedet ryger hash. Afhængigt af, om det er 5% eller 10% af de 15-39-årige som overhovedet ryger hash bliver skønnet over antallet af personer som ryger mindst 65 gram om året - d.v.s. *mindst 5 gennemsnitspiber om ugen* - hhv. godt 27.000 og knap 8.000. Skønnet over antallet af personer, som ryger mindst 6 gram om året - d.v.s. 2 eller flere gennemsnitspiber per måned - bliver hhv. godt 85.000 og knap 155.000, eller godt 2 1/2 gang skønnene for 1970.

13. I Dansk Lægemiddelstatistik (udateret) opgives detailomsætningen af psykofarmaka (neuroleptika undtaget) i årene 1978-1982 at have svaret til 0,11 terapeutisk døgndosis per person per døgn. Selv hvis vi antager den faktiske gennemsnitsdosis *per patient-døgn* er større end den terapeutiske døgndosis, og selvom der selvfølgelig sker et vist tab gennem "underforbrug" i forhold til det af lægen ordinerede og erkendt medicinforældelse, er det dog rimeligt at skønne antallet af personer, som på en given dag indtager et angstdæmpende middel til mellem 300 og 400 tusinde.
- 13a. En af mine kritikere har gjort mig opmærksom på, at denne påstand ikke er helt korrekt, idet mange efterskoler idag har den praksis, at elever som bliver taget i at ryge hash bortvises. I og med at efterskolen er "næstsidste station" hvis man vil have sin statskontrollerede afgangsprøve er dette helt klart en meget stigmatiserende praksis. Hashrygning er således ikke helt så problemfrit som jeg har påstået i teksten.

14. Denne påstand har jeg strengt taget ikke empirisk belæg for. Den eneste undersøgelse af unges stofnormer som jeg kender er fra begyndelsen af 1980'erne. - Kyvsgaard (1984) fandt i sin undersøgelse af 10. klasseelever fra en forstad til København særdeles veludviklede (men fra gruppe til gruppe varierende) normer for så vidt stofindtagelse angår i de 5 undergrupper - som hun definerede v.h.a. deres daglige livsmønster - undersøgelsen dækkede. Intravenøs opiatindtagelse var dog forbudt i alle 5 grupper; der hvor grænserne gik var mellem hash og centralstimulantia i to grupper, og mellem centralstimulantia og opiater i to grupper, i én af de 5 grupper overskred selv hashrygning grænsen for det acceptable. - Men, som sagt, andre undersøgelser, som empirisk belyser spørgsmålet om, hvorvidt intravenøst opiatbrug faktisk overskred den normale kammeratskabsgruppes tolerancegrænser i årene siden 1965 kender jeg ikke til.

15. Det er måske, *en passant*, værd at nævne, at eleverne på 9. klassetrin i Hjørring fik stillet følgende spørgsmål:

"Det foreslås fra tid til anden at oprette rådgivningscentre for unge, hvor man frit skulle kunne tale med læger, socialrådgivere, pædagoger o.l. Tror du at der er brug for et sådant rådgivningscenter i Hjørring?"

Ja ... Nej ... Ved ikke ...

Har du nogensinde selv haft brug for at besøge sådan et center?

Ja, flere gange

Ja, en gang

Nej, aldrig

På sidste del af spørgsmålet svarede eleverne som følger:

	Opiatprøverne	Rene hashprøvere	Resten
Uoplyst	9%	8%	2%
Nej, aldrig	18%	35%	73%
Ja, en gang	9%	19%	12%
Ja, flere gange	64%	38%	13%
I alt	100%	100%	100%

16. Bemærk at subkulturen er en kultur *i* normalkulturen, d.v.s. ikke alene definerer den sig v.h.a. symbolik hentet i normalkulturen, men der hersker endvidere enighed mellem medlemmerne af subkulturen og de (øvrige) deltagere i normalkulturen om en række andre normer og værdier. Subkulturens medlemmer udtrykker deres distance til normalkulturens øvrige medlemmer gennem det *overdrevne* eller *stiliserede* brud med en enkelt eller nogle få normalkulturelle værdiladede forestillinger. Subkulturen bliver først en modkultur, når sådanne stilistiske brud forbindes med en eksplicit og sammenhængende kritik af den normalkulturelle forestillingsverden (som hos de hollandske provoer (jfr. kapitel 2), og muligvis i punk'en. jfr. Hebdige (1979)).

17. I foråret 1969 enedes et flertal af folketingets medlemmer om at sondre mellem hash og "hårde" stoffer. Dette var blot en kanonisering af en sondring som gradvist havde bredt sig i de forudgående år blandt de toneangivende i problemadministrationen (og i domspraksis, jfr. nedenfor). Som det skulle være fremgået af kapitel 1, mener jeg, at en sådan generel sondring savner ethvert videnskabeligt grundlag. Lige så lidt som det giver mening at sige "Tobak er mere skadeligt end spiritus" giver det mening at sige "Opiater er mere skadelige end cannabis". Det væsentligste forhold for de mulige konsekvenser af anvendelsen af et givet stof er den sociale sammenhæng anvendelsen er forankret i (de sociale regler omkring indtagelsen, brugens subkulturelle, resp. normalkulturelle karakter, den evt. subkulturs kulturelle marginalitet o.s.v.). Og denne sammenhæng skabes *netop* af sociologisk naive "experter" på stofområdet og af de folketingsflertal, som disse kan få til at kanonisere deres "expertise".

18. Så sent som i april 1970 var der iøvrigt indlagt over dobbelt så mange unge hashmisbrugere under 30 som opiatmisbrugere (hhv. 161 og 75) på landets sygehuse. I april 1969 var forholdet 3 til 1, nemlig 122 hashmisbrugere og 42 opiatmisbrugere (Kontaktudvalget (1970)).

Kapitel 4.

Stofmisbrugeren mellem politiet og pusherne

"Dette sidste fremhævede Moment forklarer ogsaa den ejendommelige Standsdisposition, der gør sig gældende ved Morfinismen. Det viser sig, at det udelukkende er fra den højere Stand og den saakaldte dannede Middelklasse, at Morfinisterne rekruteres; i alt Fald er det en ren Undtagelse, naar vi se Sygdommen komme til Udvikling i den egentlige Arbejder- eller Landbostand Vi have altsaa her det Modsatte af, hvad der er Tilfældet med Alkoholismen, og denne Modsætning maa sikkert for Størstedelen forklares som en Følge af de to paagældende Midlers differente specifikke Virkninger. Tildels ligger Forklaringen vel ogsaa i Midlernes forskellige Pris; en Arbejdsmand, der paa et Hospital er bleven vænnet til Morfin, vil af rent økonomiske Grunde være nødt til at frigøre sig fra denne Vane efter Udskrivningen. Mere væsentligt er det dog, at en saadan Patient vanskeligere faaer Smag for Midlet, fordi dets særlige Virkninger ere af den Natur, at han ikke formaner at goutere dem. Jo mere man derimod føler sig tiltalt af den aandelige Eufori, som Morfinen betinger, jo mere man har forstaaet at udbytte den psykiske Excitation, som Midlet bringer med sig, desto farligere bliver det for En. Jo mere Ens Arbejde er et overvejende Tankearbejde og stiller Fordringer til Ens aandelige Vigeur, desto lettere foranlediges man til at tage vedvarende Brug af Morfinen som psykisk Oplivelsesmiddel. Heri ligger Grunden til, at Alkoholen vil vedblive at være Proletarernes, de legemlig Arbejdendes Nydelses- og Pirringsmiddel, medens Morfinen og Absinthen true med at tiltvinge sig en tilsvarende Betydning for de højere Stænder."

- Pontoppidan (1883) side 16-17, udhævninger i original.

I kapitel 1 definerede jeg stofmisbrug som et faktisk eller fiktivt stofforbrug, som af den udpegede stofmisbrugers omgivelser vurderes som skadeligt for ham og/eller andre mennesker.

Denne definition leder naturligt til en operationel definition af opiatmisbrugere som de personer som

1. Henvender sig til behandlingsinstitutioner (læger, amtsung-domscentre m.v.) og kræver hjælp med hensyn til problemer forbundet med opiatbrug, og/eller
2. Udsættes for sanktioner fra retssystemet, eller kontrolforanstaltninger fra andre myndigheder, p.g.a. deres faktiske eller formodede omgang med opiat.

I det følgende vil jeg anvende "moderne stofmisbrugere" og "opiatmisbrugere" som synonymmer. Denne sprogbrug er rimelig, for så vidt som "stofmisbrugere" i dag defineres, og definerer sig selv, ud fra deres brug af opiater, på trods af, at opiater kun indgår som en beskeden del af de flestes stofdiæt. Det er én af de mest interessante egenskaber ved moderne (danske såvel som udenlandske) opiatmisbrugere, at deres opiatforbrug er uhyre beskedent sammenlignet med de såkaldte klassiske morfinister. Moderne misbrugere adskiller sig endvidere fra klassiske morfinister ved en forholdsvis høj kriminalitet, en meget utryk retsstilling og ved deres meget høje sygelighed og dødelighed.

Af særlig interesse i forbindelse med nutidens opiatmisbrugeres usle kår er den kontrolpolitiske stramning, der er indtruffet siden slutningen af 1960'erne. Meget forkortet kan sammenhængen mellem kontrolsystemets ændring på den ene side, og opiatmisbrugernes øgede sygelighed, dødelighed og kriminalitet på den anden side udtrykkes som følger: Den grad af selvdestruktion, som det danske samfund i dag lader opiatmisbrugeren udsætte sig for, overskrider langt den grad af selvdestruktion, som den stofhungrende klassiske morfinist måtte udsætte sig for. Formuleringen "lader opiatmisbrugeren udsætte sig for" er valgt med vilje, for lige så lidt som os andre er opiatmisbrugere billardkugler, som kun bevæger sig når de bliver stødt til. Det er således langt fra givet, at alle de klassiske morfinister, stillet overfor det moderne kontrolsystem, ville have fortsat deres opiatbrug. Når jeg derfor hævder, at kontrolsystemet er årsagen til stofmisbrugernes elendighed, så ligger der heri den underforståede præmis, at kontrolsystemet grundlæggende er illegitimt. Altså at jeg finder det forkasteligt, at det politisk-administrative system i dag stiller mennesker overfor valget mellem *enten* at holde op med at tage opiater og substitutter herfor, *eller* at udsætte sig for bl.a. langvarige fængselsstraffe og en dødsrisiko som er 25 gange større end ikke-opiatbrugeres. *Ansvar*et for dette valg er stofmisbrugeren i den forstand, at det er ham der lever med dets konsekvenser, og det derfor er ham, der har muligheden for at afveje indtægter og udgifter ved de alternativer, som det politisk-administrative system opstiller. Men det *moralske ansvar* falder på dette system, i og med at det stiller stofmisbrugeren overfor et illegitimt valg. Mere herom i kapitel 5 og 6.

Dette kapitel falder i 5 dele: I første afsnit beskriver jeg de klassiske morfinister. Dernæst beskriver jeg en gruppe stofmisbrugere, som kan siges at danne overgang mellem de klassiske morfinister og nutidens stofmisbrugere; de såkaldte "Nyhavnseufomane". I tredje afsnit behandler jeg udviklingen af det nuværende kontrolsystem i Danmark, og endelig ser jeg i de to sidste afsnit på den moderne stofmisbruger.

Klassiske morfinister

Klassiske morfinister adskilte sig fra moderne stofmisbrugere i 3 henseender, som væsentligt influerede på deres overlevelsesmuligheder og levevilkår.

For det *første* rekrutteredes morfinister, før sundhedsvæsenet blev organiseret ud fra forsikrings- og siden "gratis"-princippet, næsten udelukkende fra middel- og overklassen (Pontoppidan (1883), Schur (1964)). I den udstrækning der overhovedet rekrutteres nye klassiske morfinister i dag må disse formodes at repræsentere et bredt udsnit af befolkningen (1). Læger, og andre personer med let adgang til opiatholdige medikamenter, er dog antagelig stadig stærkt overrepræsenterede (2).

For det *andet* blev langt de fleste klassiske morfinister introduceret til stoffet i forbindelse med smertebehandling, hvilket i reglen vil sige efter etableringen af et "normalt" voksenliv med familie og arbejde.

For det *tredie*, og ikke mindst vigtigt, så brugte klassiske morfinister apoteksfremstillede produkter af en anderledes renhed og ensartethed for så vidt opiatindhold angår, end de farlige blandinger som dagens misbrugere kan skaffe sig på det sorte marked.

Overvejende i konsekvens af disse tre forhold gjaldt følgende for klassiske morfinister:

1. Deres forbrug var typisk såvel langt større, som langt mere regelmæssigt end de moderne stofmisbrugeres.
2. De var kun sjældent kriminelle, og
3. Dødeligheden var langt lavere, og dødsårsagsmønstret et ganske andet, end hos moderne stofmisbrugere.

Tabel 1 viser de oplyste maximaldoser i Pontoppidans materiale fra 1880'erne. Til sammenligning er vist gennemsnitsdoseme fra et materiale, hvor patienterne havde adgang til ubegrænsede mængder morfin. *Gennemsnitsdosis* for Pontoppidans patienter - hvis regelmæssige forbrug havde varet fra 2 til 13 år (gennemsnit 4,7 år) - var 474 mg; en dosis som ingen moderne misbruger, som ikke selv er storforhandler, kan opretholde i mere end få dage ad gangen (3). 11 af de 22 patienter havde maksimalt brugt fra 50-300 mg dagligt, mens andre 11 havde brugt fra 500-1250 mg dagligt. Der var ingen sammenhæng mellem forbrugets varighed og størrelsen af den maximale dosis.

Tabel 1.		
Maximal morfindøgndosis blandt 22 morfinmisbrugere med relativ let, men ikke uindskrænket, adgang til morfin, sammenlignet med gennemsnitlig døgndosis blandt 25 morfinister med fri adgang til stoffet.		
Absolutte tal.		
Fra hhv. Pontoppidan (1883) og Light & Torrance (1929d).*		
Dosisinterval	Relativ let adgang	Ubegrænset adgang
50-99 mg	4	2
100-299 mg	6	5
300-599 mg	4	11
600-899 mg	3	5
900-1199 mg	1	2
1200 mg eller derover	4	2
Ialt	22	25
* Dosis var ikke oplyst for 3 af Pontoppidans 25 patienter.		

Tallene i Tabel 1 stammer fra en tid, hvor kontrolforanstaltningerne omkring opiater var uhyre beskedne sammenlignet med i dag, og hvor lægestandens tilbageholdenhed med hensyn til at ordinere store mængder opiater var langt mindre end i dag. Det forekommer mig faktisk tvivlsomt, om der overhovedet siden 1950'ernes begyndelse er blevet rekrutteret klassiske morfinister uden for sundhedspersonalets rækker i Danmark. Denne tvivl får støtte fra Nimbs undersøgelse af patienter i Præstø og Sorø amter i perioden 1953-1959, hvis stofbrug af deres læger betegnedes som misbrug (Nimb (1975)). Forbruget blandt de ialt 38 således karakteriserede patienter lå mellem 1 og 12 "terapeutiske enheder" (såsom en 5 mg metadontablet) om dagen; altså på en brøkdel af, hvad Pontoppidans patienter indtog (Nimb (1975) side 188). Endvidere kunne Nimb konstatere, at disse patienter sædvanligvis havde ligget konstant på disse lave doser over adskillige år, hvilket fik ham til at rejse spørgsmålet, om misbrug af denne type ikke snarere var af symbolsk end af farmakologisk karakter (Nimb (1975) side 211).

Tabel 2.

108 danske læger registreret af Sundhedsstyrelsen som stofmisbrugere i årene 1949-1957 fordelt m.h.t. sædvanlig indtagelses-måde, og maximal indtagen mængde af det hyppigst indtagne stof.

Fra Nimb (1975) s. 125-126. Tallene i parantes angiver groft skøn over den ekvivalente morfinmængde.

Overvejende injektionsmisbrugere:	Antal
under 5 ml/dgl (under 50 mg)	6
5-10 ml/dgl (50-100 mg)	22
10-20 ml/dgl (100-200 mg)	26
20-50 ml/dgl (200-500 mg)	21
over 50 ml/dgl (over 500 mg)	6
uoplyst	2
Ialt, overvejende injektionsmisbrugere	83
Udelukkende tabletmisbrugere:	
under 10 tabletter/dagligt (under 50 mg)	3
10-25 tabl/dgl (50-125 mg)	10
25-50 tabl/dgl (125-250 mg)	5
50-100 tabl/dgl (250-500 mg)	5
over 100 tabl/dgl (over 500 mg)	1
uoplyst	1
Ialt, rene tabletmisbrugere	25

Skal man finde egentlige klassiske morfinister i dag, er det antagelig kun blandt læger og farmaceuter at disse kan findes, og selv for læger er det vanskeligt regelmæssigt at bruge større mængder opiater uden at komme i Sundhedsstyrelsens søgelys (jfr. nedenfor). Dette forhold afspejler sig i tabel 2, som beskriver samtlige læger som i perioden

1949-1957 blev registreret for stofmisbrug af Sundhedsstyrelsen. Desværre er alle kopi-eringspligtige stoffer (opiater, amfetamin, kokain) slået sammen, ligesom opiaterne ikke er omregnet til ekvivalente mængder morfin. Endvidere er der ikke medregnet tabletforbrug blandt de læger, som brugte såvel tabletter som injektionsopløsninger. For at få et indtryk af de forbrugte doser må vi derfor gøre nogle grove antagelser, nemlig:

1. At 1 ml svarer til 1 tablet, og at den igen svarer til 5 mg morfin, og
2. At det medregnede amfetaminforbrug opvejes af det faktiske, men ikke i tabel 2 medregnede forbrug af opiater i tabletform blandt de injektionsbrugende læger.

Udfra disse antagelser kan vi *skønne*, at

- 9% af lægerne indtog under 50 mg morfin dagligt,
- 84% indtog mellem 50 og 499 mg dagligt, og
- 7% indtog hvad der svarer til 500 mg morfin eller derover dagligt.

Det gennemsnitlige forbrug må have ligget mellem 140 og 180 mg dagligt, altså omkring 1/3 af gennemsnittet hos Pontoppidans patienter, men omkring 5 gange forbruget hos de føromtalt misbrugere i Præstø og Sorø amter. Og - i parentes bemærket - også omkring 5 gange gennemsnitsforbruget hos den moderne stofmisbruger i Danmark i dag. begyndelse er blevet rekrutteret klassiske morfinister uden for sundhedspersonalets rækker i Danmark. Denne tvivl får støtte fra Nimbs undersøgelse af patienter i Præstø og Sorø amter i perioden 1953-1959, hvis stofbrug af deres læger betegnedes som misbrug (Nimb (1975)). Forbruget blandt de ialt 38 således karakteriserede patienter lå mellem 1 og 12 "terapeutiske enheder" (såsom en 5 mg metadontablet) om dagen; altså på en brøkdel af, hvad Pon-toppidans patienter indtog (Nimb (1975) side 188). Endvidere kunne Nimb konstatere, at disse patienter sædvanligvis havde ligget konstant på disse lave doser over adskillige år, hvilket fik ham til at rejse spørgsmålet, om misbrug af denne type ikke snarere var af symbolsk end af farmakologisk karakter (Nimb (1975) side 211).

At klassiske morfinister kun sjældent kom i konflikt med loven er en gammel, men ofte overset kendsgerning. Og den form for kriminalitet som de begik indskrænkede sig næsten altid til direkte stofkriminalitet, det vil typisk sige til receptfalsk. Således blev de 108 danske læger registreret for stofmisbrug mellem 1949 og 1957 i perioden frem til 1959 registreret for ialt 39 lovovertrædelser, hvoraf 27 var forsøg på at skaffe sig medikamenter ad ulovlig vej, i og 6 overtrædelser af færdselsloven ved kørsel i medicin- eller alkoholpåvirket tilstand (Nimb (1975) side 136). Ligeledes kan det nævnes, at der blandt de personer, som i årene 1952-1954 i England var registreret som "addicts" (herunder enkelte kokainmis-brugere) fandt 3 1/2 fængselsindsættelser sted per 100 personer (Lindesmith (1957) side 141-142). Til sammenligning kan nævnes, at 1/4 af de af Jepsen undersøgte 300 tidligere og nuværende stofmisbrugere i løbet af perioden fra marts 1979 til marts 1980 blev idømt ubetinget frihedsstraf. Fratrækkes de 116 personer, som ved efterundersøgelsen klassificeredes som stabilt stoffri og/eller beskæftiget, bliver andelen som var blevet dømt til ubetinget frihedsstraf 1/3, eller 10 gange det nævnte engelske tal fra 1950'erne (Jepsen (1982) side 72) (4).

Som jeg skal komme nærmere ind på nedenfor, så er dødsrisikoen blandt moderne stofmisbrugere i Danmark omkring 25 gange den normale. Også blandt klassiske morfinister herskede der en betragtelig overdødelighed, men den var

1. Ikke nær så voldsom som blandt moderne stofmisbrugere
2. Delvis forklarlig ud fra en somatisk lidelse, i forbindelse med behandlingen af hvilken misbrugeren var blevet introduceret til opiater, og
3. Under alle omstændigheder forårsaget af andre forhold end den moderne stofmisbrugers overdødelighed.

Nimbs efterundersøgelse frem til 1972 af de 108 stofmisbrugende læger illustrerer alle tre forhold:

Ad 1.

63 af de 108 læger døde i løbet af perioden. Sandsynligheden for at overleve de første 5 år fra registrering som misbruger skønnes til 78%, mod 96% som forventet ud fra normalbefolkningen. Dette svarer til en overdødelighed på godt 500% (5). Overdødeligheden i de efterfølgende 15 år, altså fra 5 til 20 år efter registrering som stofmisbruger, var derimod kun knap 200%. De undersøgte lægers overdødelighed var altså kun mellem 1/13 og 1/5 af moderne stofmisbrugeres overdødelighed.

Ad 2.

En stor del af lægernes overdødelighed i forhold til normalbefolkningen skyldtes selvmord. Ser man bort fra selvmord som dødsårsag (6) reduceres lægernes overdødelighed i de første 5 år efter registreringen som stofmisbruger fra godt 500% til godt 320%, og i de efterfølgende 15 år fra knap 200% til 120%. Der er med andre ord stadig en betragtelig overdødelighed tilbage (hvis man kan fæstne lid til dødsattesterne!) fra rent somatiske sygdomme. En del af disse somatiske sygdomme kan formodes at være de samme som oprindeligt fik lægen til at behandle sig selv med opiater.

Ad 3.

Endelig er dødsårsagsmønstret væsensforskellig! blandt klassiske morfinister og moderne stofmisbrugere. Som jeg senere skal gå i detaljer med, så er langt den tungest vejende dødsårsag blandt dagens gademisbrugere ulykkestilfælde som følge af indtagelse af en blanding af medikamenter og ulovligt producerede stoffer (og alkohol), som brugeren ikke kender styrken af, og hvis synergistiske (samvirkende) effekter ikke er ham bekendt. I modsætning hertil I vidste den klassiske morfinist a) hvad han tog, og b) hvormeget han kunne tåle. Det er således karakteristisk, at ingen af de 63 dødsfald blandt Nimbs læger skyldtes accidentelle forgiftninger.

"Nyhavnseufomanerne"

I dette afsnit vil jeg omtale et overgangsfænomen, som bidrog stærkt til grundlæggelsen af det nuværende kontrolsystem, nemlig den såkaldte Nyhavnsgruppe, som myndighederne blev opmærksomme på i de første efterkrigsår. "Nyhavnseufomanerne" danner overgang mellem de klassiske morfinister og de moderne stofmisbrugere, idet deres

aktiviteter i højere grad end de klassiske morfinister var genstand for politiets opmærksomhed. Ikke desto mindre forskånedes Nyhavnsgruppens medlemmer dog for de værste af de kontrolskader, som rammer den moderne stofmisbruger. "Gruppen" og dens måde at skaffe sig stoffer på er så smagfuldt beskrevet i en samtidig indenrigsministeriel betænkning, at jeg vil lade denne tale for mig:

"Det er særlig i Nyhavnskvarteret samt i enkelte kaffebarer i den indre by eller på Vesterbro, at politiet har observeret handlen eller snarere sjakren med narkotiske midler.

Det synes ofte, som om de personer, som er kommet ind på dette misbrug har fået den første dosis i spirituspåvirket tilstand på småbeværetninger og vel nærmest som en slags opstrammer, der med omtrent øjeblikkelig virkning har sat dem i stand til at fortsætte med deres spiritusnydelse. Det har formentlig drejet sig om amfetamin eller eufodrin.

De personer, som har været sigtede i de behandlede sager, har med ganske få undtagelser tilhørt et udpræget underklassesmilieu bestående af arbejdsløse søfolk - vel navnlig de såkaldte bolværksmatroser -, arbejdsmænd og slet og ret omdrivere. For kvindernes vedkommende har de implicerede været køkkenpiger, servitricer og løstagne kvinder. Det er dog i ganske enkelte tilfælde sket, at også folk med fast arbejde har været indblandet i sådanne sager, og resultatet har været arbejdsløshed og eventuelt opløsning af hjem og ægteskab.

Af de ca. 300 personer fra politiets eufomankartotek har man foretaget en særlig gennemgang med hensyn til 50 personer, 40 mænd og 10 kvinder, der forekommer gang på gang i sagerne, blandt andet fordi de ikke alene er aftagere, men også i høj grad handler med narkotika. Disse personer er fra ca. 20 år til ca. 45 år. Gennemsnitsalderen er ca. 32 år. De 10 kvinder har alle tidligere været straffet eller sigtet for kriminelle forhold - heraf 5 for løsgængeri - forinden overtrædelsen af medicinallovgivningen (d.v.s. den lovgivning, som forbyder uautoriseret handel med medicinalvarer, herunder alle de euforiserende midler), og 3 af de 10 er straffet eller sigtet mere end én gang for overtrædelse af medicinallovgivningen. De 40 mandlige eufomaner har også alle tidligere været straffet eller sigtet for kriminelle forhold forinden overtrædelse af medicinallovgivningen, og 24 er straffet mere end én gang for overtrædelse heraf. Der har endvidere været ialt 345 politisager på disse 40 personer, d.v.s. gadeuorden, beruselse, værtshusuorden, ulovlig ophold på trappegange og lignende ...

Det var oprulningen af den såkaldte store "Nyhavnssag" i 1948-49, i hvilken ca. 20 personer var impliceret, at man først rigtigt fik indtryk af, hvor udbredt misbruget af euforiserende stoffer var blevet. Hovedforsyningskilden var, som nedenfor anført, *lægerecepter*. Således som bestemmelserne - navnlig opiumsloven - i øjeblikket er formuleret, så kunne der i den omhandlede sag kun rejses tiltale mod hovedmanden, idet det kun for hans vedkommende kunne bevises, at han havde handlet med morfin.

Om denne hovedmand kan iøvrigt oplyses, at han var blevet forfalden til euforiserende stoffer under et ophold i udlandet og her i landet i årene 1947-49 udviklede sig til storforbruger af morfin og amfetamin

Under sagen blev det konstateret, at han i tidsrummet fra 1. juli 1948 til 1. juli 1949 på recepter fra 40 forskellige læger havde fået udleveret ikke mindre end 3.570 g morfinopløsning, og af vidneudsagn, bl.a. i retten, fremgik det endvidere, at han var meddelagtig i, at flere mennesker var blevet forfaldne til misbrug af narkotika. Han blev dømt til anbringelse på forvaringsanstalten for psykopater, og denne dom blev stadfæstet ved Østre Landsret den 14. april 1950. Han er i 1952 blevet løsladt på prøve.

I midten af året 1950 afslørede politiet et samlingssted for eufomaner i Lille Strandstræde. Lejlighedens indehaver havde i meget betydelig omfang hjemstøgt forskellige læger og herved opnået et anseeligt antal recepter på eufodrin samt nogle enkelte på butalgin [= metadon]. Disse recepter gjorde han til genstand for handel i Nyhavn. Han blev anholdt og hævdede, at han i løbet af 5-6 måneder havde indfundet sig hos 150 læger og hos de fleste opnået de omtalte recepter, hos hvor

mange har det ikke kunnet oplyses. Han selv mener ca. 90, men dette antal antages dog at være overdrevet. ...

Det har i sådanne sager været af ikke ringe interesse at få oplyst, hvorfor de pågældende læger har skrevet disse recepter.

Nu er eufomanerne vitterligt et upålideligt folkefærd, men efterhånden som man får deres forklaringer lagt sammen, får man alligevel en del oplysninger at bygge på. Der er således ingen grund til at tvivle på, at adskillige af de pågældende læger har skrevet recepter på disse midler uden - eller i hvert fald kun efter en meget overfladisk undersøgelse af patienterne

Udstedelsen af recepter uden tilstrækkelig lægelig indikation skyldes meget ofte, at en travl praktiserende læge kommer ud for en påtrængende, veltalende psykopat og lader sig forlede til at udstede en ikke helt velbegrundet recept. Eufomanen kommer igen atter og atter, også andre finder op til lægen. Ved utrolig påtrængenhed, ved slet skjulte trusler søger de at presse ham. Til tider kan han blive udsat for en ren belejring - der har været tilfælde, hvor en eufoman har ligget i timevis på lægens dørnåtte, indtil han har udstedt den ønskede recept. Det er også sket, at læger har måttet tilkalde ordenspolitiet for at få fjernet sådanne personer.

Som det fremgår af ovenstående, har de lægerecepter der har været fremme i sagerne, for en stor del vist sig at være ægte. Politiet har imidlertid det indtryk, at der er sket en stigning i antallet af tilfælde af *receptfalsk*.

Således havde man fomyg en sag mod en kvinde, der gennem længere tid havde holdt til i, og drevet utugt i, Nyhavn. Under sin færd der var hun kommet i forbindelse med en eufomanklike, og det blev hurtigt opdaget, at hun havde særlige evner for receptforfalskning. Fra juni 1951 til november samme år - altså på ca. 5 måneder - er det oplyst, at hun i hvert fald har skrevet 50 falske recepter på over 1000 ampuller eufodrin og 100 g butalgin ...

Tyverierne er en ikke uvigtig forsyningskilde med hensyn til euforiserende stoffer. Politiet har således i 1951-52 haft flere sager vedrørende tyverier, navnlig af "ferietabletter" fra medicinalfirmaer. Som oftest har det været småtyverier - i et enkelt tilfælde dog indtil 2000 "ferietabletter". Der har endvidere været en del tyverier af lægetasker fra motorvogne samt tyverier fra jernbanernes nødhjælpkasser.

Langt alvorligere er dog de talrige tyverier fra apotekerne. Man kan således nævne den såkaldte "Frederiksbergsag" hvor hovedmanden med sine medhjælpere havde forøvet adskillige tyverier, heraf i august og september 1951 indbrud på 5 apoteker, hvor der blandt andet blev stjålet euforiserende stoffer, som blev forhandlet blandt Nyhavns eufomaner, hvoraf 6 af de mest kendte blev straffet for hæleri."

(Indenrigsministeriet (1953) side 66-69 - udhævninger i original).

Som et led i efterforskningen af Nyhavnsgruppens aktiviteter oprettede Københavns politi, som nævnt i citatet, i 1945-1946 et kartotek over formodede stofmisbrugere. Kartoteket omfattede i 1956 omkring 600 personer, af hvilke Nimb har undersøgt 1/3. De undersøgte personer er udvalgt af narkotikaafdelingens daværende leder efter "unægteligt noget subjektive kriterier", som Nimb selv anfører (Nimb (1975) side 29). 67 personer af de ialt 216 undersøgte er dog uden forbindelse med Nyhavnsgruppen, og er snarere at betragte som klassiske morfinister, hvorfor jeg ikke vil omtale dem i det følgende.

Godt 1/4 af de undersøgte var kvinder, og den gennemsnitlige alder ved misbrugets begyndelse var mellem 25 og 29 år. Knap 1/3 havde været anbragt på institutioner i løbet af deres barndom. Kun hver tiende var gift ved første registrering, mens over halvdelen var fraskilte. Hver tiende var faglært, mens resten var ufaglærte. Kun 2 af de faglærte var dog beskæftiget indenfor deres fag i undersøgelsesperioden (1956-1972). En trediedel blev tilkendt invalidepension i perioden frem til 1972. For 34 af disse var indikatio-

nen somatisk, heraf 7 organisk/alkoholisk demens. Kun nogle få var blevet introduceret til stoffer (antagelig opiater) i forbindelse med behandling for somatisk sygdom; de øvrige gennem andre brugere. Kun 6 ud af de 141 straffede personer var kun straffet for stofkriminalitet, og af de resterende 135 havde 97 været straffet for anden kriminalitet (i 31 tilfælde for vold mod personer) *før* første sanktion for stofkriminalitet.

For så vidt de brugte stoffer angår, så var de en blanding af opiater og amfetaminpræparater. Der anvendtes kun farmaceutisk fremstillede produkter; det ene tilfælde af smugleri af stoffer, som konstateredes, vedrørte indsmugling af lægeordineret amfetamin fra Norge!

Gruppen er således en kriminelt belastet afvigergruppe, hvor stofbruget i langt de fleste tilfælde først er begyndt *efter* at den afvigende karriere var vel i vej. Dette forhold skulle få én til at forvente en høj dødelighed p.g.a. ulykkestilfælde, selvmord og alkoholrelaterede sygdomme i gruppen i forhold til normalbefolkningen, mens dens brug af "rene" varer skulle få én til at forvente en lav dødelighed i forhold til vore dages stofmisbrugere. Det er da også hvad Nimb fandt.

Nimb sammenlignede gruppens dødelighed frem til 1972 med såvel normalbefolkningens dødelighed, som med dødeligheden i en udvalgt kontrolgruppe af klienter fra Sundholm (7). Som det fremgår af Tabel 3, var stofmisbrugernes dødelighed over hele perioden gennemsnitlig godt 5 gange normalbefolkningens. Derimod var der ingen systematisk forskel mellem stofmisbrugergruppens og Sundholmklientemes dødelighed.

Tabel 3.			
Gennemsnitlig årlig dødsrisiko* i procent i 4 fem-års-intervaller efter første registrering som misbruger.			
Nimbs Nyhavnsmateriale (Nimb (1975)).			
År siden første registrering som misbruger	Årlig dødsrisiko i procent	Nyhavnsgruppens dødelighed i procent af dødeligheden i kontrolgrupper med samme køn- og aldersfordeling	
		"Normal-befolkningen"	Sundholmklienterne
0-4 år	0,9	436	60
5-9 år	1,5	688	138
10-14 år	2,7	788	193
15-19 år	1,5	365	59
0-19 år	1,7	566	101

* Skønnet som vægtede gennemsnit af $-1/5 \ln(P_{x,x+5})$, hvor $P_{x,x+5}$ er de af Nimb oplyste 5-års overlevelsessandsynligheder for A- og B-grupperne i hans materiale.

Kun 20 af de 48 døde Nyhavnsmisbrugere døde en "naturlig" død, d.v.s. af somatiske sygdomme. 20 tog livet af sig, 3 omkom ved trafikulykker og 2 døde af forfrysninger. Kun 3 afgik ved døden p.g.a. accidentelle forgiftninger. Ser man bort fra "unaturlige" dødsfald (på den i note 6 ovenfor beskrevne måde) reduceredes Nyhavnsgruppens gennemsnitlige årlige dødsrisiko over de 20 år til knap 7 promille, eller omkring 2,5 gange det forventede ud fra normalbefolkningens dødelighed. Mens den "naturlige" dødelighed i Nyhavnsgruppen var noget lavere end i Sundholmsmaterialet, så var dødeligheden p.g.a. ulykker og selvmord tilsvarende højere.

Efter denne beskrivelse af Nyhavnsgruppen vil jeg nu vende mig mod kontrolsystemet, hvis tidlige udformning som nævnt i høj grad påvirkedes af myndighedernes ønske om at kontrollere denne gruppe. Efter gennemgangen af kontrolsystemet kommer turen til Nyhavnsmisbrugernes arvinger: De moderne stofmisbrugere.

Kontrolsystemets udvikling frem til 1965

I indledningen til kapitel 2 skrev jeg, at stofmisbrug blev et socialt problem i Danmark i 2. halvdel af 1960'erne. Faktisk havde Danmark i hvert fald i to tidligere perioder haft et socialt stofmisbrugsproblem. Første gang var i perioden 1876-1883, og anden gang var i perioden 1944-1955. I begge perioder var problemet dog langt mindre intenst end i de sidste to årtier.

Den første problemperiode opstod som en følge af, at man i udlandet i 1870'erne var blevet opmærksom på, at nogle patienter vedblev med at indtage morfin pr. indsprøjtning efter helbredelse fra den sygdom som havde introduceret dem til stoffet og til sprøjten. Den efterfølgende opdagelse - på baggrund af en forespørgsel fra Ugeskrift for Lægers redaktion til landets læger - af 24 lignende tilfælde i Danmark i 1876, og den efterfølgende debat heraf i samme tidsskrift, førte i 1883 til en stramning af kontrollen med materialhandlernes salg af opiater og til indførelsen af den siden da gældende regel, at recepter på præparater med et vist mindsteindhold af opium eller morfin skal annulleres af apoteket efter ekspedition. Nogen egentlige lovgivningsmæssige konsekvenser fik problemet dog ikke (Indenrigsministeriet (1953) side 23).

Problemet synes i de efterfølgende 40-50 år at have været forsvundet fra såvel offentligheden som myndighedernes synsfelt. Ifølge den nævnte betænkning fra 1953 synes de praktiserende lægers indstilling - nok så fornuftigt - at have været "at man ikke uden videre kan berøve en eufoman hans stoffer" (Indenrigsministeriet (1953) side 28). Og i forbindelse med Danmarks ratifikation af de internationale opiumskonventioner i årene fra 1913 til 1936 "fremhæves i myndighedernes interne erklæringer, at disse mere indgribende regler egentlig var uden særlig betydning for danske forhold" (Indenrigsministeriet (1953) side 24). Helt op til 1955 var det kun sundhedspersonalets måde at fordele disse stoffer til sig selv og deres patienter, og erhvervelsen af sådanne stoffer ved hjælp af ulovlige midler (tyveri, dokumentfalsk og hæleri), og ikke-autoriserede personers udbredelse af disse stoffer til andre, som var reguleret af lovgivningen. Brug og besiddelse var ikke i sig selv strafbart.

Den afgørende dato for den ny kontrolpolitiske æra var den 10. november 1950. Den dag nedsatte Indenrigsministeriet et udvalg med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen,

Justitsministeriet og Den almindelige danske Lægeforening til at "undersøge de lægeli-ge og administrative problemer, der knytter sig til anvendelsen af morfin og andre præparater med euforisk virkning, samt overfor ministeriet at fremkomme med forslag sigtende til at mindske misbruget af disse stoffer" (Indenrigsministeriet (1953) side 5).

Resultatet af dette udvalgsarbejde var to ændringer i lovgivningen: For det første indførelsen af lov om euforiserende stoffer i 1955 til afløsning af opiumsloven fra 1936 (sidst revideret i 1948), og for det andet nogle ændringer i lægeloven. Endvidere foreslog udvalget et sæt nye vejledende retningslinier for lægers ordination af specielt opiat og præparater af amfetamingruppen.

Lov nr. 169 af 24. maj 1955 om euforiserende stoffer betød en udvidelse af stoflovgivningens område på to væsentlige punkter: For det *første* blev selve *besiddelsen* (det vil i praksis sige brug) af de berørte stoffer som nævnt kriminaliseret (7a). For det *andet* var loven, i modsætning til opiumsloven fra 1936, en *bemyndigelseslov*, således at fastsættelsen af hvilke stoffer, det var ulovligt at besidde og udbrede, blev overladt til indenrigsministeren. Det betød umiddelbart en udvidelse af antallet af stoffer som det var forbudt at besidde/udbrede uden behørig autorisation (således blev amfetamingruppens præparater straks kriminaliseret), og på længere sigt, at administrationen (ministeren) uden om folketinget kunne bestemme om bestemte stoffer skulle legaliseres eller kriminaliseres.

Ændringerne i lægeloven (1956) og de nye retningslinier for ordination af "euforiserende" stoffer sigtede først og fremmest mod at øge Sundhedsstyrelsens og embedslægerenes indsigt i, og mulighed for indgriben over for den enkelte læges måde at ordinere specielt stoffer af opiat- og amfetamingrupperne til sig selv og til "eufomane" patienter på.

De umiddelbare virkninger af de skærpede regler i kølvandet på 1953-betænkningen var formentlig begrænsede. Ser man isoleret på Nyhavnsgruppen, så forudsatte denne gruppes erhvervelse af stoffer en vis grad af ukendskab til gruppens eksistens og til dens enkelte medlemmer hos det udleverende apotekspersonale (idet en stor del af recepterne var falske) og tilsvarende hos de praktiserende læger (idet resten var udskrevet af "godtroende" læger til ofte ikke-eksisterende personer). Det offentlige postyr omkring Nyhavnsgruppen har formentlig i sig selv gjort livet surt for dennes medlemmer, i og med at de berørte lægers og det berørte apotekspersonales opmærksomhed var blevet vakt. De straffesager, som Sundhedsstyrelsen i tiden fra 1944 foranledigede gennemført mod læger, hvis ordinationsvaner overfor "eufomane", styrelsen fandt uforsvarlig, har formentlig været nok så vigtige som de formelle ændringer i lovgivningen med hensyn til at øge lægernes tilbageholdenhed overfor formodede eller mulige stofmisbrugende patienter.

Noget tilsvarende kan antages at gælde for de "legale eufomane"; d.v.s. personer, som uden tilknytning til Nyhavnsgruppen fra en enkelt eller nogle få læger erhvervede opiat og/eller amfetaminpræparater til eget brug. Straffesagerne og embedslægerenes øgede interesse for lægernes ordinationsvaner må have gjort det sværere for de mellem 500 og 1500 personer, som det drejede sig om, at få fat i de foretrukne stoffer (8). Dette kan være en del af forklaringen på de lave doser, som Nimb konstaterede i sit provinsmateriale (jfr. ovenfor, side 90). Hvorvidt nedgangen i forbruget af opiat og amfetamin-

præparater hos denne gruppe patienter så er blevet kompenseret med et øget forbrug af andre stoffer såsom barbiturater, efedrinholdige lægemidler og alkohol, kan man kun gisne om, men det forekommer sandsynligt. En ting kan man vist imidlertid slå fast: Det sociale problem stofmisbrug forsvandt igen indtil 1965. Og når bortses fra administrativt betingede småændringer forblev lovgivningen på området uændret til 1969.

Kontrolpolitikken siden 1965

Narkotikaafdelingen i 3. politiinspektorat (Sundhedspolitiet, under Civilpolitiet i København), blev som nævnt oprettet i 1947. Ved det tredje stofmisbrugsproblems opslåen i 1965 var kun 5 mand beskæftiget i denne afdeling (Jepsen (1971)). Da arbejdsopgaverne i 1968 overførtes, først til et særligt undersøgelseskammer, og siden til drabsafdelingen under kriminalpolitiet, var knap 30 mand beskæftiget med narkotikaopgaver. I dag er 90 kriminalpolitifolk - svarende til 1/4 af det københavnske kriminalpolitis bemanning - optaget af narkotikasager, mens uropatruljens godt 50 mand (under ordenspolitiet) bruger en meget stor del af deres tid på at opspore stofbrugere, m.v. En rundspørge i sommeren 1984 til landets politikredse viste, at på landsplan er mellem 200 og 250 af de ialt knap 1900 kriminalpolitifolk fuldtidsbeskæftiget med stoflovssager (8a). Dertil kommer ordenspolitifolk og politiets juridiske og administrative personale, samt personalet i anklagemyndigheden (9).

Lovgrundlaget - og Rigsadvokatens cirkulære fra 1969

Grundlaget for al denne aktivitet er stadig lov nr. 169 fra 1955 (med trivielle ændringer fra 1965, 1969 og 1971), samt to straffelovsparagraffer fra henholdsvis 1969 (§191) og 1982 (§191 a). Straffelovsparagrafferne er overbygninger på særloven, der som nævnt er en bemyndigelseslov, ifølge hvilken Indenrigsministeren kan anbringe et givet stof i én af groft sagt to restriktionskategorier:

1. Stoffer, som slet ikke må forefindes i Danmark (for tiden hash o.a. cannabisholdige produkter, heroin, LSD og visse opiumpreparater).
2. Stoffer, som kun må anvendes til medicinsk og videnskabelig brug (opiatier minus de under 1. nævnte, diverse centralstimulerende midler og hallucinogener og barbitursyrepreparater m.v.).

En række stoffer og farmaceutiske præparater, som f.eks. alle stoffer af benzodiazepingruppen og alle gængse kodeinpreparater, er ifølge Indenrigsministeriets bekendtgørelse (nr. 90 af 24.2.1981) ikke omfattet af loven (10). Dette er selvfølgelig ikke ensbetydende med, at omgangen med disse stoffer ikke er reguleret, men blot, at ikke-autoriseret omgang med dem ikke kan gøres til genstand for retsforfølgning i henhold til lov om euforiserende stoffer, endside i henhold til straffelovens §191. Ulovlig handel med nok så mange millioner doser benzodiazepin (f.eks. stesolid) vil således i dag ikke kunne straffes højere end med hæfte (i henhold til lægemiddelloven), mens salg af blot hundrede doser heroin med meget stor sikkerhed vil give fængselsstraf.

Lov om euforiserende stoffer opererer med bøde, hæfte og fængsel i indtil 2 år som mulige sanktioner. Straffelovens §§191 og 191A er derimod anderledes skrappe, idet straf-

ferammen her er 6 års fængsel, og under skærpende omstændigheder endda 10 års fængsel (11). Paragrafferne lyder i deres fulde ordlyd som følger:

"§191. Den, som i strid med lovgivningen om euforiserende stoffer til et større antal personer eller mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder overdrager euforiserende stoffer, straffes med fængsel indtil 6 år. Angår overdragelsen en betydelig mængde særlig farligt eller skadeligt stof, eller har overdragelsen af et sådant stof iøvrigt haft en særlig farlig karakter, kan straffen stige til fængsel i 10 år.

Betydningen af indførelsen af §191 indskrænker sig ikke til udvidelsen af strafferammen alene. I og med at der hersker en række principielle forskelle mellem særlovs- og straffelovsovertrædelser for så vidt efterforskning og retsforfølgelse angår, har indførelsen af straffelovens §191 været den lovmæssige forudsætning for, at efterforskningsmetoder som brevtilbageholdelse og rum- og telefonaflytning (retsplejelovens §§786-789) kunne tages i brug på stofområdet. Nedenfor skal jeg mere detaljeret se på de retssikkerhedsproblemer, som mange forsvarsadvokater, universitetsjurister, og i en vis udstrækning også dommere, har peget på i forbindelse med efterforskningen og retsbehandlingen af stoflovsager. Men først vil jeg se nærmere på det cirkulære (Rigsadvokatens cirkulære af 15.7.1969), som regulerer politiets og anklagemyndighedens samlede forvaltning af lov om euforiserende stoffer og straffelovens §191, og på det samlede kontrolsystems produktion i form af stofbeslaglæggelser, sigtelser og sanktioner.

I nedenstående skema har jeg sammenfattet hovedindholdet af Rigsadvokatens cirkulære af 15.7.1969 for så vidt de sanktioner som politiet/anklagemyndigheden skulle forsøge at få pålagt overtrædere af lov om euforiserende stoffer (12).

Sammenfatning af Rigsadvokatens cirkulære af 15.7.1969 og efterfølgende præciseringer.

Sanktion:	Som politiet/anklagemyndigheden skal søge pålagt sigtede/tiltalte i sager omhandlende:
Advarsel:	Besiddelse med nedennævnte undtagelser.
Bøde:	Besiddelse af andet end hash, <i>hvis</i> der 1 gang tidligere er givet advarsel for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer. Besiddelse af hash <i>hvis</i> <ol style="list-style-type: none"> mængden er mellem 10 og 100 g <i>og</i> der en gang tidligere er givet advarsel for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer mængden er under 10 g <i>og</i> der to gange tidligere er givet advarsel for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer. Lejlighedsvis udbredelse af hash eller <i>ubetydelige</i> mængder af andre <i>stoffer forudsat</i> at udbredelsen er sket uden vederlag.
Betinget frihedsstraf:	Førstegangssalg af hash med et samlet vederlag på under 1.000 (1969-) kroner, <i>forudsat</i> fravær af skærpende omstændigheder, såsom omfattende udbredelse til børn under 16 år. Udbredelse af små mængder andre stoffer mod vederlag såfremt: Tiltalte har været varetægtsfængslet i længere tid, <i>eller</i> er ung <i>eller</i> formodes at kunne profitere mere af en betinget dom - eventuelt med vilkår om behandling - end af en ubetinget frihedsstraf.
Ubetinget frihedsstraf for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer:	Enhver form for udbredelse mod vederlag med de ovenfor og nedenfor anførte undtagelser.

Ubetinget frihedsstraf for overtrædelse af straffelovens §191:	Enhver udbredelse af heroin. Udbredelse af andre stoffer til et større antal tilfældige personer eller mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder (for morfinbase går grænsen ved 100 g og for hash ved 10 kg).
Ubetinget frihedsstraf i over 6 år over overtrædelse af straffelovens §191:	Må kun søges pålagt hvis sagen drejer sig om andre stoffer end hash

Filosofien bag den officielle nedkriminalisering af ulovlig stofbesiddelse, og den samtidige indførelse af paragraf 191 var, at mens ulovligt stofbrug fortsat i princippet var ulovligt, så skulle samfundets reaktion overfor det mere være bestemt af ønsket om at behandle stofmisbrugeren end om at straffe ham, i modsætning til den person, som overtrådte stoflovgivningen med vinding for øje. Derfor var der i Rigsadvokatens cirkulære også indføjjet et krav til politiet om, at det skulle henvise personer, som var fundet i besiddelse af ulovlige stoffer, til den lokale behandlingsinstitution for stofmisbrugere.

Mig bekendt er der aldrig blevet stillet spørgsmålstegn ved lovligheden, endsige rimeligheden, af en sådan videregivelse af information fra politiet til andre myndigheder; en praksis, som i hvert fald ikke specifikt er hjemlet i lov om euforiserende stoffer. Selve det forhold, at lovligheden aldrig er blevet antastet, er i sig selv betegnende for samfundets reaktion på ulovligt stofbrug, og for den socialdemokratiske velfærdsstats grundlæggende totalitære myndighedsopfattelse (staten som velmenende og omnipotent "pater familias") (13).

Kontrolsystemets produktion i form af sigtelser m.v.

I Tabel 4 er vist politiets og toldvæsenets samlede beslaglæggelse af opiater i årene 1976-1983. Desværre siger de beslaglagte mængder ikke meget om forbrugets størrelse, idet styrken af de beslaglagte mængder ikke er oplyst. Meningsfulde skøn over effekten af kontrolindsatsen med hensyn til at begrænse den illegale opiatforsyning ville forudsætte, at de oplyste mængder var angivet som rem stof, således at skøn over det beslaglagte antal *doser* kunne beregnes.

En anden side af kontrolsystemets produktion er det antal menne sker som sanktioneres og de sanktioner, som de modtager. Også her er den statistiske viden ukomplet. I tabel 5 er vist mine bedste skøn over det gennemsnitlige antal *sigtelser* pr. år for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og straffelovens §191 og 191A.

Tabel 4.								
De af politiet og toldvæsenet beslaglagte mængder af diverse opiatholdige ulovlige stoffer i årene 1976-1983.								
Fra Rigspolitichefen (1982) og (1984).								
Stof/enhed/styrke	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Opium/kg/10%	0,2	0,1	0,3	0,1	12,8	0,4	0,6	0,2
Paki-piller/ 1000 stk./ 25-50 mg pr stk	66,7	36,3	39,8	8,1	3,0	16,9	0,1	0,2
Morfinsalt/kg/3-90%	10,0	1,2	1,6	1,2	1,4	1,5	0,6	7,4
Heroin/kg/3-90%	16,5	7,5	6,2	12,0	11,8	9,0	19,8	22,6
Metadon/liter/ 1-50 pro mille	0,6	2,3	0,3	2,2	0,6	1,2	0,6	0,2
Metadon-tabletter/ 1000 stk./ 5 mg pr stk.	0,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,1	0,8	0,1

Tabel 5.	
Skøn over det gennemsnitlige antal sigtelser per år for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og straffelovens §§ 191 og 191A.	
Kilder: Brydensholt (1971) s. 27-29 og Rigspolitiets Årsberetning for senere år.	
For årene 1970-1973 er skønnene fundet v.h.a. lineær interpolation.	
Periode:	Gennemsnitligt antal sigtelser per år
1965-1968	800
1969-1972	4200
1973-1976	5500
1977-1980	6000
1981-1983	9000

Ialt er knap 100.000 (ikke forskellige!) personer blevet sigtet for overtrædelser af stoflovgivningen i denne periode; fra 90 i 1965 til knap 9.000 i 1983, hvilket svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på over 30%. Målt på dette aspekt må man sige, at politiets produktion har holdt trit med udvidelsen i narkotikapolitiets styrke fra nogle få mand i 1965 til over 200 i 1983.

Ser vi på perioden siden 1969 er produktiviteten dog tilsyneladende faldet: Styrken er udvidet med godt 400% i denne periode, mens antallet af sigtelser kun er vokset med knap 200%. En del af forklaringen herpå er givet indførelsen af §191, idet §191-

sagernes andel voksede gennem hele perioden, og i årene 1979-83 udgjorde godt 30% af samtlige sigtelser.

Hvad sker der videre efter sigtelse i alle disse sager?

Det fremgår (14) af tabel 6, at langt de fleste "sager" slutter med sigtelsen, d.v.s. med en mundtlig advarsel. Ialt afgøres 2/3 af sagerne med mundtlig eller skriftlig advarsel, omkring 1/10 med bøde, omkring 1/20 med betinget frihedsstraf og 1/7 med ubetinget frihedsstraf. Det skal bemærkes, at stoflovsovertrædelser hyppigt optræder i sager, hvori også indgår *andre* lovovertrædelser, hvorfor det forhold, at der falder omkring 1000 ubetingede frihedsstraffe om året i sager hvori *indgår* stoflovsovertrædelser, ikke kan tages som udtryk for, at den danske stofmisbrugerbefolkning rammes af 1000 fængselsstraffe *alene* p.g.a. deres i samfundets øjne uacceptable stofpræference.

Tabel 6.					
Udfald i samtlige stoflovssager i årene 1979-1983.					
I procent. Se note 14.					
Udfald:	1979	1980	1981	1982	1983
Henlagt/frifindelse	5	5	4	5	10
Advarsel	68	63	71	70	57
Bøde	7	9	7	8	12
Betinget frihedsstraf	5	5	4	4	5
Ubetinget frihedsstraf	15	18	14	13	15
Ialt	100	100	100	100	100
Procentbasis	6143	5982	8466	9922	8629

Alvorligheden af de *domme*, som stoflovsovertræderne pådrager sig væsentligst p.g.a. deres stoflovskriminalitet, fremgår af tabel 7. Kun 1/3 af dommene var på over 6 måneders fængsel. Dette svarer til, at der på årsbasis afsiges mellem 150-250 domme på over 6 måneders fængsel i sager, som af domstolen betragtes som overvejende stofsager. Man må således sige, at de, for så vidt udfaldet for den sigtede angår, alvorlige stofsager, udgør en meget beskeden andel af de 8-10.000 stofsager som indgår i politiets årsstatistikker.

Tabel 7.	
Udfald i 933 ved dom sanktionsgivende stoflovssager* i 1977 og 1978.	
I procent.	
Kilde: Danmarks Statistik (1980).	
Udfald	Procent af sagerne
Bøddedom	3
Betinget frihedsstraf	21
Fængsel i 30 dage eller derunder	19
Fængsel i fra over 1 til højst 6 måneder	24
Fængsel i fra over 6 til højst 24 måneder	24
Fængsel i over 2 år	9
I alt	100
* Bemærk følgende:	
1. Tabellen indeholder ikke oplysninger om udfaldet for de 35 kvinder som i de to år dømtes efter §191, idet disse oplysninger ikke foreligger i kriminalstatistikken.	
2. Mens de i tabellen medregnede sager om overtrædelse af lov om euforiserende stoffer er "rene" sager, så er de i tabellen medregnede sager om overtrædelse af straffelovens § 191 alle sager, i hvilke dommeren vurderede §191-overtrædelsen som den <i>alvorligste</i> lovovertrædelse i sagen.	
Begge forhold gør, at de "tunge" afgørelser er overrepræsenterede i forhold til de mildere.	

Men hvad er da en virkelig "alvorlig" stoflovsovertrædelse? Hvad skal man f.eks. have gjort for at ens sag kommer blandt 150-200 årlige stofsager hvori der falder over 6 måneders fængsel?

Daværende dommer i Københavns Byret, nuværende landsdommer Holger Kallehauge, gennemgik i en artikel i Ugeskrift for Retsvæsen i 1974 (Kallehauge (1974)) et stort antal sager vedrørende overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og straffelovens §191 pådømt i Københavns Byret og/eller ved landsretterne i årene 1970-1973.

For så vidt overtrædelse af lov om euforiserende stoffer ved udbredelse af morfinbase angår, var de typiske domme i den nævnte periode:

Overdragelse af en enkeltdosis uden vederlag	20 dages hæfte
Salg mod vederlag af 1 g eller derunder	30-40 dages fængsel
Salg mod vederlag af 1-10 g	60 dages fængsel
Salg mod vederlag af 10-20 g	3-4 måneders fængsel

Strafudmålingen i den nævnte periode var således tydeligt "dosisafhængig" for så vidt de typiske gadehandlersager angik (Kallehauge anfører selv, at hovedparten af de dømte var brugere af morfinbase). Det er interessant, at denne dosisafhængighed ikke viser sig ved strafudmålingen i sager om overtrædelse af straffelovens §191. Herom anfører Kallehauge:

"På det foreliggende grundlag kan man formentlig sige, at domfældelse for overtrædelse af straffelovens §191 i sager vedrørende morfinbase kræver, at der skal være bevis for salg af i det mindste godt 100 g morfinbase. Udmålingen synes ikke at ligge under 1 års fængsel, men med tyngdepunktet fra omkring 1 år og 3 måneder til 1 ½ år ved salg af 200-300 g morfinbase. De ovennævnte eksempler viser imidlertid stor spredning, og det er også helt naturligt, at der lægges mindst lige så stor vægt på, hvor i forhandlerkæden tiltalte må antages at være placeret, fortjenestens størrelse, den måde hvorpå salget er sket, samt alle de øvrige faktorer der kan belyse hvilken gerningsmandstype sagen vedrører, som på det eksakte antal gram eller kilo der er videresolgt. Det solgte kvantum er til syvende og sidst blot én oplysning blandt mange mulige til afklaring af dette spørgsmål. Det er ofte nok så afgørende for retten, at den danner sig et klart billede af, på hvilket sted i afsætningskæden tiltalte må antages at have befundet sig, som en tvivlsom bevisførelse om det helt nøjagtige kvantum, der er solgt." (Kallehaug (1974) side 240).

Tabel 8.	
Gennemsnitlige takster i dage per gram solgt morfinbase udover det først solgte gram.	
Udledt fra Kallehaug (1974)*	
Interval	Straf i fængselsdage per gram udover straffen for det første gram (= 30 dages fængsel)
Domfældelse for lov om euforiserende stoffer:	
m.h.t. 1-10 gram	7,5
m.h.t. 10-20 gram	5,4
m.h.t. 20-50 gram	3,5
m.h.t. 50-100 gram	2,4
Domfældelse for straffelovens §191:	
m.h.t. 100-199 gram	2,3
m.h.t. 200-299 gram	2,1
m.h.t. 300-499 gram	1,9
m.h.t. 500-999 gram	0,7
m.h.t. 1000-1999 gram	0,7
m.h.t. 2000 gram eller derover	0,4
* Taksterne for salg af under 100 gram, altså for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer, er udregnet ved at bruge midtpunkterne i de af Kallehaug brugte intervaller. Således er taksten for salg af 50-100 gram beregnet: <u>7 måneder minus 30 dage</u> (1/2 (100 +56) -1) gram =3,5 dag/gram. Taksterne for salg af over 100 gram er beregnet v.h.a. de 24 "rene" § 191-sager med ubetinget fængselsstraf til følge, hvor Kallehaug angav såvel mængden af morfinbase som straffens varighed.	

Denne forklaring på den manglende dosisafhængighed i §191-sager holder imidlertid ad Wandsbeck til. For ekstrapolerer man strafniveauet for overtrædelserne af lov om euforiserende stoffer ud fra den involverede mængde til de i straffelovssagerne involverede mængder, er den faktiske strafudmåling i de rene §191-sager, som Kallehaug citerer i sin artikel, på én undtagelse nær *lavere* end de strafudmålinger man skulle forvente!

Dette fremgår af tabel 8: Faldet i straffens længde pr. gram fortsætter ufortrødent også *efter* overgangen fra særlovsdomfældelse til straffelovsdomfældelse, på trods af at filosofien bag §191 jo netop var, at "professionelle" stofhandlere skulle straffes *relativt* hårdere end gadehandlere (15). Stik mod denne filosofi viser tabel 8, at jo større mængder sagen drejer sig om, desto lavere straf blev der givet pr. ekstra gram. Meddelelsen til den prospektive narkohaj er således entydig i disse domme: Think big, man!

Kontrolsystemet og retssikkerheden

At loven således vender den tunge ende nedad (også) i stofsager er én ting. Stoflovgivningens administration og de implikationer denne administration har for retssikkerheden nu og i fremtiden er en helt anden, og nok så betænkelig sag. Jeg skal derfor i det følgende se nærmere på en række aktuelle problemer i forbindelse med efterforskningen, tiltalerejsningen og domstolsbehandlingen af stofsager. Begrundelsen for at behandle disse spørgsmål i dette kapitel, hvis emne er kontrolsystemets skadelige konsekvenser for stofmisbrugernes levevilkår, er, at selvom retssikkerheden på stofområdet potentielt kan blive konkret relevant for enhver af os, så er dens konsekvenser i dag primært mærkbare for stofmisbrugerne; dels direkte, og dels indirekte ved at den besværliggør livet for de professionelle stofhandlere, som selvfølgelig tager sig betalt af stofmisbrugerne for dette øgede besvær.

Et grundlæggende strafferetsplejprincip er, at bevisbyrden påhviler den anklagende myndighed, ikke den anklagede. Det skurrer derfor umiddelbart i en lægmands øren, når en byretsdommer i 1974 skriver:

"Oplysningerne om tiltaltes eget daglige forbrug bør i almindelighed tages med en vis skepsis, da tiltalte ofte vil have interesse i at fremstille dette så stort som muligt, for derved at formindske det kvantum, som må antages at være videresolgt eller beregnet til videreslag. *Bevis for omfanget af salget er særdeles vanskeligt at føre, og anklagemyndigheden må ofte lade sig nøje med at kræve dom på grundlag af de oplysninger, som tiltalte selv afgiver under sagen.*" (Kallehaug (1974) side 228, min udhævning).

Det synes som om byretsdommeren har større sympati for den stakkels anklager, som "må lade sig nøje" med at tiltale den tiltalte for overtrædelse af loven i den udstrækning, som den tiltalte er villig til at lade ham gøre, end for den tiltalte, som måske er så "usportslig" ikke at levere anklageren bevis for salg i det omfang, som anklageren "ved" den tiltalte faktisk har solgt!

Politiets manglende formåen m.h.t. at fremskaffe direkte beviser i de stoflovssager som går ud over simpel besiddelse er baggrunden for den stigende anvendelse af såkaldte utraditionelle efterforskningsmetoder i stoflovssager (16). Mest diskuteret blandt disse er for tiden anvendelsen af politiprovokatorer, men jeg vil i det følgende også fremhæve nogle problemer i forbindelse med varetægtsfængsling, og rum- og telefonaflytning.

Telefon- og rumaflytning

Man kan anlægge mange forskellige betragtninger på telefon- og rumaflytning. Således skrev den daværende direktør for Direktoratet for Fængselsvæsenet, senere landsdommer Hans Henrik Brydensholt i 1971:

"Det er da heller ikke nogen mistro til retshåndhævelsens loyalitet overfor vort demokratiske styre, der har begrundet den betydelige usikkerhed, der kom til orde i Folketinget. Usikkerheden kan derimod ses som et udslag af det almindelige ønske om at give privatlivets fred en udvidet beskyttelse. Målet helliger ikke ethvert middel, og hemmelig aflytning er et middel som med rette må mødes med uvilje. Dette synspunkt bygger altså ikke på en formodning om at telefonaflytning skulle blive rettet specielt mod bestemte politiske grupper, men derimod på hensynet til det enkelte individ. Vi bør alle kunne udtale os frit i en telefon uden at behøve at frygte uvedkommende øren, og der skal meget tungtvejende grunde til at bryde dette princip. Anskuer man problemet på denne måde, vil det ses, at man er inde i en generel problemstilling, der ikke har noget specielt med narkotikakriminaliteten at gøre. Det man skal tage stilling til, er ikke så meget, om det er rigtigt at politiet har mulighed for at gå til domstolene for at få ret til aflytning i bestemte narkotikasager, men derimod om det er i overensstemmelse med individets ret, at retsplejeloven åbner mulighed for aflytning af personer, der er mistænkt for én af de overtrædelser, der i straffeloven er rubriceret f.eks. i kapitlet om almenfarlige forbrydelser.

Man må derfor nok komme til det resultat, at spørgsmålet om grænserne for aflytningsmulighed er mere egnet til at indgå i en almindelig debat om privatlivets fred, end i den specielle narkotikaproblematik."

(Brydensholt (1971) side 77-78).

Mine betænkeligheder overfor anvendelsen af de i retsplejelovens §§786-789 omtalte efterforskningsteknikker er ikke nær så generelle som Brydensholts. For mig er der intet odiøst i, at samfundet, for at varetage vitale interesser, gør indgreb i privatlivets fred, eller i den personlige frihed for den sags skyld. Det gør man jo rask væk overfor småtyve! Jeg ville således finde det ganske rimeligt, om retsplejeloven f.eks. hjemlede mulighed for, at aflytte sådanne fondsbestyrelsesformænds telefoner, som med føje var mistænkt for at ville flytte kapitalmængder i størrelsesordenen flere hundrede millioner til udlandet under omgåelse af valutabestemmelser eller lignende. Men jeg finder det ikke rimeligt, at politiet, som i dag, kan få en dommerkendelse til at aflytte en småpushers telefon, blot fordi man ved lidt behændig gangen og læggen sammen, kan regne sig frem til, at han over de forudgående 5-10 uger må have solgt mindst 100 g heroin fra sin lejlighed til 10-20 forskellige personer. Eller med andre ord: Det er for det første ikke tilstrækkeligt, at *strafferammen* for den straffelovsovertrædelse en given person mistænkes for at have begået, er af en vis størrelse, for at man kan begynde at tage disse efterforskningsmidler i brug overfor ham. For at disse midler må kunne tages i anvendelse, så må den lovovertrædelse *han* mistænkes for overfor domstolene kunne vises at være af en meget alvorlig karakter. Og "han" må for det andet vel at mærke være en overfor domstolene identificeret person. Argumentationen at når der er en lille pusher, så må der også være en stor pusher bagved ham, så derfor aflytter vi den lille pushers telefon i håb om, at den store pusher ringer til ham, leder formentlig sjældent til opsporing af den store pusher, men ofte til at den lille bliver straffet. Dermed eroderes grænsen mellem de lovovertrædelser, der vitterligt er så alvorlige, at politiet bør gives ganske usædvanlige efterforskningsmuligheder, og de lovovertrædelser som ikke er så alvorlige (17).

Isolationsvaretægtsfængsling

Om varetægtsfængsling hedder det i retsplejelovens §762:

"§762. En sigtet kan varetægtsfængsles, når der er begrundet mistanke om, at han har begået en lovovertrædelse, som er undergivet offentlig påtale, såfremt lovovertrædelsen efter loven *kan* medføre fængsel i 1 år og 6 måneder eller derover, og

1. der efter det om sigtedes forhold oplyste er bestemte grunde til at antage, at han vil unddrage sig forfølgningen eller fuldbyrdelsen, eller

2. der efter det om sigtedes forhold oplyste er bestemte grunde til at frygte, at han på fri fod vil begå ny lovovertrædelse af den forannævnte beskaffenhed, eller
3. der efter sagens omstændigheder er bestemte grunde til at antage, at sigtede vil vanskeliggøre forfølgningen i sagen, navnlig ved at fjerne spor eller advare eller påvirke andre ["kollusionsarrest"] .

Stk. 2. En sigtet kan endvidere varetægtsfængsles, når der foreligger en særlig bestyrket mistanke om, at han har begået en lovovertrædelse, som er undergivet offentlig påtale, og som efter loven kan medføre fængsel i 6 år eller derover, og hensynet til retshåndhævelsen efter oplysningerne om forholdets grovhed skønnes at kræve, at sigtede ikke er på fri fod.

Stk. 3. Varetægtsfængsling kan *ikke* anvendes, hvis lovovertrædelsen kan ventes at ville medføre straf af bøde eller hæfte, *eller hvis frihedsberøvelsen vil stå i misforhold til den herved forvoldte forstyrrelse af sigtedes forhold, sagens betydning og den retsfølge, som kan ventes hvis sigtede findes skyldig.*" (Mine udhævninger).

Specielt om isolation af varetægtsfængslede anfører retsplejelovens , §770, stk. 3:

"Retten kan på begæring af politiet bestemme, at en varetægtsarrestant af hensyn til varetægtsfængslingens øjemed skal holdes helt eller delvist isoleret." (18).

Tabel 9.		
Antallet af varetægtsfængslede i procent af samtlige sigtede f personer i forskellige typer sager, og den gennemsnitlige varighed af varetægtsfængslingen blandt de varetægtsfængslede.		
Fra Philip & Heide-Jørgensen (1983).		
Straffelovsovertrædelsens art:	Varetægtshyppighed i procent	Varetægtsfængslingernes gennemsnitlige varighed i dage*
§ 191	73	135
Manddrab	67	*175
Voldtægt	50	24
Legemsbeskadigelse	30	*175
Vold af særlig farlig karakter	13	57
Alle undersøgte sagstyper	9	59
* Kun afgjorte sager.		
** Gennemsnit for alle drabs-og legemsbeskadigelsessager hvor der anvendtes varetægtsfængsling.		

Når jeg påstår, at varetægtsfængsling bør regnes blandt de efterforskningsmidler som politiet tager i brug overfor stoflovsovertrædere, er det fordi jeg - lidt paranoidt, vil nogle måske mene - ræsonnerer som så: Som byretsdommer Kallehaug så præcist udtrykte det i citatet ovenfor, så er anklagemyndigheden i stofsager ofte henvist til at "lade sig nøje med at kræve dom på grundlag af de oplysninger, som tiltalte selv afgiver under sagen" (Kallehaug (1974) side 228). Det er derfor et påfaldende sammentræf, at varetægtsfængsling er reglen snarere end undtagelsen i §191-sager, på trods af, at 2/3 af domfældelserne efter denne paragraf falder indenfor strafferammen i lov om euforiserende stoffer, ligesom denne varetægtsfængsling sædvanligvis er af meget lang varighed (se tabel 9). Det er ligeledes påfaldende, at denne meget hyppige og langvarige vare-

tægtsfængsling (i 4 ud af 5 tilfælde under anvendelse af isolation) fra domstolenes side er begrundet med frygten for, at tiltalte vil forsøge at lægge hindringer i vejen for efterforskningen, hvis han sættes på fri fod (retsplejelovens §762, stk. 1, nr. 3, den såkaldte "kollusionsarrest" beskrevet ovenfor).

Denne praksis smager af fortidens såkaldte jernbyrd, specielt når det drejer sig om sigtede stofmisbrugere. Nu er det ikke alle §191-sigtede som selv er stofmisbrugere, men mange er det, i og med at enhver udbredelse af heroin skal søges domfældet i henhold til §191. Disses adgang til ulovlige stoffer under varetægtsfængslingen, og specielt under isolation, må antages at være betydeligt begrænset i forhold til udenfor fængslet (19), hvilket, stoffernes ulovlighed ufortalt, må siges at "forstyrre den sigtedes forhold" ganske meget, jfr. retsplejelovens §762, stk. 3. Men under alle omstændigheder, så må en månedslang varetægtsfængsling, og ikke mindst isolationsvaretægtsfængsling, være en alvorlig belastning for en sigtet person; en belastning, som det kan være fristende at lette sig for, ved at komme politi og anklagemyndighed imøde med en hel eller delvis tilståelse. Læs således hvad lederen af Københavns fængsler, fængselsinspektør Jørgen Heilbo udtalte i 1979 om den isolationsfængslede situation:

"Hvad er nu den isoleredes situation? Ingen kontakt med andre indsatte - enegårdtur 2 gange ½ time dagligt - adgang til eget TV og radio i cellen - central anstaltsradio - aviser, bøger og tidskrifter fra anstaltsbiblioteket, brevveksling med censur, besøg under kontrol, undervisning ved fløjlereren og iøvrigt samtaler med personale af enhver gruppe.

Man må her ikke begrænse sig til selve isolationssituationen, men må se på forudsætningerne for den. Uanset om den indsatte er redicivist eller førstegangs-kending, er han i en nederlagssituation og ofte i en situation, der er kommet ned over ham pludseligt, og for første-gangs-kendingen som en total ukendt situation med alle de usikkerhedsmomenter, der kommer heraf. Særlig sammenkædningen af isolation med hensynet til efterforskningens effektivitet er i sig selv en belastning for den isolerede. Han er revet ud af sin normale sammenhæng, bogstavelig talt uden at vide, hvordan reaktionerne er hos omgivelserne, og jævnlige uden at kende eller forstå baggrunden for det der er sket.

.....

Det er en velkendt mekanisme at man i sådanne situationer vælger en forsvarsposition, man isolerer så at sige sig selv ... Min egen erfaring fra de mange år, jeg har haft med isolerede at gøre i udståelsesanstalterne, også fra de nævnte langtidisolationer, som ikke kendes i dag, er, at man finder sin egen melodi, *hvis man overhovedet kan bære situationen. Man kører igennem på referenspersoner, familie billeder, fantasier, hvis man har kræfter til det* Men isolationssituationen er for mange en slags krampetilstand, fordi den er rammen om et intellektuelt/emotionelt usikkerhedscentrum i den isolerede selv. *Udspillet fra usikkerhedscentret kan ikke hente afklaring ved de personer det møder, det vcere sig nok så mange, nok så venlige, nok så forstående, nok så kontaktdygtige."* (20)

(Heilbo (1979) side 125-126, mine udhævninger).

Eller sammenfattende: Fordi politiet som regel ikke ad "traditionel" vej kan bevise, at en given sigtet person har forhandlet ulovlige stoffer i det omfang man "tror" er tilfældet, søges der lagt pres på den sigtede gennem langvarige varetægtsfængslinger, oftest endda under isolation. Disse varetægtsfængslinger godkendes af domstolene ud fra en overdreven tiltro til anklagemyndighedens påstand om kollusionsrisikoen. Ved denne moderne form for jernbyrd tilsidesættes i praksis det grundlæggende strafferetsplejeprincip, som siger, at bevisbyrden påhviler anklagemyndigheden, hvad enten sagen så drejer sig om cykeltyveri eller landsforræderi (21).

Begrundelsen for de lange isolationsvaretægtsfængslinger i stoflovssager er som sagt sædvanligvis retsplejelovens §762, stk. 1, nr. 3 om kollusionsarrest. At denne begrundelse sjældent holder for de langvarige isolationsvaretægtsfængslinger er bøjjet ud i neon af tidligere professor Bent Unmack Larsen:

"Denne bestemmelse [§762, stk. 1, nr. 3] opstiller som bekendt den betingelse for fængsling, at der er bestemte grunde til at antage, at den sigtede på fri fod vil vanskeliggøre forfølgningen i sagen. Ser man på bestemmelsens indhold, er det klart, at to betingelser skal være opfyldt, for at en sigtet kan - om jeg så må sige - realisere bestemmelsens "gerningsindhold": For det første skal han have mulighed for at vanskeliggøre forfølgningen. Og for det andet skal han have vilje til at udnytte denne mulighed.

Fejlen ved anvendelsen af bestemmelsen er, at der både hos anklagemyndigheden og domstolene er tendens til, at man - måske af gammel vane fra tiden før lovændringerne i 1978 - i høj grad fokuserer på den ene af de to sideordnede betingelser.

I starten af sagen, d.v.s. ved afgørelsen af, hvorvidt der skal ske fængsling, er mulighederne for en vanskeliggørelse af forfølgningen størst ...

Efterhånden som efterforskningen skrider frem, sker der en endog meget væsentlig forringelse af den sigtedes reelle muligheder for at vanskeliggøre forfølgningen. Gerningssteder undersøges, medsigtedes og vidners forklaringer afgives til politirapport og underskrives. Eller de afhøres i retten, i; hvor deres forklaringer protokolleres, oplæses og vedstås

Men ved afgørelsen af, om en én gang besluttet fængsling skal forlænges, er man for tilbøjelig til at overse dette aspekt. I stedet fæstner man sig til-syneladende ved, at den sigtede, når han stadig nægter sig skyldig, må ; formodes at være så opsat på at klare frisag, at det her overfor bliver af underordnet betydning, om han i virkeligheden - hvis han blev løsladt, ville have nogen jordisk chance for at vanskeliggøre forfølgningen. Og så forlænges fængslingen." (Larsen (1979) side 115-116).

Danmark hører da også til de lande i Europa, hvor varetægtsfængsling, og specielt isolationsfængsling anvendes mest. Således har udstrækningen af vor brug af isolationsvaretægtsfængsling vakt Amnesty Internationals interesse i en sådan grad, at man fra denne organisations hovedkvarter i London har rettet forespørgsel til det danske justitsministerium herom (Rothenborg (1983) side 335-336). Denne særstilling med hensyn til isolationsfængsling skyldes i høj grad praksis i stoflovssager:

"Uden narkotikasager ville antallet af isolerede falde drastisk, både det totale antal isolerede og antallet af virkelig langvarigt isolerede ville være et helt andet",

som landsdommer Kallehauge skrev i 1983. (Kallehauge (1983) side 90).

Kritikken af den udbredte anvendelse af isolationsfængsling har da også ført med sig, at der, i de ændringer til retsplejeloven som Folketinget vedtog i maj 1984, gennemførtes nogle begrænsninger i adgangen til brug af isolationsfængsling. Den vigtigste af disse begrænsninger - nemlig at isolationsfængslingens samlede varighed ikke må overskride 8 uger - gælder dog karakteristisk nok *ikke* for overtrædelser af straffelovens §191, idet denne begrænsning kun gælder for lovovertrædelser, hvor strafferammen er *under* 6 år. Og dermed er man jo lige vidt.

Politiprovokatører

Den juridiske leder af Københavns Narkopoliti, politiadvokat Volmer Nissen, skal ifølge advokat Arnold Rothenborg i 1978 have udtalt, at "der findes så mange fine regler i

retsplejeloven, som ikke du'r til en kæft". (Rothenborg (1979) side 161). En af de regler som *ikke* findes i retsplejeloven, er den om politiets adgang til at bruge det tredje og sidste efterforskningsmiddel, som jeg skal omtale her, nemlig politiagenter til fingerede opkøb af ulovlige stoffer. Ikke desto mindre har politiet, med varierende held, anvendt denne metode indenfor stoflovssager siden 1975. De juridiske betragtninger som gøres gældende for og imod anvendelsen af politiagenter er ganske komplekse, i hvert fald for en lægmand (22). På den anden side mener jeg egentlig ikke, at selve juraen i problemet er så væsentlig; herunder spørgsmål, som om domstolene kan godkende beviser tilvejebragt ved midler som ikke direkte er hjemlet i retsplejeloven, og som efter visse retslærdes mening er ulovlige. Det for mig at se afgørende i sagen er to forhold. Nemlig for det første, at undersøgelser af skjult kriminalitet klart viser, at en meget stor del af befolkningen er faktiske lovbrydere, og dermed må antages at være potentielle lovbrydere i en større skala end de faktisk har været, hvis tilstrækkeligt fristede. Dette gælder a fortiori for stofmisbrugere, som i sagens natur ikke betragter ulovlig stofhandel (på noget niveau) som moralsk forkasteligt, men tværtom som en nødvendighed, ligesom vi andre betragter f.eks. handel med fødevarer som en nødvendighed. Og for det andet har anvendelsen af politiprovokatorer - som vist af Gammeltoft-Hansen (1984) - i dette århundredes europæiske retshistorie ikke været indskrænket til stoflovskriminalitet, som man kunne tro ud fra den aktuelle debat. Det er et middel, som har fundet anvendelse ved politiet efterforskningen af snart sagt enhver form for lovovertrædelse, den være nok så ubetydelig. Følgelig vil risikoen for afsmitning til andre områder være stor, såfremt blot nogen form for politiprovo kation indenfor stoflovsovertrædelse efterforskningen fortsat accepteres af domstolene. Konsekvenserne heraf for retssikkerheden, såvel som for borgernes tillid til politiet, vil kun kunne være negative (24). Rothenborg (1983) placerer efter min mening problemet i sin rette sammenhæng, når han siger, at det ikke så meget drejer sig om en polititekniks formelle legalitet, som om borgerens krav på frihed for urimelige manipulatoriske indgreb fra statsmagtens side, i dette tilfælde i form af fristelser, som den enkelte borger så måtte være i stand til at modstå, respektive ikke være i stand til at modstå.

Uspecificerede anklageskrifter

Efter politiet efterforskning følger tiltalerejsning, og også i denne del af strafferetsplejen rejser stoflovsovertrædelseme principielle problemer. Herom skriver landsommer Kallehauge:

"Det følger af retsplejelovens §831, stk. 1, nr. 3, at anklageskriftet bl.a. skal angive forbrydelsens navn, dens kendetegn i henhold til loven og en sådan angivelse af "tid, sted, genstand, udførelsesmåde samt andre nærmere omstændigheder, som kræves til dets [det strafbare forholds] tilstrækkelige og tydelige betegnelse"....

Det er helt elementært og sædvanligvis da også i orden, men der synes at være en risiko for, at der netop i narkotikasager er en tendens til at forsynde sig imod dette krav om præcision af anklagen ... Jeg har fornylig set et anklageskrift, der ikke angav hvilken form for narkotika og ej heller oplyste hvilket kvantum, der var tale om, men blot beskrev stoffet som euforiserende stof for et vist beløb indført her til landet inden for en periode der blev angivet til at være af længere varighed end 1 år." (Kallehauge (1983) side 94-95).

Det må *formodes*, at en anklage som denne, i og med at den er i strid med retsplejeloven, og sagen derfor bør afvises af domstolen, aldrig fører til domfældelse (25). Men kan vi være sikre på det i lyset af ovennævnte bemærkninger om langvarig isolationsfængslings virkning på den sigtedes evne til at varetage sine forsvarsinteresser (jfr. note 21)? Hvorledes fremtræder stofmisbrugeren overfor sin forsvarer, og senere i retten,

efter at han har fået lov til at "køle sine hæle" i enecelle i et par måneder? Hvordan påvirkes domstolens vurdering af anklageskriftets legalitet af, at den sigtede måske står med 3-4-5-6 eller endnu flere tidligere stoflovsovertrædelses-domfældelser bag sig? Og sidst, men ikke mindst, hvad kan man ikke forestille sig om spinkelheden i de påstande fra anklagemyndighedens side, som får domstolene til at bevilge langvarig isolationsvaretægtsfængsling når et *endeligt* anklageskrift kan se ud som det af Kallehaug beskrevne?

Indiciebeviser

Efter efterforskning og tiltalerejsning har vi så domsforhandling og domsafsigelse. Jeg skal i denne forbindelse se nærmere på et enkelt forhold, nemlig konsekvenserne af den udbredte brug af rene indiciebeviser i stoflovssager.

I retsplejelovens §344 og §896 står:

"§344. På grundlag af det, der er passeret under forhandlingerne og bevisførelsen, afgør retten, hvilke faktiske omstændigheder der skal lægges til grund for sagens pådømmelse.

§ 896. Ved afgørelsen af, om noget er bevist eller ikke, tages alene hensyn til de beviser, som er fremført under domsforhandlingen. *Bedømmelsen af bevisernes vægt er ikke bundet ved lovrregler.*"

(Min udhævning).

Intet sted i retsplejeloven er fastsat kriterier for hvilke typer kendsgerninger retten kan lægge til grund for sin afgørelse af skyldsspørgsmålet, respektive må afvise. Domstolene afgør således suverænt, hvor grænsen mellem det for skyldsspørgsmålet relevante og irrelevante går. Og det vel hverken kan eller bør være anderledes; vel at mærke, når princippet om at enhver anklaget præsumptivt er uskyldig holdes i hævd af domstolene; altså når domstolene ser på de af anklagemyndigheden fremførte vidneudsagn m.v. *om de aktuelt påsigtede forhold* udfra den grundindstilling, at disse bevismidler skal bruges til at *modbevise* antagelsen om tiltaltes uskyld.

Nu må man ikke fortolke ordet "modbevise" nævnt ovenfor i dette ords betydning indenfor logikken: Alle A'er besidder egenskaben X. n besidder ikke egenskaben X, altså er n ikke medlem af klassen A. Juridisk bevisførelse har intet med "bevis" i denne strenge betydning af ordet at skaffe, men derimod med "overbevise". Retten skal *overbevise* om, at dens formodning om, at tiltalte er uskyldig er forkert, for at den kan træffe beslutning om at dømme ham. Og i denne vurdering spiller det desværre en afgørende rolle, hvad andre domstole tidligere har følt sig overbevist om, at den tiltalte har gjort, samt hvilken identitet den tiltalte kan projicere overfor retten. Følgende citat fra dommer Kallehauges gennemgang af strafudmålingen i stofsgeme fra 1970-1973 illustrerer begge disse forhold:

"Undertiden forsøger en tiltalt med urette at give det udseende af, at han alene har ydet en mindre væsentlig bistand, typisk i den form, at han har optrådt som mellemmand og alene har etableret kontakt til den egentlige forhandler, hvis identitet ikke er ham bekendt. *Men der er naturligvis også tilfælde hvor der er hold i forklaringen.* I min oversigt har jeg udskilt 4 sikre tilfælde af en sådan underordnet medvirken

Som eksempel på en sådan mindre væsentlig medvirken, jfr. straffelovens §23, stk. 1, kan man nævne et tilfælde, hvor tiltalte uden vederlag for sin forlovede opbevarede 1000 stk. bustaid-tabletter og 2 1/2 kg råopium i nogle få døgn, og hvor hun med rette påberåbte sig frygt for, hvad der ville være sket hende, hvis hun havde nægtet at medvirke. *Tiltalte som var ustraffet og ikke*

selv stofbruger, og som var i borgerligt erhverv som selvstændig damefrisør, fik en betinget dom på 30 dages fængsel.

Opbevaring i 14 dage af et ikke ubetydeligt kvantum morfinbase - en pakke så stor som en knyttet hånd - samt medvirken ved at tillade, at en enkelt handel med morfinbase blev gennemført i hans lejlighed blev, uanset at der ikke var ydet vederlag, i første instans takseret til 60 dages fængsel. Østre Landsret gjorde straffen betinget, under hensyn til at der ikke var ydet vederlag, kvantum var ukendt og i betragtning af tiltaltes gode personlige forhold. Han var gift, havde fast arbejde *og var ikke stofbruger*.

Et bud, som mod vederlag på 1 hylster morfinbase, overbragte 4.000 kr. som betaling for 100 g morfinbase, og som i 10 dage opbevarede 20 g morfinbase, 10 ml metadon og 100 metadontabletter blev idømt 60 dages fængsel. *Tiltalte var selv stofbruger, men ikke tidligere straffet for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer*.

Det bør dog fremhæves, at medvirken, selvom der handles uden vederlag af betydning, ud fra en kriminalitetsbekaempende synsvinkel er en væsentlig faktor, fordi skiftende bude, opbevarings- og udleveringssteder vanskeliggør opklaringsarbejdet, og der er derfor god grund til også at se med en vis strengthed på denne form for kriminalitet, *helt bortset fra det grundlæggende spørgsmål om sandfærdigheden af tiltaltes forklaring om, hvor uselvstændig hans medvirken har været.* " (Kallehauge (1974) side 230, mine udhævninger).

Af dette citat synes det klart at fremgå, at bevisbyrden med hensyn til hvor *aktiv* den manifest beviste medvirken til den ulovlige udbredelse har været *påhviledede tiltalte*, og at rettens vurdering af *tiltaltes påstand om passiv* medvirken afhang af, om den *tiltalte* kunne overbevise retten om, at vedkommende *ikke var* ("kriminell") stofmisbruger.

Det generelle perspektiv i dette - at indicier rettet mod tidligere straffede vejer tungere end indicier rettet mod ikke tidligere straffede personer - er selvfølgelig uhyggelige i sig selv. Men det forhold, at strafferammen og domspraksis i stoflovssager er så langt højere end i berigelsessager forværrer i høj grad det forhold, at princippet om den tiltalte præsumptive uskyld i praksis ikke gælder for tidligere straffede personer.

Perspektiver

Kontrolsystemets udvikling over de sidste 15 år har givet anledning til en række retssikkerhedsmæssige problemer. Jeg har kun nævnt de 6 som jeg personligt finder er de vigtigste (26), nemlig

1. En udvidelse af den allerede eksisterende praksis m.h.t. videregivelse af oplysninger om personlige forhold fra politiet til de sociale myndigheder.
2. Anvendelse af rum- og telefonaflytning i forbindelse med efterforskningen af bagatelagte sager, hvor sådanne midler oprindeligt slet ikke var tænkt taget i anvendelse fra lovgivningsmagtens side.
3. Anvendelsen af langvarig varetægts-, og specielt isolationsvaretægtsfængsling, i en sådan grad at visse forsvarsadvokater hævder at dette er i strid med den europæiske menneskerettighedserklærings artikel 4, i den skjulte hensigt at presse tilståelser frem.
4. Anvendelse af politiprovokatorer.

5. Fremkomst af anklageskrifter med en uacceptabel grad af manglende præcision for så vidt angivelse af det eller de påsigtede forholds art og gerningstidspunkt angår, og
6. En væsentlig øgning i antallet af domfældelser baseret på "rene" indicie"beviser".

Alle 6 punkter giver grund til bekymring for udviklingen, også med hensyn til den "almindelige" borgers retssikkerhed i fremtiden. Specielt i koblingen af, på den ene side punkt 1 ovenfor, og på den anden side punkterne 2-6 ovenfor, har retssystemets måde at tackle stofmisbrugsproblemet på afsløret "velfærdsstatens" konvergens mod en totalitær tilstand, som er desto mere skræmmende, som denne velfærdsstat jo faktisk - med henvisning til den øgede materielle velstand i alle befolkningens lag - kan "bevise", at når den handler mistænksomt overfor sine børn (borgerne), så er det fordi den elsker dem, og vil dem det bedste: På den ene side har man et politi, som angiveligt vil sine klienters bedste når det, "i stedet" for at søge dem retsforfulgt i henhold til loven, uden hjemmel i loven henviser dem til "behandling" i socialvæsenets regie (man må vel antage, at disse klienter "i virkeligheden" gerne vil behandles af socialvæsenet, men blot ikke ved det, siden man gør det muligt for samme socialvæsen at henvende sig til klienterne med sine "tilbud"?). Og på den anden side har man et politi, der med domstolenes billigelse, med alle tænkelige *offensive* midler forsøger at få samme gruppe klienter til at begå (ved hjælp af provokatører) respektive tilstå (ved hjælp af en moderne udgave af jernbyrden) så alvorlig kompromitterende handlinger som muligt.

Hvilke retssikkerhedsmæssige perspektiver tegner der sig for os i fremtiden, når vi ser på stofretsplejen i de lande vi normalt plejer at sammenligne os med? De er nok så foruroligende.

Fra *USA* er det en gammel erfaring, at forbud imod stoffer (hvad enten de er flydende eller i pulverform) i sidste ende leder til politikorruption. Således nævner Kaplan, at mens omkring halvdelen af de føderale narkotikaagenter i New York blev fyret og/eller anklaget for korrupsion i årene omkring 1970, så viste byen New Yorks officielle kommission til undersøgelse af politikorruption, at korrumperingen af det lokale narkotikapoliti i 1970'ernes begyndelse var endnu mere omfattende (Kaplan (1983) side 97).

I *Vesttyskland* hverves tidligere narkotikadømte som politiprovokatører, hvis man ellers kan tro den udførlige omtale af "Jakop"-sagen i dagbladet Information (se således Information fra 5. og 6. juli 1984).

I *Norge* kan tolderne ved grænsekontrolstedene uden dommerkendelse eller andre dikedarer kræve af indrejsende, at de smider alt tøj, og tømmer kroppens hulrum under opsyn (d.v.s. skider). Hvad der sker hvis man nu ikke *kan* melder kilden ikke noget om (Ansnes (1983)). I *Sverige* kan indsatte i fængslerne idømmes disciplinærstraf såfremt de nægter at aflevere urin til analyse af om urinen indeholder ulovlige stoffer (Bishop (1983) side 180-181). Indeholder urinen ulovligt stof kan de indsatte også idømmes disciplinærstraf ...

I *Island* overvejede man ved indførelsen af den første stoflov i 1974 at lade den specielle dommer, som er førsteinstansdommer i stofsager i Island være den administrative leder af narkotikapolitiet. Forslaget var nær blevet vedtaget af det islandske Alting, men

betænkkeligheden over denne sammenblanding af udøvende og dømmende magt vandt dog over ønsket om at opnå en yderligere "effektivisering" af retsforfølgelsen af disse sager (Thormundsson (1984)), af hvilke der i 1974 var ialt 171 (Jonsson (1984)).

I *Norge* har maximumstraffen for stoflovsovertrædelser siden 1981 været 15 års fængsel, med mulighed for at øge straffen til 20 års fængsel under skærpene omstændigheder (Hauge (1984) side 37) (27). I Sverige bliver næsten halvdelen af samtlige personer som idømmes *over 2* års fængsel dømt med en stoflovsovertrædelse som hovedforbrydelse (Solarz (1983) side 18). I Danmark er det under 1/4 af alle som dømmes til 2 års fængsel *eller derover*, som aktuelt (d.v.s. 1978, det sidste år vi har landsdækkende statistik for) der er dømt med en stoflovsovertrædelse som hovedforbrydelse (Danmarks Statistik (1980)). Ikke så mærkeligt, at vore nordiske naboer er utilfredse med vort "lave" straffniveau på stoflovsområdet!

Med disse ubehagelige (mulige) fremtidstener skal jeg forlade min gennemgang af kontrolsystemets udvikling og denne udviklings konsekvenser, og vende mig mod næste emne: Nutidens stofmisbrugere.

Moderne stofmisbrugere

De sidste to årtiers danske stofmisbrugere adskiller sig med hensyn til livsbetingelser såvel fra de klassiske morfinister som fra Nyhavnsgruppen i de første efterkrigsår. Hovedårsagen hertil er som nævnt kontrolpolitikens stramning, men også den ændrede rekruttering af misbrugerne i forhold til klassiske morfinister er af betydning herfor. I dette afsnit skal jeg først se på stofmisbrugernes antal og baggrund, og dernæst på diverse aspekter af deres livsvilkår, specielt stofforbrugets sammensætning, kriminalitetens omfang og dødeligheden.

Antal og rekruttering

Siden 1972-1973 har det offentlige synspunkt - som udtrykt af Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien og dets efterfølgere Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål og Alkohol- og Narkotikarådet - været, at antallet af stofmisbrugere har ligget ret konstant et sted mellem 5 og 10.000 personer. Allerede i december 1971 skrev Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien i en redegørelse til indenrigsministeren, at "på grundlag af oplysninger fra behandlingsinstitutioner forskellige steder i landet, er det kontaktudvalgets øjeblikkelige - ikke tilstrækkeligt efterprøvede - indtryk af stofmisbrugersituationen, at der ikke er en stigning, men måske en vis nedgang i antallet af nye misbrugere." Andre institutioner med andre, og på det givne tidspunkt måske mindre veletablerede, interesser på området har dissenteret overfor dette synspunkt, såvel i den ene som i den anden retning.

Men det korte af det lange er, at vi kun har lidt direkte viden om, hvormange stofmisbrugere der faktisk er og har været. Endnu mindre ved vi i sagens natur om hvormange opiatbrugere der findes i Danmark; altså mennesker, som lejlighedsvis bruger opiater, uden at føle, at dette forbrug er problematisk, og uden at komme i konflikt med politiet eller andre myndigheder.

Et af de første forsøg på at skønne antallet af stofmisbrugere på landsplan er Holstein og Jersilds. Holstein og Jersild undersøgte 932 stofmisbrugere indsat i Vestre Fængsel i årene 1967-1969 med hensyn til behandlingsforløb og kriminalitet i de efterfølgende 5-6 år. På baggrund af, at der indgik 34 af de ialt 299 døde stofmisbrugere i årene 1968-1975 i materialet fra Vestre Fængsel, konkluderede Holstein og Jersild meget tentativt, at der i 1975 var omkring 9.000 personer i Danmark, som var aktuelle eller forhenværende stofmisbrugere (Holstein & Jersild (1976) side 26).

En anden samtidig undersøgelse forsøgte mere direkte at tælle stofmisbrugerne i Storkøbenhavn (København og Frederiksberg kommuner og Københavns amt) ved at kombinere oplysninger fra en række forskellige behandlingsinstitutioner og myndigheder i området (Holstein & Sindballe (1977)). Undersøgelsen identificerede 2981 forskellige personer født efter 1945, som i 1975 havde bopæl i én af de storkøbenhavnske kommuner, og i løbet af dette år

1. Havde været i kontakt med ét eller flere af de 6 behandlingssystemer for stofmisbrugere i det storkøbenhavnske område, og/eller
2. Havde været i kontakt med socialkontorer, somatiske eller psykiatriske hospitalsafdelinger (incl. Vestre Fængsels hospitalsafdeling), praktiserende læger eller kriminalforsorgen i frihed i København, og på én eller flere af disse steder var blevet vurderet som stofmisbruger, og/eller
3. Ifølge Sundhedsstyrelsens register over kopieringspligtige receptordinationer havde fået ordineret opiater uden at der kunne formodes at være en somatisk indikation herfor.

Disse knap 3000 personer må betragtes som et absolut mindstetal, idet ikke alle forespurgte besvarede henvendelsen. Således svarede kun halvdelen af socialkontorerne, 2/3 af de praktiserende læger og 5 ud af 7 somatiske hospitalsafdelinger på forespørgselen. Endvidere omfatter undersøgelsen ikke stofmisbrugere, som undgik registrering i 1975, eller som registreredes af politiet, uden at blive indsat i Vestre Fængsel.

Undersøgelsen er interessant af to grunde. For det første fordi den som sagt er den eneste tælling af stofmisbrugere i det storkøbenhavnske område. For det andet fordi den giver os visse oplysninger om fordelingen af stofmisbrugernes behandlingskontakter over de forskellige institutioner.

Tabel 10.			
2981 stofmisbrugere i København 1975 fordelt på alder.			
Fra Holstein & Sindballe (1977). I procent.			
Alder	Mænd	Kvinder	Ialt
15-21 år	25	33	27
22-25 år	47	41	46
26-29 år	23	21	22
Uoplyst	5	5	5
Ialt	100	100	100

De registrerede personers aldersfordeling er vist i tabel 10. For så vidt aldersfordelingen angår, bør det i parentes bemærkes, at undersøgelsen kun forespurgte om personer under 30 år. 73% af de registrerede personer var mænd og 27% kvinder. Gennemsnitsalderen var 23-24 år for mænd og 22-23 år for kvinder.

For så vidt behandlingskontakterne angår, så giver undersøgelsen oplysning om samtlige personer, som havde været i kontakt med egentlige stofmisbrugerbehandlingsinstitutioner, havde været indlagt på Vestre Fængsel eller en psykiatrisk hospitalsafdeling, havde fået kopieringspligtig medicin (overvejende metadon) hos en praktiserende læge, eller været i tilsyn hos kriminalforsorgen i frihed. Hvis vi derfor antager, at undersøgelsen lokaliserede i hvert fald halvdelen af samtlige stofmisbrugere i København, så kan vi finde minimumskøn over andelen af de københavnske stofmisbrugere, som i løbet af 1975 havde behandlingskontakter af ovennævnte type. Ved tilsvarende at antage, at undersøgelsen lokaliserede *alle* københavnske stofmisbrugere, kan vi finde maksimumskøn over andelen som havde kontakter af de givne typer. Resultaterne er vist i tabel 11, hvoraf det fremgår, at mens mindst 10% af misbrugerne i løbet af 1975 var indlagt på psykiatriske afdelinger og mindst 13% var indlagt på Vestre Hospital, så var *højest* 45% i kontakt med det egentlige behandlingssystem for stofmisbrugere; en kontakt, der kunne spænde fra et enkelt besøg i institutionen, til et langvarigt behandlingsforløb. Mellem 55 og 77% af de københavnske stofmisbrugere havde i 1975 ingen kontakt *overhovedet* med det behandlingssystem, som de primært forventedes at frekventere. - Modsvarende havde 871 stofmisbrugere, d.v.s. mindst 15% og højst 29% af de københavnske stofmisbrugere, i 1975 *udelukkende* haft kontakt med *enten* en psykiatrisk afdeling, *eller* Vestre Hospital *eller* kriminalforsorgen i frihed; d.v.s. behandlingsinstitutioner, som må siges at udføre en "bagstopperfunktion" i behandlingssystemet (28).

Tabel 11.		
Skøn over de københavnske stofmisbrugeres behandlingskontakter i løbet af 1975.		
Udfra Holstein & Sindballe (1977). I procent.		
I kontakt med:	Minimumsskøn under antagelse af at der var 6000 stofmisbrugere i Storkøbenhavn	Maximumsskøn under antagelse af, at der var 3000 stofmisbrugere i Storkøbenhavn
Behandlingsinstitutioner	23%	45%
Praktiserende læger (dvs. har fået kopieringspligtig medicin ordineret af disse)	13%	26%
Psykiatriske hospitalsafdelinger	10%	20%
Vestre Hospital (dvs. Vestre Fængsel)	13%	25%
Kriminalforsorgen i frihed	8%	15%

Den snart 10 år gamle københavnsundersøgelse er som sagt det mest storstilede forsøg på at tælle stofmisbrugerbefolkningen. Fra andre lokalsamfund foreligger enkelte andre

forsøg på at opgøre bestanden af stofmisbrugere. Således anslog Iwan Mark (Mark (1973) side 97), på baggrund af sit arbejde som mere eller mindre uofficiel lægekonsulent for stofmisbrugerne i Århus i årene efter 1968, at antallet af stofmisbrugere i Århus voksede fra 40-50 i oktober 1968 til omkring 450 i løbet af årene 1971-1972, mens Dagcentret i Århus anslog at antallet i 1974 var faldet til 250 (Dagcentret i Århus (udateret)). I årene 1980-1982 fandt Misfeldt & Byskov (1983a) 179 injektionsmisbrugere registreret af politiet og/eller socialforvaltningerne i Vejle amt. Og en undersøgelse fra Ålborg i 1980 lokaliserede knap 150 misbrugere gennem henvendelse til politiet og diverse sociale institutioner (Ungdomscentret i Ålborg (udateret)), mens en undersøgelse i Næstved og Nakskov samme år fandt henholdsvis 34 og 14 misbrugere bosiddende i de to kommuner (Åmtingsungdomscentret i Vordingborg (1980)). De forskellige undersøgelser giver følgende skøn over antallet af stofmisbrugere pr. 1000 indbyggere:

Århusområdet 1968	0,2
Århusområdet 1971-1972	2,4
Næstved kommune 1973/1974	1,5
Nakskov kommune 1973/1974	1,3
Århus kommune 1974	1,4
Storkøbenhavn 1975	2,2
Næstved kommune 1980	0,9
Nakskov kommune 1980	0,9
Ålborg kommune 1980	1,2
Vejle amt 1980-1982	0,6

Udfra disse spredte oplysninger virker det rimeligt at antage, at prævalensen af stofmisbrugere er omkring 2,5 promille af totalbefolkningen i hovedstadsregionen og Storårrhus, og omkring 0,6 promille af totalbefolkningen i resten af landet. Det vil sige, at der antagelig er knap 7000 stofmisbrugere, fordelt på knap 4500 i hovedstadsregionen, godt 500 i Storårrhus og knap 2000 i resten af landet.

En anden kilde til skøn over antallet af stofmisbrugere er politiets efterforskningsregister over stofmisbrugere, som baserer sig på politikredsens indberetninger til Rigsregistraturen. Heri indgår alle personer, som har modtaget alvorligere sanktion end *mundtlig* advarsel for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer; d.v.s. også sådanne, som gentagne gange er blevet fundet i besiddelse af f.eks. hash. Man skulle derfor forvente, at dette register omfattede forholdsvis mange personer, men det er ikke tilfældet. I årene 1977-1980 lå det årlige antal registrerede danske statsborgere nogenlunde konstant omkring 2400, mens der i årene 1981-1983 registreredes henholdsvis 3007, 3854 og 4164. Denne stigning kan dog (antagelig) forklares med den stærke intensivering af politiets indsats på stofområdet, der har fundet sted i netop disse år. Registret er iøvrigt præget af en meget stor nytilgang hvert år; således har mellem 46 og 67% af de registrerede personer i et givet år været hidtil ukendte i registret. I perioden 1977-1983 er der ialt indgået godt 14.000 danske statsborgere i registret. Men eftersom man altså også kan havne i registret, hvis man alene er hashryger eller speedfreak, siger dette antal intet om antallet af opiatmisbrugere (udover at det sandsynliggør at antallet af disse er væsentligt under 14.000!). Gennemsnitsalderen for de registrerede har iøvrigt skiftevis været 24 og 25 år - altså noget lavere end gennemsnitsalderen blandt de stofmisbrugere, som er i kontakt med behandlingsinstitutionerne, og uden den tendens til stigning, som de behandlede gennemsnitsalder udviser. At det ikke desto mindre drejer sig om en belastet gruppe

fremgår af, at andelen af de registrerede, som var uden beskæftigelse, er steget støt gennem hele perioden fra 62% i 1977 til 82% i 1983 (upubliceret materiale fra Narkotikainformationen i Rigspolitiet).

For så vidt angår spørgsmålet om nytilgangen til stofmisbrugerbefolkningen, er Misfeldt & Byskov den undersøgelse som giver mest direkte oplysninger herom. Undersøgelsen indsamlede oplysninger fra politiet og forskellige sociale myndigheder om de kendte injektionsmisbrugere i Vejle amt i perioden 1.1.1980-30.6.1982. Af de 179 personer mente de adspurgte myndigheder at kunne fastslå opiatdebutåret for de 159. Heraf var 15 angiveligt debuteret i årene 1980-1982, 26 i årene 1978-1979 og 118 før 1978. Ud fra disse tal og nogle antagelser om afgang fra stofmisbrugerbefolkningen beregnede Misfeldt & Byskov skøn over den årlige incidens af nye misbrugere i Vejle amt. Selvom disse tal - på grund af undersøgelsens afhængighed af korrektheden af myndighedernes oplysninger om de i 1980-1982 registrerede misbrugeres debutår, fuldstændigheden i myndighedernes registrering o.s.v. - må tages med et betydeligt forbehold, synes de dog at godtgøre, at selvom der fortsat rekrutteres nye misbrugere, så har den årlige nytilgang i de seneste år (i hvert fald i Vejle amt!) været lavere end i årene 1968-1977.

Også københavnsundersøgelsen fra 1975 forsøgte at belyse spørgsmålet om tilgangen af stofmisbrugere ved hjælp af oplysninger fra de praktiserende læger, stofmisbrugerbehandlingsinstitutionerne, socialforvaltningerne, kriminalforsorgen i frihed og de udvalgte somatiske hospitalsafdelinger, om årstallet for den første kontakt med de 2981 registrerede personer, som de pågældende behandlingssteder havde haft kontakt med i løbet af 1975. Ialt havde man oplysninger om tidspunktet for første behandlingskontakt for 1788 personer. For 1/3 af disse gjaldt det, at deres første kontakt med de pågældende institutioner havde været i 1975. Det er ikke på denne baggrund muligt at slutte noget direkte om hvor stor nytilgangen har været i 1975, men den høje andel af de registrerede personer, som først registreredes af de nævnte institutioner i 1975, synes dog at tyde på, at der også i 1975 var en tilgang til stofmisbrugerbefolkningen i København.

Efter disse, måske lidt langtrukne, forsøg på at bestemme størrelsen af, og udviklingen i, stofmisbrugerbefolkningen, skal jeg kort se på spørgsmålet om hvem der bliver stofmisbruger. Også her er vor viden i sagens natur sporadisk. Visse centrale tendenser fremgår dog klart af de mange undersøgelser som er lavet af forskellige udvalgte grupper af stofmisbrugere:

1. Stofmisbrugerne rekrutteres fra alle sociale lag, men i dag med en overrepræsentation af unge fra ufaglærte arbejderhjem (tabel 12).
2. Over halvdelen af stofmisbrugerne kommer fra brudte hjem. En meget stor del har endvidere været udsat for opvækstbelastninger af den mest håndfaste type: institutionsophold, forældreløshed, svært alkoholmisbrug og/eller grov og gentagen fysisk vold fra forældrene og/eller disses samlever (tabel 13).
3. Også med hensyn til skoleuddannelse, faglig uddannelse og erhvervs erfaring er stofmisbrugerne meget forskellige, men der er klar overrepræsentation af unge med få ressourcer af den nævnte art (tabel 14).
4. Dette har sammenhæng med et sidste forhold, nemlig at de fleste misbrugere rekrutteres før det fyldte 20. år (tabel 15). Man har i nogle år talt om, at den

gennemsnitlige debutalder - som var 15 i det i tabel 15 viste materiale - skulle være stigende, men de nyeste forlydender fra behandlingsinstitutionerne er, at den igen er faldende (29).

Tabel 12.				
Socialgruppeoprindelse blandt unge stofmisbrugere ved 6 undersøgelser, og i den normale ungdomsbefolkning. Socialforskningsinstituttets klassifikation.				
I procent.				
Undersøgelse:	I-III	IV	V	Ialt
Stofmisbrugere:				
Holstein & Jersild (1975)	42		58	100
Groths injektionsmisbrugere (Groth (1978))	37		63	100
Håstrup (1973)	41	35	24	100
Jepsen (1982)	32	32	35	99
Misfeldt & Byskov (1983b)	15	33	52	100
Ramer (1982)		u. 50	o. 50	100
"Normalbefolkningen":				
Hansen (1968)	49	24	27	100

Tabel 13.		
Forekomst af opvækstbelastninger hos 282 stofmisbrugere indlagt på Statshospitalet i Glostrup 1965-1972, som havde injiceret sig over 100 gange før indlæggelsen.		
I procent. Fra Groth (1978).		
	Mænd	Kvinder
Fra brudt hjem	57	63
Været under tilsyn af Børneværnet	53	37
Været på institution som barn	38	24
Procentbasis	223	59

Tabel 14.		
Faktisk og udfra totalbefolkningen med samme alder forventet uddannelsesfordeling blandt 42 stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling.		
Fra Winsløw & Ege (1983) side 74-75.		
	Faktisk	Forventet
Skoleuddannelse:		
7 år eller mindre	15	7,5
8-9 år	14	12,3
10 år	8	14,9
Student/HF	5	7,3
Erhvervsuddannelse:		
Færdiggjort faglig uddannelse	9	24,8
Ingen faglig uddannelse	33	17,2
Beskæftigelse indenfor fag blandt de 9, som havde en faglig uddannelse:		
Ingen siden uddannelsens afslutning	4	*1-2
Sammenlagt mindre end 1 år siden uddannelsens afslutning	2	
Sammenlagt 1 år eller mere efter uddannelses afslutning	3	*7-8
* Kvalificeret gæt.		

Tabel 15	
Alder ved opiatbrugens start blandt 42 metadonpatienter.	
Fra Winsløw & Ege (1983). I procent.	
Under 15 år	26%
15-16 år	35%
17-18 år	19%
Over 18 år	19%
Ialt	100%
Median debutalder	15 år

Livsbetingelser

Efter disse bemærkninger om stofmisbrugernes udgangsposition skal jeg gå over til at se på stofmisbrugernes forhold under misbruget. De første spørgsmål jeg vil se på er nært forbundne, nemlig hvor kriminelle og hvor stofbrugende er stofmisbrugerne egentlig?

Stofforbrug og kriminalitet

At *nogle* stofmisbrugere af samfundet er blevet betragtet som endda meget svært kriminelle, fremgår af tabel 16, hvor den samlede afsoningstid er vist for henholdsvis mænd og kvinder i to grupper "ældre" stofmisbrugere i metadonbehandling: Over 1/4 af mændene i FUS-materialet havde afsonet 4 års fængsel eller derover. Men tabellen antyder også, at der er en betydelig individuel spredning i stofmisbrugernes kriminelle belastningsgrad: 3/4 af kvinderne og 1/3 af mændene i materialet fra almen praksis havde aldrig fået en ubetinget fængselsstraf.

Tabel 16.				
Samlet afsoningsvarighed op til den aktuelle metadonbehandlings start i to grupper "ældre" stofmisbrugere i København.				
I procent. Fra Winsløw & Ege (1983) (= "almen praksis") og Forsøgsudvalget på Sundholm (1984) (= "FUS").				
Varighed af afsoninger	Kvinder		Mænd	
	Almen praksis	FUS	Almen praksis	FUS
Ingen afsoning	71	58	36	3
højst 1 år	24	25	36	24
13-47 måneder	6	16	28	45
mindst 4 år	0	0	0	28
I alt (procentbasis)	100 (17)	100 (12)	100 (25)	100 (29)
Gennemsnitlig alder ved behandlingens start	24 år	*31 år	26 år	31 år
* Gennemsnitlig alder for mænd og kvinder.				

Ovenfor viste jeg, at det årlige antal af alvorlige narkotikadomme er beskedent: Kun mellem 150 og 200 mennesker idømmes hvert år over 6 måneders fængsel overvejende eller udelukkende for overtrædelse af stoflovgivningen, og af disse er ikke alle stofmisbrugere.

Når nogle stofmisbrugere - det er uvist hvor mange (30) - derfor har langvarige fængselsophold bag sig, skyldes det i vid udstrækning anden kriminalitet end stofkriminalitet; specielt berigelseskriminalitet. De sædvanlige forestillinger om omfanget af stofmisbrugernes berigelseskriminalitet er dog vildt overdrevne. Det sidste skud på stammen af fantasiberegninger om omfanget af stofmisbrugernes berigelseskriminalitet er fremsat af den administrative leder af politiets kriminalpræventive undervisning ved skolerne i København, Niels Vestergaard Jeppesen:

"skønmæssigt indkøber en narkoman på "det sorte marked" dagligt narkotika for 2000 kr. - det vil sige ca. 720.000 kr. på årsbasis. Det er nok realistisk at antage, at der i Danmark er ca. 7.000 narkomaner, hvilket vil sige, at de faste udgifter til indkøb af stoffer på årsbasis beløber sig til ca. 5.040.000.000 kr.!!! - når man ved at et stjålet farve-TV til en værdi af ca. 7.000 kr., måske kun indbringer 1.000 kr., begynder man at kunne anskue de faktiske omkostninger ved narkotikamisbruget i Danmark". (Niels Vestergaard Jeppesen i den københavns omegnsavis *Vestegnen*, 23.8.1983 som citeret af Balvig (1983b)).

Baggrunden for disse fantasi(mis)fostre er de oplysninger, som stofmisbrugerne giver til politiet (og til andre) om prisen på ulovlige stoffer, for de er i sandhed astronomisk høje; koblet med myten om stofmisbrugeren som en abstinensstyret kriminalitetsmaskine. I tabel 17 har jeg anført de heroinpriser, jeg har fået oplyst af 5 forskellige ledende narkotikapolitifolk i København og større provinsbyer ved forespørgsler i sommeren 1984. Som det fremgår af tabellens yderste kolonne, er prisen for en "enkelt dosis" i gennemsnit godt 200 kr. i København, og over 300 kr. i provinsen. "Enkeltdosis" betyder her den mængde, som jeg skønner de fleste personer, der har indtaget opiater 2-3 gange ugentligt over ½ års tid, skal indtage intravenøst for at overskride deres tolerancetærskel og få organiske impulser af en sådan styrke at brugeren kan konstruere en euforisk bevidsthedseffekt af dem (jævnfør kapitel 1). For en ikke-tolerant person vil 2-5 mg være en tilstrækkelig dosis, mens en daglig bruger vil skulle tage adskilligt mere (31). En person med samme tolerance som Pontoppidans gennemsnitspatient (jfr. tabel 1 i dette kapitel) vil i løbet af en dag skulle indtage mellem 40 og 50 gange en sådan enkeltdosis (32). Et sådant forbrug ville, hvis pågældende indkøbte stoffet til de i tabel 17 angivne gennemsnitsdetailpriser, koste ham omkring 10.000 kr. om dagen. Er et sådant forbrug overhovedet tænkeligt? Svaret er helt klart nej, medmindre det drejer sig om en stofmisbruger, som selv er *storforhandler* af heroin. En kvindelig prostitueret stofmisbruger ville, for at tjene et beløb af denne størrelse, dagligt skulle have mellem 40 og 50 kunder. Og en stofmisbruger, som skaffer pengene til sit forbrug ved hjælp af tyverier, ville skulle stjæle og *videresælge* for mellem 20 og 100.000 kr. *dagligt* (afhængig af de stjalne genstandes art) for at have 8-10.000 kr. til heroin. Ingen af delene er mulige: *Tiden* slår simpelthen ikke til, for at gennemføre så mange enkelttransaktioner af den ene eller den anden slags, og så oveni skaffe sig stoffet.

Tabel 17.

Skøn over heroinprisen i yderste led ifølge politiets oplysninger forskellige steder i Danmark, sommeren 1984.

Lokalitet*	Kilde	Oplyst mængde	Oplyst styrke	Oplyst pris (kroner)	Beregnet pris per 10 mg heroin (kroner)
København	1	0,3-0,5 g	8-25%	500-2000	40-830 (220)**
København	2	1 g	15-20%	min. 2500	min. 125
Provinsby A	3	0,3-0,5 g	15-25%	ca. 2000	160-440
Provinsby A	2	1 g	15-20%	ca. 4500	225-300
Provinsby B	4	1 g	10-12%	ca. 4000	330-400
Provinsby C	5	0,25-0,3 g	20%	1500-2000	250-400
Provinsen	2	1 g	15-20%	højst 6000	højst 400

* Af hensyn til et ønske fra min kilde i en af provinsbyerne er disse "anonymiserede".

** Gennemsnitspris for 10 mg beregnet ud fra den oplyste gennemsnitlige pris og styrke for et rør indeholdende 0,3 g "stof" (15%, 1000 kr.).

Men hvor berigelseskriminelle er stofmisbrugerne? Og hvor mange penge giver berigelseskriminalitet og andre aktiviteter dem til indkøb af opiater?

Ifølge en udtalelse til radioavisen den 14.7.1984 af venstrepolitikerens Bjørn Elmquist begik de ca. 12.000 (danske såvel som udenlandske) personer, som i årene 1977-1982 indgik i det særlige efterforskningsregister for stoflovsovertrædelser, 18% af samtlige opklarede straffelovsovertrædelser i 1982. Selvom disse personer, som ovenfor nævnt, a) ikke alle er stofbrugere, og b) slet ikke alle er opiatbrugere, og c) tallet ikke inkluderer de stofmisbrugere, som alene er kendt af andre myndigheder end politiet (33), så stemmer disse 18% meget godt overens med resultatet af en undersøgelse, Københavns Politi lavede af, hvem gerningsmændene var til de opklarede berigelsesforbrydelser i NV-kvarteret i København i månederne februar til april 1981. I denne undersøgelse fandt man, at knap 1/3 af samtlige opklarede forhold var begået af "narkomaner". Samme år undersøgte politiet hvem der begik de opklarede røverier mod pengeinstitutter, og her var andelen af "narkomaner" 1/4 i København og 1/6 i resten af landet (Rigspolitichefen (1982) side 32-33). Udfra disse tal skønner Alkohol- og Narkotikarådet i sin nyligt udkomne redegørelse om behandlingen af stofmisbrugere, at den gennemsnitlige stofmisbruger i 1982 begik mellem 8 og 13 anmeldte (men ikke nødvendigvis opklarede) berigelsesforbrydelser, brugstyverier ikke medregnet (Alkohol- og Narkotikarådet (1984) side 32-33). Dette svarer til 12% af samtlige anmeldte overtrædelser af straffeloven og særlovgivningen. Medregner man stof- og andre særlovsovertrædelser (våbenlov, færdselslov m.v.) og brugstyverier, som stofmisbrugerne også hyppigt begår, når man frem til, at de 6-10.000 stofmisbrugere antageligt begår lidt over 100.000 af de knap 700.000 anmeldte lovovertrædelser hvert år. Gruppen er således som helhed "svært kriminelt belastet" i den forstand, at dens medlemmer tilsammen begår mange registrerede lovbrud.

Men hvad er udbyttet i kroner og ører af alle disse handlinger? Det har vi i sagens natur ikke nogen direkte viden om, men kriminologen Flemming Balvig er gennem en analyse af den mulige sortbørsomsætningsværdi af de i 1977 anmeldte tyverier nået til et skøn over udbyttets omtrentlige størrelse (Balvig (1983a)). Resultaterne fremgår af tabel 18, hvoraf det ses, at den samlede indkomst som tyvene i 1977 kunne have haft fra anmeldte tyverier var i størrelsesordenen 125 mio. kr. Hvis vi i overensstemmelse med resultaterne af politiets undersøgelse af de opklarede berigelsesforbrydelser i NV-kvarteret antager, at stofmisbrugerne tegner sig for 1/3 af samtlige anmeldte (opklarede såvel som ikke-opklarede) berigelsesforbrydelser, så bliver stofmisbrugernes andel i dette udbytte ca. 42 mio. 1977-kr. (34).

Nu er *anmeldte* tyverier selvfølgelig ikke det eneste illegale middel man kan anvende til at skaffe sig forbrugsgoder, hvad enten man er stofmisbruger eller ej. Specielt må man også medregne ikke-anmeldte tyverier, forskellige former for dokumentfalsk og bedrageri (specielt checkfalsk og socialbedrageri) og selvfølgelig røverier. Størrelsen af stofmisbrugernes indkomster fra disse kilder kendes ikke, men er for checkfalsk og socialbedrageri næppe særlig store, idet de forudsætter bestemte heldige omstændigheder for at den villige stofmisbruger kan realisere dem (såsom at man får fat i en anden persons checkhæfte, respektive at man i en periode har arbejde, så man bliver i stand til at hæve offentlige overførselsindkomster samtidig med erhvervsindkomster).

Tabel 18.			
Skøn over udbyttet fra samtlige i 1977 anmeldte tyverier.			
Fra Balvig (1983a) side 60.1 millioner kroner.			
Kosternes art	Tab for ofrene	Afsætningsværdi i % af tabsværdi	Skønnet udbytte
Motorkøretøjer	205	1%	2
Cykler	30	5%	2
Radio m.v.	86	30%	26
Knallerter	33	5%	2
Penge	66	100%	66
Foto m.v.	28	50%	14
Antik m.v.	16	30%	5
Værktøj	8	10%	1
Tøj	8	10%	1
Sprit og tobak	6	50%	3
Andet	25	10%	3
Ialt	511		125

De ikke-anmeldte tyverier falder i to hovedgrupper, de skjulte (d.v.s. de tyverier, hvor ofret opdager tabet, men ikke melder det) og de dobbelt-skjulte (d.v.s. specielt tyverier, hvor ofret ikke opdager tabet. Det typiske eksempel er butikstyverier).

De *skjulte* tyverier falder i to grupper for så vidt stofmisbrugere angår. For det første tyverier af stoffer fra andre stofmisbrugere, og for det andet tyverier af andre genstande.

Tyveri/røveri af stoffer fra andre stofbrugere har et ukendt, men formentlig ikke ubetydeligt omfang (den uformelle sanktionsrisiko er dog stor, så måske er denne type tyverier ikke så omfattende endda). På den anden side er det væsentlige forhold ved disse forbrydelser, når man skal vurdere værdien af stofmisbrugernes samlede berigelses-kriminalitet - deres mellemværende med resten af samfundet - at disse stoffer er (ulovligt) erhvervet i forvejen. Mens de således nok indgår i den *enkelte* stofmisbrugers økonomi, så påvirker de ikke de økonomiske transaktioner *mellem* stofmisbrugerne og den øvrige befolkning. Det samme må siges om de øvrige skjulte tyverier. Balvigs interviewundersøgelse af ofrene for sådanne tyverier viser, at de stjalne effekter for det første er af lav værdi, og for det andet sjældent er omsættelige på det sorte marked (jfr. Balvig (1983a)).

Anderledes forholder det sig med de *dobbelt-skjulte* tyverier, altså de ikke-opdagede (butik)s tyverier. Greve (1974) skønnede, på basis af en undersøgelse i 500 københavnske forretninger, at udbyttet fra disse tyverier udgjorde omkring 0,4 promille af den samlede detailhandels omsætning. Disse tyveriers ofre var overvejende supermarkeder og stormagasiner, af hvis omsætning de udgjorde 0,25%. Dette ville skønsmæssigt i 1983 svare til mellem 130 og 140 mio. kr. Balvig (1983a) anfører, at udenlandske un-

dersøgelser tyder på, at af disse tyverier tegner de ansatte i de pågældende butikker sig for mindst halvdelen. Hvis man sætter stofmisbrugernes andel af disse tyverier til 1/4 er det derfor antageligt højt sat.

Skal man alt i alt skønne værdien for *stofmisbrugerne* af deres samlede berigelseskriminalitet, må det for 1983 blive et beløb i størrelsesordenen 150 mio. kr., nemlig 100 mio. kr. fra anmeldte tyverier (35), 10 mio. kr. fra socialbedrageri, checkfalsk og røverier, og 40 mio. kr., som stofmisbrugerne frigør fra deres iøvrigt lovlige pengeindkomster til stof, ved at erhverve forbrugsgoder gennem dobbelt-skjult kriminalitet. Det "direkte" tab for "samfundet" (36) ved den af stofmisbrugerne begåede berigelseskriminalitet kan skønnes at have ligget mellem 400 og 500 mio. kr. i 1983.

Det forhold, at stofmisbrugerne årligt beriger sig for knap 1/2 mia. kr. og iøvrigt begår omkring 100.000 anmeldte lovovertrædelser, siger dog hverken noget om stofbrugets "kriminogene" virkning, eller om stofmisbrugernes pengeforbrug til opiater.

Specielt indenfor amerikansk kriminologi har der i årtier raset en hæftig diskussion om hvorvidt stofmisbrug er "årsag" til anden kriminalitet, eller om kriminalitet "medfører" en større risiko for stofmisbrug. (Se således oversigterne i McGlothlin (1978), Chambers (1974)). Det påstås til tider fra filosofisk side, at når sådanne disputer ikke vil holde op, så skyldes det, at det spørgsmål, som striden står om, er dårligt formuleret. Det er i hvert fald helt klart tilfældet med dette spørgsmål, idet "kriminalitet" og "stofmisbrug" af begge stridens parter, betragtes som en slags endimensionale "variable" eller "faktorer", som man enten kan sætte på en ligning, eller ind i et flot "flow-chart" med årsagsretningsangivende pile mellem boksene (37). Man overser som regel ganske, at faktorerne påvirkning af hinanden skal formidles af et tænkende og følende menneske. Men det gælder nu engang for stofmisbrugere som for andre, at mens nogle hellere vil lide nød end at stjæle mad i et supermarked, så vil andre slå gamle damer ned for at få penge til en biografbillet.

Når nogle stofmisbrugere derfor er svært berigelseskriminelle, og nogle få endda voldskriminelle, så må dette forhold ses ud fra, hvorledes disse mennesker generelt betragter sig selv, d.v.s. udfra det billede af dem, som andre har konfronteret og konfronterer dem med.

Jeg tror derfor, at når flere stofmisbrugere i dag end for 15 år side er alvorligere berigelseskriminelle, så skyldes dette *delvist*, at et stigende antal af de nyrekrutterede stofmisbrugere siden 1960'ernes slutning i forvejen har været stemplet som kriminelle af normalsamfundet, og *delvist*, at en større del af de oprindelige stofmisbrugere, som har fastholdt deres stofmisbrug, har været stemplet som kriminelle, end af de som ophørte med stofbrug. Nødvendigheden af at begå berigelseskriminalitet, hvis man ville købe stadig dyrere stof, har ført til en *udvælgelse* af de i forvejen kriminelle blandt de *potentielle* stofmisbrugere. I takt hermed er synet på stofmisbrugerne som bunduhæderlige vokset sig stadig stærkere, hvilket forstærker legitimeringen af berigelseskriminalitet blandt stofmisbrugerne. Stofmisbrugerbefolkningens stigende kriminalitet kan således føres tilbage til den øgede politiindsats på narkotikaområdet, som gennem en stadig driven stofprisen i vejret har udvalgt de stofmisbrugere til "overlevelse" som stofmisbrugere, som var villige til at begå stadig flere, og måske stadig alvorligere, kriminelle handlinger, for at få penge til stof.

Disse betragtninger, som har væsentlige kriminalitetsforebyggende og kontrolpolitiske implikationer, understøttes af to kendsgerninger: Den stadige mindskning af opiaternes del af stofmisbrugernes totale stofbrug, og den beskedne rolle som voldelig berigelses-kriminalitet (endnu) spiller for danske stofmisbrugere i deres samlede berigelseskrimi-nalitet i forhold til f.eks. USA. Disse to forhold kan sammenfattes i den parole, som de fleste danske stofmisbrugere (*endnu*) lever under: Hellere dø af en overdosis Abalgin end slå en gammel dame ned for at få penge til den ægte vare!

I årene 1977-1983 begik danske stofmisbrugere ialt 52 anmeldte og opklarede røverier mod læger og apoteker, eller i gennemsnit mellem 7 og 8 om året. Eftersom anmeldel-seshyppigheden ved denne type røveri må antages at være meget høj, og opklaringspro-centage for alle røverier under ét er over 50%, er det rimeligt at antage, at antallet af så-danne røverier ikke oversteg 20 om året i denne periode. Det giver en hyppighed på "oplagte" stofmisbrugerrøverier på mellem 2 og 3 pr. 1000 stofmisbrugere pr. år.

Ser vi på andre røverier, så blev der i perioden 1979-1983 ialt anmeldt 7.432, af hvilke som nævnt halvdelen blev opklaret. Ovenfor nævnte jeg, at politiet klassificerede ca. hver 5. gerningsmand til røverier mod pengeinstitutter som "narkoman". I lyset af de meget få apoteksrøverier som gennemførtes, og i lyset af det nævnte lave antal stofmis-brugere som er anbragt i Kriminalforsorgens institutioner, virker det overraskende højt, men lad os ikke desto mindre antage, at hver 5. anmeldte røveri begås af en stofmisbru-ger. Det giver skønmæssigt yderligere små 300 røverier begået af stofmisbrugere om året, eller ialt mellem 3,2 og 5,3 voldelige berigelsesforbrydelser pr. 100 stofmisbrugere pr. år, afhængig af om vi antager der er 6 eller 10.000 stofmisbrugere. De tilsvarende tal for stofmisbrugere i New York er omkring 100 gange højere, nemlig 3,16 *pr. stofmis-bruger pr. år!* (Inciardi & Chambers (1972)) (38). Samme undersøgelse fandt, at 61% af de mandlige, og 41% af de kvindelige stofmisbrugere havde begået voldelig berigelses-kriminalitet.

At det danske samfund er så heldig at have nogle stofmisbrugere, som er meget lidt vol-delige sammenlignet med f.eks. amerikanske stofmisbrugere, hænger sammen med hvorledes de mennesker, som bliver stofmisbrugere, tidligere er blevet defineret af os andre, og med, hvorledes vi definerer stofmisbrugerne. Læren heraf er, at den dag "Bullshit" får smag for heroin - som de har fået smag for hash -, eller den dag, én eller anden politiker forsøger at slå sig op på at have opdaget, at stofmisbrugere er voldskri-minelle, så *får* vi måske voldeligt kriminelle stofmisbrugere. Lige så lidt som man nød-vendigvis bliver "kriminell" af at bruge opiat, lige så lidt (for)bliver man nødvendigvis et ikke-aggressivt gemyt af at bruge opiat! Tilsvarende er vores budskab til stofmis-brugeren om at han stjæler, den bedste legitimering han kan ønske sig af at være beri-gelseskriminell (39).

En anden konsekvens af, at de danske stofmisbrugere reagerer "pænt" på den stigende stofpris, som kontrolpolitikken medfører, er, at de dør langt hyppigere end f.eks. ameri-kanske stofmisbrugere. Denne dødelighed er overvejende betinget af stofbrugets gene-relt beskedne omfang, uregelmæssighed og blandede karakter.

At moderne opiatmisbrugere, i modsætning til klassiske morfinister, har et beskedent og uregelmæssigt opiatforbrug, har været diskuteret siden 1964 (Chein m.fl. (1964)).

Jeg har tidligere (Winsløw 1984a)) anslået danske stofmisbrugerers gennemsnitlige opi-atforbrug til 30 mg heroin daglig. Selvom jeg stadig finder at dette skøn er rimelig kor-rekt vil jeg gerne her præcisere og revidere visse af forudsætningerne for det (40). Den som ikke er interesseret i detaljerne bag skønnet kan springe direkte herfra til nederst side 94.

Mit skøn baserer sig på antagelser om

1. Priserne på heroin og andre opiater i yderste led.
2. Antallet af "aktive" stofmisbrugere og deres geografiske fordeling.
3. Andelen af den totalt forbrugte mængde, som forbruges af mellemhandlere.
4. Stofmisbrugernes indtægter.

Ad 1. Stofpriserne i yderste led:

Opiatmarkedet er delt i 2 delmarkeder, begge med geografiske variationer i prisen. For det første marke-det for ulovligt erhvervede opiatholdige lægemidler, og for det andet heroinmarkedet. Udfra politiets beslaglæggelser (jfr. tallene i tabel 4 ovenfor), og specielt udfra mine samtaler med stofmisbrugere, er det min overbevisning, at lægemiddelmarkedet (det vil specielt sige metadonmarkedet) er meget lille. Det er svært at få fat i opiatholdige lægemidler, på trods af, at prisen er lav (i København mellem 10 og 15 kr. per tablet indeholdende 5 mg metadon eller ketobemidon). Jeg skal derfor antage, at dette markeds andel af den totale omsætning udgør 3%, og det er efter min mening højt sat, hvilket jeg skal sandsynliggøre nedenfor. Prisen er mindst 3 kr. per mg på landsplan. For så vidt prisen på heroinmarkedet angår, vil jeg sætte den til 20 kr. per mg i København og Århus, og 30 pr. mg i resten af provinsen (jfr. tabel 17).

Ad 2. Antallet af "aktive" misbrugere:

De officielle skøn over det totale antal stofmisbrugere er 6-10.000. Som ovenfor nævnt tror jeg, at 7.000 er et rimeligt skøn, fordelt på 5.000 i København og Århus og 2.000 i resten af landet. 3/4 er mænd. Af disse 7.000 er på et givet tidspunkt

- a) 300 indsatte i fængsel/arrest
- b) 700 i socialpædagogisk behandling (jfr. næste kapitel)
- c) 100 indlagt på hospital
- d) 700 under ambulantly nedtrapping eller i længerevarende metadonbehandling (jfr. næste kapi-tel).

Af de 7.000 stofmisbrugere er således omkring 1800 uden for markedet i forbindelse med behandling eller lignende. Jeg skal endvidere antage, at 1200 af egen drift holder en længerevarende pause uden for behandlingssystemet, således at antallet af aktive misbrugere er 4.000, ligeligt fordelt over køn og lands-del, d.v.s. 2100 mænd og 700 kvinder i København- og Århusregionen og 900 mænd og 300 kvinder udenfor de to storbyområder.

Ad 3. Andelen af den totalt forbrugte mængde, som forbruges af mellemhandlere:

I amerikanske undersøgelser (Holahan (1972) som citeret af Enroth & Lenke (1980)) har man fundet, at omkring halvdelen af den forbrugte mængde forbruges af distributørerne, d.v.s. til en pris af 0 kr. pr. mg. Dette gælder dog kun for heroinmarkedet; for lægemiddelmarkedet må denne andel antages at være så lille, at man kan se bort fra den. Jeg skal antage, at det i København af ikke-forhandlere forbrugte er be-lagt med "omsætningsafgift" på 100%, og det i provinsen forbrugte med en omsætningsafgift på 200% p.g.a. de(t) ekstra led (det forhold at de fleste stofmisbrugere er "deltidsleverandører" i forhandlerkæden spiller ingen rolle for spørgsmålet om omsætningsafgiftens størrelse, for tilsvarende er de jo også "del-tidsaftagere" på dette marked).

Ad 4. Stofmisbrugerbefolkningens indkomster:

Når jeg i det følgende taler om indkomster, så mener jeg indkomster ud over det, som er nødvendigt til livets opretholdelse, incl. erhvervslønnen af andre stoffer end opiater, herunder tobak, alkohol, hash og di-

verse lovligt og ulovligt erhvervede lægemidler. Disse "basisudgifter" har jeg sat lig med den bistands-hjælp, som de fleste stofmisbrugere modtager. Jeg skal således antage at:

- a) 10% af stofmisbrugerne på et givet tidspunkt *er i arbejde* (41) og at indkomsten herfra bidrager til den samlede opiatomsætning med hvad der på årsbasis svarer til 25.000 kr. pr. arbejdende person.
- b) 20% af stofmisbrugerne bor hos forældre eller hos en partner, eller *modtager så store gaver* fra familien, at størstedelen af bistandshjælpens rådighedsbeløb kan anvendes til opiat. Lad os igen sige ca. 25.000 kr. per person per år.
- c) For så vidt *prostitution* angår skal jeg antage, at 75% af de stofmisbrugende kvinder er prostituerede; i København og Århus med en ugentlig nettofortjeneste på 5.000 kr., og i provinsen med en ugentlig nettofortjeneste på 2.000 kr.
- d) At den gennemsnitlige indkomst fra *sort arbejde* er 5.000 kr. pr. stofmisbruger pr. år.
- e) At den årlige totalindkomst fra *anmeldte tyverier* er 100 mio. kr. (jfr. ovenfor)
- f) At den årlige totalindkomst fra dokumentfalsk, bedrageri og røveri er 10 mio. kr.
- g) At stofmisbrugerne gennemsnitlig frigør 10.000 kr. pr. person pr. år fra deres pengeindkomster gennem *butikstyverier af fødevarer o.lign.* (svarende til godt 1/4 af den samlede dobbelt-skjulte kriminalitet af denne art).
- h) At 3/4 af de i provinsen boende og 1/4 af de i København og Århus boende stofmisbrugere har lejlighedsvis indtægter gennem handel med *hash* på gadeplan i størrelsesordenen 20.000 kr. pr. person pr. år, svarende til, at hver sælgende stofmisbruger sælger omkring 800 g om året med en gennemsnitlig fortjeneste på 25 kr. pr. gram.
- i) At de 4.000 misbrugere i gennemsnit sælger 2 x 20 mg ulovlige opiat pr. måned til 10.000 lejlighedsvis *brugere* med en gennemsnitlig fortjeneste på 30 kr. pr. mg.

Samlet giver det skønsmæssigt følgende totalindkomster (i mio. kr)

- arbejdsindtægter	10
- gaver o.lign.	20
- prostitution, København og Århus	136,5
- prostitution, provinsen iøvrigt	23,4
- sort arbejde	20
- anmeldte tyverier	100
- dobbelt-skjulte butikstyverier	40
- hashhandel, København og Århus	14
- hashhandel, provinsen iøvrigt	13,5
- ulovlig opiathandel, København og Århus	8,4
- ulovlig opiathandel, provinsen iøvrigt	3,6
- checkfalsk, socialplat og røveri	10
Ialt	399,4

Fordeles disse indkomster geografisk, fås:

København og Århus	298,9 mio kr.
I provinsen iøvrigt	100,5 mio kr.

Eller omsat til stof:

Heroin:

København og Århus	14,5 kg
Provinsen iøvrigt	3,2 kg

Legale opiat (42)

København og Århus	3,0 kr
Provinsen iøvrigt	1,0 kg

Dertil lægges "omsætningsafgiften" (jfr. pkt. 3 ovenfor), på 100% af det i København og Århus forbrugte og 200% af det i resten af landet forbrugte. Hermed bliver det skønnede totalforbrug knap 43 kg, af hvilke 4 kg eller godt 9% af den samlede mængde stammer fra opiatholdige lægemidler.

Det anslåede gennemsnitlige forbrug pr. "aktiv" stofmisbruger bliver således under disse forudsætninger 29 mg pr. dag; eller, for nu at tage skyldig hensyn til størrelsen af den

usikkerhed, som knytter sig til forudsætningerne: Mellem 15 og 50 mg daglig (43). Eftersom omkring halvdelen af den totalforbrugte mængde forbruges af de stofmisbrugere, som på et givet tidspunkt deltager i distributionen, er det klart, at gennemsnitsforbruget blandt de stofmisbrugere, som på et givet tidspunkt ikke er så heldige at have en del i denne kage - altså de stofmisbrugere, som gennem arbejde, prostitution og kriminalitet skraber de knap 400 mio. kr. om året sammen, som er hele markedets forudsætning - er væsentligt lavere, formentlig i størrelsesordenen 15-25 mg pr. dag mod forhandlernes gennemsnitsforbrug på mellem 50 og 70 mg pr. dag (44).

Kontrolsystemets effekt: Død og elendighed

Takket være politiets og den øvrige del af kontrolsystemets indsats er gennemsnitsprisen for en given mængde opiat (forhandlerforbruget medregnet) i det sidste årti blevet mere end tyvedoblet *regnet i faste priser*, og stofmisbrugernes gennemsnitlige opiatdøgndosis reduceret til 1/10 af hvad den var i 1972 (45).

Men hvis den gennemsnitlige misbrugers forbrug kun er blevet reduceret til 1/10 af hvad det var i 1972 mens prisen per mg stof er blevet 20-doblet, betyder det, at den samlede omsætning i yderste led, målt i faste priser, i dag er dobbelt så stor som i 1972.

Den øgede repression af stofmisbrugerne har således ikke reduceret opiatmarkedets værdi for de internationale bagmænd, men tværtimod øget dette markedes værdi. Samtidig har den øgede repression nødvendigvis medført en væsentlig stigning i stofmisbrugernes kriminalitet, fordi misbrugerne kun har reduceret deres gennemsnitsdosis halvt så hurtigt som opiatpriseme er steget. *Politiets indsats på stofområdet har således haft den stik modsatte virkning end den ønskede: I stedet for at mindske opiatmarkedets værdi for de internationale bagmænd har den øget denne værdi. Og i stedet for at mindske opiatmisbrugernes berigelseskriminalitet har den også øget den!*

Hvad værre er, er at den øgede repression, og det dermed følgende reducerede opiatforbrug har gjort stofbruget mere uregelmæssigt, sammensat og helbredsfarligt. Hvordan det?

For så vidt uregelmæssigheden i opiatforbruget angår, så er det rimeligt at antage, at langtfra alle stofmisbrugere får fat i opiater hver dag, når den gennemsnitlige døgndosis, som ovenfor beregnet, ligger mellem 15 og 50 mg. Det vides da også fra etnografiske studier af stofmisbrugere i USA, at "aktive" heroinister kun i gennemsnit får fat i heroin i 4 ud af 10 "aktive" misbrugsdage (Goldstein (1981)). Herhjemme har amtsunngdomscentret i Vordingborg i sin undersøgelse af stofmisbrugere i Næstved og Nakskov fundet, at af de "aktive misbrugere" indtog kun knap 40% opiater daglig, mens næsten 50% indtog det sjældnere end 2 gange ugentligt. Når dette kombineres med at markedet til stadighed "brydes op" af politiet, og stofmisbrugeren derfor ikke kan købe sit stof hos en fast forhandler, som holder en nogenlunde konstant styrke i sine varer, er konsekvensen en voldsomt øget forgiftningsrisiko p.g.a. at stofmisbrugeren opiattolerance er lav, og ham selv ukendt, og det indtagne stof af ukendt styrke. I en gennemgang af 208 forgiftede stofmisbrugere indbragt til Kommunehospitalet i København i 1980 bemærker forfatterne da også, at "antallet af indbragte varierede stærkt (0-13) fra uge til uge, med tendens til ophobning inden for det samme døgn" (Andreassen og Bohm (1982) side

653-654). Dette antyder, at styrken af det ulovlige stof på markedet er højst uregelmæssigt.

Foruden at være uregelmæssigt, så er opiatbruget stærkt opblandet med brug af andre smertestillende og beroligende midler, såsom propoxifen (Abalgin, Doloxene), benzodiazepiner (f.eks. Stesolid), og med alkohol og hash. Ikke mindst Abalgins rolle i misbruget er betænkeligt, fordi stoffet er meget giftigt (46), specielt når det indtages sammen med alkohol. At blandingen af mange forskellige stoffer kombineret med uregelmæssigheden i forbruget af det enkelte stof generelt udsætter stofmisbrugeren for betydelige helbredsrisici fremgår af tabel 19 og 20: I tabel 19 er vist, at af de 135 dødsfald blandt danske stofmisbrugere under 40 år i 1981, skyldtes de 120 forgiftninger, heraf alene 53 med morfin. Dette på trods af, at eksperimenter har vist, at selv indtagelse af 9 gange den sædvanlige enkeltdosis kun medfører ubetydelige forandringer i de vitale organers funktion hos morfintolerante personer (Brecher (1972) side 108). Hvis opiatforgiftningsdødeligheden virkelig er så høj som de danske retsmedicinere hævder, kan det kun forklares med at den sædvanlige styrke i den ulovlige heroin og morfinbase er endog meget lav, for kun hvis det er tilfældet, vil tilførslen af potent stof til markedet medføre dødsfald (47).

Tabel 19.		
Dødsårsager hos 135 danske stofmisbrugere i 1981.		
I procent og absolutte tal.		
Fra Ege (1984).		
Forgiftninger:	Absolutte tal	Procent
Morfin/heroin (+evt. alkohol)	53	39,3
Morfin/heroin (+ et eller flere af følgende: metadon, dextropropoxifen, antidepressiva, barbiturater, metakvalon, antihistaminika, ketogan, petidin, kodein, diazepam)	19	14,1
Dextropropoxifen (+evt. alkohol)	16	11,9
Dextropropoxifen (+evt. et eller flere af følgende: barbiturater, benzodiazepiner, alkohol, metadon, kodein)	6	4,4
Metadon (+ evt. alkohol, barbiturater, diazepam)	9	6,7
Barbiturater (+ evt. alkohol, diazepam)	10	7,4
Alkohol + petidin + ketogan	2	1,5
Kloralhydrat + alkohol	1	0,7
Diazepam	1	0,7
Ukendt forgiftning	3	2,2
Forgiftninger ialt	120	88,9
Sygdom	6	4,4
Suicidium ved knivlæsion, hængning, spring fra 4. sal	4	3,0
Ulykkestilfælde	1	0,7
Uoplyst	4	3,0
Ialt	135	100,0

For som det fremgår af tabel 20, så skyldes kun et fåtal af disse forgiftningsdødsfald (mellem 13 og 28%) selvmord (48). En retsmedicinsk diagnose kan dog i sagens natur ikke være 100% pålidelig i dette spørgsmål: Er man så fortvivlet at man har besluttet at tage sig selv af dage, må spørgsmålet om at efterlade besked herom til rette myndighed synes ret ligegyldigt.

Tabel 20.			
Dødsårsag blandt 215 døde stofmisbrugere i Danmark, 1978-1979.			
I procent. Fra Kringsholm m.fl. (1981).			
Dødsårsag	Forgiftningsdødsfald	Ikke forgiftningsdødsfald	Alle dødsfald
Selv mord	13	55	19
Ulykkestilfælde	72	9	62
Selv mord eller ulykkestilfælde	15	9	14
Naturlig død	0	18	3
Drab	0	6	1
Ukendt	0	3	1
Ialt	100	100	100
Procentbasis	181	34	215

Antallet af "narkomandødsfald" har siden 1979 været over 100 om året. Ialt er der i perioden 1968-1983 registreret 1245 sådanne dødsfald; 6 i 1968 og 139 i 1983. Stigningen har været jævn i det meste af perioden. Der er på den ene side ingen tvivl om, at det ikke er alle disse dødsfald som er indtruffet blandt egentlige stofmisbrugere (Helweg-Larsen & Kringsholm (1984)). Men på den anden side er der heller ikke tvivl om, at disse indberettede dødsfald ikke omfatter samtlige dødsfald blandt stofmisbrugere (Voigt (1979)). Dødsfald af somatiske årsager blandt stofmisbrugere er således antagelig underrapporterede p.g.a. den dødsattesterende læges uvidenhed om indberetningspligten og/eller om den afdødes status som stofmisbruger. (49)

Der knytter sig således nogen usikkerhed med hensyn til størrelsen af stofmisbrugernes overdødelighed. I de tidlige patientmaterialer, hvori indgik en varierende andel "psykedelikere", som vi ikke ville betragte som stofmisbrugere i dag, konstateredes en dødelighed mellem 0,6% og 1,7% om året. I de to første undersøgelser over rene injektionsmisbrugere var dødeligheden henholdsvis 2 og 3% om året (se Groth (1975)). Groth's 2% dødelighed svarende til en dødelighed 50 og 90 gange den normale dødelighed hos henholdsvis mandlige og kvindelige stofmisbrugere.

Den største og nyeste undersøgelse er Jepsens (Jepsen (1982), se også Haastrup m.fl. (1981)). I denne undersøgelse fulgtes 200 patienter fra Københavns kommunes narko-behandlingssystem og 100 patienter fra Københavns Amts Sygehus Nordvang, som alle var blevet førstegangsregistreret som stofmisbrugere på de respektive institutioner i 1973, og af hvis journaler det fremgik, at de havde haft et intravenøst opiatbrug af mindst 1 måneds varighed inden henvendelsen til institutionen. Undersøgelsen er inte-

ressant, fordi man ikke alene undersøgte dødeligheden i befolkningen i de efterfølgende 7 år, men også fordi man for de 116 patienter, som på opførelsestidspunktet ansås for at være i stabil arbejde og/eller stoffri, forsøgte at tidsfæste denne tilstands indtræden. Man forsøgte således at måle afgang fra stofmisbrugerbefolkningen såvel p.g.a. dødelighed, som p.g.a. "helbredelse". Omend gyldigheden af denne tidsfæstelse, og af dette "helbredelses-"begreb er ganske tvivlsom (50), så vil jeg alligevel bruge begge sæt oplysninger, fordi de siger noget om *størrelsesordenen* af *bruttoafgangen* fra den *behandlede* stofmisbrugerbefolkning.

De 300 undersøgte personer havde i gennemsnit brugt opiater i mellem 3 og 4 år før henvendelsen til de to behandlingsinstitutioner, med en spændvidde fra under 1 år til over 7 år. Afgangen i de efterfølgende 7 år er vist i tabel 21. I dette kapitel skal jeg kun se på den sidste kolonne, som viser, at af 100 misbrugere, som *forblev misbrugere i hele perioden* ville 17-18 være døde i løbet af de 7 år, som undersøgelsen dækkede. Dette svarer til en gennemsnitlig årlig dødsrisiko på 2,7%, hvilket er godt 25 gange den gennemsnitlige årlige dødsrisiko for totalbefolkningen med samme alder- og kønsfordeling.

Tabel 21.

Dødelighed og helbredelser i en befolkning af 300 stofmisbrugere førstegangsbehandlede i København 1973.

De absolutte tal i tabellens tre første kolonner er aflæst fra graf i Jepsen (1982) s. 89. Sandsynlighederne er skønnet v.h.a. Chiangs model for konkurrerende dødsrisici, jfr. note 6 ovenfor

År siden observationsperiodens start	Antal aktive stofmisbrugere ved intervallets start	Døde i intervallet	Helbredte i løbet af intervallet	Sandsynlighed i promille for at være helbredt inden intervallets start forudsat at død er elimineret som afgangårsag	Sandsynlighed i promille for at være død ved intervallets start forudsat at helbredelse er elimineret som afgangårsag
0-1 år	300	4	14	0	0
1-2 år	282	4	19	47	14
2-3 år	259	9	9	112	28
3-4 år	241	6	14	144	62
4-5 år	221	7	17	194	86
5-6 år	197	3	10	257	116
6-7 år	184	9	18	295	130
	157			365	175

Så vidt det nu kan afgøres, var dødsrisikoen konstant over hele perioden, hvilket godt kan undre i betragtning af, at denne befolknings gennemsnitlige misbrugsbelastning steg. Det eneste år, hvor dødeligheden var markant højere end andre år, var det syvende (d.v.s. omkring 1979-1980), hvor den var 5,2%.

Befolkninger med en høj dødelighed er sædvanligvis også præget af en høj sygelighed. Dette gælder også stofmisbrugere. Stofmisbrugere pådrager sig en række akutte sygdomme p.g.a. de indtagne stoffers urenhed, og fordi stofferne injiceres, hvilket foruden at have den psykologiske effekt jeg omtalte i kapitel 3, også er langt mere økonomisk

end snifning, for slet ikke at tale om indtagelse gennem munden. Den dårlige ernærings-tilstand mange af dem befinder sig i, gør dem endvidere mindre modstandsdygtige over for bakterie- og virusinfektioner, og de ovennævnte forgiftninger. Således fandt allerede Mark (1970), at mellem 34 og 58 af 102 århusianske stofmisbrugere havde eller havde haft leverbetændelse. Andelen må i dag antages at være meget højere. Scierosering af venerne p.g.a. injektion af kalkholdigt materiale eller thrombophlebitis p.g.a. lokale infektioner leder begge til tillukkede vener med efterfølgende forringelse af blodforsyningen til f.eks. arme og ben, og forekommer også hyppigt hos "gamle" stofmisbrugere. Bylder og indre abscesser p.g.a. injektion af usterilt materiale i vævet er udbredt hos stofmisbrugere, som ikke længere har vener, som de kan komme til at injicere i. Det store forbrug af alkohol og benzodiazepiner, som stofmisbrugerne har, øger henholdsvis risikoen for organiske alkohol-sygdomme og for grand mal-epilepsi, o.s.v., o.s.v. (51). Stofmisbrugerne er ikke blot truet på livet. Mens de lever, er det også med en forringet livskvalitet p.g.a. en ringe helbredstilstand.

Vi "normale" har i vor visdom besluttet, at det ikke er godt for stofmisbrugeren at bruge opiat, og derfor opretholder vi et omfattende kontrolapparat for at forhindre ham i at gøre det. Læge Peter Ege har beskrevet dette systems virkemåde langt bedre end jeg selv ville kunne, så derfor vil jeg slutte dette kapitel med hans ord:

"Formentlig til fleres store forbløffelse, vil jeg hævde, at politiets succesrige indsats overfor varestrommen af illegale stoffer, er én væsentlig årsag til den manglende balance [mellem udbuddet af, og efterspørgselen efter, rusgifte]. Det er selvfølgelig korrekt, at politiet kun beslaglægger brøkdelle af de importerede illegale stoffer, og at de ingen bagmænd fanger. Det ville også være besynderligt hvis de gjorde, og det er heller ikke det primære formål med den regulerende indsats overfor de illegale stoffer. *Det primære formål med politiets indsats er, at maximere den "effektive pris" på de illegale stoffer, og dermed besværliggøre livet for de eksisterende misbrugere og rejse en økonomisk barriere overfor potentielle misbrugere.* Ved den "effektive" pris forstås ikke kun hvad stofferne koster pr. gram. Den "effektive" pris er et index hvori indgår stoffets pris, den tid det tager at købe stoffet (afhængig af forhandlerens diskretion), giftigheden af tilsætningsstoffer, usikkerhed om koncentrationen af det virksomme stof, risikoen for arrest ved køb og risikoen for at blive snydt.

Der er ingen tvivl om at den "effektive" pris på illegale stoffer er steget voldsomt i de seneste år, og at dette, sammen med ændrede holdninger og normer til identiteten som misbruger, har haft afgørende betydning for begrænsningen af tilgangen af nye stofmisbrugere. Men de effektive, regulerende tiltag overfor de illegale stoffer, har sine bivirkninger - og disse får en uhyggelig destruktiv karakter når de ikke afbalanceres af tiltag på andre områder. På *udbudssiden* må det konstateres, at reguleringen af strømmen af legale stoffer, f.eks. propoxifen, benzodiazepiner, barbiturater, meprobamat, metadon, m.fl. nærmest er ikke-eksisterende. Dette svækker indsatsen vis-a-vis de illegale stoffer, og tvinger stofmisbrugerne over i et blandingsmisbrug af udelukkende kendte sederende stoffer, som er vanskeligere styrbart og mere risikofyldt end det rene opiatmisbrug. En del af stigningen af dødsfaldene kan formentlig tilskrives dette forhold.

De væsentligste bivirkninger ved de regulerende tiltag overfor de illegale stoffer, begrænsningspolitikens paradokser, er imidlertid af en anden karakter.

'Det første paradoks er; når udbuddet begrænses stiger priserne. Det nedsætter bruget, men virker samtidig som en tilskyndelse af de professionelle forhandlere. Stiger priserne til det dobbelte bliver forhandlerne dobbelt så ivrige. De vil gøre deres for at vedligeholde markedet, for deres handlinger styres af profitmotiv.

Det andet paradoks; når udbuddet begrænses og priserne stiger, ændrer vi fremtrædelsesform for det misbrug, der nu engang forekommer. Vi gør misbrugerne mere afvigende, kriminelle, brutali-

serede og elendige. Vi afhumaniserer misbruget med de følger, bl.a. den høje dødelighed, som tidligere er beskrevet.

Det jeg plæderer for er ikke, at man begrænser de regulerende tiltag, for det mener jeg ikke man bør gøre. Men når man ikke opruster på efterspørgselssiden, d.v.s. øger behandlingshjælpeindsatsen, i samme takt som på udbudssiden, så slår man folk ihjel. Og det er præcist hvad man har gjort - og gør - med den nuværende narkopolitik.

(Ege (1982), mine udhævninger).

I næste kapitel skal jeg se på en del af det Peter Ege kalder efterspørgselssiden, nemlig den såkaldte behandling, og spørge i hvilken udstrækning den faktisk kan betegnes som et efterspørgselsdæmpende tiltag.

Noter til kapitel 4

1. Nimb fandt da også i sin undersøgelse af 38 misbrugere i provinsen (jfr. nedenfor), at deres fordeling over sociale statusgrupper var den samme som totalbefolkningens (Nimb (1975) side 192).
2. Nimb refererer en række undersøgelser af patientmaterialer i hvilke mellem 1/10 og 1/3 af de undersøgte var læger. Andre undersøgelser fra årene 1945-1960 antydede, at mens prævalensen af morfinisme i totalbefolkningen i vestlige lande var i størrelsesordenen 0,1 promille, så var prævalensen blandt læger omkring 100 gange højere, d.v.s. i størrelsesordenen 1% (Nimb (1975) side 108-109). Kaplan citerer officielle skøn for den relative prævalens af opiatmisbrugere blandt læger og andre i dagens USA i størrelsesordenen 20 til 1 (Kaplan (1983) side 113).
3. Det svarer til knap 11 "gennemsnitsrør" i København i dag, eller til mellem 5.000 og 22.000 kr. i yderste led, jfr. tabel 17 nedenfor.
4. Til denne sammenligning skal yderligere bemærkes, at de engelske tal er *fængselsindsættelser*, mens de danske er *personer*, som indenfor det samme år kan have fået mere end én ubetinget fængselsdom (svarende til en fængselsindsættelse).
5. Disse skøn er beregnet ud fra de af Nimb konstruerede overlevelsestavler under antagelse af, at forholdet mellem dødsintensiteterne blandt henholdsvis læger og normalbefolkning var konstante i de to betragtede tidsintervaller.
6. Dette er gjort ved hjælp af Chiangs model for "konkurrerende dødsrisici", jfr. Chiang (1968) kapitel 11. Selvmordsdødeligheden i normalbefolkningen er til dette formål anslået til at udgøre 5% af den samlede dødelighed.
7. Desværre udvalgte Nimb sit kontrol materiale så det køn- og aldersmæssigt matchede hele hans population, inklusive de 67 personer, som ikke tilhørte Nyhavnsgruppen, og som adskilte sig fra dennes medlemmer ved overvejende at være personer, hvis misbrug havde iatrogen baggrund, og overvejende social veltilpassede personer. Denne gruppe havde også først begyndt misbruget i en noget højere alder end Nyhavnsgruppens medlemmer. Sundholm materialet er således strengt taget ikke matchet med den gruppe jeg her skriver om.
- 7a. Selvom besiddelse alene kriminaliseredes af bevistekniske grunde (jfr. citatet ovenfor på side 95) var effekten af denne lovændring at brug som sådan kriminaliseredes. Se også note 11 til kapitel 2.
8. Ved en gennemgang af godt 54.000 receptordinationer på stoffer af opiat- og amfetamingruppen fandt Wiingaard (1952) ialt 1419 personer, som i løbet af november 1949 havde fået ordineret ét og samme euforiserende lægemiddel tre gange eller hyppigere. Ved at udsende et spørgeskema til de ordinerende læger fandt Wiingaard, at 1/3 af disse patienter ifølge lægerne med sikkerhed var "eufomane", godt

40% med sikkerhed ikke var "eufomane" og knap 1/4 muligvis var, og muligvis ikke var, "eufomane". I dette materiale indgår således mellem knap 500 og godt 800 eufomane, hvortil skal lægges et ukendt antal eufomane læger og andre personer med umiddelbar adgang til euforiserende stoffer, såsom sygeplejersker, apotekere m.v.

- 8a. Med "stoflovssager" mener jeg sager vedrørende overtrædelse af straffelovens §§ 191 og 191a og lov om euforiserende stoffer. Med "stofkriminalitet" mener jeg overtrædelser af de nævnte straffelovspara-graffer og lov om euforiserende stoffer samt anden kriminalitet (såsom tyveri, hæleri og dokument-falsk) som direkte sigter mod erhvervelse af stoffer.
9. Anslås antallet af juridiske og administrative medarbejdere i politiet og anklagemyndigheden tilsam-men at være 30 pr. 100 egentlige politifolk, kan man *meget konservativt* skønne det samlede antal mandeår som politi og anklagemyndighed, direkte eller indirekte, anvender på stoflovsovertrædelser hvert år til omkring 300, svarende til en offentlig udgift på *over* 70 millioner kr. om året. - Dette sidst-nævnte skøn baserer sig på, at de samlede udgifter til politi og anklagemyndighed i 1982 var ialt godt 2,7 milliard kr. Fordeles disse samlede udgifter på samtlige godt 11.000 mandeår i politiet og ankla-gemyndigheden, kan man groft skønne, at de godt 300 narkotikapolitimandeårs andel i politiets totale driftsbudget har været 74 millioner kr. Dette skøn må ikke tages som andet end et blindt skud i tågen for at finde *størrelsesordenen* af de offentlige udgifter til kontrolsystemet, og det er klart at de totale offentlige udgifter til kontrolpolitikken selvfølgelig langt overstiger dette beløb, som f.eks. ikke indeholder kriminalforsorgens udgifter, udgifterne til domstolene og til forsvar af de tiltalte, toldvæsenets indsats, o.s.v., o.s.v. Se også note 1 til kapitel 6.
10. Det bliver benzodiazepinerne snart, idet de netop i foråret 1984 er kommet på den internationale psy- kotropkonventions liste; en konvention Danmark har undertegnet.
11. Strafferammen udvidedes til 10 år i 1975.
12. Det er iøvrigt interessant at bemærke, at cirkulæret i sin tilblivelsesfase blev forelagt ikke alene Ju- stitsministeriet, men også folketingets daværende narkoudvalg. Sidstnævnte forekommer umiddelbart at være en lidt mystisk sammenblanding af den udøvende magt (Justitsministeriet og anklagemyndig- heden) og *en del af* den lovgivende magt (Folketinget) jfr. grundlovens §3. Det generelle problem med den slags "forelæggelser" (der som bekendt er hyppige) er, at domstolene kan føle sig bundet til at udmåle straffene i overensstemmelse med anklagemyndighedens krav, når disse krav tages som indi- rekte udtryk for "lovgivers" ønske.
13. En af mine kritikere har gjort mig opmærksom på, at så længe det drejer sig om *mindreårige* kan man ikke rejse formelle juridiske indvendinger mod denne praksis. Det & er dog i denne forbindelse værd at bemærke, at ifølge sous-chefen i Københavns politi's uropatrulje følger i hvert fald uropatruljen denne *praksis* også "hvis der er tale om unge over 20 år" (Andersen (1980) side 169-171).
14. Andelen af sager afsluttet med mundtlig advarsel er beregnet som differencen mellem det antal sigtel- ser for stoflovsovertrædelser, som offentliggøres i politiets årsberetning, og antallet af sigtelser som årligt indberettes til Rigsregistraturen. Der kan skjule sig et antal sigtelser med anden afgørelse end mundtlig advarsel i det af mig skønnede antal sådanne, specielt forekommer andelen af henlagte sager i det til Rigsregistraturen indberettede materiale meget lavt (ca. 5%).
- Blandt de 100 "rene" stof sager, som de københavnske metadonpatienter, som Peter Ege og jeg under- søgte, havde været sigtet i, var andelen af henlagte sager væsentligt højere, nemlig godt 20%.
15. Her har jeg end ikke taget hensyn til, at renhedsgraden af det omhandlede stof må forventes at stige med mængden; altså at antallet af *doser* pr. gram i en given mængde er desto større jo større mængden er.
16. Ifølge middagsradioavisen den 5. juni 1984 udtalte politiadvokat Volmer Nissen ved den nordiske kriminalistforenings møde i Helsingfors, at Københavns Narkotikapoliti i 10% af de 3.000 sager den- ne afdeling behandler om året, anvender "utrusionelle" efterforskningsmetoder. Med den definition

af "utraditionelle" efterforskningsmidler som jeg anvender, d.v.s. blandt andet isolationsvaretægtsfængsling, er andelen betydeligt højere.

17. Det skal bemærkes, at det i 1978 kun var 1/4 af domfældelserne for overtrædelse af straffelovens §191, hvor straffen overskred rammen for lov om euforiserende stoffer, d.v.s. 2 års fængsel (Danmarks Statistik (1980)). Og mistanke for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer hjemler som tidligere nævnt ikke adgang for politiet til at søge dommerkendelse til telefonaflytning, m.v. - Det er iøvrigt værdt at bemærke, at hverken i Norge eller Sverige har politiet adgang til at foretage rumaflytninger i narkotikasager. Spørgsmålet debatteres dog periodisk. I Norge fik politiet adgang til *telefonaflytning* i disse sager i 1976 (Lund (1984)), og en nylig svensk kommissionsrapport (Narkotikakommissionen (1984)) foreslår en udvidelse af adgangen til telefonaflytning. Rumaflytning afvises dog stadig idet "fordelarna i effektivitetshänseende inte väger upp nackdelarna från integritetssynpunkt" (Narkotikakommissionen (1984) side 15).

18. Indtil 1978 kunne politiet uden at spørge domstolene pålægge en varetægtsarrestant hel eller delvis isolation. Herom skriver Kallehauge:

"da retsplejelovens nugældende regler om varetægtsfængsling trådte i kraft, overgik kompetencen til retten. Dette var ment som et fremskridt, men spørgsmålet er, om det også blev det i praksis.

Domstolskontrol er naturligvis, set fra en retssikkerhedsmæssig synsvinkel, et gode. Det er det bedste vi kan præstere i den retning.

For at domstolskontrol kan fungere kræves udover uafhængige domstole - og det har vi - navnlig to ligestillede parter og tilstrækkelig tid. Opfylder man ikke disse betingelser, så får man heller ikke den ægte vare.

Under grundlovsforhøret ved forsvareren lidt, anklageren det hele og retten absolut ingenting. Dertil kommer, at der arbejdes under tidspres. Vi har altså to ulige parter og begrænset tid. Det er ugunstige vilkår for udøvelsen af domstolskontrol."

(Kallehauge (1983) side 91).

Indførelse af domstolskontrol har angivelig reduceret antallet af isolationsfængslinger med 1/3 (Heilbo (1979) side 123).

19. Undtaget herfra er i Københavns fængsler indsatte metadonpatienter:

- a. Hvis læge oplyser at ville fortsætte metadonordination efter løsladelsen, og
- b. Hvis fængsling har varet under 3 måneder.

Disse får lov til at fortsætte deres metadonbehandling i fængslet (personlig meddelelse fra overlæge Stuip, Vestre Hospital).

20. Se også i samme nummer af Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab overlæge Finn Jørgensens kliniske beskrivelse af det akutte og det kroniske isolationsvaretægtssyndrom (Jørgensen (1979)).

21. Selv hvis min lidt "paranoide" fortolkning af den gældende praksis skulle vise sig at skyde over målet i flertallet af §191-sagerne, så må de langvarige isolationsfængslinger dog bekymre ud fra et retssikkerhedssynspunkt. Således er der fra flere sider (blandt andet Rothenborg (1983) side 335) rejst spørgsmål om, hvorvidt den intellektuelle forstyrrelse, som kan følge af langvarig isolation, kan virke ødelæggende på den tiltaltes forsvarsmuligheder når hans forsvar skal forberedes og sagen senere kommer for retten "specielt således at han bliver ude af stand til at følge sagens eventuelt tillige domsforhandlingens forløb, i grove tilfælde endda ikke klarer at forhandle sagen i enrum med forsvareren." (Rothenborg (1983) side 335).

22. Jeg kan her specielt henvise til professor Gammeltoft-Hansens udførlige gennemgang af emnet (Gammeltoft-Hansen (1984)).
24. Jeg synes det er betegnende for den aktuelle situation, at af de godt 483 kg hash, som toldvæsenet beslaglagde i perioden 1.10.1982 til 30.3.1984, og som så vidt det kunne skønnes var bestemt til det danske marked, hidrørte de 255 kg, eller over halvdelen, fra den ene sending i den såkaldte "Frederiksbergsag" fra 1983 (dramatisk "rekonstrueret" af TV's Søndags-avis den 26. februar 1984), som kom her til landet som en følge af aktiv provokation fra politiets side. Den næststørste sending var på 43,9 kg, eller 1/6 af den af politiet "importerede" sending i Frederiksberg-sagen (upublicerede oplysninger fra Direktoratet for Toldvæsenet). Man kan, synes jeg, med rette befrygte, "at politiet skaber sit eget narkomarked [ved at] man lokker ... større og større stofmængder til landet, fordi politiet efterspørger det", som forsvarsadvokalen Thorkild Høyer udtrykte det i dagbladet Information af 4. april 1984.
25. Rothenborg (1979) side 116-117 anfører dog et eksempel, der er velegnet til at vække tvivl herom.
26. Et spørgsmål som jeg ikke har haft tid til at se nærmere på, er i hvilken udstrækning forsøgene på at holde fængslerne stoffrie, har medført begrænsninger i *også de ikke-stofbrugende* indsattes i forvejen begrænsede frihed, jfr. Alkohol- og Narkotikarådet (1984) side 33-34.
27. Og disse rammer bruges. Således nævner Hauge 2 højesteretsdomme fra henholdsvis 1981 og 1979: 6 måneders fængsel for udbredelse af 3-4 g heroin og morfin, og 6½ års fængsel for indførelse af 90 g heroin og udbredelse af 30 g! (Hauge (1983) side 208).
28. De psykiatriske hospitalsafdelinger anvendes stadig af stofmisbrugerne. I 1978 var antallet af (forskellige) stofmisbrugere under 36 år, som var indlagt på statshospital med hoveddiagnosen narkomani, 955. I 1982 var antallet faldet til 659, men dog stadig omkring 10% af samtlige stofmisbrugere (Alkohol- og Narkotikarådet (1983) side 11).
29. Ifølge endnu upublicerede oplysninger fra Alkohol- og Narkotikarådet. Iøvrigt fandt de to nyeste undersøgelser af henholdsvis et registermateriale i provinsen (Misfeldt & Byskov) og et behandlingsøgende patientmateriale i Københavns amt (Ramer) en gennemsnitsalder på henholdsvis 18 og 15 år.
30. Når man ser på kriminalforsorgens statistik over belægget af stofmisbrugere (Kriminalforsorgen (1983)) kommer man nu til at tvivle på, at det er mere end nogle få procent af dagens stofmisbrugere, som har mere end 2 års fængsel bag sig: I kriminalforsorgens årlige tællinger af antallet af "hårdere" stofmisbrugere" har disse siden 1974 fast udgjort omkring 10% af det samlede belæg på gennemsnitligt 3.000 personer. Mellem halvdelen og 2/3 af disse "hårdere" stofmisbrugere" er dog anbragt i Københavns fængsler eller andre arresthuse. Andelen af de i kriminalforsorgens anstalter hensiddende *afsonere* som er hårdere stofmisbrugere er således kun omkring 5%, eller i gennemsnit 150 personer.
31. Se note 12 til kapitel 1.
32. Når man taler om enkelt doser er heroin omtrent dobbelt så stærkt som morfinklorid, men når man taler om døgndoser ekvivalerer 1 mg heroin 1 mg morfinklorid p.g.a. den hurtigere omsætning af intravenøst injiceret heroin end af intravenøst injiceret morfinklorid.
33. Misfeldt & Byskov (1983a) fandt, at af de 174 stofmisbrugere, som var kendt af socialforvaltningen og/eller politiet i Vejle amt i årene 1980-1982, var 71 alene kendt af politiet og 76 af såvel politiet som af en socialforvaltning. Men 27 eller 16% var alene kendt i en socialforvaltning. — Tilsvarende var 2 af de 42 metadonpatienter som Peter Ege og jeg undersøgte i København, ikke registreret i Rigsregistraturen, på trods af, at begge havde været regelmæssige brugere af opiater i henholdsvis 8 og 10 år før metadonbehandlingsens start.
34. På baggrund af en lignende opgørelse af de anmeldte tyverier i 1982 skønner Balvig m.fl. (1984) at stofmisbrugernes udbytte fra anmeldte tyverier i 1982 maksimalt kan have været 100 millioner kr.

35. Balvigs 42 mio. multipliceret med en faktor 1,8 for prisudviklingen og 1,3 for stigningen i antallet af anmeldte tyverier. - Se iøvrigt Balvig m.fl. (1984).
36. De mennesker, som lever af at arbejde i forsikringsbranchen m.v., og de mennesker, som gennem hæleri erhverver forbrugsgoder, som de ellers ikke ville have haft råd til, hører i denne sammenhæng heller ikke med til "samfundet".
37. For to friske eksempler på forsøg på at angive hvorledes "the complexities of the nature of the crime-drug relationship can ...be unraveled" se McBride & McCoy (1982) og Clayton & Tuchfeld (1982).
38. Disse tal er baseret på interviews med 38 mandlige og 32 kvindelige stofmisbrugere registreret i New York City's kriminalregister. Eftersom en del af disse røverier antagelig er begået mod stofhandlere, er antallet af *anmeldte* røverier begået af disse 70 personer antagelig en hel del under 3,16 pr. person pr. år.
39. Det er karakteristisk, at 8 ud af de 9 patienter, som Peter Ege og jeg i vores undersøgelse af metadonpatienter i København, fandt havde såvel kvittet stofmiljøet som fundet nye bekendte, ikke havde fortalt andre end deres partner og den aller nærmeste familie om deres metadonbehandling (Winsløw & Ege (1983) side 160). Motivet til at fortie metadonbehandlingen var i de fleste tilfælde frygt for de stoffrie omgivers mistænksomhed.
40. Mit oprindelige skøn var baseret på nogle meget grove, og delvis fejlagtige forudsætninger. Den væsentligste fejl var, at jeg undervurderede stofmisbrugernes disponible beløb til stofindkøb. Men eftersom andre fejl trak skønnet i den modsatte retning, nåede jeg alligevel frem til et resultat der er så godt som identisk med det resultat jeg når frem til i det følgende.
41. Dette svarer til andelen af de undersøgte i undersøgelsen af stofmisbrugere i Nakskov og Næstved i 1980 som var i beskæftigelse (Amtsungsdomscentret i Vordingborg (1980)). I København er andelen sandsynligvis væsentligt lavere.
42. Disse ialt 4 kg legale opiatier svarer til knap 4% af det totale legale opiatforbrug i Danmark på årsbasis, og til godt 1/4 af den mængde metadon, som udskrives til langtidsmetadonpatienter eller stofmisbrugere under kortvarige nedtrapninger, hvis vi forudsætter, at den gennemsnitlige døgndosis for de 700 patienter nævnt under 1d ovenfor er 60 mg. Kilden til denne store mængde legale opiatier er dog ikke metadonpatienter alene, men apoteks- og konsultationstyverier og "pensionistpushere".
43. Dette skøn er, som det klart fremgår, behæftet med megen usikkerhed. Jeg er dog tilbøjelig til at mene, at de 29 mg må betragtes som et maksimumskøn, fordi antagelserne om stofmisbrugernes prostitution, hashhandel og legale indtægter, og om de billige legale lægemidlers andel i det totale forbrug og om den gennemsnitlige stofpris alle skyder i denne retning. Den eneste forudsætning jeg selv er lidt i tvivl om *ikke* peger i denne retning, er antagelsen om, at der i gennemsnit er 4.000 personer i Danmark, som på en given dag efterspørger ulovlige opiatier, og som vi ville henregne til stofmisbrugergruppen.
44. Under antagelse af, at antallet af "arbejdere" omregnet til fuldtid er 75% og antallet af "forhandlere" modsvarende 25% bliver "arbejdernes" gennemsnitlige døgnforbrug 20 mg, og forhandlerens 59 mg. De 2 grupper lapper dog over hinanden.
45. Ege (1973) oplyste, at den mediane dosis morfinbase blandt 91 stofmisbrugere som jævnlige kom i Kontaktcentret i København i december 1972 (på et tidspunkt "hvor der var morfinbase nok") var 0,4 g, svarende til mellem 320 og 340 mg morfinklorid. Den gennemsnitlige daglige udgift til dette forbrug var 80 kr., svarende til ca. 180 1983-kr. Denne oplysning er i god overensstemmelse med en indberetning fra lederen af uropatruljen under tørken i foråret 1973: "Normalprisen for et kanylehylster morfinbase indeholdende fra 0,6 til 0,8 g er ca. 80 kr., mens prisen i dag [under tørken] for samme kvantum er mellem 350 og 400 kr." (Mathiesen (1973) side 3).

46. Dødsfald er registreret herhjemme hos en kvinde som vejede 77 kg efter indtagelse af 7 Abalgin Retard" kapsler (Christensen (1975)).
47. Brecher's diskussion af hvad heroindødsfald egentlig skyldes er iøvrigt meget interessant (Brecher (1972) kapitel 12)
48. At tage livet af sig selv ved hjælp af morfin ville også være en særdeles kostbar affære for en tolerant morfinbruger. En person med et dagligt forbrug på 50 mg ville antagelig skulle bruge *mindst* det tyvedobbelte på at tage livet af sig, d.v.s. for mellem 10 og 25.000 kr. ulovligt stof.
49. Således fandt Kringholm (1982) 29 ikke-indberettede dødsfald gennem en EDB-søgning på bestemte dødsårsager i samtlige dødsattester fra perioden 1968-1979.
50. Stofmisbruger er ikke noget man "er" indtil man dør eller "helbredes". Mange stofmisbrugere holder lange stoffri pauser, for derefter at genoptage deres opiatbrug. For danske data se f.eks. Winsløw & Ege (1983) side 77, 79-80, og for referencer til den internationale litteratur, se note 9 til næste kapitel.
51. Blandt metadonundersøgelsens 42 patienter fandt vi to med pankreatitis p.g.a. alkoholmisbrug, en med demens formentlig p.g.a. alkoholmisbrug (pågældende havde dog været maler i en kortere periode), ni med kronisk hepatitis eller levercirrhose, to som var i medicinsk behandling på en københavnsk neurologisk afdeling for grand mal opstået under benzodiazepinnedtrapninger, to med parodontose, fire med vedvarende perifere kredsløbsforstyrrelser, to med nedsat resistens overfor infektioner og en med middelsvære lammelser i begge arme p.g.a. en forgiftning. Alt i alt 23 alvorlige lidelser blandt 42 personer.

Kapitel 5.

Stofmisbrugerbehandling og undertrykkelse

"Mit kalten Verstande die Menschen bald als arbeitende und producirende Wesen, bald als zu bessernde Wesen zu betrachten und zu befehligen, wird die ärgste Tyrannei, weil das Beste des Ganzen als Zweck ihnen fremd ist, wenn es nicht gerecht ist."

- G.W.F. Hegel, som citeret af Semprun (1980) side 183.

Danmark har groft sagt to offentligt finansierede behandlingssystemer for stofmisbrugere, et lægeligt og et socialpædagogisk. Selvom de to systemer fungerer så godt som totalt ukoordineret, og i en tåge af gensidig mistillid så tæt, at man skulle tro det drejede sig om to konkurrerende trossamfund eller storkoncerner, trækker de ikke desto mindre på samme hammel: Undertrykkelsen af stofmisbrugerne. Hvordan det er kommet dertil, og hvad konsekvenserne heraf er for stofmisbrugerne og i en vis forstand også for os andre, vil dette kapitel handle om.

Det socialpædagogiske behandlingssystem

Det socialpædagogiske behandlingssystem er i sin aktuelle form beskrevet i en rapport udarbejdet for Alkohol- og Narkotikarådet af sociologen Lone Scocozza (Scocozza (1983)). Systemet består af 20 institutioner spredt ud over hele landet (se figur 1). Flertallet af disse er såkaldte kommunale eller amtskommunale ungdomscentre, der som navnet antyder, også beskæftiger sig med andet end stofmisbrugere, ligesom nogle af dem kun accepterer stofmisbrugere under en vis aldersgrænse. Det samlede antal pladser i hele systemet er 1300, af hvilke 400 er dagpladser, 400 er døgnpladser, og 500 er familieplejepladser. Stofmisbrugere optager en meget varierende andel af den samlede kapacitet i de forskellige amtskommuner, fra 10% i Nordjyllands amt til 95% i Københavns kommune. Der knytter sig nogen usikkerhed til størrelsen af det socialpædagogiske behandlingssystems driftsudgifter, men i den nævnte rapport (Scocozza (1983)) skønnes det, at den del, som går til behandlingen af stofmisbrugere, andrager omkring 160 mio. kr. på årsbasis (1983-budgettal).

Figur 1.

Behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere, eksklusive metadonklinikker. Fra Alkohol- og Narkotikarådet (1984). Tal i parentes er oprettelsesår.

Amtskommunale	Kommunale	Selvejende
Storstrøms amtsungdomscenter 1972	Randers kommunes ungdomscenter (1969)	Dag- og Døgncentret (1969)
Frederiksberg amtsungdomscenter (1973)	Århus kommunes ungdomscenter (1969)	Klub 47 (1969)
Københavns amtsungdomscenter (1973)	Københavns kommunes behandlingsinstitution (1970)	Frydekær (tidl. Højbjerggård) (1971)
Vejle amtsungdomscenter (1974)	Esbjerg kommunes ungdomsrådgivning (1971)	
Ribe amtsungdomscenter (1975)	Ålborg kommunes ungdomscenter (1971)	
Nordjyllands amtsungdomscenter (1976)		
Vestsjællands amtsungdomscenter (1978)		
Fyns amtsungdomscenter (1981)		
Ringkøbing amtsungdomscenter (1981)		
Roskilde amtsungdomscenter (1981)		

Viborg amtscenter (1983) (Oprindeligt amtsungdomscenter, 1972)		

Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment

I kapitel 2 påstod jeg, at den udformning, stofmisbrugerbehandlingssystemet fik i Danmark i årene omkring 1970 kunne forklares med den samtidige tilstedeværelse af et opgave"sultent" socialvæsen, et "mæt" sundhedsvæsen og et velvilligt politisk klima for begge væsener. Dette er selvfølgelig kun i begrænset udstrækning korrekt; de tre nævnte faktorer var nødvendige, men ikke tilstrækkelige betingelser for overførslen af stofmisbrugerbehandlingen fra det psykiatriske hospitalsvæsen til socialvæsenet. En fjerde og sidste betingelse var eksistensen af en terapeutisk grundmodel som syntes relevant i forbindelse med behandlingen af unge stofmisbrugere inden for socialvæsenet. En sådan

model var i årene 1960-1965 udviklet af Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment med unge kriminelle (Berntsen (1971), Andersson (1971)).

Dette eksperiment var en del af et større projekt finansieret af Ford Foundation vedrørende ungdomskriminalitet i København, og byggede dels på behandlingserfaringerne med tidsubestemte fanger i forvaringsanstalten Herstedvester, og dels på resultaterne af kriminologen K.O. Christiansen og psykologen Karen Bemtzens arbejde med korttidsstraffede. Klinikens arbejdsform var nyskabende indenfor kriminalforsorgsarbejdet derved, at der tilstræbtes en nedbrydning, såvel af traditionelle professionelle fagskel mellem læger, psykologer og socialarbejdere, som af de stive og asymmetriske behandler-klientroller. Også på andre områder repræsenterede klinikens arbejde nyskabelser indenfor det kriminalforsorgsmæssige arbejde: Målsætningen med behandlingen var individuel (d.v.s. ikke nødvendigvis rettet mod klientens opnåelse af et bestemt socialt funktionsniveau); formel diagnostik (klassifikation af klienterne som "psykopater" eller "neurotikere" af denne eller hin type) betragtedes som i bedste fald irrelevant, og i værste fald skadelig p.g.a. risikoen for fiksering af klienten i bestemte reaktionsmønstre; og behandlingen var frivillig, på trods af, den unge var blevet henvist til klinikken af en domstol.

Eftersom arbejdet med de unge kriminelle havde givet lovende resultater, blev klinikken - da det af Ford Foundation finansierede eksperiment ophørte i 1965 - drevet videre som et overvejende statsfinansieret rådgivningscenter for alle typer unge mellem 14 og 18 år under Landsforeningen for mentalhygiejne.

Ungdomsklinikken fik kontakt med de første stofmisbrugere i 1966. Kontakten synes - som beskrevet af Karen Berntsen (Berntsen (1971) side 14-15) - i høj grad at have været præget af åbenhed og nysgerrighed overfor de omkring 200 "langhårede", som man kom i kontakt med i løbet af 1966-1968. Langtfra at deltage i det almindelige hysteri som prægede myndigheder, presse og befolkningens indstilling til "provoer" og "hip-pier", synes Ungdomsklinikkens tilgang til disse grupper at have været præget af en respekt for deres samfunds- og menneskesyn, samtidig med at man selv stod fast på det etablerede samfunds grund.

Det forslag til et behandlingseksperiment for unge stofmisbrugere, som Ungdomsklinikken fremsatte i efteråret 1968, var også i høj grad præget af en åben indstilling såvel med hensyn til behandlingsmetoder som -mål. Med Karen Bemtzens egne ord:

"... de hidtidige foranstaltninger [havde] stort set ... været centreret om selve stofferne og stofmisbruget og i for ringe grad ... haft opmærksomheden rettet mod de karakteristiske, der kendetegnede den gruppe unge, der blev tiltrukket af de euforiserende stoffer og stofkulturen i en sådan grad, at de mistede kontrollen over deres forbrug og derved øgede risikoen for at ødelægge sig selv fysisk, psykisk og socialt.

Kort sagt synes en stor del at være karakteriseret ved kontaktvanskeligheder med deres primærgrupper, isolation i forhold til jævnaldrende, umodenhed, overfølsomhed og overordentlig lav frustrationstærskel, således at de giver op overfor den mindste modstand, de møder på deres vej. De euforiserende stoffer og narkotika er blevet deres middel til flugt fra nederlag og modgang, samtidig med at stofkulturen og stofferne har givet en pseudotryghed og et pseudotilhørsforhold.

Et nyt behandlingseksperiment skulle forsøge at tage disse forhold i betragtning ved at finde alternativer for stoffernes effekt og stofkulturen. En vigtig forudsætning skulle være, at behandlingen hvilede på frivillighedens grundlag, at der skulle skabes muligheder for et blivende gruppertilhørs-

forhold, samt at de i behandlingsprogrammet indbyggede krav blev afpasset således, at de voksede i takt med den udvikling, den unge gennemgik.

En anden vigtig faktor i forslaget gik ud på, at man i mindre grad end ved de hidtidige foranstaltninger skulle lægge vægt på en resocialiseringsproces i almindelig forstand, d.v.s. at få de unge til hurtigst muligt at fungere arbejdsmæssigt og socialt på samme måde som størsteparten af unge og voksne i det eksisterende samfund. Det burde i højere grad tages i betragtning, at samfundet på mange måder er ved at undergå store ændringer, som bl.a. kan bevirke, at de værdier og normer, som den ældre generation er opdraget med, udskiftes med andre værdier og normer.

Formålet med behandlingen er således, at få de unge til at opgive stofferne ved at lade dem finde frem til en livsform, som er mere tilfredsstillende for dem selv og mindre belastende for samfundet." (Berntsen (1971) side 17, mine udhævninger).

En af de væsentligste nyskabelser indenfor Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment, den selvejende institution Dag- og Døgncenteret, som stiftedes i foråret 1969, var inddragelse af ikke-professionelle behandlere med et eksplicit kritisk syn på det etablerede samfund i arbejdet med de unge stofmisbrugere. Disse ikke-professionelle - overvejende studerende - kom til at udgøre kernen i medarbejderstaben i det faseprogram, som gradvist udviklede sig i årene 1969-1971; et faseprogram, som i stærkt amputeret form kan genfindes i det socialpædagogiske behandlingssystem vi har i dag. I sin "endelige" form (1) indeholdt modellen følgende hovedelementer:

1. Et *kontaktcenter*, hvor stofmisbrugeren kunne henvende og opholde sig; om nødvendigt også om natten. Her var det muligt at få mad mod ringe betaling, være sammen med andre stofmisbrugere og medarbejdere, se fjernsyn, høre og spille musik og deltage i værkstedsarbejde m.v. Stoffrihed var intet krav, men stofindtagelse på stedet blev påtalt, og forhandlere blev bortvist. Gennem samtaler søgte personalet at motivere og forberede klienterne til at gå videre til andet trin:
2. *Turfunktionen*: Et ophold sammen med 4-5 andre misbrugere og 2 medarbejdere på et rart sted på landet i 2-3 måneder. Målene med denne fase var nedtrapning (de første 10-14 dage), fysisk restitution, og at give klienterne muligheder for at få positive og jeg-styrkende oplevelser gennem samværet med andre unge i stoffri tilstand.
3. *Minisamfund*: Efter 2-3 måneder sammen i den lille gruppe skulle 2-3 smågrupper bringes sammen i en kortere periode med henblik på dannelse af nye grupper baseret på de interesser, som den enkelte klient måtte have fattet med hensyn til den fremtidige stoffri tilværelse under anden fase.
4. *Udslusningskollektiver* sammensat af mindre grupper af de i minisamfundet deltagende klienter, stadig støttet af medarbejdere og stadig placeret langt fra stofmiljøet, og endelig eventuelt
5. *Elitedøgncenter* for unge, som følte sig stærke nok til at gå i gang med uddannelse/arbejde i selve København, men som ikke følte sig stærke nok til at bo alene. Endelig
6. Et *refugium*, for den gruppe af svært psykisk afvigende stofmisbrugere, som faldt igennem såvel dette behandlingssystem, som forsorgssystemet generelt.

Elementerne 5 og 6 blev aldrig realiseret indenfor selve behandlingseksperimentet, og refugietanken, som siden i perioder har været oppe at vende, er ikke blevet realiseret blot tilnærmelsesvis af noget behandlingssystem på noget tidspunkt.

Som eksperiment var Ungdoms klinikkens behandlingseksperiment banebrydende indenfor stofmisbrugerbehandlingen, og kom til at præge det efterfølgende behandlingssystem stærkt, først og fremmest de selvejende institutioner i København drevet af Kirkens Korshær og politiets ungdomsklub på Amager (Klub 47). Men dels i kraft af sine indbyggede ideologiske modsætninger (klienterne skulle integreres i samfundet, samtidig med at de realiserede de modkulturelle samlivsformer som de, og specielt de ikke-professionelle medarbejdere, følte sig tiltrukket af), og dels i kraft af sin eksperimenterende tilgang til stofmisbrugerbehandlingen, var eksperimentet ikke organisatorisk levedygtigt. Forsøget var finansieret af staten og Københavns kommune, og dets karakter af et *socialt* eksperiment kan ikke andet end have generet dets sponsorer, specielt Københavns kommune, som i 1970 startede sit eget behandlingssystem. (2) Selvom den selvejende institution Dag- og Døgncentret blev drevet videre som en behandlinginstitution for stofmisbrugere, var det i årene efter 1972 at betragte som en traditionel, professionelt drevet og hierarkisk ledet behandlinginstitution.

Finn Jørgensens behandlingsmodel

Grundlaget for Finn Jørgensens behandlingsmodel var, som nævnt i kapitel 2, fejlsocialiseringsmodellen for årsagerne til stofmisbrug *hos den enkelte*.

Finn Jørgensen betragtede den enkeltes stofmisbrug, hverken som en sygdom eller som et symptom på en sygdom, men som en social proces, "ikke alene placeret inden i det enkelte menneske, men i lige så høj grad i mikro- og makromiljøet" (Jørgensen (1970a)). Mens processens udgangspunkt var en utilstrækkelig socialisering i "samfundets konventionelle grupper", så forudsatte et vellykket udfald af behandlingsindsatsen over for de unge stofmisbrugere også, at "der sker en ændring i samfundets grupper, specielt i samfundsgruppernes syn på de unge stofmisbrugere" (Jørgensen (1970b) side 20). Eller mere radikalt i 1971: "De forskellige former for "stofmisbrug" er sådanne "sociale processer", hvorfor behandlingen ikke alene må tage sigte på at ændre den enkelte misbruger, men i lige så høj grad på at ændre de sociale systemer, som vedkommende er medlem af". (Jørgensen (1971a)).

Formålene med behandlingen var således heller ikke primært ophør med stofindtagelsen, men derimod:

1. Bedring eller eventuel helbredelse af den psykiatriske grundlidelse samt bedring, evt. helbredelse af de opståede psykiske og legemlige komplikationer til stofmisbruget.
2. Nedsættelse, helst ophør med deltagelse i kriminelle og stofdelkulturer og en stigende deltagelse i konventionelle grupper og delkulturer.
3. Øget funktionsevne på det følelsesmæssige, intellektuelle, arbejdsmæssige og kulturelle område." (Jørgensen (1970b) side 21-22).

Til opnåelsen af disse mål foreslog Finn Jørgensen oprettelse af et behandlingssystem med institutioner med forskellige delmål. Inden for hver af behandlingsskædens 4 faser skulle der - i hvert fald i København og måske også i de største provinsbyer - findes

flere institutioner, tilpasset efter klientellets art og belastningsgrad. De 4 faser var følgende:

Fase I: Det opsøgende og visiterende arbejde udført af poliklinikker på gadeplan med såvel professionelt personale (læger, sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer) som opsøgende feltarbejdere, karakteriseret ved "at man her kommer i kontakt med alle typer af stofmisbrugere, og at disse rekrutteres direkte fra miljøet. Hovedopgaven er et uforpligtende førstehjælpsarbejde, hvor man ikke stiller nogen krav til stofmisbrugeren, end ikke krav om at opgive sit navn og bopæl." (Jørgensen (1970b) side 24).

Fase II: Begyndelsesfasen af det egentlige behandlings- og socialiserings-arbejde. Institutionerne i denne fase skulle være psykiatriske og somatiske hospitalsafdelinger og socialpædagogiske institutioner. Hospitalsafdelingerne skulle varetage opgaver som psykiatrisk diagnostisering, afgiftning, behandling af eventuelle psykiatriske grundlidelser og behandling af psykiatriske og somatiske komplikationer til misbruget. De socialpædagogiske institutioner skulle dels være "døgncentre ... differentieret efter stofmisbrugets sværhedsgrad, samt efter klienternes alder, og hvor lang tid de har været ude i deres stofmisbrug" og "ungdomspensioner for den bedste del af klientellet, d.v.s. dem, der fortrinsvis har behov for social støtte og revalidering".

"Hovedopgaven for begge institutionstyper er socialpædagogisk og psykologisk bistand samt arbejdsmæssig og holdningsmæssig påvirkning. Endvidere skal der være mulighed for arbejdsmæssig optræning og afprøvning af de unges evner til at påtage sig erhvervsarbejde og videre uddannelse. I institutionerne vil man kræve, at de unge stofmisbrugere ikke må frembyde tegn på udtalte afvænnings symptomer, samt at de kun lejlighedsvist tager LSD og opiater, og at de ikke injicerer. Derimod må man påregne at arbejde med stofmisbrugere, der regelmæssigt ryger hash samt sporadisk tager andre stoffer gennem munden." (Jørgensen (1970b) side 26).

Fase III: Behandlings- og socialiseringsfasen. "I denne fase vil man lægge stor vægt på den del af socialiseringen, man traditionsmæssigt kalder revalidering ... I disse institutioner foregår selve revalideringsprocessen, d.v.s. en arbejdsmæssig afprøvelse og optræning samtidig med en socialisering på andre områder. En del af de unge bor her, således at disse specielle revalideringsinstitutioner også fungerer som pensioner. Det bør bemærkes, at der også i revalideringsinstitutionerne foregår et psykologisk behandlingsarbejde.

For en væsentlig del af de unge stofmisbrugere må man dog påregne, at revalideringsprocessen foregår andre steder, bl.a. på skoler, kurser og arbejdspladser. Der er derfor behov for en række ungdomspensioner, hvor disse unge kan bo under selve revalideringsprocessen.

Medens man i fase II fortsat må regne med, at klienterne indtager stoffer, hovedsagelig hash, samt sporadisk opiater og LSD, må man i fase III kræve, at klienterne kun indtager alkohol og cannabis uden for arbejds- og uddannelsestiden og da under iagttagelse af bestemte normer. Ved sværere former for stofmisbrug sker der som tidligere nævnt en tilbagetrædning til fase I eller fase II." (Jørgensen (1970b) side 27).

Fase IV: Genindtræden i samfundet. "I denne fase må man påregne, at den tidligere stofmisbruger er igang med en uddannelse eller har et fast arbejde. Det betyder dog ikke, at vedkommende ikke fortsat har behov for lægelig, psykologisk og social støtte. Til brug for arbejdet i denne fase skal der derfor være efterbehandlingsambulatorier, der er bemandede med læger, psykologer og socialrådgivere. Endvidere har man i denne fase brug for ungdomspensioner af mere traditionel type med plads til ca. 20 personer og et relativt lille personale, hvor der ikke alene skal være plads til tidligere stofmisbrugere, men også til andre unge, uanset om de har haft problemer eller ej." (Jørgensen (1970b) side 27-28).

Det er måske betegnende, at det er Finn Jørgensens formulering af fasemodellen, der i tide (og utide!) fremdrages som det teoretiske grundlag for det socialpædagogiske behandlingssystem vi stadig har, og ikke Karen Berntsen's model. Finn Jørgensen betone- de ganske vist til stadighed, at stofmisbrug som en social proces involverede såvel misbrugerens som de sociale mikro- og makrosystemer han indgik i, og at lige som de socia-

le årsager til misbruget hos den enkelte ikke måtte forveksles med stofmisbrugsproble-
mets sociale årsager, så måtte indsatsen mod dette problem ikke indskrænke sig til at
behandle den enkelte misbruger (og evt. hans nærmiljø). Men det som direkte kunne
"bruges" af administratorer, politikere og behandlere var den administrative model for
den enkelte misbrugers behandlingsforløb som Finn Jørgensen opstillede. Dermed blive
følgende forskelle mellem Karen Berntsen's bog og Finn Jørgensen's redegørelse også
af betydning for det behandlingssystem som udviklede sig:

1. Det ikke-professionelle, samfundskritiske behandlerpersonale, som var så be-
tydningsfuldt i Ungdomsklinikkens eksperiment, såvel i dets teori som i dets
praksis, indgår ikke eksplicit i FinnJørgensen's version af faseprogrammet.
Når han således betoner, at også det samfund, som stofmisbrugeren skal leve i
må ændre sig, således at stofmisbrugeren får mulighed for at realisere alterna-
tive samlivsformer, så hægtes dette krav ikke på nogen krog i den administra-
tive systembeskrivelse, og går derfor desto lettere i de professionelles (politi-
kere, administratorer, behandlere) glemmebog.
2. Tilsvarende fremtræder socialisering til traditionelle erhvervsroller langt mere
betonet i FinnJørgensen's redegørelse end i Karen Berntsen's beskrivelse af
Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment. I modsætning til Karen Bernt-
sen nævner Finn Jørgensen ikke eksplicit oprettelse af produktionskollektiver
som en måde, hvorpå stofmisbrugerne kunne *integrere sig selv* i samfundet ef-
ter endt behandling, og endelig
3. Så indgår varierende grader af stoffrihed *eksplicit som* adgangskrav til fase II
og fase III i Finn Jørgensen's model. Dette muliggør at sådanne stofkriterier
bliver de afgørende, eventuelt de eneste, adgangskrav til behandling (3). Som
jeg skal vise nedenfor, er dette også i praksis tilfældet: I dagens systemer er
faserne I og II slået sammen i en forkvaklet form, hvor der reelt ikke ydes
misbrugeren anden hjælp end adgang til at dokumentere sin motivation til at
gå direkte fra gaden, evt. via en kortvarig afgiftning på en psykiatrisk afdeling,
til fase III-behandling.

Sammenfattende må man således sige, at selvom Finn Jørgensen's udformning af fase-
modellen på det teoretiske plan fastholdt og udbyggede fejlsocialiseringsmodellens
samfundskritiske orientering, så lod hans faktiske anvisninger på, hvorledes et behand-
lingssystem rettet mod den enkelte misbruger administrativt skulle struktureres, sig alt
for let overtage af afretningsteknokrater, som ikke havde det fjerneste ønske om at ar-
bejde videre ud fra modellens kritiske teoretiske fundament (4). Hvilket netop var det
som skete.

Struktur- og funktionsproblemer i det socialpædagogiske behandlingssystem

At beskrive alle de mange forskellige konkrete former som de offentligt finansierede
socialpædagogiske behandlingssystemer har taget op gennem 1970'erne og 1980'erne er
ikke muligt her. Min gennemgang af tre centrale funktionsproblemer for systemet kan
således i enkelte tilfælde skyde ved siden af. Ikke desto mindre er kritikken i sin gene-
relle form baseret på de observationer af systemets funktion, som systemets egne har

gjort i de forløbne 15 år, hvorfor den må antages at have et meget bredt gyldighedsområde.

For det *første* blev faseprogrammet ikke realiseret i sin fulde udstrækning af de offentligt finansierede behandlingssystemer (5). De faser, som typisk er blevet underbetonede har været den uforpligtende rådgivnings- og omsorgsfase (fase I i Finn Jørgensen's model) og udslusningsfasen (fase IV). I dag er situationen endda den, at samtlige kommunale og amtskommunale ungdomscentre stiller krav om stoffrihed før indgang i den socialpædagogiske behandling (Alkohol- og Narkotikarådet (1984) side 58), d.v.s., at de *fleste* programmer kun indeholder tilbud indenfor faserne II og III (6). Ligeledes er den af Karen Berntsen lancerede refugietanke aldrig blevet realiseret, selvom den f.eks. indgik i det forslag til et kommunalt narkobehandlingssystem, som Københavns kommunes magistrat vedtog i 1970 (se Københavns kommune (1970)). For det *andet* har behandlingssystemene til stadighed indadtil været præget af interne ledelses- og kompetencestridigheder, og udadtil af spændinger mellem institutionerne og de offentlige bureaukratier, som havde overopsyn med dem. Dette har været særlig grelt for de københavnske systemer, og har medvirket, dels til professionaliseringen af behandlingen, og dels til en meget høj grad af personale-uro og -udskiftning (Saarde (1973), Kyed (udateret), Daugaard Pedersen (1981)).

Disse to forhold har bidraget til fremelskelsen af en *tredie* problematisk egenskab ved det socialpædagogiske behandlingssystem, nemlig en forskydning i målsætningen med behandlingsarbejdet. Dette forhold skal jeg gå nærmere i dybden med.

Målforskydningen

Som jeg har læst Karen Berntsen og Finn Jørgensen mener jeg at kunne sammenfatte deres målsætninger med samfundets indsats på stofmisbrugsområdet i følgende parafrase:

"Det moderne stofmisbrugsproblem er et af det kapitalistiske industrisamfunds krisetegn. Symptomet består i at et stort antal unge gennem deres opvækst bibringes to handicaps: For det første en ringe evne til at indgå i gensidige relationer med andre. For det andet en ringe evne til, eller ønske om, at leve op til samfundets krav om målrationel, disciplineret adfærd rettet mod opnåelsen af langsigtede mål. Disse to handicaps er en forudsætning for disse unges tiltrækning til, og efterfølgende socialisering i, stofmisbrugssubkulturen.

Forsøg på løsninger af problemet må således *primært* rette sig mod samfundets sociale og økonomiske organisation.

Sekundært må man *tilbyde* de unge, som nu engang er blevet ramt af disse handicaps, og som yderligere er blevet belastet af stofmisbrugs og stofmisbrugerlivsstilens komplikationer, hjælp til at finde frem til en for dem selv mere tilfredsstillende, og for samfundet mere acceptabel, livsmåde end stofmisbrugerlivsstilen. Det vil sige at man må søge at hjælpe dem til

1. At øge deres evne til, og *muligheder for*, at indgå i gensidige relationer med andre, således at de, alt efter egne tilbøjeligheder, *enten*
2. sammen med konkrete andre kan opbygge sociale niches *indenfor* den overordnede kultur, hvor de kan realisere samlivsformer, som ikke er gængse i normalkulturen *og/eller*
3. kan forøge evnen til at konkurrere med andre på lige fod indenfor uddannelsessystemet, arbejdsmarkedet, m.v.

Opnåelse af behandlingsmål i forudsætter ændringer såvel hos den unge som i hans nærmiljø.

For at behandlingsmålene 2 og 3 kan realiseres, er det ikke tilstrækkeligt at den unge "retter ind til højre". Det er også en forudsætning, at nor-malsamfundets institutioner udvider grænserne for, hvad der er acceptabelt med hensyn til samlivsværdier, arbejdsindstilling og livsstil iøvrigt."

"De ansvarlige" - her konkret de ansvarlige for behandlingssystemet - har i ét og alt vendt op og ned på denne programerklæring. Hovedproblemet, den sociale strukturs invalidering af unge (og ældre), er forsvundet af syne, og målsætningen med den specifikke behandlingsindsats er i dag helt klart afretningen af den unge, så han opgiver sin afvigende livsstil og stofpræference og lader sig socialisere til arbejdskraft, d.v.s. til at være den sidste halve meter i den kilometerlange kø af unge arbejdsløse. Dette fremgår med al ønskelig tydelighed af en "Redegørelse fra de amtskommunale og kommunale ungdomscentre" om behandlingen af stofmisbrugere, redigeret på vegne af den samlede ungdomscenterlederstand af den daværende leder af Roskilde Amts Ungdomscenter, cand.psych. Elsa Schmidt og lederen af Dag- og Døgncentret i København, cand.psych. John Andersson:

"Samfundets intervention, hvis man skulle forsøge at gribe om ondets rod, må være en behandlingsmæssig og socialt betonet indsats for at ændre vilkårene for den enkelte stofmisbruger og derved fjerne grundlaget for misbrugets opståen og fortsættelse
.... Kernen i [narko]politikken er behandlingen, set både som mere specifikke behandlingsformer og som en række sociale foranstaltninger, der skal medvirke til integration i samfundet

Til grund for de behandlingsformer, der er udviklet til at søge at løse stofmisbrugsproblemet, ligger den tankegang, at opgaverne i deres væsen er en socialisering, såvel primær som sekundær, d.v.s. en indlæring af, hvordan man klarer sig såvel i smågrupper som i de store sociale systemer: Uddannelsessystemerne, arbejdspladserne og erhvervslivet, og for fritidens vedkommende hvordan man lever op til nabolagets forventninger og finder interesse i at deltage i samfundets mere eller mindre organiserede fritidstilbud."
(Schmidt m.fl. (1983)).

At den skitserede afretningsmålsætning ikke er fremsat af centerlederne for at behage skatteborgerne og disses repræsentanter i amtsråd og kommunalbestyrelse, men tværtimod tages blodigt alvorligt i behandlingsinstitutionernes hverdag, fremgår af Lone Scozzas undersøgelse af en række behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere i forbindelse med arbejdet i Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsudvalg. Målsætningerne blev beskrevet som følger:

"Der arbejdes generelt på at tilnærme klienterne til det normale liv."

"Institutionens målsætning og behandlingssideologi er præget af, at man med forskellige praktiske foranstaltninger søger at få klienten normaliseret."

"Behandlingsmålsætningen er stoffrihed."

"Behandlingsprincipperne/målsætningen drejer sig om at tilvænne klienten det normale liv."

"Behandlingsmålsætningen er, at klienterne skal kunne klare sig i samfundet på dettes præmisser."

"Behandlingsmålsætningerne er stoffrihed og socialisering til at kunne fungere socialt og arbejdsmæssigt."

"Målet med behandlingen er 1. stoffrihed, 2. social funktion, 3. trivsel." (7)

Målforskydningen inden for det socialpædagogiske behandlingssystem er ikke af ny dato (jfr. således Ege (1974), Saarde (1973)). En klientorienteret behandlingsmålsæt-

ning er stort set ikke blevet praktiseret inden for behandlingssystemet siden Ungdomsklinikken's behandlingseksperiment sprængtes. Denne sprængning kan man symbolsk fastsætte til oktober 1973; den måned, hvor striden mellem de professionelle og de uprofessionelle behandlere kulminerede med de uprofessionelles afskedigelse fra institutionen. Konsekvensen af målforskydningen har på den ene side været, at behandlingssystemet har fået lov til at overleve og endda vokse i størrelse. På den anden side har konsekvensen også været en tiltagende gensidig mistillid mellem behandlingssystem og klienter, og en meget ringe evne til at levere den af politikere og skatteborgere bestilte vare.

Den manglende målopfyldelse

Formålet med det socialpædagogiske behandlingssystem's anstrengelser er at afrette usocialiserede afvigere så de bliver produktive samfundsborgere (eller i hvert fald arbejdsløshedsdagpengemodtagere i stedet for bistandsklienter), som kun beruser sig i alkohol og evt. legalt erhvervede nervepiller. Der foreligger kun to egentlige evalueringforsøg af enkelte socialpædagogiske programmer (Ege (1982b), Petersen m.fl. (1974)), og ingen af disse siger noget om behandlingens langtidseffekt. Det vi derimod ved er, at en meget stor del af stofmisbrugerne har gennemført adskillige behandlingforsøg, som har strakt sig langt ud over afgiftningen, for atter at vende tilbage til tilværelsen som stofmisbruger (Winsløw & Ege (1983), FUS (1983), Ege (1982a), Alkohol- og Narkotikarådet (1984)).

Årsagen til, at vi har så få evalueringer af enkelte behandlingsinstitutioners effekt kender jeg ikke. Det siges i korridorerne, at hovedårsagen hertil er, at behandlingsinstitutionerne ikke er villige til at slippe forskere løs i deres journalskabe eller blandt deres klienter. Om det er rigtigt ved jeg ikke; hvis det er, harmonerer det i hvert fald dårligt med den vægt, man i systemets opstartsfase lagde på, at der løbende skulle laves evaluering-forskning af hensyn til den fortsatte metodeudvikling (se således (Berntsen (1971), Andersson (1971), Københavns kommune (1970))).

Nu er evaluering af de enkelte behandlingsinstitutioner heller ikke så interessant med henblik på at vurdere det samlede behandlingssystem's output i form af afrettede normalborgere. For de fleste stofmisbrugere som opnår at blive afrettede, har været igennem mere end ét langvarigt behandlingsforløb og gennem mere end ét systems institutioner. Mere interessant er skøn over afgangens fra stofmisbrugerbefolkningen som helhed, idet sådanne skøn giver et fingerpeg om den *maksimale effekt* med hensyn til at reducere stofmisbrugerbefolkningen af, at der eksisterer et offentligt behandlingstilbud overhovedet. Det vil sige, at sådanne skøn besvarer spørgsmålet formuleret i slutningen af sidste kapitel, om hvorvidt eksistensen af et behandlingssystem kan siges at være stofmisbrugsefterspørgselsreducerende tiltag.

Den undersøgelse, som fortæller os mest om størrelsen af det samlede behandlingssystem's output er den af Jepsen gennemførte undersøgelse over 7 år af 300 stofmisbrugere førstegangsbehandlet i to storkøbenhavnske behandlingssystemer i 1973. Undersøgelsen, som blev ledet af én af Københavns kommunes behandlingssystem's seniorlægekonsulenter, overlæge Søren Haastrup, og gennemført under anvendelse af professionelle narkobehandlere fra det kommunale system som interviewere, er, som jeg nævnte i kapitel 4, interessant derved, at den forsøgte at fastslå hvornår i intervallet 1973-1980 "helbredelse" indtrådte for de patienter som blev "helbredt". "Helbredelse" var som nævnt defineret som stabil arbejdssituation og/eller stabil stoffrihed (se side 157-159);

d.v.s. som opnåelse af mindst ét af de to afretningsmål, men ikke nødvendigvis begge mål.

I kapitel 4, tabel 21 gengav jeg skøn over sandsynligheden for henholdsvis at dø og at blive "helbredt" under forudsætning af, at "helbredelse", respektive død, var elimineret som afgangsårsag fra misbrugerbefolkningen. Af tabellens yderste kolonne fremgik det, at af 100 stofmisbrugere, *som over de 7 år fastholdt deres misbrug*, ville mellem 17 og 18 være døde ved periodens afslutning. Af tabellens næstsidste kolonne fremgår, at af 100 stofmisbrugere, *som overlevede hele 7 års perioden* ville mellem 36 og 37 være "helbredt" i den ovenfor definerede forstand ved periodens afslutning. Dette svarer til en "helbredelses"sandsynlighed på godt 6% om året.

Af to grunde kan disse 6% ikke tages som udtryk for det socialpædagogiske behandlingssystems behandlingseffekt: For *det første* er det sikkert, at en ikke ubetydelig del af de, hvis "helbredelse" var indtruffet inden for observationsperiodens anden halvdel, vil falde tilbage i stofmisbruget, selvom de på opgørelsestidspunktet var "helbredt" (8). Således var den observerede "helbredelses"sandsynlighed i periodens 5., 6. og 7. år gennemsnitlig 7,6%, mens den i det 1.-4. år var 5,2%. Den varige årlige "helbredelses"sandsynlighed er således snarere knap 5% end godt 6%. For *det andet* er afretningsforsøg jo ikke det eneste, som påvirker stofmisbrugerens forhold til stofbrug og stofmisbrugerlivsstilen på den ene side, og abstinens og "normaltilværelse" på den anden side. Blandt vigtige faktorer kan nævnes partnerskaber med stoffri personer og stofmisbrugende venners og partners død (se f.eks. Groth (1978), Velling (1976) som citeret af Sindballe (1980) og Jorquez (1983)). Men hvori disse faktorer end måtte bestå, så peger en række undersøgelser fra udlandet samstemmende på, at de fleste moderne opiatmisbrugere ophører med deres opiatbrug efter en kortere eller længere årrække (9); analogt til det forhold, at de fleste kriminelle recidivister på ét eller andet tidspunkt holder op med at recidivere (Sutherland & Cressey (1970) side 252-256) (10). Det vil med andre ord sige, at en ukendt andel af de 5% som årligt bliver "helbredt" "helbreder" sig selv uden hjælp fra behandlingssystemet (11)

Hvor stor en del af "helbredelserne" som skyldes afretning, og hvor stor en del som skyldes andre forhold, er det svært at sige. Af de 24 personer i den københavnske meta-donundersøgelse, som havde haft én eller flere stoffri perioder af mindst 3 måneders varighed i løbet af deres misbrugskarriere, havde 10 haft sådanne stoffri perioder i tilslutning til socialpædagogisk behandling, 4 i tilslutning til lægelig behandling, og 10 havde kun haft "spontane" pauser. 8 ud af de sidstnævnte 10 havde været i socialpædagogisk behandling mindst én gang uden at opnå længerevarende stoffrihed i tilslutning hertil (Winsløw & Ege (1983) side 80). Groth (1978) fandt i sin undersøgelse, at af de 2/3 af stofmisbrugerne som havde haft stoffri perioder af mindst 1 måneds varighed, havde halvdelen haft sådanne perioder frivilligt og uden behandling af nogen form, mens den anden halvdel havde haft disse pauser i forbindelse med fængselsophold eller behandlingsforsøg. Hvis vi derfor antager, at omkring halvdelen af den årlige helbredelsessandsynlighed på knap 5% "skyldes" behandling, er det formentlig ikke helt skudt forbi.

Om man synes at en årlig helbredelsessandsynlighed på 2-3% er et tilfredsstillende produktionsresultat af behandlingssystemets indsats eller ej, må blive en privat sag. Men det er i hvert fald en meget kostbar produktion. Ikke i kroner og øre, men i menneskelig

lidelse. For hver enkelt afrettet eks-stofmisbruger skal vejes op mod adskillige snese behandlingsfiaskoer, hvis negative selvbillede har fået endnu en bekræftelse.

Og det er mere end rystende, at for hver stofmisbruger, behandlingssystemet får afrettet, så slår kontrolsystemet og pusherne i forening en anden ihjel, jfr. igen tabel 21 i foregående kapitel.

Tilfredsstillende eller ej, behandlingssystemets årlige "helbredelses"sandsynlighed er i hvert fald meget lille; så lille, at hvis socialpædagogisk behandling var den eneste faktor i stofmisbrugets ophør, ville det tage mellem 60 og 115 år før den nuværende befolkning af 6-10.000 stofmisbrugere var reduceret til under 1.000 personer, forudsat at der i denne periode ikke kom nye stofmisbrugere til! Årsagen til den beskedne målopfyldelse er ikke kun de anvendte terapeutiske teknikkers ringe effektivitet, men også at behandlingssystemet har vanskeligt ved overhovedet at tiltrække stofmisbrugere til sin behandling.

Klientmotivation og -udstødning

Sådan har det ikke altid været. I sin redegørelse for året 1971 til folketingets daværende stående narkotikaudvalg skrev Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien således, at "blandt de lidt ældre stofmisbrugere synes der i stigende grad at være vilje til at underkaste sig behandling" (12). To år senere skrev udvalget, nu i en redegørelse om arbejdet i 1973 til folketingets socialudvalg, at: "et af de forhold, som gør en nogenlunde præcis opgørelse af problemets omfang vanskelig, er tendensen hos stofmisbrugerne til ... at undgå enhver form for kontakt med behandlingsinstitutionerne ..." (13). Skal man tro Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien, må der mellem 1971 og 1973 være indtrådt en afgørende ændring i stofmisbrugernes syn på det offentlige behandlingstilbud til dem.

At stofmisbrugerne i de sidste 10 år har skyet det socialpædagogiske behandlingssystem, kan vises med tørre tal: I kapitel 4 (tabel 11) viste jeg, at mellem 55 og 77% af de storkøbenhavnske stofmisbrugere var uden kontakt med behandlingssystemerne i området i året 1975. 5 år senere var situationen bestemt ikke bedre. Således indberettede behandlingssystemet i Københavns amtskommune, at af 1.000 kendte stofmisbrugere havde man kun haft kontakt med de 300 i årets løb (Ege (1981)).

Det er ikke kun i København, at behandlingsinstitutionerne ikke kan tiltrække stofmisbrugerne. Således oplyses det i Ålborg kommunes ungdomscenters 10-årsstatistik, at man i 1980 havde kontakt med "omkring 20%" af de i kommunen kendte stofmisbrugere (Ungdomscentret i Ålborg (1981)).

I Vejle amtskommune var situationen endnu mere grotesk, idet amtets behandlingsinstitution for stofmisbrugere kun havde haft kontakt med 12% af de hos politiet eller i socialforvaltningerne kendte stofmisbrugere over en periode på 2 1/2 år (Misfeldt & Byskov (1983b)). For at sætte disse tal i det rette perspektiv, kan man spørge sig, hvad man ville tænke om sygehusvæsenet i et amt, hvis behandlingstilbud afvistes af 88% af amtets kendte diabetikere, eller om socialforvaltningen i en kommune, hvor 88% af de som var berettigede til kontanthjælp ikke henvendte sig til socialforvaltningen for at få denne hjælp?

At det socialpædagogiske behandlingssystem ikke evner at tiltrække stofmisbrugerne forklares pr. refleks af behandlingsadministratorerne med to forhold: Det primære sundhedsvæsens "unfair konkurrence" i form af ubegrænset adgang til metadonordinationer (14) og stofmisbrugernes psykopatologi. Således skriver centerlederne i deres reklamebrochure:

"Spørgsmålet om *behandlingsmodvilje* hos en gruppe stofmisbrugere i forhold til de tilbud, som centrene giver, må bl. a. vurderes i forhold til den adgang, der består for at få Metadon-ordination hos praktiserende læger.

Det er en kendsgerning, at mange af de stofmisbrugere, som sikrer sig Metadonordinationer hos praktiserende læger, ser Metadon som en måde at få stoffer på og ikke som middel til at komme ud af deres stofmisbrug, og de benytter deres *angivelige* uvilje mod behandlingsinstitutionerne som argument for at få Metadon.

Det er også en kendsgerning, at mange af de ældre stofmisbrugere netop i de senere år har gennemført gode behandlingsforløb, som har bragt dem ud af misbrug og i fornuftig social gænge.

Men det er også utvivlsomt, at der herudover findes en gruppe af stofmisbrugere - der ikke nødvendigvis er "gamle" stofmisbrugere - som i komplikation til deres misbrug har så store personlighedsmæssige, psykiske og psykiatriske problemer, at de er vanskelige at nå med de for hånden værende social-psykologiske, pædagogiske og psykiatriske behandlingsformer". (Schmidt m.fl. (1983) side 14-15, mine udhævninger).

Eller mere direkte formuleret: Stofmisbrugerne er en samling behandlingsfjendtlige psykopater, der blot er ude på at skaffe sig billigt stof ved at påstå, helt ukorrekt, at de socialpædagogiske institutioner ikke kan hjælpe dem. Glemte er det oprindelige udgangspunkt, at det var *behandlingsinstitutionerne*, som gennem tiltrækkende alternativer til stofmisbrugerlivsstilen skulle *motivere stofmisbrugerne* til at indgå i en behandling, som kunne føre frem til en måde at leve på, som ikke blot var mindre belastende for samfundet, *men også mere tilfredsstillende for dem selv*. I stedet har behandlingssystemets selvforståelse udviklet sig derhen, at man siger, at når stofmisbrugerne ikke er motiveret for behandling i dag, så er det i hvert fald ikke fordi behandlingsinstitutionerne ikke *evner at motivere dem*, men fordi *stofmisbrugerne mangler motivation*. (15)

Men hvad er det da som er sket med de socialpædagogiske institutioner siden stofmisbrugerne ikke længere tiltrækkes af deres "tilbud"?

Peter Ege, der som lægekonsulent har gjort turen med gennem det socialpædagogiske behandlingssystemets historie fra Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment til i dag, beskrev for 10 år siden hvordan han oplevede motivationsproblematikken; ikke som et resultat af "psykopatiske klienter", men som et resultat af afvisende institutioner:

"Jeg tror, at den "naturlige" menneskelige samværsform er det bedst egnede terapeutiske middel for flertallet af de unge samspilsramte personer (for nu at bruge en pæn eufemisme), som vi kalder stofmisbrugere. Jeg tror denne behandlingsform på længere sigt giver bedre resultater, selvom den betragtet udefra ser mindre effektiv ud end den professionelle "skrivebordsfacon", som desværre efterhånden er blevet dominerende i takt med den ovenfor skitserede udvikling.

Klienterne giver i stigende grad udtryk for, at gadeplansinstitutionerne er blevet institutionsagtige i alle dette ords negative betydninger, at de bliver behandlet formynderisk, ovenfra og ned, at de ikke længere bryder sig om at komme dér, en tendens der forstærkes af, at institutionernes indgangsporte bliver stadigt snævrere, kontaktcentre nedlægges, åbningstiderne begrænses og visitationsproceduren bureaukratiseres og umenneskeliggøres. Hvor kan en stofmisbruger, eller en anden ung som er ude at skide henvende sig om aftenen eller natten og få en rimelig modtagelse?

Jeg oplever også, at institutionerne er blevet bedre til at udstøde og afvise klienterne, oftest med en henvisning til manglende motivation og ikke-opfyldelse af helt arbitrære kriterier, men reelt fordi klienter, der ikke kan frembære deres motivation på en guldbakke eller ikke kan tilpasse sig snævre kriterier, oftest er de sværeste og mest "utaknemmelige" at behandle, og arbejdet med disse klienter derfor giver de dårligste resultater. Det betyder i realiteten ofte, at netop de klienter, der har mest hjælp behov, afvises eller udstødes af institutionerne, og henvises til at klare sig selv i de mest afvigende miljøer eller de traditionelle opbevaringsinstitutioner - statshospitalerne og fængslerne." (Ege (19 74) side 14-15).

I samme artikel gav Peter Ege sit bud på, hvorledes denne tilstand, som stadig hersker, var opstået: Oprindeligt repræsenterede det socialpædagogiske behandlingssystem - d.v.s Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment - et *ufærdigt alternativ* til de etablerede institutioner og normalsamfundet. At Ungdomsklinikkens behandlingseksperiment var et alternativ betød ikke kun, at de terapeutiske *teknikker* var anderledes end andre institutioners, men at *selve institutionen* på flere punkter stod i et modsætningsforhold til værdier og organisationsformer i det omliggende normalsamfund. Ungdomsklinikkens eksperiment var et *socialt* eksperiment: Målet med arbejdet var ikke ensidigt at afrette klienten, men nok så meget at forandre samfundet; i selve behandlingsarbejdet med de konkrete misbrugere ved at stile mod at gøre det muligt for disse at skabe sig sociale niches, hvor andre samlivsformer end de gængse kunne realiseres. Deraf følger, at alternativet også måtte være *ufærdigt*, d.v.s. være i stadig forandring. Det i 1974 etablerede behandlingssystemets afvisning af "vanskelige patienter" og generelle formynderholdning overfor klienterne (16) var kun ét af symptomerne på at behandlingssystemet havde mistet sin karakter af uafærdigt alternativ. Andre symptomer var den gennemførte professionalisering af personalet, den øgede bureaukratisering af arbejdet og formaliseringen og hierarkiseringen af ledelsesfunktionerne. Arbejdet med stofmisbrugerne havde mistet sin samfundsforandrende karakter og var blevet professionelt lønarbejde, ensidigt rettet mod at forandre klienter: "Nu skal der ikke drives politik, nu skal der behandles klienter", som Ege citerede en institutionsleder for.

Jeg skal ikke her tage op under hvilke betingelser det uafærdige alternativ lader sig institutionalisere (se Mathiesen (1971)). Det forekommer dog klart, at det må kræve en autonomi i forhold til institutionens offentlige sponsorer, som ville have været, og var, utænkkelig indenfor et område, som var så værdicentralt som stofmisbrugerbehandling. Hvis stofmisbrugerbehandlingssystemet havde medvirket til at få hundreder af velfungerende produktionskollektiver drevet af ex-misbrugere op at stå, havde det aldrig fået lov til at overleve, lige så lidt som hvis det havde været fødselshjælper for i hundredevis af livsglade, "uproduktive", kulørte klatter. At systemet i dag på den ene side hjælper nogle få stiltfærdigt depressive normalborgere til verden, og på den anden side forstærker stempningen af, og nederlagsoplevelsen hos, de mange, som går igennem det uden at komme ud på den anden side som produktive normalborgere, er derimod øjensynlig fuldt tilfredsstillende for systemets driftsherrer, i og med, at der årligt bevilges millioner og atter millioner skatteborgerkroner til det. Forklaringen herpå er (desværre) hverken at finde i professionaliseringen af medarbejderne, hierarkiseringen af systemet, eller det omgivende bureaukratiske miljøes krav. Forklaringen herpå er, er fejlsocialiseringsmodellen, dens samfundskritiske potentiale til trods, som en terapeutisk ideologi konfronterer stofmisbrugeren som endnu en variant af apparatfejlmодellen.

Fejlsocialisering som apparatfejl

Umiddelbart skulle man tro, at det socialpædagogiske behandlingssystem havde alle odds med sig. For de fleste stofmisbrugere er øjeblikkene mellem opiatinspireret eufori sjældne, og betinget af risikoen for forgiftninger (af for stærkt stof, eller af ikke-opiatholdigt stof). Den livsstil som er opbygget omkring, og er en forudsætning for, erhvervelsen af stoffer, er i stigende grad præget af brutalitet, norm- og lovbrud, som stofmisbrugeren ikke finder tiltrækkende i sig selv, angst for sygdom, for politiet og for ens kunder, hvis stofmisbrugeren er prostitueret. Stofmisbrugeren må endvidere leve med perioder med abstinensubehag, og med foragt og mistænksomhed fra det ikke-stofmisbrugende samfunds repræsentanter (såsom social- og sundhedsvæsenets personale, tidligere stoffrie bekendte og familiemedlemmer). Selv den moderat involverede stofmisbruger er sat uden for den "normale" materielle velstandstilværelse, som han ser andre leve. Og alle stofmisbrugere ser død og sygdom og langvarige fængselsdomme omkring sig.

Alt dette skulle tale for, at behandlingssystemets mål: at afrette stofmisbrugerne, skulle være relativt let at opnå. Set udefra er stofmisbrug en meget ubehagelig tilstand, som det ramte individ kun skulle være lykkelig for at slippe ud af. Ligeledes udefra betragtet, er størrelsen af de fleste stofmisbrugeres opiatforbrug, som vist i forrige kapitel, heller ikke en faktor, som i særlig stor grad skulle forhindre stofmisbrugeren i at tage imod behandlingssystemets udstrakte hånd. At behandle stofmisbrugere skulle således være en meget taknemmelig opgave.

For at forstå behandlingssystemets manglende evne til at tiltrække stofmisbrugerne, og dets manglende succes med de stofmisbrugere, som alligevel kommer i behandling, kan vi igen hente inspiration fra den tyske socialisationsteoretiker Thomas Ziehe (Ziehe & Stubbenauch (1983)).

Når stofmisbrugeren henvender sig til behandlingssystemet, er han at ligne med en person, som vil lære noget nyt om et emne, som berører ham dybt. Han føler sig bundet i en afhængighedsrelation, som han søger hjælp fra behandlingssystemet til at lære at beherske. Heri ligger hans motivation: han vil befri sig fra en indre tvang, eller rettere dens konsekvenser. På dette trin har stofmisbrugeren sjældent andre forestillinger om hvad han vil. Hvis han siger (og det gør han sikkert, for ellers vil behandlingssystemet ikke beskæftige sig med ham), at han gerne vil være stoffri og gerne vil have et arbejde, så mener han det lige så inderligt, som han ville mene det, hvis han sagde at han gerne ville være et birketræ: eftersom han ikke har gjort rejsen fra sin nuværende stofmisbrugertilstand og til abstinens og arbejdsliv og tilbage igen, kan han ikke vide, om han virkelig ønsker at gøre denne rejse. Hans ønske om forandring er således rent negativt: han ønsker at komme væk fra sin nuværende tilstand og er, for at nå dette mål, villig til at lære andre tydinge af, og måder at handle i, verden på.

Hans anmodning om hjælp er et udtryk for en vilje til at *overveje*, om hans tænke- og handlemåder i én eller anden, ikke særlig omfattende grad, er utilstrækkelige. Hans henvendelse udtrykker sætningen "det kan godt være at der er noget i vejen med min måde at gribe tingene an på. Har I forslag til hvordan jeg kan gøre det bedre?".

Men dette udtryk for fejlbarlighed er *forbeholdent* og *tentativt*. Mens en del af ham er villig til at overveje hypotesen om, at der er noget i vejen med ham, så er en anden del fuldt overbevist om, at det er der i hvert fald ikke. Det ville også være mærkeligt andet,

for den personlighed han har, er én han har formet og omformet siden starten af sit liv og frem til den dag han søger hjælp. Hans investering i form af lidelse, intelligens og tid i den psykiske struktur, han forbeholdent og tentativt rækker frem mod behandleren, er enorm.

Psykodynamisk kan man sige, at hans progressionsinteresse i det øjeblik han henvender sig om hjælp lige netop vejer lidt tungere end hans regressionsinteresse. Men balancen kan tippe hvert øjeblik det skal være.

Pædagogen kan nu vælge mellem to strategier. Han kan enten forsøge at undertrykke regressionsinteressen, eller han kan forsøge at anvende regressionsinteressen i progressionens tjeneste (17).

Det socialpædagogiske behandlingssystemets strategi er helt klart den første: formålet med behandlingen er eksplicit "forandring" *mod bestemte mål*: stoffrihed, uddannelse og arbejde. Over for stofmisbrugerens forbeholdne og tentative indrømmelse af, at han vist ikke har det så godt som han gerne ville have det, stiller behandlingssystemet skråsikkert den påstand, at han ville have det meget bedre, hvis han blot bevægede sig fra stofmisbrugertilstanden til normalborgertilstanden. I forbehandlingsfasen søger man, i stedet for fordomsfrit at undersøge, hvorledes klienten lever med sit stofmisbrug, og om man måske kan hjælpe ham ved mindre indgribende tiltag end "totalreovering" af personligheden, at "befæste motivationen" til stoffrihed ved at "gøre ham det klart" hvor meget han er ude at skide, at hans stofmisbrug er udtryk for en realitetsflugt, og at han i virkeligheden ikke ønsker at blive fri for det (hvilket er ganske rigtigt), men at han ville få det meget bedre hvis *blot* han virkelig ønskede/forsøgte/anstregte sig på at blive fri for det (hvilket er en mere tvivlsom påstand). Hvis klienten gennemfører forbehandlingen og kommer på en døgninstitution eller i familiepleje, er det således fordi behandleren har overbevist klientens overjeg om, at han selv i længden er bedst tjent med at lade sin progressionsinteresse arbejde i en bestemt retning, og undertrykke sin regressionsinteresse. Klienten har, for en tid, udskiftet sit eget overjeg med behandlerens. Denne personlighedskonstellation kan holde sig lige præcis så længe som klienten er i den kunstige terapeutiske relation, hvor ethvert "progressivt" livsudtryk belønnes, og ethvert "regressivt" livsudtryk straffes. Derfor er den mest varigt effektive behandlingsform for stofmisbrugere da også det terapeutiske samfund, i hvilket den tidligere klient forbliver som medarbejder efter sin "helbredelse" (Zinberg (1974)). Men derfor er virkningen af den socialpædagogiske behandling som regel også begrænset til opholdet i behandlingsinstitutionen (18).

Implicit i den socialpædagogiske stofmisbrugerbehandling, som i anden behandling, som opstiller bestemte mål for klientens fremtidige adfærd, er den forestilling, at enten har klienten aldrig været konfronteret med sin "realitetsfornægtelse" før, eller også er han ikke blevet konfronteret med den på en tilstrækkelig effektiv måde. Klienten skal for så vidt ikke gøre andet arbejde end blot at tage imod behandlerens guldkorn om hvordan virkeligheden "er" og hvordan han (klienten) forsøger at undgå den.

Når et sådant arbejde (tilsyneladende) krones med held kan medarbejder og klient klappe hinanden på ryggen. Hvis de gør det, overser de to ting. For det første, at klientens "korrekte" diagnose af sig selv kan være uden dybere sandhed for ham, men en ren og skær overlevelsestrategi i det terapeutiske miljø, som han p.t. foretrækker frem for det gadeliv, hvis ubehagelige sider endnu er i frisk erindring. For det andet kan klientens

"selvindsigt" være udtryk for, at han har erstattet afhængigheden af stoffet og stoflivet med en lige så tvangspræget afhængighed af behandlingen og behandlerne. Behandlernes tydninger af klienten er her ganske vist gået igennem en subjektiv bearbejdning hos klienten, men har kun gyldighed for ham i kraft af hans kærlighedsforhold til behandleren. Dermed mister tydningerne psykodynamisk sandhedsværdi for klienten når dette (kunstige) kærlighedsforhold afbrydes, hvilket det jo trods alt skal, hvis behandlingen skal afsluttes.

Når arbejdet *ikke* krones med held, ser medarbejderne beklagende på klienten og forklarer ham at han ikke "har junket færdig endnu". Medarbejderne har gjort hvad *de* kunne med hensyn til at konfrontere klienten med virkeligheden og med "korrekte tydninger" af hans måde at reagere på den på.

Denne reaktion er forståelig ud fra realitetsterapiens forudsætninger, nemlig at det væsentlige arbejde gøres af behandlerne, ikke af klienten. Ud fra en psykoanalytisk synsvinkel er den imidlertid tvivlsom. De sandheder, som under en psykoanalyse kan slå ned i analysanden med en voldsom følelsesmæssig intensitet behøver hverken være nye eller komme udefra. Det kan være "sandheder", som analysanden har formuleret for sig selv mange år før analysens start; små sørgmuntre vignetter om analysandens liv, som det, når analysand og analytiker har arbejdet sig igennem en masse andet stof, pludselig bliver muligt for analysanden at se som de rædselsbilleder de i virkeligheden er. Realitetspædagogikken overser derfor, at selv de mest "korrekte" tydninger, fremsat nok så effektivt, og evt. bakket op af en gruppeterapeutisk situation, psykodynamisk kan være så omkostningskrævende for klienten, at han hellere forlader behandlingen end accepterer dem. At beskrive denne "behandlingsvægring" som et udtryk for manglende eller utilstrækkelig "motivation" er en helt utilbørlig stempling af den pågældende klient.

Det socialpædagogiske behandlingssystem grundlæggende despekt for sine klienters sandheder er også forklaringen på det intense had, som mange behandlingserfame stofmisbrugere omfatter narkobehandlere med (19), og dermed på, hvorfor stofmisbrugerne skyer behandlingsinstitutionerne. For den realitetsterapeutiske behandlingsinstitution rækker på en og samme tid håbet om en mulig bedre fremtid og en negativ selvurdering ud mod stofmisbrugeren. For at få lov til at smage på den søde frugt, må klienten først spise den bitre. Den stofmisbruger, som først har spist af disse frugter, og derefter fået at vide, at han "ikke har junket færdig endnu" vil ikke være særlig tilbøjelig til at komme igen (20).

Men hvad har alt dette med fejlsocialiseringsmodellen at gøre? Ret beset er det jo kun det etablerede socialpædagogiske behandlingssystem jeg har kritiseret med disse bemærkninger.

Nej, det er (desværre) også *fejlsocialiseringsmodellen som terapeutisk ideologi* jeg er ude efter. For selv om målsætningerne med det pædagogiske arbejde idag er langt snævrere end Karen Berntsen og Finn Jørgensen forestillede sig for 15 år siden, så er selve det pædagogiske arbejde nok så meget et barn af fejlsocialiseringsmodellen som af de specifikke pædagogiske teknologier som anvendes (hvad enten de kaldes "moderat konsekvenspædagogik", "realitetsterapi", "strategisk, strukturel terapi" eller "dagliglivssocialisering", jævnfør Alkohol- og Narkotikarådet (1984) side 50-60).

Fejlsocialiseringsmodellens billede af årsagerne til stofmisbruget hos den enkelte er, mener jeg, et godt billede, stadig anvendeligt i dag ud fra såvel et videnskabeligt som et socialpolitisk synspunkt. Det er blot ikke et billede, som har den fjerneste relevans i forbindelse med hvorledes behandleren/behandlingsinstitutionen skal komme den behandlingssøgende misbruger imøde.

Man kan forholde sig mere eller mindre naivt realistisk til videnskabelige teorier, som står ens hjerte nær, d.v.s. tage deres billeder af verden som mere eller mindre fotografisk eksakte gengivelser. I det ekstreme tilfælde, hvor man ser teorien som afbildende det undersøgte fænomens indre mekanismer, på samme måde som en ingeniørtegnning af et oliefyr viser, hvorledes det indkommende kolde vand bliver til udgående varmt vand, ender man i en deterministisk position, som, når det afbildede fænomen er menneskelig adfærd, fører én til fornægtelsen af en menneskelig viljes eksistens.

Ovenfor udtrykte jeg min tilfredshed med fejlsocialiseringsmodellen som et billede af den proces, hvor igennem nogle personer blev stofmisbrugere. Men det betyder ikke, at jeg betragter fejlsocialiseringsmodellen som et billede af den *mekanisme*, der "gjorde" Per, Poul og Jens til stofmisbrugere. Fejlsocialiseringsmodellens værdi består for mig i noget helt andet. På et socialpolitisk plan har modellen værdi fordi den beskriver konkrete sociale processer, hvor igennem nogle medlemmer af samfundet vælger livsindhold, som jeg ikke selv ville acceptere. Denne socialpolitiske værdi knytter sig til modellens værdi på det sociologisk-teoretiske plan, nemlig, at den forbinder en kendsgerning om det danske samfund siden 1960'erne (forekomsten af nogle tusinde unge stofmisbrugere) med en række strukturelle teorier om samfundsudviklingen. Fejlsocialiseringsmodellen udgør det nødvendige teoretiske bindeled mellem den enkelte aktør - stofmisbrugeren - og en række helt forskellige, og gensidigt delvist uforenelige makrosociologiske teorier om social forandring, strukturelle belastninger, sociale problemer, m.v. Selvom fejlsocialiseringsmodellen således er et *billede af den enkelte aktør*, bidrager den for mig kun til *forståelsen af samfundet*; ikke til mine beslutninger, hvorledes jeg vil forholde mig overfor Per, Poul og Jens.

For hvis jeg tog fejlsocialiseringsmodellen bogstavelig som en beskrivelse af den mekanisme, som "gjorde" den enkelte stofmisbruger til stofmisbruger, så ville det være udtryk for et deterministisk menneskesyn, der på ét eller andet tidspunkt ville ramme mig selv i nakken. Ved at postulere stofmisbrugerens totale ufrihed som et passivt offer for en fejlagtig socialisering, ville jeg implicit postulere min egen totale ufrihed, som et lige så passivt "offer" for en anden socialiseringsproces. Jeg ville fratage mig retten til at glædes over, føle stolthed over, fortryde, og græmmes over mine egne handlinger. Og jeg ville først og fremmest fratage mig selv håbet om, gennem bevidste valg, at kunne forandre mig selv og mine livsbetingelser.

Omvendt kan jeg kun hævde min egen (begrænsede!) frihed ved at indrømme stofmisbrugeren den samme ret. Jeg må altså betragte valget af stofmisbrug som dominerende livsindhold som et valg, hvis konsekvenser jeg må overlade stofmisbrugeren selv at tage ansvaret for.

Problemet med de fleste af os, som i årene omkring 1970 applauderede Finn Jørgensen for hans fremragende gennemhulninger af diverse videnskabeligt håbløse forestillinger om "narkomani" som en drift (Jørgensen & Ulff-Møller (1971)), eller som en epidemi (Jørgensen (1971b)) var, at vi troede, at den socialpolitiske og sociologiske anvendelige

fejlsocialiseringsmodel i sig selv gav et svar på spørgsmålet om, hvorledes samfundet skulle forholde sig til den enkelte stofmisbruger; hvorledes den af samfundet lønnede behandler skulle komme den enkelte stofmisbruger i møde. Stofmisbrugeren var fejlsocialiseret; javel, så måtte han jo *omsocialiseres*. Stærkt hjulpet af den sociologiske determinisme, som gennemsyrede tidsånden omkring 1970, indså vi ikke, at vi med denne slutning erstattede biologisk baserede tvangsindgreb (behandling med psykofarmaka, isolationsanbringelser, elektrochok) med et sociologisk baseret tvangsindgreb: (Gen)opdragelse. Stofmisbrugerens "frivillighed" med hensyn til valg af behandling lå i valget mellem to *onder*: *Enten* at fortsætte sin gadetilværelse mellem neglene på politiet og pusherne, men med fastholdelse af de tanke- og handlemåder, som han havde udviklet for at klare livet i et samfund, som han så som afvisende, *eller* at renoncere totalt på disse tanke- og handlemåder, og acceptere behandlingsinstitutionernes beskrivelse af ham som inadækvat, konfliktskyende, realitetsfomægtende o.s.v., o.s.v.

Mens vi skulle have brugt fejlsocialiseringsmodellen *socialpolitisk*, brugte vi den *behandlingspolitisk*. I stedet for helt at koncentrere os om at bearbejde de sociale strukturer, i hvilke stofmisbrug af den enkelte blev set som et ønskværdigt alternativ, så dette alternativ kunne komme til at fremstå mindre ønskværdigt, mente vi at have ret til at behandle stofmisbrugeren, som til erstatning for de afvigende normer han havde lært i stofmisbrugergruppen skulle have indpodet "rigtige normer" såsom at man bør have en uddannelse, man bør have et arbejde, man bør deltage i samfundslivet som en del af revolutionens fortrop, og man bør slet ikke fixe!

Vi overså helt, at der ingen *nødvendighed* var i stofmisbrugerens valg af *netop denne* afvigende livsstil. Masser af mennesker afveg fra deres sociale udgangspunkt ved at aspirere til højere eller lavere poster i arbejdslivets hierarki, end man forventede af dem, og atter andre bøjede sig der, hvor stofmisbrugeren ikke bøjede sig, og valgte løsninger på deres eksistentielle problemer, som var mere acceptable for myndighederne og deres nære omgivelser, som f.eks. nervemedicin- eller alkoholmisbrug. Stofmisbrugeren derimod, *valgte* at blive stofmisbruger, fordi han, ved at indgå i stofmisbrugergruppen, fik en større behovstilfredsstillelse, end han mente at ville kunne få ved at konformere. Stofmisbrugeren blev afviger fordi han ikke *ville* være normalborger, hvadenten den udgave af normalborgeren man forventede han skulle aspirere efter var Nørrebroarbejderen eller Frederiksberg-grosserereren. Og han valgte at blive stofmisbruger, snarere end rocker, f.eks., fordi dette afvigs konkrete form udtrykte hans følelse af samhørighed med bestemte personer og værdier, og hans ønske om at distancere sig fra atter andre personer og værdier.

Når fejlsocialiseringsmodellen således pegede på socialiseringsforløbets betydning for udviklingen af en stofmisbrugeridentitet hos den enkelte stofmisbruger, var det med den implicite følgeslutning, at dette socialiseringsforløb kunne og skulle forsøges gjort om eller korrigeret. En mere despotisk forestilling (21) skal man ærlig talt lede længe efter. Hvadenten resultatet er en livskompetent person eller ej, så er socialiseringsprocessen en engangsforeteelse som juridisk, sociologisk og psykologisk er afsluttet når individet er et sted mellem 16 og 20 år gammel. Forsøger man at spole filmen tilbage efter denne alder er nået, er det principielt det samme som sjælemord. Således er der ingen der ville drømme om at genopdrage en voksen angstneurotiker selvom neuroser, og måske også visse psykosser, skyldes "fejlsocialisering" i den tidlige barndom. Over halvdelen af den voksne danske befolkning frembyder den ene eller den anden neurotiske symptomatologi (alkohol-, tobaks- og medicinbrugere incl.), men ikke desto mindre er det kun opi-

atmisbrugere og kriminelle der udsættes for forsøg på genopdragelse. Forestillingen om, at stofmisbrug er et pædagogisk problem, er grundlæggende betænkelig, og når det drejer sig om stofmisbrugere over 16 år, for ikke at sige over 26 år, ville forestillingen være rent ud lattervækkende, hvis ikke resultatet havde været så sørgeligt for de implicerede stofmisbrugere, og ideen så fundamentalt totalitær som tilfældet er. Man kan også udtrykke dette ved at sige, at ethvert *behandlingstilbud* til stofmisbrugere må *respekt*ere, og ikke blot *konstat*ere, stofmisbrugets sociale og psykiske funktionalitet for den hjælp-søgende. Stofmisbrugeren kan være nok så meget et "offer" for en fejlagtig socialisering, men de kæder som binder ham er trods alt formet efter netop hans krop. At hævde, at stofmisbrugeren vil få det meget bedre hvis han blot konformerer, er en utilbørlig frækhed overfor ham, og udtryk for en mangel på vilje til overhovedet at beskæftige sig med hvad der foregår inden i dette andet menneske. Det er en selvtilfreds påstand om, at de kæder, som fastsurrer éns egen krop, passer lige så godt til enhver anden krop.

Ud fra disse betragtninger er det i dag forståeligt, hvorfor stofmisbrugerbehandlingssystemets fiasko har været så total som tilfældet er. For ligesom det at blive stofmisbruger er et valg mellem muligheder med forskellig tiltrækning, så er det at *forblive* stofmisbruger et valg: Ligegyldigt hvor led en stofmisbruger på et givet tidspunkt måtte være ved livet under stofmarkedets betingelser, så er der grænser for hvilken pris han vil betale for at slippe af med de ubehagelige sider af denne livsform. Og konformitet synes for de fleste misbrugere at være alt for høj en pris.

Når det socialpædagogiske afretningssystem derfor i dag hævder, at dets effektivitet nedsættes af de praktiserende lægers "unfair konkurrence", så er denne klage for så vidt korrekt. Ikke fordi lægerne "smider metadon efter stofmisbrugerne", som centerledeme gerne vil give det indtryk af, men fordi en længerevarende metadonordination er én måde stofmisbrugeren kan mindske presset fra politiet og pusherne på, uden helt at renoncere på sin personlige integritet. Men at også denne løsning har sin pris vil fremgå af det følgende.

Det lægelige behandlingssystem

Det lægelige behandlingssystem består overvejende af nogle hundrede alment praktiserende læger som ordinerer metadon og andre medikamenter til patienter, som de har mere eller mindre grund til at tro regelmæssigt bruger ulovlige opiater. Antallet af patienter ligger på årsbasis lidt over 1000, og de synes aldersmæssigt at være i gennemsnit 1-2 år ældre end klienterne i socialpædagogisk behandling (Sundhedsstyrelsen (1981)). Hvormange af disse godt 1000 behandlingsforløb som er faktiske eller intenderede langtidsmetadonbehandlinger er ikke til at sige, for mange faktiske længerevarende metadonbehandlinger er oprindelig startet som ambulante afgangninger, mens mange intenderede længerevarende metadonbehandlinger ikke bliver af lang varighed, fordi lægen og/eller patienten afbryder behandlingen efter kort tid (22). Siden 1976 har antallet af patienter, som på et givet tidspunkt havde en metadonbehandling af 6 eller flere måneder bag sig svinget mellem 400 og 550. Omkostningerne forbundet med driften af det lægelige system kendes ikke, men er formentlig ret beskedne, idet lægerne ser deres patienter sjældent, og de anvendte medikamenter er billige at fremstille. Eftersom den officielle målsætning med behandlingen, som udtrykt af Alkohol- og Narkotikarådet i 1979 (jfr. nedenfor), sjældent synes søgt opnået i praksis, er der ofte blevet stillet

spørgsmålstegn ved berettigelsen af at betegne længerevarende metadonordinationer til stofmisbrugere som behandling (se f.eks. Antistofgruppen (1977)). Men eftersom længerevarende metadonordinationer ofte synes at være igangsat ud fra et ønske hos lægen, om at lindre stofmisbrugerens smerte, mens de endvidere på samme måde som de socialpædagogiske behandlinger ofte begrundes med ønsket om, at dreje patientens levevis i retning af en for normalsamfundet mere acceptabel form, er det ganske rimeligt, at subsumere længerevarende metadonordinationer under begrebet stofmisbrugerbehandling på lige fod med socialpædagogisk behandling.

En særlig variant af det lægelige behandlingssystem udgøres af de læger, som ordinerer dextropropoxifen og andre ikke-kopieringspligtige opiater til stofmisbrugere. At et præparat ikke er kopieringspligtigt indebærer, at apoteket ikke indberetter ordinationen til Sundhedsstyrelsen. Dette har ud fra lægens synsvinkel den fordel fremfor metadonbehandling, at hans ordinationer ikke kan blive genstand for Sundhedsstyrelsens og embedslægerne opmærksomhed og eventuelle indgriben. Omfanget af denne del af det lægelige behandlingssystem er i sagens natur ukendt, men formentlig er det meget stort. Det er en behandlingsform, hvor de negative konsekvenser i form af forgiftninger og andre somatiske følger langt overstiger den abstinensmindskende gevinst for stofmisbrugerene. Dette ved lægerne. At behandlingsformen ikke desto mindre praktiseres, og formentlig i stort omfang, er det bedste bevis for, at lægerne ikke "smider metadon efter stofmisbrugerne". Det tør de nemlig ikke af frygt for Sundhedsstyrelsen.

Længerevarende metadonbehandlings historiske baggrund

Metadon er et syntetisk opiat med en relativ lang virkningstid for så vidt dæmpning af opiatabstinenser angår (23). Det er denne langvarige virkning som er årsagen til metadons anvendelighed i opiatvedligeholdelsesbehandling, idet peroral indgift af metadon 1, højst 2 gange i døgnet, kan træde i stedet for de 3-6 injektioner, som en tolerant heroinist må foretage hver dag for at holde sig abstinensfri. Ved regelmæssig indtagelse 1, evt. 2 gange, daglig, opnår man endvidere en langt mere stabil blodplasmakoncentration af opiatet, end man kan opnå ved hyppigere, regelmæssig indgift af de fleste andre opiater, således at de stemningssvingninger, m.v. som gademisbrugerene oplever p.g.a. det stadige skift mellem stof"mæthed" og stof"sult" forsvinder. Den såkaldte "blokadeeffekt" (se f.eks. Dole (1980)) skyldes dette forhold, kombineret med den lave styrke af sædvanlige gadeopiater. Det vil sige, at en given metadondøgn dosis ikke "blokerer" for euforiinspirerende impulser i nogen absolut forstand, men kun relativt. Indtages en ekstra dosis af en passende stor størrelse, kan brugeren opnå eufori, selvom han er i en stabil metadonbehandling (24).

Langtidsmetadonbehandling blev opfundet ved lidt af en tilfældighed af to amerikanske læger, den kliniske kemiker Vincent Dole og psykiateren Marie Nyswander. Efter et mislykket eksperiment med heroin- og morfinvedligeholdelse af hospitalsindlagte kriminelle stofmisbrugere i 1963-1964 opdagede Dole og Nyswander at patienterne, efter at Dole og Nyswander var begyndt at give dem metadon i stedet for morfin med henblik på at udtrappe dem fra den eksperimentelle behandling, fra at have været sløve, irritable og stoffixerede, blev aktive, udadvendte og holdt op med at tale om stoffer (25). Som følge heraf droppede Dole og Nyswander deres videre eksperimenter med andre opiater, og fortsatte i stedet udelukkende med metadon.

Dole og Nyswanders behandlingseksperiment er ofte blevet misopfattet som et rent opi-atvedligeholdelsesprogram, i lighed med f.eks. det engelske vedligeholdelsessystem (se Winsløw & Ege (1984) side 24-27 for en gennemgang af litteraturen om dette system). At Dole og Nyswander betragtede selve metadonindgiften som en ganske vist nødvendig, men langt fra tilstrækkelig, komponent i behandlingen fremgår af følgende citat:

"Den sociale fælde som gadenarkomanen er fanget i, er en helt anden end den som middelklasse-opiathugeren (som måske ruinerer sin familie, men som opretholder et respektabelt ydre) eller den narkomane læge eller sygeplejerske (som ulovligt kanaliserer narkotikaforsyninger til sit eget personlige brug) eller den patient med kronisk sygdom, som får narkotiserende medicin ved lægeordination, befinder sig i. Alle disse personer er fælles om en fysisk afhængighed af narkotiserende stoffer, men behandlingsproblemerne er vidt forskellige.

Et hvert behandlingsprogram som ikke tager hensyn til gadenarkomanens sociale mangler vil være ude af stand til at gøre ham til en produktiv borger i et frit samfund. Erhvervelsen af stofvanen er kun første trin i gadenarkomanens sociale deroute, og på samme måde er ophøret med heroinbrug kun behandlingens første trin. Når en teen-ager bliver afhængig af heroin holder hans modning op. Den normale udvikling gennem skolegang, familieliv, erhvervsuddannelse og påtagelse af ansvar blokeres, og al hans energi kanaliseres i retning af at skaffe penge til heroin. Hvis han ikke var kriminel før han blev afhængig bliver han det, og hans fremmedgørelse fra samfundet forstærkes gennem bekendtskabet med narkoman-og fængselsverdenen. Det er vejen tilbage ad denne sti, han må tilbagelægge gennem behandlingen.

Lad os for diskussionens skyld antage, at det ville være muligt at helbrede heroinafhængighed fuldstændigt med ét slag ved at indtage noget medicin. Lad os antage, at denne utopiske behandling fuldstændigt ville fjerne trangen efter heroin, og at den ville bibringe patienten en tilstand af perfekt fysisk sundhed. En sådan medicin ville helt klart være et værdifuldt hjælpemiddel i behandlingen, men den ville ikke afhjælpe den sociale mangelsituation som flere års afhængighed i løbet af en ung persons kritiske modningsperiode ville have forårsaget. Selvom patienten farmakologisk set ville være helbredt, ville han stadigvæk stå uden job og mangle den selvtillid og forudgående arbejds historie som ville gøre ham salgbar på arbejdsmarkedet. I verdens øjne, og måske også i hans families øjne, ville han stadig være en junkie. Behandling er som enhver anden form for indlæring en langsom proces, og den helbredte narkoman er belastet med den ekstra byrde, at han har været en fiasko og har mistet troen på sig selv. En farmakologisk helbredelse er ikke mere end begyndelsen til egentlig helbredelse. Hvis ex-narkomanen skal blive et produktivt og et ansvarligt medlem af samfundet, har han brug for hjælp fra en person som tilbunds forstår karakteren af hans kamp." (Dole & Nyswander (1967a), min oversættelse).

Denne advarsel mod at tro, at det ved hjælp af farmakologiske midler alene skulle være muligt at resocialisere stofmisbrugere (26) blev stort set overhørt af de senere metadon-programorganisatorer. Effekten af disse programmer med hensyn til at ændre stofmisbrugernes ikke-accepterede adfærd har da også været beskedne (27).

Metadonbehandling i Danmark siden 1970

Når bortses fra psykiateren Mogens Nimb's forsøg på at behandle ældre medlemmer af Nyhavnsgruppen med metadon (Nimb (1970)) indskrænkede metadonbehandling i de første år herhjemme sig undtagelsesløst til selve ordinationen af metadon. Fra omkring 1970 begyndte også Dansk Forsorgsselskab (forløberen for den frie kriminalforsorg) og i 1971 den selvejende institution Højbjerggård, at give metadon over længere tid, kombineret med socialpædagogisk og psykiatrisk behandling. Disse behandlingstiltags effektivitet er aldrig blevet vurderet, men Højbjerggård's behandlingforsøg er beskrevet af Freitag (Freitag (1978)). Af senere socialpædagogiske behandlingsprogrammer med

længerevarende metadonordination kan nævnes Socialmedicinsk Kliniks program i Århus (Jepsen (1979)), den private klinik Forsøgsklinikken i København (Forsøgsklinikken (1984)) og Københavns kommunes klinik på Sundholm (Forsøgsudvalget på Sundholm (1984)). Arbejdet med at evaluere de to københavnske klinikker pågår stadig.

Men under alle omstændigheder så er langtidsmetadonbehandling som nævnt primært noget som praktiserende læger udfører og har udført. De første betæneligheder ved de udførte behandlinger blev fremsat i 1971 (Bohm m.fl. (1971a), Bohm m.fl. (1971b), Nimb (1971)). Året efter nedsatte Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien en større arbejdsgruppe som skulle gennemgå diverse aspekter af metadons anvendelse i behandlingen af stofmisbrugere. Arbejdsgruppens rapport udsendtes i maj 1973, og dens anbefalinger var generelt meget restriktive (28). I rapporten frarådede man helt brugen af ventebehandling (d.v.s. metadonordination mens stofmisbrugeren ventede på en plads i det stoffri system), og stillede sig tvivlende overfor værdien af ambulante afgiftninger. Vedligeholdelsesbehandling burde ifølge rapporten kun gives i ganske særlige tilfælde, men en nærmere afgrænsning af disse særlige tilfælde foretoges ikke i rapporten. I rapporten understregedes det, at "praktiserende læger aldrig på egen hånd bør give vedligeholdelsesbehandling". På den anden side vendte rapporten sig mod en centralisering af vedligeholdelsesbehandlingen, d.v.s. oprettelsen af klinikker, med den lidt besynderlige begrundelse, at "det ville kunne opfattes, som om det drejede sig om en ny, men vanskelig behandlingsform. Dette ville kunne give denne behandlingsform en uberegtiget anerkendelse" (Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien (1973b) side 32). - Et medlem af arbejdsgruppen, overlæge Torben Jersild fra Vestre Hospital, tog dog afstand fra konklusionerne vedrørende vedligeholdelsesbehandling, og i en mindretalsudtalelse anbefalede han oprettelsen af en forsøgsmetadonklinik, og at metadonvedligeholdelse burde fremsættes som et "konstruktivt tilbud", og "ikke blot en human opgaven og samfundets stempling af en gruppe individer som uhelbredeligt syge" (side 52).

Sundhedsstyrelsen tilsluttede sig kontaktudvalgets rapport, men i og med at man fra Sundhedsstyrelsens side ikke ønskede at gribe ind over for lægernes frie behandlings- og ordinationsret, fik de restriktive anvisninger i rapporten ingen praktiske konsekvenser.

Arbejdsgruppen anbefalede i rapporten, at der blev oprettet et specialkyndigt råd, der kunne følge udviklingen med hensyn til anvendelsen af metadon. Kontaktudvalget nedsatte på denne baggrund et udvalg, der ud over at skulle holde sig orienteret om udviklingen også skulle rådgive Sundhedsstyrelsen i generelle og tvivlsomme sager ved administrationen af gældende regler, herunder også forelagte spørgsmål om længerevarende metadonordination. Dette udvalg eksisterede indtil 1975, hvor kontaktudvalget afholdt et seminar omkring behandlingen af de hårdest belastede stofmisbrugere. Seminaret mandede bl.a. ud i en anbefaling af, at der nedsattes amtskommunale samarbejds- og koordinationsudvalg (samråd), bestående af embedslæger, repræsentanter fra socialcentre og behandlingsinstitutioner samt andre sagkyndige. I dag har samtlige amter nedsat samråd, der fungerer som tværfaglige koordinerende og rådgivende organer i misbrugs-spørgsmål, herunder også konkrete og principielle spørgsmål i forbindelse med langtidsordination af metadon til stofmisbrugere.

Som anført førte de restriktive anbefalinger fra kontaktudvalget ikke til en begrænsning i antallet af ambulante, kortere og længerevarende metadonordinationer. I årene 1976-

79 blev der ordineret metadon til ca. 1300-1400 stofmisbrugere årligt, og antallet af stofmisbrugere, som havde mindst 6 måneders sammenhængende metadonbehandling bag sig, varierede mellem 400 og 500 (Kontaktudvalget (1979)). Alt i mens fortsatte striden mellem specielt behandlingsinstitutionerne på den ene side og en række metadon fortalere, heriblandt Landsforeningen for en human narkopolitik på den anden side, om metadonbehandlingens plads i det samlede behandlingsudbud. Situationen tilspidse- des da Sundhedsstyrelsen i november 1978 inddrog praktiserende læge Ole Hjortø's ret til at ordinere §5-medicin, d.v.s. "stærke" opiater og amfetaminpræparater, efter at han havde taget ialt 174 stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling (28a). Som en følge af det fortsatte postyr, nedsatte Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål i januar 1979 en ny arbejdsgruppe til at se på metadonspørgsmålet. Denne arbejdsgruppes rapport udkom i juli samme år (Kontaktudvalget (1979)).

Formålet med rapporten var først og fremmest at give langtidsmetadon under bestemte former et "blåt stempel" gennem at vejlede om indikationerne, og udstikke praktiske retningslinier for behandlingens gennemførelse. Rapporten var således et forsøg på at lave et "bæredygtigt kompromis" mellem metadon fortalere og -modstandere, idet metadonstriden dels belastede samarbejdet mellem på den ene side behandlingsinstitutionerne og på den anden side de praktiserende læger, og dels belastede det indbyrdes forhold mellem Kontaktudvalget og Sundhedsstyrelsen, til stigende irritation for disse organers fælles politiske chef (indenrigsministeren). Hvor man derfor i 1973 havde skrevet, at denne behandlingsform kun burde søges gennemført "i ganske særlige undtagelsestilfælde", heddet i 1979, at "længerevarende metadonordination bør således fortsat ikke være en almindelig behandlingsform overfor stofmisbrugere. Kontaktudvalget finder det imidlertid vigtigt at præcisere, at der blandt de hårdest belastede stofmisbrugere findes misbrugere i en sådan situation, hvor det vil være værdifuldt at iværksætte behandlingsforløb, der er understøttet af længerevarende metadonordination" (Kontaktudvalget (1979) side i).

I konsekvens af denne begrænset positive holdning til brugen af metadon var 1979-rapporten langt mere konkret og detaljeret i beskrivelsen af hvem der kunne få metadon og hvordan. I lighed med den tidligere rapport lagde man sig ikke fast på objektive kriterier, men fremførte, at beslutningen om eventuel igangsættelse af længerevarende metadonbehandling burde afgøres efter et tværfagligt, individuelt skøn. Som relative indikationer anførte rapporten ringe fysisk, social og psykisk tilstand, lang karriere, tidlig debut og få, korte, stoffri perioder. Afgørelser om iværksættelse af metadonbehandling burde i alle tilfælde træffes i de amtskommunale samråd, som også burde anvise alternativ behandling, hvis længerevarende metadonordination ikke skønnedes indiceret.

Om selve den praktiske gennemførelse af behandlingen anførte rapporten, at denne burde integreres i det eksisterende behandlingssystem: "De behandlingsinstitutioner, som i det enkelte område står for behandlingen af stofmisbrugere, er bedst egnede til at iværksætte og følge sådanne behandlingsforløb, d.v.s. amtsungdomscentre, de københavnske behandlingsinstitutioner, psykiatriske hospitaler og institutioner eller afdelinger under kriminalforsorgen i frihed" (Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål (1979) side 14). På den anden side anførtes det, at "institutioner beregnet for klienter under behandling uden metadon kan ikke anvendes" (side 75).

Det understregedes i rapporten, at "den praktiserende læge ikke på egen hånd bør gå i gang med en længerevarende metadonordination" (side 81), og der blev taget afstand fra

oprettelse af særlige klinikker, som "ville mangle et bredt erfaringsgrundlag i spørgsmålet om behandlingen af misbrugere ... en forudsætning for at undgå de ulemper, som oprettelsen af klinikker vil medføre, må være, at de forskellige institutioner, der har med stofmisbrug at gøre, samt samrådene, kom til at virke, så at længerevarende metadonordinationer, hvor det efter de tidligere nævnte principper er indiceret, kan indgå i behandlingen" (side 81).

Målet for behandlingen skulle være, at "klienten ikke fortsætter eller påbegynder illegalt misbrug, begår kriminalitet eller fortsat færdes i narkomiljøer. Desuden skal det sikres, at de boligmæssige, sociale samt beskæftigelsesmæssige forhold i det mindste ændrer klientens situation således, at der opnås en forbedring af hans/hendes livskvalitet" (side 13).

For at sikre, dels at patienten tog den ordinerede metadon og ikke videresolgte den til andre, og dels at han ikke tog supplerende opiater ved siden af, anbefaledes det i rapporten, at metadonen burde indtages under opsyn, og at det ville være "en alvorlig svaghed, hvis der ikke som led i en længerevarende metadonordination gennemføres uvarslet urinkontrol *mindst* flere gange månedligt." (side 73).

I rapporten skønnedes det, at der på landsbasis ville være behov for at tage godt 300 klienter i længerevarende metadonbehandling af den nævnte karakter.

1979-rapporten blev tiltrådt af Sundhedsstyrelsen og der var stor tilfredshed med rapportens anvisninger i samtlige landets samråd, for hvem rapporten var tænkt som en vejledning. Til trods for den brede opbakning må det konstateres, at 1979-rapporten, i lighed med 1973-rapporten, ikke fik praktiske konsekvenser af betydning.

Antallet af klienter i længerevarende metadonbehandling varierede fortsat mellem 400 og 500, men kun i ca. 10% af tilfældene var beslutning om behandlingens iværksættelse truffet i samrådet, således som rapporten foreskrev det. Hovedparten, d.v.s. mellem 250 og 300, af klienterne var bosat i Københavns kommune og Københavns amtskommune, og her fungerede samrådene overordentligt tungt; Samrådet i Københavns kommune fungerede i perioder slet ikke, og i andre perioder med sagsbehandlingstider på 1/2 år eller længere. Endelig var samrådene, specielt de københavnske, i den situation, at det var overordentligt vanskeligt at sætte en besluttet metadonbehandling i gang fordi de psykiatriske afdelinger og behandlingsinstitutionerne ikke ønskede at integrere disse behandlingsforløb i institutionernes øvrige behandlingsvirksomhed. - Situationen er meget præcist beskrevet af Hallgrimsson:

"Fra 1973 har længerevarende metadonbehandling været forbeholdt de kroniske og særligt komplicerede tilfælde.

Vanskeligheder ved at definere denne gruppe har skabt betydelig forvirring. Sundhedsmyndighederne har foretrukket ikke at etablere en central klinik eller program til varetagelse af metadonbehandling. Man har forestillet sig, at behandlingen skulle gennemføres i de eksisterende behandlingsinstitutioner. Et flertal af de ansatte i disse institutioner er imod metadonvedligeholdelsesbehandling.

Dette er en meget konfliktfyldt situation og har resulteret i, at metadonvedligeholdelsesbehandling udføres af de praktiserende læger, selvom det præcis var den situation sundhedsmyndighederne ønskede at undgå. Det må konkluderes, at der i Danmark hersker en forvirrende mangel på over-

ensstemmelse mellem den officielle politik på området, og praksis." (Hallgrimsson (1980) side 471-472).

Hovedårsagerne til at rapportens henvisninger ikke blev fulgt var 2: For det første ønskede Sundhedsstyrelsen ikke at gribe ind over for de læger, som indledte længerevarende behandlingsforløb uden at have fået samrådenes godkendelse. Og for det andet var det som nævnt i citatet ikke muligt at opfylde rapportens krav om, at alle behandlingsforløb skulle integreres i det eksisterende behandlingssystem p.g.a. behandlernes modvilje mod at anvende metadon.

Eftersom man i Kontaktudvalget havde rimelig grund til at formode, at det ikke kun var i samarbejdet mellem lægerne og behandlinginstitutionerne, at metadonbehandlingen fungerede anderledes end som foreskrevet i 1979-rapporten, startede man i 1979 forberedelsen af en undersøgelse, som dels skulle kortlægge hvorledes metadonbehandlingen gik for sig i praksis, og dels skulle bruges til at dunke de genstridige hoveder med. Det er denne undersøgelses resultatet, som danner baggrund for den beskrivelse af dansk langtidsmetadonbehandling som følger i næste afsnit. Det skal derfor betones, at det som beskrives er metadonbehandling, som den udspiller sig hos praktiserende læger. Den behandling, som det mindretal af patienterne som behandles i de ovennævnte klinikker modtager, er således af en ganske anderledes karakter.

Metadonbehandling i almen praksis 1980-1982

Undersøgelsen omfattede samtlige 58 villige ud af 61 mulige patienter, som pr. 1.10.1980 havde været i uafbrudt metadonbehandling hos en praktiserende læge i 9 måneder eller derover, og som ikke før den aktuelle behandlings start havde været i behandling hos Ole Hjortø. Registeroplysninger om kriminalitet, behandlingsforløb, dødelighed m.v. indsamledes for samtlige 58, mens 54 patienters læge beskrev behandlingsforløbet ved at udfylde et standardiseret spørgeskema. Endelig interviewedes 42 af de 58 udvalgte patienter. I det efterfølgende gengives kun oplysninger om disse 42, idet det dog kan nævnes, at disse 42 respondenter ikke adskilte sig fra de 16 ikke-respondenter så vidt det kunne afgøres ved hjælp af de til rådighed stående, ret omfattende registeroplysninger. En udførlig beskrivelse af undersøgelsens metoder og datas kvalitet findes i Winsløw & Ege (1983) kapitel 2.

Tabel 1 giver en tabellarisk beskrivelse af befolkningen med hensyn til en række egenskaber.

Lægens krav og lægens tilbud

I min gennemgang af det socialpædagogiske behandlingssystem nåede jeg frem til en sammenfatning af systemets krav og tilbud til stofmisbruger, som kan formuleres nogenlunde på denne måde: systemet tilbyder klienten støtte til at ændre sig fra at være en uglest social afviger (stofmisbruger) til at blive en accepteret, produktiv medborger. Prisen er, at klienten accepterer, at den personlighed - de tænke- og handlemåder - han har udviklet før og under sit stofmisbrug, må rives ned til grunden før en ny personlighed kan opbygges. Hvorledes forholder det lægelige behandlingssystem sig i disse henseender?

Tabel 1.		
Diverse karakteristika ved den undersøgte gruppe metadonpatienter i København.		
Fra Winsløw & Ege (1983). I procent. (Se endvidere Tabel 14 i kapitel 4)		
Alder ved behandlingens start	18-21	12
	22-25	45
	26-29	31
	over 29	12
Antal år mellem opiatdebut og behandlingens start	under 7	12
	7-9	31
	10-12	36
	over 12	14
Kroniske somatiske konsekvenser af misbruget (se note 51 til kapitel 4 for detaljer)	Ingen	54
	1 eller flere	46
Antal fængselsanbragte måneder før behandlingens start	0	50
	1-3	17
	4-12	14
	over 12	19
Metadonbehandlingens varighed på interviewtidspunktet (i måneder)	under 19	7
	19-24	7
	25-36	26
	37-60	36
	over 60	24

Meget groft, og uden hensyntagen til de undtagelser som faktisk eksisterer (29), kan man sige, at hverken patientens status eller personlighed interesserer lægen. Lægen accepterer, at stofmisbrugeren er stofmisbruger, og føler ingen trang til at missionere overfor ham. Overfladisk betragtet respekterer lægen *stofindtagelsens* psykiske funktionalitet for misbrugeren.

Lige så lidt som det socialpædagogiske systems despekt for misbrugerens personlighed, er det lægelige systems "respekt" dog baseret på et nysgerrigt engagement i den konkrete stofmisbruger. Det er tværtimod baseret på ligegyldighed.

Dette fremgår klart af tabel 2, som viser hyppigheden af læge-patientkontakten ved behandlingens start og senere i forløbet. Eftersom magtforholdet mellem læge og patient - i hvert fald i begyndelsen af behandlingen - klart falder ud til lægens fordel, kan den sjældne kontakt ikke forklares med patientens uvilje mod at møde op: patienten er simpelthen nødt til at komme når lægen ønsker det, ellers indtelefonerer lægen ingen metadonrecept til apoteket (30). Når læge og patient ser hinanden så sjældent som tilfældet er skyldes det helt klart, at lægen ikke mener at have noget at byde patienten i form af medmenneskelig kontakt.

Tabel 2.			
Konsultationshyppighed blandt metadonpatienter hos praktiserende læger i København ifølge lægerne. Oplysninger mangler om 8 patienter. Fra Winsløw & Ege (1985). Absolutte tal.			
Konsultationshyppighed senere i behandlingen:	Konsultationshyppighed i behandlingens første måneder:		
	1 gang ugentligt eller hyppigere	Sjældnere end 1 gang ugentligt	Ialt
I gang ugentligt eller hyppigere	2	6	8
Sjældnere end 1 gang ugentligt	6	20	26
Ialt	8	26	34

Nu er læger ikke uddannede som psykiske fødselshjælpere, og som det turde være fremgået af den historiske gennemgang ovenfor, så har lægerne ikke haft mulighed for at trække på det socialpædagogiske behandlingssystem med hensyn til psykoterapeutisk grund- eller støttebehandling. Det havde derfor været naturligt om lægerne forsøgte at delegere denne opgave ud til en fagligt kvalificeret person, eksempelvis en psykolog. Betaling for psykologisk behandling kan, i henhold til bistandslovens §46, opnås ved lægehenvi-ning hvis social- og sundhedsforvaltningen accepterer lægens bedømmelse af behovet herfor. Men kun 5 ud af 42 patienter havde som et led i deres metadonbehandling været henvist til en psykolog eller en psykiater (incl. 2 patienter, som direkte var i metadonbehandling hos praktiserende psykiatriske speciallæger). Yderligere 1 læge oplyste, at han forgæves havde søgt at få social- og sundhedsforvaltningen til at afholde udgifterne til sideløbende psykologisk behandling af sin patient. Men for de resterende 36 patienter forelå der hverken fra læge eller patient oplysninger om, at en sådan behandling overhovedet havde været overvejet.

Lægernes manglende interesse for patienterne kom også til udtryk i den måde metadon (og anden medicin) blev ordineret på, og i den overfladiske måde hvorpå lægerne fulgte med i patienternes eventuelle sideløbende stofbrug (31). Hvis man i en metadonbehandling på den ene side skal undgå at øge patientens opiattolerance, og på den anden side skal sikre, at han ikke generes af abstinensbesvær, så skal dosisindstillingen, ligesom hos andre typer patienter, som skal indtage en bestemt medicin over lang tid, ske ved, at dosis trappes langsomt op fra et lavt startniveau. Under optrapningen skal lægen så omhyggeligt følge patienten med hensyn til hvornår de ønskede virkninger indtræder, og hvornår eventuelle uønskede bivirkninger begynder at vise sig. I stedet var det typiske for metadonbehandlingerne, at lægen havde dikteret patienten en bestemt dosis fra behandlingens første dag. Var dosis for høj blev patienten i første omgang skæv heraf (eller videregav eller -solgte dele af den udleverede metadon), ligesom han, når hans tolerance på et tidspunkt indhentede dosis, måske ikke længere var indstillet på at undvære den metadoninspirerede eufori, med supplerende ulovlig brug til følge. Var dosis for lav, så patienten blev plaget af abstinensbesvær, var hans tilbøjelighed til at supplere metadonen med ulovligt erhvervede medikamenter selvfølgelig også stor. Alt i alt skønnede vi, at metadondosis kun for knap halvdelen af patienterne havde været adækvat.

De fleste af de patienter vi undersøgte var særdeles ambivalente overfor den langvarige metadonbehandling. På den ene side var de bange for at skulle løsrive sig fra stoffet - og

det med god grund: er man først ude af en metadonbehandling er det svært at komme ind igen - og på den anden side betragtede de behandlingens automatiske fortsættelse som en hindring for en mere langsigtet personlig udvikling. Konsekvenserne af lægernes manglende opmærksomhed overfor dette forhold kan illustreres med følgende to patienthistorier:

"Oles metadonbehandling var startet 4½ år før interviewet. Kort tid efter behandlingens start fik Ole arbejde og bad i den forbindelse om at få dosis sat ned. Dosis blev halveret uden at Ole fik nogen gener derved.

Et par år før interviewet var Ole, efter eget ønske, blevet trappet helt ud af metadonen, men p.g.a. en ulykkelig begivenhed i den nærmeste familie, var han igen begyndt at få metadon, dog på en meget lav dosis.

På interviewtidspunktet var Ole socialt velfungerende. Han havde fast arbejde, kone og barn og var aktiv sports- og musikudøver i sin fritid. Forholdet mellem familiens medlemmer virkede trykt og stabilt, hjemmet var velholdt og -udstyret. Kontakten til misbrugsmiljøet var helt afbrudt.

Ikke desto mindre var metadonbehandlingen en belastning for Ole, dels p.g.a. frygten for at omgivelserne skulle få noget at vide om den, og dels fordi behandlingen tvang familien til at forblive i det centrale København i stedet for at flytte ud til en forstadskommune med bedre opvækstmuligheder for barnet. Ole følte endvidere, at appetit, potens, hukommelse koncentrationsevne og sansesindtryks klarhed forringedes med stigende dosis, hvorfor han gerne ville have en lavere dosis og hurtigst muligt blive helt stoffri. Men lægen frarådede kraftigt at han forsøgte sig med en lavere dosis og havde sagt til ham at han muligvis måtte indstille sig på at tage metadon resten af livet. "Jeg ville sådan set godt længere ned, men min læge vil godt gøre det langsomt, ikke? Han siger, at det godt kan være at jeg skal have det resten af livet ... Men ... det ved jeg ikke rigtigt om jeg er interesseret i ... for det [metadon] er selvfølgelig udmærket, ikke? Man skal også ud af det igen, synes jeg." På opfølgningstidspunktet godt et år senere var Ole stadig i behandling. Lægen så ham i sin konsultation hver tredje måned.

Ingrid påbegyndte sin metadonbehandling som 18-årig hos egen læge. Kort efter behandlingens start konstateredes graviditet, hvorfor egen læge afgiftede hende. Hun søgte derefter en anden læge, som satte hende i behandling med ca. 80 mg dagligt. Under graviditeten reducerede hun selv sin dosis og var nede på 5 mg dagligt ved fødslen. Ordinerende læge havde ikke kendskab til denne dosisreduktion, og hun fik derfor væsentligt mere metadon dagligt end hun indtog. Det overskydende metadon solgte hun eller forærede bort. Efter fødslen, og da hun havde fået barnet hjem, gik hun gradvist op i dosis indtil hun stod på 100 mg dagligt. Denne dosis har hun stået på siden. For 2 år siden skiftede hun læge som fortsatte behandlingen. Hun fik foruden metadon 30-50 mg stesolid om dagen eller mere, og supplerede ofte denne dosis med illegalt erhvervet stesolid.

Hun havde passet sit barn indtil dette frivilligt anbragtes uden for hjemmet 2 måneder før interviewet, men havde ivotrigt intet lavet i de 6 år hun havde fået metadon, og levede totalt isoleret.

Hendes forhold til metadonbehandlingen var præget af den dybeste ambivalens. Hun frygtede at hun ikke kunne undvære metadon, men anså på den anden side metadonbehandlingen som medvirkende årsag til sin passivitet, isolation og depression, som igen var årsagen til, at hun ikke kunne klare pasningen af sit barn.

"Det er sikkert meget godt for de mennesker, der har stoffri venner og en familie, der vil støtte dem, at få metadon. Men jeg har kun min mor, jeg kender ingen mennesker. Og så er det ikke godt at få metadon - for det bliver ens eneste trøst, det bliver det man ser frem til. Det bliver ens krykker, og man kan ikke leve uden de krykker ... Hvis jeg havde fået en nedtrapning over ½ år, og var kommet i arbejde, så havde det måske set anderledes ud i dag ..., men jeg har bare fået det i for lang tid. Det er ikke godt at give en metadon, når man ikke laver en disse og ikke har nogle mennesker at tale med."

Trods Ingrid's betydelige ambivalens over for metadonbehandlingen ses der ikke at være gjort systematiske forsøg på at reducere hendes dosis eller at bryde hendes inaktivitet og isolation.

I begyndelsen af 1982 ophørte hun med behandlingen hos egen læge. Hun indtages på institutionen Højbjerggård, hvor hun opholder sig nogle få dage. Siden har hun ikke været i behandling og ingen kender til hende.

Egen læge anfører, at "situationen er dårlig, men i forbedring". Dette turde være en sandhed med modifikationer" (Winsløw & Ege (1983) side 129-130).

I den konkrete organisationsform som længerevarende metadonbehandling har i dag, er en passiv accept af en fortsat afhængighedsrelation som ovenfor beskrevet lige så lidt i patientens interesse som det socialpædagogiske behandlingssystem insisterer på, at klienten for enhver pris skal afbryde den konkrete afhængighedsrelation som hans stofadfærd er. Metadonpatienten i almen praksis er fastholdt i et ingenmandsland mellem sit ønske om udvikling og sit ønske om fortsat afhængighed. Vælger han at forblive metadonpatient, er der ingen som seriøst vil hjælpe ham med at undersøge sine tanke- og handlemåder, med henblik på, om andre tanke- og handlemåder kunne gøre hans liv rigere (eller mindre fattigt). Vælger han "friheden", d.v.s. opgiver han metadonbehandlingen, er hans eneste reelle valgmulighed det socialpædagogiske behandlingssystem, som kun vil tage imod ham, hvis han udtrykker vilje til at skrotte sin personlighed, helt eller delvist, alt efter behandlernes vurdering af, hvad der er "hensigtsmæssigt" i ham, og hvad der ikke tjener hans (re)integration i normalsamfundet.

I dette ingenmandsland reagerer patienten modsætningsfyldt: på den ene side tigger og be'r han lægen om at metadonordinationen må fortsætte, og på den anden side opfører han sig sådan, at lægen ikke kan undgå at blive opmærksom på at han "bryder kontrakten", d.v.s. begår kriminalitet, beder om at få sat dosis op, åbenlyst misbruger andre stoffer (specielt alkohol), eller udebliver fra de fastsatte konsultationer. Som det fremgik af min gennemgang af karakteren og hyppigheden af lægens kontakt med patienten kræver det ikke nogen større indsats at opfylde lægens krav om en synligt social acceptabel adfærd (32). Ikke desto mindre blev 12 af de 42 behandlinger afbrudt uden forudgående aftale mellem læge og patient, i løbet af de 20 måneder vi fulgte de københavnske metadonpatienter. I to af disse tilfælde skyldtes behandlingsophøret fængselsindsættelser, i to tilfælde blev patienterne væk, og i otte tilfælde afbrød lægen behandlingen. Det er i denne forbindelse værd at bemærke, at disse behandlinger må betegnes som meget stabile behandlinger, idet de i gennemsnit havde været 3½ år før patienterne udvalgte til undersøgelsen.

Helt bortset fra patientens ambivalens overfor det fortsatte opiatbrug, så er metadonpatientstatusen ikke ubetinget ønskværdig for stofmisbrugeren. Der er en pris for opretholdelsen af den regelmæssige forsyning med billigt og rent stof, som betales i form af indskrænkninger i de sociale udfoldelsesmuligheder, hyklerisk accept af lægens mere eller mindre alvorligt mente krav om, at patienten "bør" blive produktiv normalborger, og en ubehagelig synliggørelse af den materielle afhængighedsrelation:

For så vidt indskrænkningen af de sociale udfoldelsesmuligheder angår, så skyldes den, at patienten må begrænse arten og omfanget af sine kriminelle aktiviteter for at mindske risikoen for at blive varetægtsfængslet og dermed miste sin metadon. I den udstrækning en stor del af hans omgang med andre tidligere har været baseret på udveksling af varer og tjenesteydelser på det kriminelle marked, så har han under metadonbehandlingen

dels ikke længere nogen legitim adgang til at fortsætte denne omgang (han producerer jo ikke længere til markedet), og dels ingen muligheder for at opretholde sin status som "god" til ét eller andet (kriminelt). Accepten af statusen som metadonpatient er tværtimod udtryk for en personlig fallit i stofmisbrugersubkulturen. Og metadonbehandlingen hos den praktiserende læge sikrer ham ingen kompensation herfor i form af adgang til, og status i, andre grupper.

Foruden at kræve kriminalitetsfrihed, vil lægen som regel også kræve, at patienten "dokumenterer" en villighed til at blive produktiv normalborger. Selvom lægen måske er temmelig ligeglad med, hvad patienten foretager sig, så længe det ikke er kriminelt, så vil han dog af og til forhøre patienten om dennes forsøg på at blive produktiv borger, og dette kan kun være en kilde til bekymring for metadonpatienten, som for det første kun har en minimal chance for at få et job på dagens arbejdsmarked, og som for det andet måske slet ikke har lyst til at arbejde; et synspunkt, man med 6-10.000 stofmisbrugere og over 300.000 arbejdsløse ikke behøver at få ondt af. Men selvom stofmisbrugeren ikke har lyst til at arbejde, og selvom lægen vel nok også ved, at hans chancer for at få et arbejde er minimale, så kræver spillet af både læge og patient, at de tager emnet højtideligt. Dette ses helt klart af, at de fleste læger i deres besvarelser af spørgsmålet om hvilke betingelser de stillede til patienten for at ordinere metadon, nævnte arbejde eller uddannelse.

Sidst, men ikke mindst, så er det at starte i metadonbehandling en risikabel affære for patientens selvrespekt, for i forholdet til lægen er han helt afhængig af en enkelt person, hvor hans materielle afhængighed i forhold til det illegale marked var mere diffus og uigennemsigtig. Patienten ved, og ved at lægen ved at han ved, at hvis sidstnævnte siger stop for metadonbehandlingen, så har patienten ikke en jordisk chance for at få en anden læge til at overtage den. Og jo længere patienten har været i behandlingen, desto mere rustne er hans forbindelser og færdigheder på det illegale marked blevet, og desto større og mere synlig dermed hans afhængighed af lægen.

Længerevarende metadonbehandling er således langt fra det slaraffenland for stofmisbrugerne som det socialpædagogiske behandlingssystem fortalere gerne vil give indtryk af at det er. Et andet spørgsmål er så, om dette behandlings"tilbud" opnår de normaliseringsmål som samfundet ønsker at opnå med det.

Det lægelige behandlingssystemets målopfyldelse

På side 203 ovenfor citerede jeg den officielle målsætning for metadonbehandling som udtrykt i kontaktudvalgets "blå betænkning" fra 1979. Målene var ophør med stofmisbrug og omgang med andre stofmisbrugere, ophør med kriminalitet, øget beskæftigelse og forbedring af de bolig-mæssige og "sociale" (hvad det så end er?) forhold. Disse mål er stort set overensstemmende med det socialpædagogiske behandlingssystemets mål, og af lægernes besvarelse på vor forespørgsel til dem fremgik det da også, at lægerne accepterede disse mål med behandlingen. I det følgende skal jeg se nærmere på i hvilken udstrækning behandlingsmålene faktisk blev opfyldt i de 42 langvarige behandlinger som Peter Ege og jeg undersøgte for så vidt stoffrihed, omgang med andre stofmisbrugere, kriminalitet og beskæftigelse angik (33).

For så vidt sideløbende ulovlig stofbrug angår, havde over halvdelen af patienterne ifølge deres egne oplysninger haft kortere eller længere perioder med regelmæssigt brug af ulovlige opiater (tabel 3). Nok så betænkeligt var, at det sideløbende ulovlige forbrug af

farmakologisk mere skadelige medikamenter som dextropropoxifen og benzodiazepiner var fortsat under metadonbehandlingen (hvortil kommer, at over 1/3 af patienterne regelmæssigt fik ordineret benzodiazepiner sideløbende med metadon af deres læge). Storforgbrug af alkohol og hash var også udbredt.

Tabel 3.	
Ikke-lægeordineret stofbrug blandt 42 stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling hos praktiserende læger i København.	
Fra Winsløw & Ege (1983) s. 154. 1 procent. Tal i parentes er antal patienter om hvem oplysningen forelå	
Periodisk eller regelmæssigt opiatbrug i tiden mellem behandlingens start og interviewtidspunktet (isolerede "hyggefix" ikke medregnet)	60 (39)
Periodisk eller regelmæssig brug af dextropropofixen, barbiturater, benzodiazepiner eller andre psykofarmaka i tiden mellem behandlingens start og interviewtidspunktet	57 (30)
Drikker sig fuld mindst 2 gange ugentligt	31 (39)
Ryger hash mindst 2 gange ugentligt	49 (35)

For så vidt ophør med omgang med andre stofmisbrugere angår, ses resultaterne i tabel 4. 1/6 af de 36 patienter, fra hvem oplysninger om omgangskredsen var blevet indhentet, levede nærmest totalt isoleret. Af de øvrige havde kun 9, eller 1/4 af de 36, helt afskåret forbindelsen til stofmiljøet. Karakteren af disse 9 personers stoffri bekendtskaber belyses af, at kun én af dem havde fortalt andre end den nærmeste familie og sin partner om metadonbehandlingen. For de øvrige 8 var metadonbehandlingen en skamfuld kendsgerning, som de ikke turde lade nogen anden i deres bekendtskabskreds vide om.

Tabel 4.	
Bekendtskabskreds blandt 42 patienter i længerevarende metadonbehandling hos praktiserende læger i København.	
Fra Winsløw & Ege (1983) side 160. Absolutte tal.	
Levede socialt isoleret på interviewtidspunktet	6
Omgikkes kun junkier og andre metadonpatienter	14
Omgikkes såvel stofmisbrugere som ikke-stofmisbrugere	7
Omgikkes kun ikke-stofmisbrugere	9
Uoplyst	6

For så vidt beskæftigelse angår, fordelte patienterne sig i 3 grupper ved behandlingens start: én gruppe, som var i beskæftigelse eller under uddannelse, eller hvis familiemæssige baggrund var en sådan, at de umiddelbart kunne komme i beskæftigelse når der var faldet ro om deres liv (5 patienter); en gruppe, som enten havde pådraget sig så svære

fysiske eller psykiske handicaps under misbruget, eller havde haft sådanne handicaps før misbrugets start, at de *umiddelbare* muligheder for, at de kunne påtage sig nogen som helst form for beskæftigelse måtte betragtes som ikke-eksisterende (7 patienter); og en restgruppe på 30 patienter, som hverken var specielt privilegerede eller handicappede.

Eftersom spørgsmålet ikke her er, om hvorvidt det er godt eller dårligt for metadonpatienter at komme i arbejde, men kun om, i hvilken udstrækning den officielle målsætning: at de skal i arbejde, blev opfyldt, er spørgsmålet om disse 30 patienters "motivation" til arbejde, eller om kvaliteten af den revaliderende indsats, som blev tilbudt dem, underordnede. Det væsentlige er, at kun 5 af de 30 havde været regelmæssigt beskæftiget med arbejde eller uddannelse i behandlingsperioden, mens yderligere 6 havde haft længerevarende beskæftigelsesforløb, som dog ikke i noget tilfælde havde strakt sig over mere end halvdelen af behandlingsperioden. 19 patienter havde højst haft beskæftigelse af nogle få dage til ugers varighed i løbet af de sammenlagt knap 70 år de havde tilbragt i metadonbehandling. Også for så vidt beskæftigelsesmålsætningen angår må man således sige, at resultatet ikke lever op til den officielle målsætning.

Undersøgelsen af patienternes kriminalitet er rapporteret i publikationen "Stofmisbrug, kriminalitet og metadon" (Winsløw & Ege (1984)) som kan rekvireres gratis fra Alkohol- og Narkotikarådet. Jeg skal derfor ikke gøre nærmere rede for metoder eller de detaljerede resultater i denne del af undersøgelsen, bortset fra at nævne, at de undersøgte patienter var positivt selekterede med hensyn til kriminalitet under behandlingen fra den totale befolkning af stofmisbrugere, som påbegynder intenderede langtidsmetadonbehandlinger, idet deres behandlinger faktisk havde været længe (i gennemsnit godt 3 år) på det tidspunkt hvor de blev udvalgte til undersøgelsen. De mest "iøjnefaldende kriminelle" må formodes at være blevet sorteret fra længe før, selvom der var enkelte læger blandt de undersøgte, som vedblev at ordinere metadon til deres patienter, selv efter at disse havde afsonet månedslange fængselsstraffe.

Tabel 5.

Registreret kriminalitet under behandlingen i forhold til registreret kriminalitet før behandlingens start.

Fra Winsløw & Ege (1984). I absolutte tal.

Registreret kriminalitet før behandlingen:	Kriminalitet under behandlingen i forhold til kriminalitet før dens start			
	Mindsket	Uændret	Øget	Ialt
Ubetydelig	-	12	1	13
Alvorligere	12	4	0	16
Svær	7	4	2	13
Ialt	19	20	3	42

Hvorom alting er, så var målopfyldelsen for så vidt kriminalitetsfrihed angår også ringe. I gennemsnit reduceredes den sanktionerede kriminalitet med 1/3 for alle patienter, men med store individuelle forskelle. For nærmere at belyse arten af kriminalitetsændringen

klassificerede vi de 42 patienter i 3 grupper ud fra alvorligheden af den kriminalitet de var blevet registreret for før og under behandlingen (34). Resultaterne er vist i tabel 5, hvoraf det fremgår, at 19 ud af de 42 patienter slog os som mindre alvorligt kriminelle under behandlingen, end før denne. Dette var dog ikke ensbetydende med at de var kriminalitetsfri, som det fremgår af følgende 4 patienthistorier:

Maria: Før metadonbehandlingens start dømt 2 gange for professionel narkokriminalitet (sammenlagt 18 måneders fængsel). Dømt (udsat straffastsættelse) for 6 tilfælde af checkfalsk og hæleri begået et halvt år efter metadonbehandlingens start. Uden sigtelser i de efterfølgende 4 år. I følge egne oplysninger stof- og kriminalitetsfri og i arbejde for samme virksomhed det meste af denne tid.

Bernhard: Med to undtagelser rent narkotikakriminel før metadonbehandlingens start. Således i 1972 idømt 6 måneders fængsel for køb af 150 og salg af 30 hylstre morfinbase. Et år efter afsendingen af denne dom tilkendt invalidepension og startet i metadonbehandling. Ingen sigtelser de første 6½ år af denne behandling. Foråret 1980 én politiadvarelse for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og 1½ år senere 3 måneders fængsel for vold mod sagesløs (stak tilsyneladende uprovokeret kniv i låret på en mandlig bekendt). Under interviewet oplyste patienten at han regelmæssigt supplerede sin invalidepension med "sort" arbejde, men ellers ikke var kriminel.

Gustav: Under misbruget dømt for gentagne tilfælde af i denne sammenhæng relativt svær volds- og berigelseskriminalitet. Endvidere ifølge egne oplysninger under interviewet, også involveret i alvorlig stofkriminalitet, specielt med hensyn til amfetaminindsmugling og -forhandling. Alene med søn født 2 år før metadonbehandlingens start, og muligvis som følge heraf positivt særbehandlet, idet 7 sigtelser (af hvilke de 4 forhold - 2 tilfælde af vold med legemsbeskadigelse, bevisforvanskelse og indbrud - erkendtes under interviewet) hidrørende fra perioden med metadonbehandling, alle blev henlagt.

Thor: I de tre år før metadonbehandlingens start 3 gange idømt ubetingede fængselsstraffe på 6 måneder eller derover, heriblandt 8 måneder for overtrædelse af straffelovens §191. I løbet af metadonbehandlingens godt 5 år højeste sanktion, 2 domme uden straffastsættelse for henholdsvis overtrædelse af lov om euforiserende stoffer og hæleri.

Sammenfattende må man sige, at metadonbehandling, lige så lidt som socialpædagogisk behandling, er noget særligt effektivt middel til at få stofmisbrugerne til at rette ind til højre. Når dette forhold kombineres med, at den psykiske modydelse som stofmisbrugerne skal erlægge for disse "behandlingstilbud", som vist ovenfor, er af en betydelig størrelse, fremtræder det samlede behandlingssystemets eksistensberettigelse som mere end tvivlsom.

Kejserens nye klæder

Som det turde være fremgået af citaterne ovenfor, er det ikke mig, som har æren af at have opfundet behandlingssystemets legitimitetskrise. Den har været mere eller mindre synlig i den offentlige debat siden begyndelsen af 1970'erne.

Alkohol- og Narkotikarådet, der som alle dele af det korporative system, hvor "interesser" mødes for at indgå studehandler med hinanden, befinder sig i en tilstand af begrebsmæssig blindhed, har gjort hvad det kunne for at overbevise offentligheden om, at den kejserens nøgenhed (behandlingssystemets målløshed), som sprang alle andre i øjnene, i virkeligheden var hermelin og silke. Dette har været desto lettere som kritikken fra henholdsvis højre og venstre har taget udgangspunkt i forskellige forestillinger om

hvilke dele af en kejsers anatomi, som det var vigtigst at holde tildækket. Altså hvilke mål indsatsen først og fremmest skulle søge at opnå.

Alkohol- og Narkotikarådets forgængere Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien og Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål holdt sig derfor i mange år pænt fra at gøre sig tanker om behandlingssystemets påklædning (bortset fra forsøget på at kriminalisere metadonbehandling i 1973, som man kunne tillade sig, fordi Sundhedsstyrelsen endnu ikke var kommet sig over, at styrelsen i 1970 på lægestandens vegne havde foræret stofmisbrugerbehandlingen til Danske Socialpædagogers Landsforening og Dansk Psykologforening). Gradvist blev man dog i rådet klar over, at året gik på hæld, vinteren nærmede sig og kejseren derfor, hvis han ikke skulle fryse ihjel, i det mindste måtte overtales til at tage et par lange underbukser på. Det første par, som man tilbød majestæten, var det "bæredygtige kompromis" om metadon i 1979, som dog hverken venstre eller højre skanke ville tåle. Eller sagt med andre ord: den forventede forbrødring mellem læger og socialpædagoger indtraf ikke.

Mens tronarvingen, politiadvokat Volmer Nissen, på fortovet godtede sig i sin varme pels, skred kejseren videre ned ad hovedgaden mod den sikre lungebetændelse. Rådet, som aldrig havde været gode venner med denne tronarving, der af uransagelige årsager ikke nogen sinde havde haft sæde ved dets bord, indså at der måtte handles: om kejseren så ville eller ej: beklædes skulle han. Dette førte i november 1982 til, at Alkohol- og Narkotikarådet nedsatte et udvalg med følgende kommissorium:

1. Udvalget skal foretage en gennemgang af det samlede behandlingstilbud for stofmisbrugere, omfattende de sociale institutioners, social-og sundhedsforvaltningernes, de praktiserende lægers, hospitalsvæsenets og kriminalforsorgens bidrag.
2. Udvalget skal foretage en vurdering af stofmisbrugernes behandlingsbehov.
3. På denne baggrund skal udvalget foretage en helhedsvurdering og eventuelt stille forslag til ændring af behandlingstilbudet til stofmisbrugere, omfattende
 - behandlingsmålsætninger
 - behandlingsprincipper
 - behandlingskapaciteten
 - de enkelte sektorer/institutionstypers bidrag
 - samordning af indsatsen
4. Udvalgets arbejde sammenfattes i en rapport, der afgives til Alkohol-og Narkotikarådet medio 1984 med henblik på publicering og videreformidling.
(Alkohol- og Narkotikarådet (1984) side 11-12).

Den nævnte rapport forelå i august 1984, og tager udgangspunkt i, stofmisbrugerpopulationen bliver stadigt ældre (anslået gennemsnitsalder i dag over 27 år); at den har et misbrug af stadigt stigende gennemsnitsvarighed bag sig; at den for 50-75%'s vedkommende er uden kontakt med det etablerede behandlingssystem; og at den for en stor dels vedkommende er "socialt, fysisk og psykisk nedbrudt" (side 131-132).

For at få disse mennesker i behandling, "er det af afgørende betydning, at man forsøger at møde [dem] dér, hvor [de] befinder sig, og giver hjælpen et indhold, der opleves som meningsfuldt og rationelt af [dem]" (side 132).

Ifølge rapporten vil denne betingelse kunne opfyldes ved at definere målsætningen med behandlingsindsatsen overfor den enkelte stofmisbruger som en øgning af den "socialmedicinske sundheds-brøk", defineret som forholdet mellem individets ressourcer i tælleren og individets belastninger i nævneren. "Ressourcer" defineres som "hensigtsmæs-

sig socialisering, penge, bolig, menneskelig kontakt, uddannelse, arbejde etc." og "belastninger" som "sygdom, kriminalitet, fattigdom, ensomhed, dårlig bolig, manglende uddannelse og erhvervs erfaring, etc." (side 134).

Jeg skal ikke her komme ind på de begrebsmæssige problemer, der er forbundet med anvendelsen af en sådan behandlingsmålsætning, for det er substansen i forslagene som er min primære interesse. Og for en umiddelbar betragtning er det klart, at den ovenfor anførte målsætning antyder en radikal opblødning af behandlingssystemets repressive orientering.

Denne opblødning udmøntes i praksis i følgende forslag:

1. Omsorgsforanstaltningerne overfor stofmisbrugerne i form af akuthjælp, rådgivning m.v. bør styrkes væsentligt. Specielt foreslås oprettet ambulante behandlingsinstitutioner, hvor stofmisbrugere kan modtage vejledning, lægelig behandling af somatiske komplikationer til misbruket, og anden hjælp fra multiprofessionelle behandlerteams, (socialmedicinere, psykiatere, psykologer og socialrådgivere er de personalegrupper, som nævnes i rapporten).
2. Tilbud om behandling (såvel af omsorgsmaessig karakter som revalidering) bør ikke længere være betinget af, stofmisbrugeren ophører med sit stofmisbrug.
3. Adgang til afgiftning for stofmisbrugere "som ønsker deres tolerance nedsat, således at de kan genoptage deres misbrug på et billigere niveau" (side 142).
4. Oprettelse af klinikker til længerevarende metadonbehandling, således at uligheden i adgangen til denne behandlingsform mindskes, og kvaliteten af den givne behandling (igen af "multiprofessionelle behandler-teams") øges i forhold til den behandling, som de praktiserende læger tilbyder i dag.
5. Udvidelse af mulighederne for at tilkende invalidepension til stofmisbrugere (d.v.s. udelukkende ud fra stofmisbrugets omfang, varighed og konsekvenser for den pågældende) med den grundelse, at "en invalidepension eller førtidspension [vil] sandsynligvis ikke bevirke stofafhængighed, men måske tage presset af de værste misbrugskonsekvenser" (side 170).

Disse forslag ligger - når bortses fra pkt. 4 - principielt i forlængelse af de forslag, som Finn Jørgensen formulerede på Kontaktudvalgets vegne for 15 år siden. Forskellen er, at den nye behandlingsredegørelse betragter misbrugeren som den eneste genstand for forandring, mens de sociale sammenhænge, som han indgår i, ikke skal berøres af behandlingsindsatsen. - Modsvarende indeholder rapporten ikke én eneste overvejelse om strukturelle tiltag, som kunne mindske misbrugerlivsstilens attraktivitet for den potentielle misbruger, selvom man nu har haft næsten 15 år til at tænke over, hvordan man skulle løse en opgave, man satte sig i 1970.

For hensigten med at komme stofmisbrugerne imøde er nemlig, at en sådan imødekommenhed kan bruges til at *indfange* misbrugerne til det, som Alkohol- og Narkotikarådet betragter som "egentlig" behandling.

Således begrundes lempelsen af stoffrihedskravet (pkt. 2 ovenfor) med, at "[i]ndholdet af behandlingstilbudene er afgørende for, hvor langt man når ud i stofmisbrugerpopulationen, og erfaringerne viser, at jo mere tilbudene er på niveau med stofmisbrugernes umiddelbare behov, desto flere stofmisbrugere kan man komme i kontakt med" (side 132). På samme måde begrundes forslaget om, at give adgang til afgiftninger med henblik på tolerancenedsættelse (pkt. 3 ovenfor) med, at ønsket om at bringe sit misbrug

ned på et økonomisk mere overkommeligt niveau "skal man ikke få ondt af, men i stedet forsøge at benytte kontakten til at skabe forudsætningerne for, at stofmisbrugeren går ind i længerevarende, kvalificerede behandlingsforløb" (side 142-143).

Og så videre, *ad nauseam*. Det er fortsat stofmisbrugeren som skal afrettes.

At målet fortsat er afretning fremgår f.eks. af begrundelsen for at indføre ambulante behandling (pkt. 1 ovenfor), idet det i denne begrundelse nævnes, at man i en amerikansk undersøgelse har fundet, "at den ambulante behandling var lige så effektiv som døgninstitutionsbehandling og længerevarende metadonbehandling ... hvad angår [at mindske] illegalt stofmisbrug og [at øge] beskæftigelsen ..." (side 137). Og i begrundelsen for at ophæve kravet om stoffrihed som en betingelse for revalidering (pkt. 2 ovenfor) anføres det at "[s]tofmisbrugets næsten uundgåelige følgekriminalitet vil således typisk repræsentere en situation, hvor samfundet stiller krav om rehabiliterende foranstaltninger uanset, om misbruget kan bringes til ophør straks eller ej." (side 132).

Men ikke alene skal stofmisbrugeren behandles; fremover skal han også behandles *professionelt*. For som det hedder i forbindelse med de foreslåede multiprofessionelle behandler-team's varetagelse af ambulante funktioner:

"Det er indlysende, at det kræver en høj grad af professionalisme, teamwork og *samarbejde med klienten* at vurdere forholdet mellem [den socialmedicinske sundhedsbrøks] tæller og nævner *og heraf udlede de konkrete behandlingsmål*." (side 134, min udhævning).

Og om længerevarende metadonbehandling hedder det:

"Længerevarende metadonbehandling bør kun tilbydes personer, som er *tvangsmæssigt* afhængige af opiat, og som trods *seriøse* anstrengelser ikke har kunnet ophøre med misbruget." (side 145, mine udhævninger)

... "kun ved en centralisering [af beslutningsprocessen om hvem der skal tilbydes langtidsmetadon og af selve metadonbehandlingen] kan den nødvendige tværfaglige indsats i behandlingen sikres ... En centralisering er endvidere nødvendig for at sikre det tilstrækkelige patientgrundlag, og dermed *den erfaring, som er en forudsætning for en kvalificeret behandling, og for den meget påkrævede forskning og metodeudvikling*." (side 144, mine udhævninger) (35)

I denne prætentiose insisterer på, at stofmisbrugerbehandling er en meget svær og kompliceret ting, træder grundsynspunktet i de forudgående 15 års repressive behandlingspolitik frem med forstærket modbydelighed: når der er noget galt med stofmisbrugerbehandlingen i dag, så er det fordi den er i hænderne på fagligt ukvalificerede socialpædagoger. Erstatte man disse mellemteknikere med rigtige akademikere, så skal problemet nok finde en løsning. Socialpædagogerne kan så få lov til at tage sig af de helt unge (let behandlelige?) stofmisbrugere. Som det hedder i forbindelse med oprustningen af omsorgsforanstaltningerne:

"... og de enkelte personalekategorier bør have de tilstrækkelige uddannelsesmæssige forudsætninger til at varetage det individuelle kliniske arbejde, til at kunne indgå i et team-work og til at samarbejde med personalet i social- og sundhedsforvaltningen, den primære og sekundære sundheds-tjeneste, kriminalforsorgen m.fl.

Dette peger på socialmedicinere, psykiatere, psykologer og socialrådgivere som de primære personalekategorier i den åbne rådgivende virksomhed" (side 134-135).

Den eneste der i hvert fald *ikke* ved ret meget om hvordan han skal leve sit liv, det er stofmisbrugeren. Han er blevet til en "samarbejdspartner", der må tages hensyn til, "når de konkrete behandlingsmål skal udledes". I modsætning til alkoholikeren, sovepilletageren, "TV-narkomanen", den fanatiske KB- eller B93-fan, eller hvem der nu ellers indgår i "normalbefolkningen". Vi kan få lov til at lukke øjnene for den uudholdelige frihed og så endda ynke eller foragte "narkomanen"!

Jeg spår derfor i skrivende stund (august 1984) Alkohol- og narkotikarådets "nye" behandlingsfilosofi megen modstand fra de behandlerkredse, som økonomisk vil blive ramt af den, men også en hurtig sejr over disse bagstrøbets mørke magter. Vi skriver, meget passende, 1984. Endvidere spår jeg denne behandlingsfilosofis snarlige fallit, og en lang og sej kamp for at få den erstattet med noget, der ser ud som om også det er nyt. Og jeg - der er meget synsk - ser for mig, på den anden side af årtusindskiftet, den forvirrede historiker, som sidder ved Rigsarkivets dataskærme og læser 1970- og 1984-behandlingsrapporteme, og spekulerer på, om der ved indregistreringen af de to dokumenter ikke er sket en fejl, således at årstallet er blevet byttet om?

Med disse pessimistiske bemærkninger skal jeg gå over til at skitsere en delvis løsning af *stofmisbrugernes* problemer, hvilket er noget ganske andet end de professionelle narkopolitikeres problemer.

Noter til kapitel 5

1. Det er noget af en tilsnigelse at sige, at Ungdomsklinikkens behandlingsekspertiment nogen sinde nåede frem til en "endelig" form, idet programmet til stadighed undergik forandringer ud fra de indvundne erfaringer og som følge af magtkampen mellem forskellige personalegrupper. Karen Berntsens beskrivelse af hvorledes systemet udviklede sig frem til 1971 gennem "trials-and-errors" er stadig i dag meget inspirerende læsning (Berntsen (1971) side 11-68). Supplerende om konflikterne indenfor systemet kan anbefales kapitel 3 og 4 i Petersen m.fl. (1974).
2. For en beskrivelse af de oprindelige storstilede planer for dette system, se Københavns kommune (1970).
3. Dette kan man dårligt klandre Finn Jørgensen for. I 1970 var der ingen "seriøse" forskere i Danmark eller andet steds som betragtede kontrolleret (d.v.s. begrænset, ikke dagligt) opiatbrug som en mulighed for andre end en udvalgt håndfuld af personer med en speciel psyke (jfr. Zinbergs gennemgang af litteraturen om kontrolleret heroinbrug i Zinberg (1984) Appendix C).
4. Afretningsteknokraternes myopiske præventionsbegreb er forbilledligt fremstillet af dem selv i Kontaktudvalget vedrørende ungdomsnarkomanien (1972) og Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikasørgsmål (1978).
5. Undtaget herfra er de selvejende institutioner Kirkens Korshærs Ungdomsklub, Dag-og Døgncentret og Klub 47 i København og det kommunale behandlingssystem i Århus.
6. Københavns kommune oprettede dog i 1982 et akutcenter for stofmisbrugere med 4 (fire) overnatningspladser.

7. Citaterne er hentet fra skriftligt godkendte referater af Alkohol- og Narkotikarådets medarbejders samtaler med centerlederne.
8. Således havde 10 af de 42 metadonpatienter som Peter Ege og jeg undersøgte haft mellem 3 måneder og 1 års sammenhængende frivillig stoffrihed i løbet af deres misbrugskarriere, 8 havde haft mellem 1 og 2 års stoffrihed i løbet af karrieren, og 6 havde haft over 2 års stoffrihed mellem opiatdebut og metadonbehandlingens start.
9. Det mest dramatiske eksempel herpå er selvfølgelig det omfattende spontane ophør af heroinbrug blandt amerikanske soldater efter deres hjemkomst til USA, jfr. side 28. Men fænomenets generelle karakter er vist i en række undersøgelser af andre befolkninger. Se således Winick (1962), Waldorf & Biernacki (1979), Waldorf & Biernacki (1981) og Jorquez (1983). Andre undersøgelser som dokumenterer den udbredte forekomst af spontant ophør med opiatbrug også efter årelangt brug er refereret i Robins (1979) og Kaplan (1983) side 36-38.
10. Nimb beskriver således det typiske forløb af misbrug blandt Nyhavnsgruppens medlemmer på følgende måde: "Den typiske forløbsform for misbrug er hverken den stadige og fuldstændige abstinens eller det vedvarende recidiv, men en række kortere recidiver, som ofte bringes til ophør uden nogen formel intervention og med en mere eller mindre acceptabel social funktion i hvert fald i intervallerne mellem rediciverne. Som misbrugerne bliver ældre, er der en tendens til, at rediciverne bliver sjældnere og abstinensperioderne længere" (Nimb (1975) side 100).
11. Det socialpædagogiske behandlingssystem fortæller heroverfor, at behandlingen, selvom den på kort sigt er resultatløs, i og med at stofmisbrugeren vender tilbage til sin misbrugerlivsstil, på langt sigt har en slags afretningsmotiverende effekt: hvert nederlag i behandlingssystemet ses som bidragende til den gradvise opbygning af motivation og færdigheder, som kan anvendes i det definitive spring ud i stoffriheden. Psykologien i en sådan argumentation virker mildt sagt lidet overbevisende på mig.
12. Brev fra Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien til Indenrigsministeriet dateret 13.12.1971.
13. Brev fra Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien til Indenrigsministeriet dateret 15.1.1974.
14. Vedrørende lægernes påståede villighed med hensyn til at give stofmisbrugerne metadon, se nedenfor.
15. Det er i denne forbindelse tankevækkende, at behandlingsinstitutionerne, som ellers skulle repræsentere princippet om frivillig behandling, nu synes at gå ind for tanken om behandlingsdomme, jfr. følgende uddrag af centerledernes reklamebrochure:

"Herudover har det synspunkt været fremlagt, at behandlingscentrene kunne være interesserede i at medvirke til en udvidet anvendelse af straffelovens §49 - som indebærer mulighed for afsoning udenfor fængslerne - som er omtalt i Kriminalforsorgens rapporter.

Der ville være forskellige fordele ved en aftale, der indebar, at afsoning i praksis kunne finde sted i en egnet behandlingsinstitution. For det første ville der ske en aflastning af fængslerne. For det andet ville en afsoning i behandlingscentrene være mere udsigtsfuld i resocialiseringsøjemed end afsoning i fængslerne. For det tredje ville man ad den vej formentlig nå at få behandlingskontakt med en betragtelig del af den gruppe, som sædvanligvis henføres til den såkaldte tunge gruppe." (Schmidt m.fl. (1983) side 21).
16. EksPLICIT formuleret i Københavns kommunes plan for et kommunalt behandlingssystem:

"Faserne [d.v.s. behandlingsskæden] er efter deres indhold tilsvarende karakteriseret i en skala strækkende sig fra en slags formyndersituation til et socialt system, hvor klienter og medarbejdere i fællesskab fastlægger arbejds- og samværsforhold:

Svarende til klienternes rolleskift optræder personalet i modsvarende roller gående ud fra en formyndersrolle til en deltager- eller konsulentrolle i et socialt system." (Københavns kommune (1970) side 26).

17. Dette sidste er hvad Ziehe & Stubenrauch anbefaler.

18. 14 af de af Peter Ege og mig undersøgte metadonpatienter havde i tilslutning til behandlingsforsøg holdt sig stoffri i 3 måneder eller derover:

".. recidiv indtrådte i alle minus 3 tilfælde såsnart patienten blev udskrevet fra institutionen eller vendte tilbage fra familiepleje til København. I ét af de 3 tilfælde hvor stoffrihed varede ud over behandlingsperioden forblev patienten i provinsen og i de to andre etablerede patienten henholdsvis lige før og efter behandlingens start et nyt parforhold som fortsat bestod ved behandlingens ophør." (Winsløw & Ege (1983) side 80).

19. Jeg har tidligere forklaret dette had på en anden måde:

"Som man kunne forvente var de undersøgte indstilling overfor det socialpædagogiske behandlingssystem ikke positiv. Faktisk mente kun én ud af de 30, som udtalte sig herom, og som havde modtaget behandling, at behandlingssystemet i sin nuværende form kunne have hjulpet ham til at undgå den aktuelle metadonbehandling, mens 3 personer ingen meninger havde om behandlingssystemet. De negative vurderinger af behandlingssystemet udtryktes som regel meget voldsomt. På den anden side var patienternes dom ofte baseret på overvejelser af en meget generel og "ideologisk" karakter, sjældnere på konkrete indvendinger mod den måde de selv var blevet behandlet på. De fleste respondenter oplevede behandlingssystemets generelle afstandtagen fra metadonbehandling som en personlig trussel, og dette var nok, mere end deres personlige nederlag i behandlingssystemet, udslagsgivende for deres negative vurderingers styrke. Selvom dette sjældent udtrykkes direkte forstærker behandlingssystemets afvisning af metadonpatienterne, kombineret med disse patienters åbenbare behov for en personlig støttende indsats udover den de modtager af deres læge, disse patienters oplevelse af, at ingen i virkeligheden interesserer sig for dem. I en sådan situation er det ikke underligt at mange af de interviewede patienter gav udtryk for, ikke kun at behandlingssystemet ikke var organiseret rigtigt og at dets medarbejdere var fagligt utilstrækkelige, men endvidere for at narkobehandlere var kolde og ufølsomme mennesker" (Winsløw & Ege (1983) side 81-82).

Denne fortolkning (som jeg nu heller ikke fremsætter her) får ikke støtte af erfaringerne fra Århus' kommunale system, som kombinerer socialpædagogisk behandling med længerevarende metadonordination, i en sammenfatning af narkosamrådernes besvarelser til en konference om behandlingen af ældre stofmisbrugere anfører Peter Ege:

"Det er dog bemærkelsesværdigt at kravet om ledsagende socialpædagogisk behandling, specielt anbringelse i familiepleje, er blevet afvist af et stort flertal af klienterne (8/12 i Århus-området)." (Ege (1981) side 3).

20. "Indenfor den involveringspædagogik, som ofte er repræsenteret indenfor uddannelsesarbejdet, signalerer seminarlæsernes temasammensætning ofte det erklærede mål, at deltagerne skal forandre sig i løbet af det fælles arbejde. Deres situation er på forhånd lige så klart defineret som den retning, de skal forandre sig i, hvis de vil betragte deres deltagelse som en "succes". Det ved deltageren, og det ved også specielt de, der af samme årsag ikke kommer til et sådant uddannelsesarrangement. Det institutionelle formål udgør i deltagerens subjektive oplevelse netop en trussel om at blive "eksproprieret".

Det som sker her, kan man let tydeliggøre ved et konstrueret eksempel. Lad os prøve at se på denne interesse i at få nogen til at "tage en anden retning", og lad os denne gang anvende det på kursusleders person! Vi antager simpelthen, at denne kursusleder arbejder indenfor folkehøjskoleområdet, og han så bliver inviteret til et videre-uddannelseskursus *som deltager*.

Lad os endvidere antage, at kurssets arbejdsmaal, hvad der uden vanskelighed kunne tænkes, er følgende: "enhver deltager, som har lært noget ekstra, skal komme til den følgeslutning, at arbejdet indenfor

folkehøjskoleområdet er uudholdeligt" Tror man så, at vore kursusledere ville være motiveret til at komme til en sådan "videreuddannelse"?

Hvad er det der sker her? Det institutionelle tilbud om at lære noget ekstra, betyder på det psykodynamiske plan følgende: der tilbydes et negativt selvbillede, hvor man har en forventning til deltagerne om, at de selv skal formulere dette. Den som ikke formulerer dette selvbillede, må så opleve sig selv som "ikke-indlæringsdygtig" ... (Ziehe & Stubenrauch (1983) side 161). Man kan efter behag indsætte "stofmisbruger" eller "narkobehandler" i ovennævnte citat.

21. En delvis undskyldning for forestillingen er selvfølgelig, at stofmisbrugerne omkring 1970 typisk var "børn", d.v.s. under 18 år.
22. Siden 1975 har læger været forpligtet til at indberette når de tog stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling. Af de 42 metadonpatienter som Peter Ege og jeg undersøgte i København, havde lægen kun i 11 tilfælde ved indberetningen rapporteret at metadonbehandlingen skulle have en bestemt varighed, såsom "1 år", "resten af hans liv" eller "mange år". I 12 andre tilfælde havde lægen indberettet ubestemte perioder, såsom "indtil videre" eller "det ved jeg ikke". I de resterende 19 tilfælde havde lægen overhovedet ikke indberettet noget om periodens længde. I og med at en sådan indberetning om behandlingens forventede varighed er pålagt lægerne, kan man gå ud fra, at de upræcise og manglende svar på dette spørgsmål ikke skyldes skødesløshed fra lægernes side, men ægte uvidenhed om behandlingens forventede varighed (Winsløw & Ege (1985)).
23. For en gennemgang af metadons farmakologi se Winsløw & Ege (1983) side 27-32.
24. Men der skal meget til. Dole & Nyswander (1965) nævner, at to højdosispatienter (formentlig omkring 150 mg metadon pr. døgn) hver indtog 200 mg heroin intravenøst i en enkelt indsprøjtning uden at opnå nogen særlig virkning.
25. Senere erfaringer med metadonvedligeholdelse gør det højst tvivlsomt, om Dole og Nyswanders formodning om, at den væsentligste årsag hertil var skiftet fra intravenøs morfin til peroral metadon, var korrekt: det synes i dag mere sandsynligt, at ændringerne i patienternes adfærd primært skyldtes disses ønske om at opiatindgiften skulle fortsætte.
26. Flittigt gentaget af Dole og Nyswander i Srene 1965-1982, se således Dole & Nyswander (1965), Dole & Nyswander (1966), Dole m.fl. (1968), Joseph & Dole (1970), Dole & Nyswander (1976), Dole & Joseph (1978), Dole (1980) og Dole m.fl. (1982).
27. Se Winsløw & Ege (1984) side 28-32 for en gennemgang af Dole og Nyswanders resultater og Winsløw & Ege (1983) side 33-40 for en gennemgang af senere programmets resultater.
28. Om årsagerne til at udvalget anbefalede en restriktiv politik anfører psykiateren Anders Groth, som selv var medlem af udvalget:

"Den væsentligste grund til at anbefale en restriktiv politik var, at man i en præventiv epidemiologisk sammenhæng anså ulemperne ved MVH [metadonvedligeholdelsesbehandling] for større end fordelene. Det vil sige at man valgte at anbefale hvad man anså for gunstigst for totalpopulationen af opiatafhængige, vel vidende at man derved fratog enkeltindivider en mulighed som de selv og deres forældre mente at have krav på." (Groth (1979)).
- 28a. Om konsekvenserne af lukningen af Ole Hjortø's metadonprogram sammenlign Visitationsgruppen (1979) og Hansen (1981).
29. Se således Winsløw & Ege (1983) side 131 ("Henrik") for et enkelt eksempel på en omhyggelig og engageret behandlingsindsats fra lægens side. Eftersom rapporten handlede om "dårlige" metadonbehandlinger, er dette den eneste "gode" metadonbehandling som er udførligt beskrevet i den, men der var flere andre.

30. Det fremføres ofte som et argument for at det skal være de praktiserende læger som forestår den længerevarende metadonbehandling at disse i forvejen har et indgående kendskab til den pågældende patient og eventuelt også til hans familie og nærmeste bekendtskabskreds. Denne hypotese kunne bestemt ikke bekræftes for de fleste af de patienter som vi undersøgte: Kun 43% af patienterne var allerede tilknyttet lægens praksis før de begyndte på metadonbehandlingen og af disse 43% var det kun 2/3 som havde været tilknyttet lægens praksis i 3 måneder eller længere før metadonbehandlingen startede (Winsløw & Ege (1985)).
31. 50% af patienterne oplyste overfor Peter Ege og mig at have et større opiat- eller nervemedicinbrug end det som lægerne troede de havde.
32. Som et eksempel på hvor lidt vægt lægen lagde på de krav til patienten som han fremsatte kan det nævnes, at kun 5 af de 30 patienter, hvis læger oplyste overfor os, at de havde stillet som betingelse for behandlingen, at patienten skaffede sig arbejde eller gik i uddannelse, faktisk havde haft arbejde eller uddannelsesforløb af mere end nogle få ugers varighed i løbet af behandlingens adskillige år.
33. Resultaterne i det følgende er hentet fra Winsløw & Ege (1983) kapitel 5 og 6 og Winsløw & Ege (1984) kapitel 3.
34. For en nærmere diskussion af en sådan kvalitativ brug af kriminalitetsregisterdata, se Winsløw, Jepsen & Ege (1985).
35. Den opmærksomme læser af mine samlede værker vil bemærke, at jeg har medforfattet denne passus, som jeg nu harcellerer over (Winsløw & Ege (1983) side 168). Jeg kan kun sige med J.O. Krag, at man har et standpunkt til man tager et nyt, d.v.s. til man bliver klogere.

Kapitel 6.

Hvorhen herfra - og hvorfor ikke?

"... som "gammel" junkie, nu kun stofbruger i langtidsbehandling med metadon, vil jeg gerne sige til dig efter at ha' læst din dødsyge rapport, at du er akkurat lige så stort et løgnagtigt svin, som du plejer at være. Og dit forslag om et nyt stort center er det samme venstreorienterede plat, du og andre plejer at stå for. Du ved alle "gamle" junkier hader behandlerne og institutionerne. "

- kommentar til rapporten "Metadon - og hvad så?" (Winsløw & Ege (1983)).

I Information fra 31.7.1984 kunne man læse en artikel om en aktuel debat i Norge. Emnet var, om faldskærmsudspring fra fjeldtoppe skulle forbydes ved lov. Argumentet for et sådant forbud var det yderst fornuftige, at forulykkede udspringere udsætter andres liv for fare når disse andre forsøger at redde dem ned fra de afsatser, de lander på. Spørgsmålet om udspringernes ret til at udsætte sig selv for død og lemlæstelse indgår i følge artiklen ikke i debatten: "Bjergbestigning, skisport og fjeldvandring har i tidens løb kostet et stort antal mennesker livet, uden at man i Norge af den grund har drømt om at sætte grænser for folks livsudfoldelse" (Kromann (1984)).

I en amerikansk undersøgelse fandt man, at risikoen for akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) blandt tilskuerne til amerikanske fodboldkampe var knap 4 anfald pr. 100 tilskuer-år, eller flere hundrede gange den "normale" risiko for en mandlig befolkning i aldersintervallet 15-65 år (Rose (1974)). Tilsvarende må man formode, at risikoen for akut myokardieinfarkt under landskampe i fælledparken er væsentligt højere end normalrisikoen. Man har, mig bekendt, aldrig af den grund overvejet at forbyde fodboldkampe (eller at forbyde personer, som har overlevet ét akut myokardieinfarkt at overvære sådanne kampe).

Radio-Avisen offentliggør regelmæssigt oplysninger om antallet af trafikdræbte på de store rejsedage omkring ferierne. Der er vist endnu ingen, som foranlediget af disse tal har foreslået særlige hastighedsgrænser på landevejene eller andre trafikrestriktioner på disse dage.

Alkoholrelaterede dødsfald, incl. voldelige dødsfald forårsaget af berusede personer, anslås i Sverige at udgøre 1/3 af alle dødsfald blandt mænd og 1/6 af alle dødsfald blandt kvinder i aldersgruppen 15-65 år (Johnson (1983)). Ganske vist er svenskernes alkoholpolitik meget restriktiv sammenlignet med den danske, men noget egentligt forbud mod alkoholindtagelse findes der dog ikke.

Og så videre. Og så videre. Staten overlader (stadig) befolkningen selv at tage ansvaret for en del af deres risikofyldte handlinger. Ikke nok med det, men staten tillader også, at

vi på en række forskellige måder udsætter andre for fare: selv bilister, som ved den mest uforsvarlige kørsel har forvoldt andres død og lemlæstelse får som regel lov til at generhverve kørekortet efter en kortere eller længere pause, ligesom læger, der ved grov forsømmelighed har sat deres patienters liv på spil, altid får en "second chance". Den væsentligste undtagelse herfra er opiatbrugeren. På trods af, at det stof han foretrækker er langt mindre skadeligt for hans centralnervesystem og indre organer end så mange andre rusgifte, og på trods af, at ingen nogen sinde med skyggen af belæg har kunnet hævde, at selve stofindtagelsen har en "kriminogen" eller aggressionsudløsende effekt, oprettholder staten et kontrolsystem, der i direkte og indirekte udgifter koster et sted mellem en halv og en hel milliard kroner om året (1). Ikke alene *påtager* det ikke-stofmisbrugende samfund *sig selv* denne ganske betydelige udgift, men det *pålægger* yderligere opiatbruget ikke-monetære forbrugsafgifter af en ganske betragtelig størrelse: høj sygelighed og dødsrisiko, stigmatisering, fængselsophold m.v. (2).

På trods af disse høje afgifter persisterer stofmisbrugerne med deres forbrug og med deres livsstil. Stofmisbrugsproblemet startede som et teenage-problem, men det er det ikke længere: kun 2% af de i behandlingssystemet kendte stofmisbrugere i dag er under 18 år.

Mens det selvtilfredse borgerskab for 15 år siden kunne tale om "pubertetsproblemer", så står det ikke-stofmisbrugende flertal i dag overfor et lille, stædigt og snart midaldrende mindretal, som bliver ved med at kræve retten til at forgifte sig på en bestemt måde. Efter alle disse år har misbrugerne krav på, at *vi andre* begrundes, *hvorfor* de ikke kan få legal adgang til de stoffer som de ønsker at bruge.

Hvorfor opretholde forbudet?

Der er fire generelle indvendinger mod enhver, nok så begrænset, form for legalisering af opiater og andre "misbrugs"-stoffer. Og der er en række mere specifikke indvendinger mod bestemte måder at gennemføre legaliseringen på (d.v.s. de konkrete begrænsninger som man kan lægge på legaliseringen). Jeg skal tage de fire generelle indvendinger op én for én, og det er min påstand, at de kan afvises på deres egne præmisser, d.v.s. uden at det er nødvendigt at påkalde sig princippet om den enkeltes ret til at vælge sit eget bedøvelses/nydelsesmiddel:

1. En legalisering er ikke tilstrækkelig til at udrydde blandingsbruget og injektionsbruget. Selv hvis stofmisbrugerne fik adgang til billigt og rent stof ville en del af dem formentlig blive ved med at injicere det intravenøst, dele sprøjter med hinanden og injicere det på en uhygiejnisk måde, m.v. (3). Hvis vi endvidere forestiller os en fuldstændig legalisering af hele stofmarkedet, således at enhver form for medicin, og evt. også "ikke-medicinske" stoffer som hash, kokain og hallucinogener, blev legalt tilgængelige for stofmisbrugerne, ville stofforbruget blandt misbrugerne muligvis blive endnu mere blandet end før; dels fordi nogle misbrugere under forbudet er kommet til at sætte pris på f.eks. blandingen af benzodiazepiner og opiater, mens blandingen af centralstimulerende midler og opiater ("speed-balls") altid har været en populær, men dyr kombination; og dels fordi nogle misbrugere ville accelerere deres opiatforbrug, således at de ville nå op på et toleranceniveau, hvor den til euforiinspiration nødvendige opiatdosis ville være så høj, at bivirkningerne ville umuliggøre eufori ved hjælp af opiater alene. Vi

ville med andre ord ikke slippe af med blandingsmisbrugsproblematikken gennem en legalisering, og dermed heller ikke med (hele) forgiftningsoverdødeligheden. Endvidere ved vi faktisk ikke tilstrækkeligt om de mulige organiske skadevirkninger af indtagelse af f.eks. 2-4 g heroin plus variable mængder andre stoffer dagligt over årtier; et ikke utænkeligt forbrugsmønster blandt *nogle* misbrugere under en total frigivelse af opiater og andre "misbrugs"-stoffer.

Alt dette er ganske rigtigt, men indvendingen overser én kendsgerning, nemlig at vi med den nuværende kontrolpolitik *ikke evner at forhindre misbrugerne i at have et forbrugsmønster, som vi ved har store organiske skadevirkninger*. Det viser deres høje dødelighed, dødsårsagsmønstret og forekomsten af injektionsbetingede skader med al ønskelig tydelighed. En *nødvendig*, men selvfølgelig ikke tilstrækkelig, betingelse for udviklingen af "sunde" forbrugsvaner, såsom rygning af heroin og ophør med brug af dextropropoxifen m.v., er at opiatprisniveauet sænkes drastisk.

2. *Den frie adgang til opiater vil fastholde brugeren i hans "realitetsfornægtende" tilstand, og med den fortsatte frie adgang vil hans farmakologiske afhængighed blive en stadig sværere barriere for ham at forcere.* Den sidstnævnte del af denne begrundelse for at opretholde et forbud er korrekt: jo længere og jo større forbrug, desto større abstinensubehag ved brugens ophør. Men det er nu engang ikke selve afgiftningen, som er det svære i forbindelse med ophør med brug af opiater (4). Endvidere vil selve legaliseringen åbenbare et eksistentielt tomrum for mange stofmisbrugere, på samme måde som arbejdsløshed eller overgang til pensionist- eller efterlønsmodtagerstatus gør det for mange normalborgere. Dette vil i sig selv være en bevæggrund til at søge personlig forandring. For hvor meget man end mener at kunne fastslå, at en given stofmisbruger psykodynamisk undslipper virkeligheden gennem sin stofadfærd, så udspilles denne stofadfærd i en verden, som er befolket af nok så virkelige pushere, prostitutionskunder og politifolk (Agar (1973), Soloway & Walthers (1977), Goldstein (1979), Preble & Casey (1969), Madsen (1971)). Fjernes en del af denne verdens objektive nødvendighed, fjernes også *en del af dens tjenlighed* som psykologisk virkelighedsflugtvej.

3. *Opiatbrug forhindrer brugeren i at opfylde sine forældreforpligtelser.* Dette er en yderst tvivlsom, og under alle omstændigheder uverificerbar påstand. Det som vi ved er to ting: For det første, at børn af *misbrugende* mødre synes at have en meget høj dødelighed (Mark (1979)) og at uforholdsmæssig mange af dem udviser tegn på dårlig trivsel, udviklingshæmning m.v. (Olofsson m.fl. (1983)). For det andet, at nogle børn af forældre i langtidsmetadonbehandling trives, mens andre ikke gør det. Sammenlignes børn af metadonpatienter med børn af stoffri, men tilsvarende socialt og materielt underprivilegerede mødre, synes der ikke at være forskel mellem metadon- og kontrolbørene (Strauss m.fl. (1979)). Det væsentlige for disse børns følelsesmæssige og intellektuelle deprivation er således snarere forældrenes mangel på psykiske ressourcer og muligheder i samfundet. Hvorvidt en mere regelmæssig, rigelig og lettere tilgængelig opiataforsyning vil gøre stofmisbrugeren bedre eller dårligere til at give sit barn den fornødne kærlighed, tryghed og stimulation, kan vi ikke sige noget generelt om. Kun kan vi konstatere, at stofmisbrugerlivsstilen i hvert fald udefra betragtet ikke kan siges at være det bedste udgangspunkt for varetagelsen af forældrerollen.

4. *Opiatbrug forhindrer brugeren i at opfylde sine forpligtelser (5) som produktiv borger.* Ligesom den eksisterende kontrolpolitik er sundhedsfarlig for stofmisbrugeren, er den også en effektiv barriere mod stabilt lønarbejde. Selv hvis misbrugeren holder sit

forbrug på så lavt et niveau, at han er i stand til at finansiere det ved hjælp af lønarbejderindkomst, så er den konstante risiko for afsløring af misbruget på arbejdspladsen stor. Det er da også højst 10% af alle misbrugere som er i beskæftigelse. Spørgsmålet om hvorvidt også et legalt opiatbrug vil forhindre/hæmme misbrugeren i at arbejde kan ikke besvares generelt. Nogle misbrugere ville formentlig kontrollere deres indtagelse selv under fri adgang til stoffet, således at de vil kunne arbejde, hvis de vel at mærke kan finde en arbejdsplads (på samme måde som stabiliserede metadonpatienter kan arbejde). Andre vil enten lægge sig på sede-rende doser, eller have så svingende et forbrug, at de ikke vil kunne klare et regelmæssigt arbejde. For andre igen er muligheden for at regulere stemningslejet med variable doser af et opiat måske netop lige det, som skal til, for at de kan udholde at være på en arbejdsplads, på samme måde som alkohol og/eller moderne psykofarmaka "gør det muligt" for titusindevis af normalborgere at "deltage i" arbejdslivet. Der er således ikke ét svar som er gyldigt for enhver stofmisbruger. Men der er dog grund til at tro, at det frit tilgængelige opiat vil være en mindre hæmsko med hensyn til at fastholde et job end det sorte markedes krav er det i dag.

Legalisering? Ja. Men hvordan?

Der er således ikke rationelle grunde for at opretholde forbudet imod opiater og andre stoffer *i sin absolutte form*, hvorimod respekten for individets ret til at vælge sit eget nydelses/bedøvelsesmiddel tæller for en legalisering. Det er straks mere problematisk at bestemme en hensigtsmæssig ramme for legalisering. En total legalisering af alle "misbrugs"-stoffer, f.eks. ved at gøre dem til håndkøbsmedicin, kan der rettes flere indvendinger imod. Jeg skal nævne tre, som afgrænser legaliseringens form.

For det første kan Danmark ikke isoleret totalt legalisere opiater. En sådan isoleret totallegalisering ville udløse svære sanktioner fra lande, som fortsat opretholder et forbud, og ville formentlig få stofmisbrugere fra alverdens lande til at strømme hertil. Adgangen til legale opiater må således indskrænkes til danske statsborgere. Af hensyn til kontrollen af udlændinge og mindreåriges forbrug, må der således opretholdes et vist kontrolsystem, dels rettet mod de, som måtte forsøge at holde liv i et parallelt ulovligt marked, og dels rettet mod de stofmisbrugere, som ville søge at slå mønt af deres lette adgang til stoffer ved at sælge dem videre til udlændinge og mindreårige.

Dette er ikke stedet at diskutere de (snævre) fysiske og organisatoriske rammer indenfor hvilke stofmisbrugernes legale brug af opiater og andre stoffer måtte finde sted. Blot må det fastslås, at rammerne må sættes såvel af mindretallets krav på at kunne dyrke deres bedøvelsesformer under for dem acceptable betingelser, som af majoritetens ønske om at afgrænse brugen til den gruppe som aktuelt er brugere. Eftersom disse to ønsker er gensidigt modstridende forudsætter afvejningen af dem, at misbrugerne anvender de ubetvivlelige organisatoriske talenter som findes blandt dem til at udtrykke deres interesser. For en legalisering som tager form af "klinikker", hvor hvidkittede guder og gudinder "administrerer" stofferne for og til stofmisbrugerne vil ikke kunne tiltrække alle, ja måske end ikke flertallet af misbrugerne, og vil blot være repression i en besmykket form. *Lige så lidt som legalisering bør ses som et kriminalpræventivt redskab, bør det ses som et "behandlingstilbud"*

Nødvendigheden af, at rammerne for en begrænset legalisering fastlægges gennem forhandlinger mellem minoritet og majoritet, fører naturligt frem til den anden og tredje indvending mod en total legalisering. Den anden indvending er flertallets angst for at blive fristet ind i et opiatbrug, og den tredje flertallets angst for at deres børn skal blive fristet ind i et sådant brug.

Indvending 2 formuleres oftest upersonligt på følgende måde: hvis vi legaliserer opiater totalt så ved vi ikke hvormange ikke-misbrugere der vil føle sig tiltrukket af disse stoffer, og hvormange af disse som vil udvikle et forbrug som vil hæmme deres produktive og øvrige sociale udfoldelser (Kaplan (1983) side 112-147) (6). I kapitel 1 viste jeg at indtagelse af opiater, så vidt vi i dag ved, ikke er organisk skadevoldende, og at stofferne i sig selv ikke er euforiserende, snarere tværtimod. I kapitel 3 fremsatte jeg en hypotese om hvorledes opiater for *nogle* blev et tiltrækkende euforiserende stof. Det drejede sig om de "dobbelt-udstødte", som jeg påstod dannede kernen i den oprindelige subkultur. Men historien viser også, at opiater til andre tider, på andre steder, har fungeret som en kultur-rusgift på en ganske anden måde end i Danmark siden 1970. Opiatrusen og opiatindtagelsens betydning er således langt fra en "universel konstant", heller ikke for så vidt *subkulturelt* brug angår. Denne påstand støttes af de i kapitel 4 nævnte forskelle med hensyn til hyppigheden af voldelig berigelseskriminalitet mellem stofmisbrugere i Danmark og i New York. I ghettokvartererne i det østlige USA's storbycentre synes (kontrolleret) heroinbrug blandt unge mænd, lige som dristighed i slagsmål, at være forbundet med høj status i den normale kammeratskabsgruppe, ganske modsat af, hvad jeg har hævdet var tilfældet herhjemme (Feldman (1973)) (7). Pointen af dette er, at lige så lidt som tilstedeværelsen af opiater i tæt fysisk nærhed af de mange tusinde hashrygere omkring 1970 var tilstrækkelig til at igangsætte en lige så voldsom spredning af opiater, som den der fandt sted af hash, lige så lidt vil en legalisering af opiater være en *tilstrækkelig* betingelse for en pludselig eksplosion i opiatbrugen, endsig i det karakteristiske brugsmønster, som kendetegner den aktuelle opiatmisbrugersubkultur. Stoffets effektive pris (jfr. citatet af Peter Ege ovenfor) er med til at bestemme dets udbredelse. Men ligesom vi stadigvæk ser nye opiatmisbrugere på trods af en fænomenal høj effektiv pris på opiater, så vil en sænkning af denne effektive pris ikke *nødvendigvis* medføre en øget udbredelse. Det bedste aktuelle eksempel herpå er sniffing af lim, lightergas, opløsningsmidler m.v. Disse stoffer er frit tilgængelige, og brugen til beruselsesformål er velkendt blandt unge. Ikke desto mindre tyder fraværet af en epidemi af organiske hjerneskader blandt unge som følge af brugen af disse stoffer på, at den (uhæmmede) brug af dem er yderst sjælden. Et historisk eksempel er den amerikanske situation i 2. halvdel af forrige århundrede, hvor opiater var frit tilgængelige og forbrug udbredt til størstedelen af befolkningen, men hvor kun mellem 1 promille og 1 procent af befolkningen var regelmæssige brugere (Terry & Pellens (1928) kapitel I).

Hertil kommer endnu et forhold, nemlig at mens adgangen til opiater i dag går over misbrugersubkulturen, ville det ikke være tilfældet, hvis stofferne totalt legaliseredes. Dette betyder at nye *brugersubkulturer* ville *kunne* dannes uafhængigt af misbrugersubkulturen; d.v.s. subkulturer med normer omkring indtagelsen (indtagelsesmåde, -hyppighed og -anledninger), som kunne tænkes at være langt mere socialt acceptable og somatisk uskadelige end misbrugersubkulturens. En del af de unge, som i dag rekrutteres til misbrugersubkulturen ville således kunne undslippe medlemskab af denne subkultur; et medlemskab som de måske er bedst foruden (8).

Det er således langt fra sikkert, at en total legalisering af *opiater* ville medføre en stigning i det samlede antal personer, som "misbrugte" disse stoffer. Helt anderledes forholder det sig formentlig i det aktuelle kulturelle klima med centralstimulerende stoffer, benzodiazepiner og barbiturater og måske også med hash. De tre førstnævnte stofgrupper er som skabt til at blive brugt på en for brugeren skadevoldende måde i vort præstations- og angstdominerende normalsamfund og benzodiazepiner bliver da også brugt på en sådan måde af mange. Min usikkerhed med hensyn til det tjenelige i legalisering af hash bunder simpelthen i, at dette stof i sin de facto legaliserede form i min (begrænsede) erfaring fra værtshuse synes at indgå i en agressionsfremmende cocktail med alkohol, hvilket taler imod at øge udbuddet af dette stof (8a). Men dette er et meget kontroversielt og vanskeligt spørgsmål, som ikke er centralt for den aktuelle problemstilling. Det væsentlige her er to ting: legalisering af opiater til stofmisbrugere må ledsages af en tilsvarende legalisering af andre stoffer til denne befolkningsgruppe, fordi disse andre stoffer indgår som faste bestanddele i stofmisbrugernes forbrug. Og en begrænset legalisering af benzodiazepiner, barbiturater m.v. til stofmisbrugere og en total legalisering af opiater ville være at træde majoritetens opiatangst unødvendigt nær. Hvor irrationel flertallets angst for at blive opiatmisbrugere end måtte være, så er der ingen rimelighed i at ophæve et forbud for den del af befolkningen, som ønsker dette forbud opretholdt som en ydre beskyttelse *mod sig selv*.

Mindretal og flertal må således i fællesskab finde frem til en mekanisme, som sorterer bukkene fra fårene. Jeg mener ikke, at det her er hensigtsmæssigt at gå ind i en diskussion af forskellige administrative modeller til bestemmelse af hvilke stofmisbrugere, der skal have fri adgang til "misbrugs"-stoffer. Det er dog klart, at på dette område, som indenfor alle andre, vil forældres ret til at bestemme over deres mindreårige børn være gældende. Hermed er også indvending 3 besvaret.

Afslutningsvis er det nok værd at tage en enkelt indvending mod enhver form for legalisering, den være sig nok så begrænset (såsom den eksisterende metadonbehandling) op, nemlig at en sådan legalisering, gennem "misbrugere" af den legale stofadgang, vil føre til et øget udbud, og dermed forbrug af ulovlige stoffer. Denne indvending hviler på den sandsynligvis korrekte formodning, at hvis man opretholder et forbud for en del af en befolkning, men ikke for en anden, så vil den "privilegerede" del af befolkningen drage nytte af denne situation ved ulovligt at søge at udstrække dette privilegium til de medlemmer af den ikke-privilegerede delbefolkning, som ønsker det, og som har midler til at bakke dette ønske op med (9). Denne indvending overser blot et forhold, nemlig at ligesom der i dag under den herskende restriktive kontrolpolitik er unge som påbegynder et opiatmisbrug, var det tidligere, dengang hash og andre stoffer distribueredes ad samme kanaler, kun et mindretal af dem, som havde adgang til opiater, som blev brugere, for slet ikke at sige misbrugere. For at gentage argumentet med sniffing-stofferne ovenfor: Fysisk udbud modsvares ikke nødvendigvis af social efterspørgsel.

Men selv hvis udbuddet kunne påvirke efterspørgslen, så overses ét væsentligt forhold, nemlig at såfremt der kan findes en form for begrænset legaliseret distribution, *som opiatmisbrugerne vil benytte sig af*, vil grundlaget for den største del af det illegale marked falde bort. Dermed synliggøres den tilbageblivende del af dette marked nødvendigvis. Selvom legaliseringen i ét eller andet omfang vil føre til en spredning af (legale) opiater, vil en legalisering altså samtidig få det illegale udbud til at skrumpes ind, og gøre det lettere at kontrollere. Problemet med "langere" mener jeg for det første man må acceptere vil eksistere (på samme måde som man i dag accepterer at mindreårige drikker sig

sanseløse på værtshuse) og for det andet søge mindsket ved hjælp af en intern disciplin i det stofbrugende mindretal, og en ekstern retsforfølgning af de som måtte "misbruge" deres legale adgang til opiater.

På samme måde forholder det sig efter min mening med den kendsgerning, at vi, selv under en total legalisering, måtte skulle affinde os med fortsat at leve med et stort antal berigelseskriminelle stofmisbrugere. En stor del af stofmisbrugernes berigelseskriminalitet har udviklet sig som en reaktion på de stigende stofpriser. Deraf følger dog ikke, at den samme store del af berigelseskriminaliteten vil forsvinde som følge af en legalisering. Penge er der som bekendt ingen af os, der har nok af, og selv en nok så angergiven og legaliserende normalbefolkning skal ikke forvente den store kærlighed i ord og handling fra alle stofmisbrugere. Og ligesom stofbruget har en psykisk og social funktionalitet for stofmisbrugerne, så har den kriminelle aktivitet det også i dag for mange af dem. *Lige så lidt som vi kan købe os stoffrihed ved hjælp af behandling, kan vi købe os kriminalitetsfrihed fra alle ved hjælp af en legalisering.*

Behandlingssystemet under en legalisering

Legalisering, som jeg ser det, har ikke noget med behandling at gøre, og vil ikke fjerne behovet for omsorgs- og behandlingsforanstaltninger til stofmisbrugerne. Det drejer sig i første række om hjælp til at nedsætte stoftolerancen, f.eks. ved hjælp af landophold i stoffri institutioner, om lindrende og evt. radikal behandling af gamle og nye injektionsskader, forgiftningstilstande m.v.; om stærkt forbedret tandlægeservice, om refugier i by og på land for midlertidigt eller kronisk fysisk og/eller psykisk nedslidte misbrugere, m.v. På grund af det anspændte forhold mellem social- og sundhedsforvaltningernes medarbejdere på den ene side og stofmisbrugerne på den anden side (se f.eks. Winsløw & Ege (1984) side 34-40) er en oprustning af den sociale rådgivning og bistand, udover den passive kontanthjælpsudbetaling, til stofmisbrugerne også nødvendig. Og så videre. Og så videre.

Mange stofmisbrugere giver udtryk for, at længslen efter integration i normalsamfundet ikke er død i dem. En legalisering vil ikke ændre befolkningens syn på stofmisbrugerne, og derfor ikke gøre det lettere for stofmisbrugerne at vinde fodfæste i normalsamfundets institutioner. Men en legalisering vil dog gøre det ulige lettere for stofmisbrugere at skjule, at de er stofbrugere når de søger adgang til disse institutioner.

Men eftersom stofmisbrugeren har levet på kanten af, og på kant med, normalsamfundet i årevis, er han svært psykisk og socialt handicappet, hvis han vil leve lidt nærmere ved dette samfunds centrum. Hans forestillinger om normalsamfundets institutioner (aftenskoler, arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, sportsklubber, politiske partier, græsrodsbevægelser m.v.) er dels begrænset af manglende erfaringer; dels præget af frygt, fordi de mennesker, som færdes i disse institutioner, er de samme, som har opretholdt det politi og det behandlingssystem, som har undertrykt ham i lang tid; og dels farvet af hans oprindelige afstandtagen og/eller udstødning fra disse institutioner. I sin afprøvning af normalsamfundets institutioner har stofmisbrugeren derfor brug for hjælp til flere forskellige ting: til at finde ud af hvad han egentlig vil i disse institutioner, til at komme ind i og finde rundt i dem, og til at se i øjnene, at han måske alligevel ikke vil

være i dem. Denne hjælp kunne passende ydes af specielle *sociale rejsebureauer*, der på individuel og gruppebasis kunne rådgive stofmisbrugere med hensyn til rejsemuligheder og -omkostninger. Det ville være naturligt at bemane disse institutioner med stofmisbrugere, i den udstrækning der blandt disse selv er/kommer personer med den fornødne erfaring fra normalsamfundet.

Alle disse hjælpeforanstaltninger retter sig primært mod stofmisbrugere, som ikke ønsker mere grundlæggende forandringer i deres liv end den nok så grundlæggende forandring som en legalisering kombineret med et umiddelbart behovsorienteret hjælpesystem ville udgøre. Og det vil formentlig sige de fleste stofmisbrugere det meste af tiden. Omvendt vil mange stofmisbrugere noget af tiden formentlig også føle trang til mere grundlæggende ændringer i deres liv, d.v.s. ændringer, som tager udgangspunkt i, at stofmisbrugeren stiller sig selv spørgsmålet, om han får så meget ud af livet, som han gerne ville, eller om der, skjult for hans øjne, er muligheder for og i ham, som det var værd at udforske. En første betingelse for, at stofmisbrugeren kan stille sig selv dette spørgsmål, er at han ikke står med ryggen mod muren. Det vil sige, at han er sikret rimelige overlevelsesmuligheder som stofbruger i samfundet gennem en begrænset legalisering og de øvrige foranstaltninger nævnt ovenfor. Først da bliver valget af behandling versus ikke-behandling i nogen betydning af dette ord frivillig.

De former for behandling, som må tilbydes stofmisbrugere som søger personlig forandring, må være alsidige i målgruppe og teoretisk orientering. Der er næppe nogen psykologisk skole eller tankeretning, som i dag har patent på hvordan man bedst hjælper andre til at blive gladere for sig selv, hvilket jo er det, det drejer sig om. Behandlingstilbudet bør således spænde fra det helt individorienterede til det helt socialt orienterede, d.v.s. fra individuel psykoanalyse til sociale samlivseksperimenter. Valget af "behandlingsform" må være op til stofmisbrugeren, og vejledningen med hensyn til dette valg kunne passende lægges i de sociale rejsebureauer. Eftersom enhver form for psykosocial behandling er et indgreb i den behandlede sjæl, som baserer sig på bestemte forestillinger om denne sjæls rette natur, er det af fundamental betydning, at den stofmisbruger, som ønsker at trække sig ud af et givet behandlingsforløb, får mulighed for at lukke operationssåret efter sig, så risikoen for, at han efter behandlingen står i en endnu ringere psykisk situation end før, mindskes. Lige så lidt som andre mennesker har stofmisbrugeren krav på at livet, behandling incl., skal være psykisk risikofrit, men et behandlingssystem som ikke i det mindste forsøger at hjælpe "behandlingsfiaskoerne" til at komme sig over nederlaget, risikerer at sætte til på gyngerne hvad det måtte have vundet på karrusellerne.

Alt i alt vil udgifterne til det samlede behandlingsudbud til stofmisbrugerne under en legalisering ikke blive mindre end i dag. Nogle vil måske mod dette indvende, at stofmisbrugerne ikke har krav på en sådan positiv særbehandling i forhold til andre borgere, som har det skidt. Det er ganske korrekt. Beslutningen om at hjælpe danske opiatmisbrugere fremfor danske alkoholikere eller ofrene for politisk forfølgelse i Chile kan næppe begrundes rationelt.

Hvad værre er, en sådan positiv særbehandling af stofmisbrugerne risikerer at cementere den falske forestilling om, at det kapitalistiske samfunds problemer kan anskues som en række delproblemer, hver med sit navn, og hver med sin isolerede løsningsmodel. Denne indvending er også korrekt. Men med mindre man tillader sig den kynisme, at betragte stofmisbrugernes elendigørelse som et våben i kampen for det samfund, som

man *selv* ønsker, så må denne bivirkning af at hjælpe de konkrete mennesker, som står i lortet i dag, søges behandlet med en anden medicin.

Hvor er vi på vej hen?

Ovenstående skitse til en forbedret samfundsmæssig ramme om stofmisbrugernes liv er ikke *Realpolitik*. Legalisering af opiatervil måske en dag blive taget i anvendelse overfor stofmisbrugerne herhjemme, men i så fald vil det være et sidste defensivt forsøg fra normalsamfundets side på at beskytte familien Schlüters arvesølv; ikke udtryk for en respekt for opiatbrugerens ret til også at være her. En accept af denne ret ville være en accept af opiatbrugets *normalitet*, og en sådan accept ville helt tage piften af narkodramaet og pengene ud af stofmisbrugsproblemet.

Der er to nødvendige betingelser for dannelsen og vedligeholdelsen af sociale problemer. For det første må der være nogle organisatoriske interesser knyttet til det problematiserede fænomen, og for det andet må disse organisationers arbejdsgivere, borgerne, tåle organisationernes ressourceforbrug overfor fænomenet. Denne tålsomhed forudsætter at nogle - mest naturligt folk med noget at vinde herved - beskriver fænomenet på en sådan måde, at det får kognitiv værdi *som problem* for borgerne.

I forbindelse med stofmisbrugsproblemet er det væsentligt at gøre sig klart, at vore forestillinger om opiatbrug og opiatbrugere ikke er en simpel afspejling af f.eks. de 6-10.000 danske opiatmisbrugeres liv, men en særdeles kompleks bearbejdning af, hvad vi har læst og hørt på anden, tredje, fjerde og femte hånd om opiatbrug fra mennesker med ganske bestemte, partikularistiske relationer til konkrete opiatbrugere. Mange af disse mennesker er læger, psykologer, politifolk og lignende, som kommer i daglig kontakt med stofmisbrugere. Andre, heriblandt nogle af de mennesker, som præger vort billede af opiatmisbrugeren mest, har ironisk nok slet ingen relationer til konkrete opiatbrugere, mens atter andre, som jeg selv, kun har meget få sådanne relationer. Men kendetegnende for disse relationer, når de altså overhovedet findes, er at de er partikularistiske og alene udspringer af en erhvervsmæssig rolle. To af de væsentligste determinanter for udførelsen af en given erhvervsrolle er den organisatoriske ideologi, og den professionelle ideologi, der er knyttet til den pågældende rolle. Det vil sige, at rolleudførelsen, og altså de konkrete relationer til konkrete opiatbrugere, i meget høj grad er bestemmelig udfra de helt eller delvis forenelige organisatoriske interesser, som påvirker rolleindehaveren i kraft af hans medlemskab af en bestemt profession, og hans ansættelse i en bestemt offentlig eller privat organisation. Totaliteten af disse interessebesiddende organisationer har jeg i kapitel 2 kaldt opiatmisbrugsproblemet's problemadministration. De vigtigste private organisationer i problemadministrationen er dagbladene, mens medicinalfirmaer som f.eks. Alfred Benzon (som fremstiller Abalgin) og deres sammenslutninger kan nævnes blandt de sekundære private interesseorganisationer. De vigtigste faglige organisationer er de forskellige pædagogforbund og Den almindelige danske Lægeforening og dens underorganisationer. Blandt de statslige og andre offentlige organisationer kan nævnes Alkohol- og Narkotikarådet, Sundhedsstyrelsen, politiet, Amtsrådsforeningen og Danmarks Radio. Opiatmisbrugsproblemet's problemadministration har således ikke en klar organisatorisk struktur, men er ikke desto mindre klart af-

grænselig herved, at den form, som det sociale problem stofmisbrug tager inden i hovedet på de fleste danskere, er betinget af hvilke sider af fænomenet, som disse organisationers talsmænd fremstiller som væsentlige. Enhver organisation, hvis medarbejdere bidrager til det samlede billede af problemet, er ipso facto en del af problemadministrationen, også selvom forskellige organisationer betoner/underspiller/fornægter en given detalje af det totale billede. Eftersom de færreste ikke-opiatbrugende danskere har personligt kendskab til opiatbrugere, er danskernes forestillinger om arten af problemet opiatmisbrug som sagt ikke så meget bestemt af egenskaber ved de 6-10.000 konkrete opiatmisbrugere, som af den samlede sum af de delvis forenelige egenskaber, som de forskellige interesseorganisationer indenfor opiatmisbrugsproblemadministrationen tilskriver opiatbrugere og deres stofbrug. Eksempelvis vedbliver opiatmisbrugeres berigelseskriminalitet at være en "social kendsgerning", også efter offentliggørelsen af Flemming Balvigs resultater (jfr. side 143-145), fordi der knytter sig såvel materielle interesser indenfor store dele af opiatmisbrugsproblemmadministrationen, som kognitive interesser i befolkningen, til denne forestilling. Modsat er Abalgin-forgiftningerne en mindre iøjnespringende social kendsgerning om stofmisbrugsproblemmet, fordi de materielle interesser indenfor problemadministrationen på dette område er stærkt modsætningsfyldte, og forholdet uden værdiladning af betydning i befolkningen.

Men hvad er det for kognitive interesser i befolkningen, som knytter sig til stofmisbrugsproblemmet? Hvorfor er netop den abstinensstyrede kriminalitetsmaskine så interessant i befolkningens øjne, og ikke den stofmisbruger, som går til i en forgiftning af alkohol og Abalgin?

Jeg tror, at forklaringen er, at stofmisbrugeren er ét af de billeder, vi anvender i vort forsøg på at undslippe friheden.

Halvdelen af den voksne danske befolkning har et massivt stofforbrugsproblem i form af kompulsiv tobaksrygning, der beviseligt forkorter livet og gør de sidste 2-3 årtier af det mere ubehagelige end de behøver at være. Andre hundredetusinder har massive problemer med kompulsivt brug af farlige gifte som alkohol og nervemedicin, og atter andre hundredetusinder har eksistentielle problemer af kompulsiv karakter, d.v.s. går rundt og siger til sig selv, og måske også til andre, at "i virkeligheden ville jeg hellere ..." eller "hvis bare ...". Intet fysisk forhindrer os i at gøre alt det vi påstår vi hellere ville gøre eller værre: holde op med at ryge, forlade den "sure kone", eller sælge parcelhuset og flytte i kollektiv, men vi gør det ikke. Oveni de begrænsninger, der lægges på vor individuelle og kollektive udfoldelse af det økonomiske system og af staten, lægger vi en massiv dosis selvvalgt ufrihed.

I den situation er det godt for vor selvforståelse, men dårligt for vor frihed, at have det sociale problem opiatmisbrug i den bestemte form det har. For i narkodramaet optræder opiatmisbrugeren som prototypen på det driftsstyrede menneske, der i sin manglende selvbeherskelse destruerer sig selv. Set i kontrasten til den postulerede opiatmisbruger fremstår vor egen ufrihed som mere acceptabel og mindre ubehagelig. Og ud fra en sådan synsvinkel er det væsentligere, at stofmisbrugeren er en abstinensstyret kriminalitetsmaskine, end at landets læger, i stedet for at udskrive relativt ugiftige opiatere af den klassiske type, forsyner stofmisbrugere med et meget toksisk stof, som er specielt farligt i hænderne på mennesker, som samtidig indtager alkohol. Abalgin dødsfaldene er ikke alene en pinlig kendsgerning for Sundhedsstyrelsen, apotekerforeningen, de praktiserende læger og for Alfred Benzon, men også en irrelevant detalje i skræmmebilledet

af stofmisbrugeren. De voldsomt overdrevne forestillinger om omfanget af stofmisbrugernes kriminalitet er derimod såvel gode argumenter for politiet og behandlingsinstitutionernes fortsatte indsats mod stofmisbruget, som et vigtigt element i normalborgerens forståelse af sig selv som "fri", "menneskelig", "rationel" i kontrast til stofmisbrugeren.

Så indtil der bliver opfundet en erstatning for stofmisbrugeren tror jeg egentlig ikke det tjener noget særligt formål at slå på tromme for en radikal omorganisering af kontrol- og behandlingssystemet. Når jeg har gjort det alligevel, så er det for at gøde jordbunden for den dag i fremtiden, hvor folket og problemadministratorerne bliver trætte af stofmisbrugerne fordi de får tilbudt et mere lovende alternativ.

Men er der da intet håb for stofmisbrugerne i den aktuelle situation?

Ikke meget, men måske dog lidt. Den ene lille solstråle er Alkohol- og Narkotikarådets nye behandlingsfilosofi, som jeg gav kniven i sidste kapitel, og den anden er den opmærksomhed, som de nye tyske socialisationsteoretikere som Thomas Ziehe er genstand for blandt socialforskere med tæt kontakt til de pædagogiske uddannelsesmiljøer (se således Berthelsen (1981), Frandsen m.fl. (1982), Illeris m.fl. (1982), Johansen & Thøisen (1983)). Denne voksende opmærksomhed overfor de psykodynamiske aspekter ved socialisationsprocessen vil, kan man håbe, have afsmittende virkning på institutionernes praksis, når de nye pædagogkuld begynder at arbejde i dem. Og det sker heldigvis snart, for personaleomsætningen i disse institutioner er som omtalt hurtigt (10).

Når Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsrapport også må betragtes som et fremskridt, så er det fordi den trods alt tager det blå stempel af stoffrihedsmålsætningen i behandlingsarbejdet, og så stærkt betoner behovet for akutte omsorgsforanstaltninger for stofmisbrugerne og for en individualisering af behandlingsmålene. At Alkohol- og Narkotikarådet ønsker at benytte disse foranstaltninger til at lokke stofmisbrugerne ind til "rigtig" behandling - hvilket dybest set betyder normalisering m.h.t. stofpræference og livsstil - behøver stofmisbrugerne jo ikke i første omgang at kere sig så forfærdelig meget om. Og eftersom behandlingsinstitutionerne har været så forbandet dårlige til at opfylde stoffrihedsmålsætningen, kan det være, at deres ledere omsider er rede til at bakke ned fra den, når Alkohol- og Narkotikarådet giver kanonstøtte til retraiten. Den umiddelbare mangel på offentlige protester fra centerlederside på Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsrapport kan måske tydes i den retning. At den nulevende politiker, som har skaffet politiet de største ressourceudvidelser under henvisning til narkoproblemet, tidligere justitsminister Ole Espersen (11) også bakker op bag Alkohol- og Narkotikarådets nye behandlingsfilosofi (Espersen (1984)) må også ses som et fremskridt.

Til gengæld tegner udsigterne indenfor kontrolsystemet sig sort i sort. Domstole og folketing synes enstemmigt at bifalde politiets stadigt mere indgribende overgreb på retssikkerheden, og stadig flere småforhandlere dømmes efter straffelovsparagraffen. Selv politiet mente kun at to ud af de godt 1.000 personer, som idømtes ubetinget frihedsstraf i 1983 kunne betegnes som bagmænd (12). Dertil kommer, at socialdemokratiet tilsyneladende bakker tanken om behandlingsdomme så helhjertet op, at Ole Espersen i den nævnte kronik bruger det forhold, at finansieringsproblemerne mellem kommuner og stat omkring sådanne domfældelser endnu ikke er løst, til at slå den siddende regering i hovedet med, selvom man formentlig kan gå ud fra, at behandlingsdomme lige netop er en tanke efter den siddende justitsministers hoved.

Alt i alt tegner udsigterne for stofmisbrugerne sig ikke særligt lyse. Heri har forskningen på området i høj grad et medansvar. Men den historie må vente til en anden god gang.

Noter til kapitel 6

1. Således *mindst* 70 mio. kr. per år til politi og anklagemyndighed (note 9 til kapitel 4) og 160 mio. kr. til det socialpædagogiske behandlingssystem. Dertil skal lægges "tabet" i forbindelse med den del af stofmisbrugernes berigelseskriminalitet, som de *ikke* ville have begået, såfremt de ikke skulle betale de høje sortbørspiser på stof, d.v.s. et sted mellem 200 og 300 mio. kr. (jfr. side 146). Dertil 10% af kriminalforsorgens årlige driftsudgifter på godt 800 mio. kr. Dette giver tilsammen mellem 500 og 600 mio. kr., hvortil skal lægges udgifterne til "oplysning" om stoffer og stofbrug i skolerne, udgifterne til domstolsbehandling af stofmisbrugere, udgifterne til det somatiske og psykiatriske hospitalsvæsens behandling af de skader, som kontrolpolitikken pådrager stofmisbrugerne, udgifterne til stofmisbrugerbehandling i den primære sundhedstjeneste, forsikringsselskabernes administrationsudgifter i forbindelse med stofmisbrugerkriminalitet, bistandshjælp til de stofmisbrugere, som ville kunne forsørge sig selv såfremt de havde adgang til legale opiater, udgifterne til toldvæsenets indsats på narkotikaområdet, etc., etc. Ialt udgifter for samfundet på flere hundrede millioner kroner årligt.
2. Det er, *en passant*, instruktivt at se på forskellen mellem den behandling, som er blevet den stofmisbrugende subkultur til del, og den som er blevet en anden afvigende subkultur beskåret, nemlig rockerne. Vel forsøger man også at afrette den enkelte rocker, når han stikker næsen så langt ud, at "retsbevidstheden" kræver at der gøres noget. Men *rockergruppen* søges i mange kommuner i videst mulig udstrækning akkommoderet ved at socialforvaltningen stiller et (gerne fjerntliggende) opholdssted til rådighed for den, med den mere eller mindre tydeligt formulerede betingelse, at gruppen så holder sig fra lokalsamfundets grillbar, kro, diskoteker, eller andre konfliktcentre. Hvordan rockerne så gererer sig indenfor deres reservat ønsker det omgivende samfund ikke at blande sig i; ja helst vil man vel ikke vide noget (jfr. f.eks. Skanderborg-sagen, hvor rockere fra forskellige bander plaffede lystigt løs på hinanden og andre med alskens skydevåben. Kommunalpolitikernes reaktion var skuffelse over at rockerne ikke havde overholdt aftalen med kommunen om at holde en lav profil udadtil, jfr. Jyllandsposten og andre dagblade i perioden 26.11. -3.12.1983).
3. For oplysninger som belyser den store spredning i brugsadfærd blandt stofmisbrugere med tilnærmet fri adgang til heroin, se Stimson (1973) kapitel 9.
4. Farmakologer sammenligner afgiftningen efter et svært opiatforbrug med en rigtig ubehagelig influenza, jfr. Minsky (1978) side 158). Se også kapitel 1.
5. For argumentets skyld antager jeg her at en sådan forpligtelse eksisterer.
6. Eftersom de fleste ikke-eksperter formentlig ikke kunne tænke sig noget mere vederstyggeligt end at indtage "narkotika", skjuler der sig bag denne paternalistiske formulering formentlig ekspertens angst for selv at blive fristet!
7. Cloward og Ohlin har hævdet den modsatte hypotese om stofbrug i amerikanske storbyghettoer, nemlig at det er en reaktion på fiasko indenfor såvel den legale som den illegale "opportunity structure". Hypotesen (inspireret af Mertons typologi over reaktioner på anomi (Merton (1968) side 185-248)) har dog ikke mig bekendt fundet empirisk støtte (se Cloward & Ohlin (1960) side 178-186 og Winsløw & Holstein (1972) side 27-31).
8. I Zinberg's undersøgelse af kontrollerede heroinbrugere går det igen i interviewuddragene, at disse ikke-misbrugersubkulturdeltagere føler sig udsat for et stadigt pres fra de forhandlere, som de må købe

stoffet fra, til at acceptere misbrugssubkulturens (for de pågældende uhensigtsmæssige) normer for stofbrugen (Zinberg (1984) side 131, 153). I den københavnske metadonundersøgelse mødte jeg også enkelte subkultur-fjendske misbrugere, heriblandt to som overvejende eller udelukkende havde indtaget stoffer når de skulle være sammen med ikke-opiatbrugere, og som i øvrigt skyede andre opiatbrugeres selskab.

- 8a. Under et besøg i Grønland i september-oktober 1984 havde jeg lejlighed til at diskutere kriminalitetsudviklingen i Grønland med et bredt udsnit af repræsentanter for politiet, domstolene og kriminalforsorgen. Et stort antal af disse udtrykte spontant bekymring over den stigende forekomst af grov vold begået under den kombinerede indflydelse af cannabis og alkohol.
9. Færøerne siges at illustrere dette forhold derved, at dele af den betydelige afholdsbeholdning videre-sælger den alkohol de må købe under rationeringsordningen i et givet kvartal til personer hvis rationer ikke slår til, eller er drukket op inden kvartalets udløb, eller som ikke kan købe spiritus hjem, fordi de skylder i skat.
10. Kyed (udateret) anfører, at den årlige personaleomsætning i Københavns amts system er 46%.
11. Blandt Ole Espersens meriter er oprettelsen af 54 stillinger i den egentlige politistyrke samt 25 stillinger som kontorfunktionær "som led i den forstærkede indsats mod narkotikakriminaliteten" (finanslovsaktstykke nr. 446, folketingssamlingen 1980/81) og 75 stillinger som "fængselsbetjent m.v. med henblik på fastholdelse af narkotikabekæmpelse i fængslerne" (finanslovsaktstykke nr. 296, folketingssamlingen 1981/82). De 54 stillinger i politistyrken svarede til en udvidelse af narkotikapolitiet på ca. 30% med ét slag. Af bemærkningerne til Ole Espersens sidste finanslovsforslag som justitsminister (ganske vist gennemført af den efterfølgende regering) fremgår det i øvrigt, at antallet af politi-folk i perioden 1983-87 forventes at vokse fra ca. 9.000 til ca. 9.750, idet "... den samlede kriminalitet [er] muligvis ... stagnerende eller svagt faldende. En nøjere vurdering er efter justitsministeriets opfatelse endnu ikke mulig ... uanset dette fald er der tale om en fortsat stigning i de grovere forbrydelser som f.eks. røveri og narkotikahandel m.v." (Finanslovsaktstykke nr. 296, folketingssamlingen 1981/82).
12. Upublicerede oplysninger fra Narkotikainformationen under rigspolitiet.

Efterord

I slutningen af det 14. århundrede opstår Narreskibet som en social institution i byerne langs de tyske og nederlandske vandveje.(1). Mennesker tvangsanbringes på skibe og sejles bort fra deres hjemsted. Disse narreskibe synliggør og fjerner på een og samme tid det uberegnelige og uforståelige og dermed angstvækkende: Normalborgeren bringer orden i sit indre kaos - uoverensstemmelserne mellem driftimpulser og det socialt udviklede selv - og pacificerer naturens og samfundets fjendtlige kræfter ved at gøre den enkelte afviger til genstand for sin angst og ved at udgrænse ham fra samfundet.

Forskellige samfund har haft forskellige narreskibs-institutioner. "Jøder", "hekse" og "stofmisbrugere" er begreber omkring hvilke komplekse institutioner indenfor (bl.a.) den nazistiske stat, det førindustrielle kristne samfund og det danske samfund af idag er bygget. Ved at tage udgangspunkt i postulatet om disse institutioners fælles socialpsykologiske oprindelse bliver det muligt at belyse en særlig egenskab ved magten, nemlig dens sammenhæng med afmagt.

For nu at anvende den kristne verdens hekseprocesser som springbrædt, så er det klart, at "magt" og "afmagt" ikke var fuldstændig asymmetrisk fordelt. Omend den konkrete heks i den konkrete lille by endte på bålet, så endte hun først der efter i en periode at have terroriseret byens borgere. Kirke og befolkning kunne kun tiltvinge sig magt over den udstødtes liv *ved at underkaste sig frygten for hende*. I triaden heks-inkquisition-normalborger synes heks og inkvisitor at opføre et skuespil med normalborgeren som passiv tilskuer. Men heller ikke normalborgeren er afmægtig, for uden hans bevægelighed, intet skuespil. Uden borgerens angst og *evne til at udmønte denne angst i en specifik frygt* er heks og inkvisitor latterligt melodramatiske figurer. Denne evne hos borgeren er ikke kun betinget af nøgen biologisk-psykologisk angst, men i høj grad bestemt af social og individuel biografisk viden. Når der således ikke synes at være noget narkodrama i det moderne Grønland, er det formentlig fordi dette drama forudsætter en naturvidenskabelig forestillingsverden, som (endnu) er impotent overfor før-kristne kategorier som qivitoq'en, fjeldgængeren. Sålænge den grønlandske normalborger kan bevare forestillingen om manden som forlader sit samfund for at leve alene i fjeldet og derigennem erhverver ondskab og udødelighed har han ingen brug for stofmisbrugeren. Og når jeg har valgt netop stofmisbrugeren, og ikke rockeren, som emne for mit afmytificeringsforsøg, kan det vel tænkes at hænge sammen med den stærke frygt for fysisk vold som min biografi har udstyret mig med.

I denne bog har jeg forsøgt at vise, hvorledes magt og afmagt går hånd i hånd i det danske narkodrama: Junkien køber sig stadig mere magt over normalborgeren ved at renoncere på sin normalborgerstatus. Ved at give afkald på sine tidligere rettigheder indenfor de offentlige kontrol- og servicesystemer, på arbejdsmarkedet og i familien øger han sin mytiske magt. Jo længere qivitoq'en har udsat sig for de fysiske afsavn i fjeldet, desto sværere er det for hans samfund at vinde hans sjæl tilbage, at "kurere" ham, og desto farligere og mere ondskabsfuld bliver han for det. Tilsvarende gælder, at jo større fysisk magt lovgivere og problemadministratorer giver politiet og behandlerne over stofmisbrugerne, desto stærkere og farligere tegner den mytiske figur sig for dem og for nor-

malborgeren. Og jo mere normalsamfundet lader sig rive med af angsten for den mytiske figur, desto stærkere strammes grebet om den enkelte stofmisbruger. Ringen er sluttet: Magt og afmagt danser i kæde.

I kraft af sit medlemskab af den nye "kulturelle kapitalistklasse", som har monopol på at udstikke retningslinierne for kritisk-refleksiv tale (2) tilhører socialforskeren stofmisbrugsproblemadministrationens ideologiske elite. Det er forskningens autoritet der vises tilbage til når problemets "natur" beskrives af politikere, administratorer, journalister, m.fl. Hvis forskningen konsekvent i de forløbne 15 år havde nægtet at reproducere et billede af problemet, som var foreneligt med det billede af det, som de "mindre ånder" nævnt ovenfor allerede havde dannet sig, havde stofmisbrugsproblemet haft en anden historie. Vi stofexperter er således medansvarlige for mytens udbredelse, opretholdelse og gradvise ændring.

På den anden side har vi ikke været ene om at skabe myten, og nu da den er her har vi heller ikke magt til at udslette den. Vi er afmægtige i al vor væld. Endvidere har nogle af os, jeg selv medregnet, vist os nok så meget i mytens vold som mindre socialvidenskabeligt skolede problemadministratorer og borgere. Sådan har det været, og sådan vil det formentlig vedblive at være.

Helt bortset fra vore materielle interesser i samfundets myter, som vi lever af at modificere, formår socialforskere lige så lidt som andre at distancere sig fra grundliggende forestillinger og værdier i kulturen. Blot kunne man ønske, at socialforskere vil holde sig deres teoretiske viden om, at sociale problemer er brændpunkter for materielle og symbolske interesser, lidt mere for øje i den fremtidige stofmisbrugsdebat end tilfældet har været i de sidste 15 år.

Noter:

1. Jfr. M. Foucault, *Folie et déraison; histoire de la folie*. Paris: Librairie Plon, 1961. Revideret engelsk udgave: *Madness and Civilization*, New York: Vintage Books, 1973.
2. Jfr. A.W. Gouldner, *The future of intellectuals and the rise of the new class*, London og Basingstoke: MacMillan Press, 1979.

Litteratur:

Agar, M., *Ripping and Running. A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts*. New York og London: Seminar Press, 1973.

Alkohol- og Narkotikarådet, *Alkohol- og narkotikamisbruget i 1982*. København: Alkohol- og Narkotikarådet, 1983.

Alkohol- og Narkotikarådet, *At møde mennesket hvor det er ... Om behandlingen af stofmisbrugere. Rapport fra Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsudvalg*. København: Alkohol- og Narkotikarådet, 1984.

Allbutt, T.C. & H.D. Rolleston (red.), *A System of Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press, 1909.

Amtssundhedscentret i Næstved, *Sprøjtmissbrug blandt unge i to provinsbyer*. Næstved: Amtssundhedscentret i Næstved, 1975.

Amtssundhedscentret i Vordingborg, *Sprøjtmissbrug blandt unge i to provinsbyer 6 år efter*. Vordingborg: Amtssundhedscentret i Vordingborg, 1980.

Andersen, B.R., *Den nye socialreform*, side 15-66 i O. Gade-Lorentzen, K. Henningsen & A.-M. Kruse (red.), *Socialpolitik, socialmedicin, socialpolitik*. København: Hans Reitzels forlag, 1971.

Andersen, T.J., *Københavns politis uropatruljes præventive arbejde*, side 165-179 i H. Koch & H. Lorentzen (red.), *Politiselektion, politiprævention. En rapport om kvalitative ændringer i 1980-ernes politi*. Oslo: Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologi, 1980.

Andersson, J., *Ungdomsklinikken*, side 50-74 i J. Jepsen (red.), *Afvigerbehandling*. København: Thanning & Appel, 1971.

Andreassen, N.E. & L. Bohm, *Intoksikationer blandt stofmisbrugere i Københavns city-område*. Ugeskrift for Læger, 144: 653-655, 1982.

Ansnes, E., *Med tollere på stoffjakt. Stoffmisbrug*, nr. 4-5, side 71-72, 1983.

Anti-stofgruppen, *Myten om metadon*. København: Socialpolitisk Forenings småskrifter nr. 48, 1977.

Bailey, N.T.J., *The Mathematical Theory of Infectious Diseases and its Applications*, 2. udgave. London: Griffin, 1975.

Balvig, F., *Hvad koster tyverierne?* side 41-68 i J. Vestergaard (red.), *Årsberetning 1982*, København: Kriminalistisk Institut ved Københavns Universitet, 1983a.

Balvig, F., *Tyveri og stoffmisbrug. Stoffmisbrug*, nr. 4-5, side 23-25, 1983b.

- Balvig, F., K. Helweg-Larsen & P. Leonhardt, Omkostninger ved stofmisbrug. Stofmisbrugeres stofforbrug og midler til forbruget. Misbrug, 1984 (i trykken).
- Bay, J., Storbyens magikere - om "Birmingham-skolens" subkulturteori. Bidrag, 16: 95-143, 1982.
- Becker, H.S., Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. New York: Free Press, 1963.
- Becker, H.S., History, Culture and Subjective Experience: An Exploration of the Social Bases of Drug-Induced Experiences. Journal of Health and Social Behavior, 8: 163-176, 1967.
- Becker, H.S., Consciousness, Power and Drug Effects. Society, 10, nr. 4, side 26-31, 1973.
- Beecher, H.K., Measurement of Subjective Responses. New York: Oxford University Press, 1959.
- Behrendt, F.B., Ungdomseufomanien i epidemiologisk belysning. Ugeskrift for læger, 133: 1519-1527, 1971.
- Bejerot, N., Narkotikafrågan och samhället. Stockholm: Aldus/Bonniers, 1968.
- Bejerot, N., Narkomani som artificiellt framkallad drift. Nordisk Medicin, 85: 20-27, 1971.
- Berntsen, K., Tilbud til stofmisbrugere. Ungdomsklinikkens behandlingsexperiment. København: Christian Ejlers Forlag, 1971.
- Berridge, V., Opiate Use in England, 1800-1929. Annals of the New York Academy of Science, 398: 1-11, 1982.
- Berthelsen, J., Hva' ska' vi gøre? Skide, og la' det tørre! Kontext, 42: 6-19, 1981.
- Bialos, D.S., Adverse Marijuana Reactions: A Critical Examination of the Literature with Selected Case Material. American Journal of Psychiatry, 127: 819-823, 1970.
- Bishop, N., Kriminalvården: Utvecklingsarbete angående åtgärder mot narkotikamisbruket, side 177-192 i A. Solarz (red.), Narkotikautvecklingen 1983. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet, Forskningsenheten, Rapport 1983: 6, 1983.
- Blackwell, J.S., Drifting, Controlling and Overcoming: Opiate Users Who Avoid Becoming Chronically Dependent, Journal of Drug Issues, 13: 219-236, 1983.
- Blum, R.H., A History of Opium, side 45-58 i R.H. Blum og medarbejdere, Drugs, bind I: Society and Drugs. San Francisco: Jossey-Bass, 1969.
- Blumer, H., Social Problems as Collective Behavior. Social Problems, 18: 298-306, 1970.
- Bohm, J., P.Ege, A. Groth, S. Haastrup, N. Ingerslev, M.Jacobsen, M. Schiøler, F. Schjøtt, T.S. Andersen & M. Thomassen, Ambulant Metadonbehandling. Ugeskrift for læger, 133: 701, 1971a.

- Bohm, J., P. Ege, A. Groth, S. Haastrup, N. Ingerselv, M. Jacobsen, M. Schiøler, F. Schjøtt, T.S. Andersen & M. Thomassen, Ambulant metadonbehandling og unge opiatmisbrugere endnu engang. Ugeskrift for læger, 133: 1099-1100, 1971.
- Boolsen, M.W., Narkotikakriminelle i fængsel, side 89-95 i J. Winsløw (red.), Ungdom og stofbrug. København: Paludans Fiol-Bibliotek, 1972.
- Brecher, E.M., Licit and Illicit Drugs. The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens, and Marijuana - including Caffeine, Nicotine, and Alcohol. Boston: Little, Brown and Company, 1972.
- Brydensholt, H.H., Narkotika og straf. København: Juristforbundets Forlag, 1971.
- Brydensholt, H.H., Retsregler og retspraksis vedrørende stofmisbrug, side 31-37 i Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, Stofmisbrugsproblemer. Koordination af samfundets indsats. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1973a.
- Chambers, C.D., Narcotic Addiction and Crime: An Empirical Review, side 125-142 i J.A. Inciardi & C.D. Chambers (red.), Drugs and the Criminal Justice System. Beverley Hills og London: Sage Publications, 1974.
- Chein, I., D.L. Gerard, R.S. Lee, E. Rosenfeld & D.M. Wilner, Narcotics, Delinquency and Social Policy. The Road to H. London: Tavistock Publications, 1964.
- Chiang, C.L., Introduction to Stochastic Processes in Biostatistics. New York, London og Sydney: John Wiley and Sons, 1968.
- Christensen, H., Dødelige forgiftninger med dekstropropoksifen. Ugeskrift for Læger, 137: 2571-2576, 1975.
- Christensen, O., A. Groth & G. Svendsen, Notat af 10.9.1970. Glostrup: Statshospitalet i Glostrup, 1970 (citeret i Pedersen (1981)).
- Clayton, R.R. & B.S. Tuchfeld, The Drug-Crime Debate: Obstacles to Understanding the Relationships. Journal of Drug Issues, 12; 153-166, 1982.
- Cloward, R.A. & L.E. Ohlin, Delinquency and Opportunity. A Theory of Delinquent Gangs. New York og London: Free Press/Collier-Macmillan, 1960.
- Cohen, P., Subcultural Conflicts and Working Class Community. Working Papers in Cultural Studies (Birmingham), bind 2, 1972.
- Coleman, J.S., E. Katz & H. Menzel, Medical Innovation - A Diffusion Study. Indianapolis: Bobbs-Merrill Company, 1966.
- Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs, Final Report. Ottawa: Information Canada, 1973.
- Dagcentret i Århus, Dagcentret i Århus - et behandlings- og revalideringsprogram for unge. Beretning 1973/1974. Århus: Århus Kommunes Socialforvaltning, udateret.
- Danmarks Statistik, Kriminalstatistik 1978. København: Danmarks Statistik, 1980.

- Dansk Lægemiddelstatistik, Lægemiddelforbruget i Danmark 1982. Herlev: Dansk Lægemiddelstatistik, udateret.
- Dickson, D.T., Bureaucracy and Morality: An Organizational Perspective on a Moral Crusade. *Social Problems*, 16:143-156,1968.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen, Kriminalforsorgen 1982. København: Direktoratet for Kriminalforsorgen, 1983.
- Dittes, J. & H. Kelley, Effects of Different Conditions of Acceptance upon Conformity to Group Norms. *Journal of Abnormal and Clinical Psychology*, 53: 100-107, 1956.
- Dole, V.P., Addictive Behavior. *Scientific American*, 243: 136-143, 1980.
- Dole, V.P. & H. Joseph, Long-Term Outcome of Patients Treated with Methadone Maintenance. *Annals of the New York Academy of Science*, 311: 181-189, 1978.
- Dole, V.P. & M.E. Nyswander, A Medical Treatment for Diacetyl-morphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *Journal of the American Medical Association*, 193, nr. 8, side 80-84, 1965.
- Dole, V.P. & M.E. Nyswander, Rehabilitation of Heroin Addicts after Blockade with Methadone. *New York State Medical Journal*, 66: 2011-2017,1966.
- Dole, V.P. & M.E. Nyswander, Rehabilitation of the Street Addict. *Archives of Environmental Health*, 14, 477-480, 1967a.
- Dole, V.P. & M.E. Nyswander, Heroin Addiction - A Metabolic Disease. *Archives of Internal Medicine*, 120, juli-nummeret, side 19-24, 1967b.
- Dole, V.P. & M.E. Nyswander, Methadone Maintenance - A Ten-Year Perspective. *Journal of the American Medical Association*, 235: 2117-2119, 1976.
- Dole, V.P., M.E. Nyswander, D. DesJarlais & H. Joseph, Performance-Based Rating of Methadone Maintenance Programs. *New England Journal of Medicine*, 306, nr. 3, side 169-172, 1982.
- Dole, V.P., M.E. Nyswander & A. Warner, Successful Treatment of 750 Criminal Addicts. *Journal of the American Medical Association*, 206: 2708-2711, 1968.
- Doll, R. & R. Peto, Mortality in Relation to Smoking: 20 Years' Observations on Male British Doctors. *British Medical Journal*, 2:1525-1536,1976.
- Ege, P., Stofbrug og stofmisbrug blandt unge eller Hyppigheden af misbrug af nerve- og sovetabletter blandt unge stofmisbrugere. *Mentalhygiejne*, nr. 4-5, side 69-76, 1973.
- Ege, P., Det færdige alternativ eller behandling af stofmisbrugere — et forsøg på at lave en status. *Menneske, Stof, Samfund*, 1, nr. 2 side 12-15, 1974.
- Ege, P., Stofmisbrugerne stemmer med fødderne. Indlæg på Amdsrådsforeningens konference om ungdomscentrenes placering i forhold til det fremtidige arbejde overfor stofmisbrug, København, 18.9.1981.

- Ege, P., Stofmisbrug. Nu-tilstand og udviklingstendenser, i H. Friis (red.), Egmont Fondens Fremtidsstudie: Sociale afvigelser nu og i fremtiden. København: Egmont Fonden, 1982a.
- Ege, P.: Evaluering af stofmisbrugerbehandling. Ugeskrift for Læger, 144: 3763-3767, 1982b.
- Ege, P., Misbrugssituationen i Danmark, side 10-19 i Forhåndsinformation til Nordisk Nævn for Alkohol- og Drogforskning og Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologis forskerseminar om Narkotika og Kontrolpolitik, Drøbak, Norge, 10.-13.5. 1984.
- Egsmose, T., Forslag til bekæmpelse af tobaksproblemet i Danmark. Ugeskrift for Læger, 134: 1401-1405, 1972.
- Enroth, H. & L. Lenke, Narkotika och Ekonomisk Kriminalitet - En studie av den ekonomiska omsättningen på Stockholms narkotikamarknad. Stockholm: Stockholm Kommune, Rapport nr. 5. Delutredningen om den organiserade/ekonomiska brottsligheten, 1980.
- Espersen, O., Stoffrihed er ikke eneste mål. Politikens kronik 1.8.1984.
- Evang, K., Narkotika — Kortene på bordet, oversat fra Aktuelle narkotikaproblemer (Oslo, 1967) af Kirsten Bernhard. København: Fremad, 1968.
- Evans, P.J.D., Narcotic Addiction in Patients with Chronic Pain. Anaesthesia, 36: 597-602, 1981.
- Feldman, H., Street Status and Drug Users. Society, 10, nr. 4, side 32-38, 1973.
- Finnegan, J.K., P.S. Larson & H.B. Haag, The Role of Nicotine in the Cigarette Habit. Science, 102, juli-nummeret, side 94-96, 1945.
- Forsøgsklinikken, Beskrivelse af langtidsmetadonnedtrapping af hårdt belastede stofmisbrugere i privat klinik. København: Forsøgsklinikken, 1984.
- Forsøgsudvalget på Sundholm, Rapport fra Forsøgsudvalget på Sundholm udarbejdet af personalet i november/december 1983. København: Københavns Kommune, 1984.
- Frandsen, J.N., J. Glerup & E. Petersson, Erfaringer i klemme. Narcissistiske tolkninger i ungdomskulturen. Bidrag, 16: 144-175, 1982.
- Freitag, P., Differentieret metadonbehandling. Nordisk psykiatrisk Tidsskrift, nr. 2, side 99-104, 1978.
- Gallup Markedsanalyse A/S, Sådan ser vi på Marihuanaen. København: Gallup Markedsanalyse A/S, artikel nr. 37, 1966.
- Gallup Markedsanalyse A/S, Gallup-undersøgelse om hash. København: Gallup Markedsanalyse A/S, artikel nr. 18-19, 1969.
- Gallup Markedsanalyse A/S, Hash og opdragelse. København: Gallup Markedsanalyse A/S, artikel nr. 27, 1971.

- Gallup Markedsanalyse A/S, Samfundet og narkomanerne. København: Gallup Markedsanalyse A/S, artikel nr. 20, 1973.
- Gallup Markedsanalyse A/S, Narko, prostitution og alkoholisme. København: Gallup Markedsanalyse A/S, artikel nr. 22, 1981.
- Gammeltoft-Hansen, H., "Agent Controlleur". København: Retsvidenskabeligt Institut ved Københavns Universitet, 1984.
- Goldstein, A., S. Kaizer & O. Whitby, Psychotropic Effects of Caffeine in Man. IV. Quantitative and Qualitative Differences Associated with Habituation to Coffee. *Clinical and Pharmacological Therapeutics*, 10: 489-497, 1969.
- Goldstein, P.J., Getting Over. Economic Alternatives to Predatory Crime Among Street Drug Users, side 67-84 i J. Inciardi (red.), *The Crime-Drug Connection*. Beverly Hills og London: Sage Publications, 1981.
- Goth, A., *Medical Pharmacology*, 9. udgave. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.
- Greve, V., Hvad skade gør butikstyverier i Danmark? *Juristen*: SI-83, 1974.
- Groth, A., Behandling af stofmisbrugere i USA og overvejelser vedrørende stofmisbrugerbehandlingen i København. *Ugeskrift for Læger*, 134: 1119-1130, 1972.
- Groth, A., Dødelighed og selvmordsforsøg blandt statshospitalsindlagte unge stofmisbrugere. *Ugeskrift for Læger*, 137:2295-2300, 1975.
- Groth, A., Forløbet af stofmisbrug blandt statshospitalsindlagte unge. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, 1978.
- Groth, A., Metadonvedligeholdelse i Danmark. *Ugeskrift for Læger*, 141: 403-406, 1979.
- Gusfield, J.R., *The Culture of Public Problems. Drinking-Driving and the Symbolic Order*. Chicago og London: University of Chicago Press, 1981.
- Haastrup, S., *Young Drug Abusers. 350 Patients Interviewed at Admission and Followed Up Three Years Later*. København: Munksgaard, 1973.
- Haastrup, S., S. Aa. Germandsen, A. Gormsen, S. Nielsen, I. Scheibye, L. Scheibye & P.W. Jepsen, Unge narkomane 7 år efter. København: Københavns Kommunes 3. magistratsafdeling, 1981.
- Hallgrimsson, O., Methadone Treatment: The Nordic Attitude. *Journal of Drug Issues*, 10: 463-476, 1980.
- Hansen, E.J., De 14-20-åriges uddannelsessituation 1965. I. Social og geografisk rekruttering. København: Socialforskningsinstituttet, publikation nr. 31, 1968.
- Hansen, K.M., Stop hetzen mod metadon. *Information*, 21.1.1981.
- Harding, W.M., Kontrollierter Heroingenuss - ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellem Denken. *Ethnologica (ny serie)*, 9; 694-701, 1981.

- Hauge, R. Narkotikasituationen i Norge, side 203-222 i A. Solarz (red.), Narkotikautvecklingen 1983. Stockholm: Brottforebyggande Rådet, Forskningsenheten, Rapport nr. 1983:6, 1983.
- Hebdige, D., *Subculture - the Meaning of Style*. London: Methuen, 1979.
- Heilbo, J., Isolation af varetægtsfængslede. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 67: 123-129, 1979.
- Helweg-Larsen, K. & B. Kringsholm, En sammenligning af dødsfald blandt stofmisbrugere i perioderne 1978-1979 og 1982-1983 med henblik på forgiftningsstof og stofkilde. Indlæg på Nordisk Nævn for Alkohol- og Drogforskning og Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologis forskerseminar om Narkotika og Kontrolpolitik i Drøbak, Norge, 10.-13.5.1984.
- Hess, A.G., Deviance Theory and the History of Opiates. *International Journal of the Addictions*, 6: 585-598, 1971.
- Holahan, J.F., The Economics of Heroin, i P. Wald & P. Hutt (red.), *Dealing with Drug Abuse*. New York: Praeger, 1972.
- Holstein, B.E., Spredning af stoffer, side 57-78 i J. Winsløw (red.), *Ungdom og stofbrug*. København: Paludans Fiol-Bibliotek, 1972.
- Holstein, B.E. & T. Jersild, 932 kriminelle stofmisbrugere 5 år senere. København: Justitsministeriet, Kriminalpolitisk Forskningsgruppe, Forskningsrapport nr. 2, 1976.
- Holstein, B.E. & A.-M. Sindballe, *Unge stofmisbrugere i Storkøbenhavn 1975*. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, 1977.
- Hughes, P.H., G.A. Crawford, N.W. Barker, S. Schuman & J.H. Jaffe, The Social Structure of a Heroin Copping Community. *American Journal of Psychiatry*, 128, nr. 5, side 43-50, 1971.
- Illeris, K., E. Nielsen & B. Simonsen, *Ungdomspsykologi. Samfundssituation. Handlemønstre. Bevidsthedsformer*. København: Unge Pædagoger, 1982.
- Indenrigsministeren, justitsministeren, socialministeren, undervisningsministeren og udenrigsministeren, Redegørelse for foranstaltninger mod ungdomsnarkomanien. København, januar 1969.
- Indenrigsministeriet, Betænkning om misbrug af euforiserende stoffer afgivet af det af Indenrigsministeriet under 10. november 1950 nedsatte udvalg, 2. oplag. København: Indenrigsministeriet, 1953.
- Israel, J., *Socialpsykologi. Teori, problem, forskning*. Stockholm: Svenska Bokforlaget/Scandinavian University Books, 1963.
- Jensen, S.B., *Alkoholisme*. København: Munksgaard, 1981.
- Jepsen, J., Marihuana i kriminologisk og juridisk betydning, side 169-249 i E. Thygesen (red.), *Er marihuana skadelig?* København: Stig Vendelkærs Forlag, 1966.
- Jepsen, J., Dødt løb på narkotika-fronten. *Politikens kronik* 28.4.1971.

- Jepsen, J.L., Opgørelse over klienter behandlet på møder i Narko-samrådet i Århus, specielt med henblik på metadonlangtidsbehandling. Århus: Narkosamrådet i Århus, 28.2.1979.
- Jepsen, P.W., Unge med morfinmisbrug 1973 - efterundersøgelse 7 år efter, 1980. Glostrup: Københavns Amts Sygehus Nord-vang, 1982.
- Jersild, J., Københavns Politis narkotikaberetning for årene 1965, 1966 og 1967, side 3-11 i J. Jersild & H. Andersen, Narkotikamisbrug. København: 3. politiinspektorat, 1968.
- Johansen, E. & L. Thøisen, Barndom - Ungdom. Eksempler på den lange vej gennem institutionerne. København: SocPol, 1983.
- Johnson, A., 50 miljarder kostar supen. Helsingborg: Sober Forlag AB, 1983.
- Jonsson, T.A., Island, side 32-35 i Forhåndsinformation til Nordisk Nævn for Alkohol- og Drog forsknings og Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologis forskerseminar om Narkotika og Kontrolpolitik, Drøbak, Norge, 10.-13.5.1984.
- Jorquez, J. S., The Retirement Phase of Heroin Using Careers. Journal of Drug Issues, 13: 343-365, 1983.
- Joseph, H. & V.P. Dole, Methadone Patients on Probation and Parole. Federal Probation, 34: 42-48, 1970.
- Jørgensen, F., Behandling af unge, kvindelige stofmisbrugere i en almenpsykiatrisk afdeling. Ugeskrift for Læger, 132, 1245-1251, 1970a.
- Jørgensen, F., Almene synspunkter på behandlingen af unge stofmisbrugere i Danmark, side 16-30 i Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien (1970), 1970b.
- Jørgensen, F., Principielle synspunkter på behandlingen af stofmisbrugere. Ugeskrift for Læger, 133: 2524-2526, 1971a.
- Jørgensen, F., Om brug af begreber og definitioner - specielt vedrørende stofbrug og stofmisbrug. Ugeskrift for Læger, 133: 1477-1480, 1971b.
- Jørgensen, F., Behandling og revalidering af stofmisbrugere, side 96-120 i J. Winsløw (red.), Ungdom og stofbrug. København: Paludans Fiol-Bibliotek, 1972.
- Jørgensen, F., Isolation af varetægtsfængslede. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 67: 117-118, 1979.
- Jørgensen, F. & B. Ulf-Møller, Om videnskabelig teoridannelse - specielt vedrørende stofbrug og stofmisbrug. Nordisk Medicin, 85: 223-226, 1971.
- Kallehauge, H., Strafdømming i narkotikasager. Ugeskrift for Retsvæsen, B: 225-243, 1974.
- Kallehauge, H., Narkotikasager. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 70: 81-102, 1983.
- Kaplan, J., The Hardest Drug. Heroin and Public Policy. Chicago og London: University of Chicago Press, 1983.

- Karr, W.G., A.B. Light & E.G. Torrance, Opium Addiction IV. The Blood of the Human Addict during the Administration of Morphine. Archives of Internal Medicine, 44: 684-690, 1929.
- Klein, D., Ill and Against the Law: The Social and Medical Control of Heroin Users. Journal of Drug Issues, 13: 31-55, 1983.
- Knipschildt, H.E., Stofmisbrugets udvikling og behandling i Danmark, side 23-30 i Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien (1973a), 1973.
- Kolb, L., Pleasure and Deterioration from Narcotic Addiction. Mental Hygiene, 9: 711-713, 1925.
- Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, Forebyggelse af alkohol- og narkotikamisbrug. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, 1978.
- Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, Metadon og stofmisbrugere. Rapport fra en arbejdsgruppe under kontaktudvalget. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, 1979.
- Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, Redegørelse for en række akutte foranstaltninger mod ungdomsnarkomanien. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1969.
- Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, Redegørelse II om visse sider af stofmisbrugsproblemet udvikling og forslag til påtrængende foranstaltninger. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1970.
- Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, Redegørelse III om prævention af stofmisbrug. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1972.
- Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, Stofmisbrugs-problemer. Koordination af samfundets indsats. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1973a.
- Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, Metadon i behandlingen af unge stofmisbrugere. Rapport fra en arbejdsgruppe under kontaktudvalget. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1973b.
- Kramer, J.C., Historical Note: Escalation to Tea. International Journal of the Addictions, 6: 599-600, 1971.
- Kramer, J.C., Speculations on the Nature and Pattern of Opium Smoking. Journal of Drug Issues, 9: 247-256, 1979.
- Kringsholm, B., "Skjulte" narkomandødsfald i Danmark i 1968-1979. Ugeskrift for Læger, 144: 341-344, 1982.
- Kringsholm, B., J. Voigt, J.B. Dalgaard & J. Simonsen, Narkomandødsfald i Danmark i 1978 og 1979. Ugeskrift for Læger, 143: 1231-1235, 1981.
- Kromann, O., Springer ud i faldskærm fra de norske fjeldtoppe. Information 31.7.1984, side 8.

- Kyed, B., Undersøgelse om grundlæggende årsager til og effekterne af personale "out-put" på social institution. København: Specialeopgave fra Socialpædagogisk Højskole årgang 1979-1980 (udateret).
- Kyvsgaard, B., Betongenerationen. København: Kriminalistisk Institut, 1984.
- Københavns Kommune, Redegørelse for foranstaltninger vedrørende stofmisbruget i Københavns Kommune. København: Københavns Kommunes 3. magistratsafdeling, 1970.
- Larsen, B.U., Isolation af varetægtsfængslede. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 67: 113-117, 1979.
- Lasagna, L., F. Mosteller, J.M. v. Felsing & H.K. Beecher, A Study of the Placebo Response. American Journal of Medicine, 16: 770-779, 1954.
- Lasagna, L., J.M. v. Felsing & H.K. Beecher, Drug Induced Mood Changes in Man. Journal of the American Medical Association, 157: 1006-1020, 1955.
- Lettieri, D.J., M. Sayers & H.W. Pearson (red.), Theories on Drug Abuse, Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph Series nr. 30, 1980.
- Light, A.B., & E.G. Torrance, Opium Addiction. I. The Conduct ; of the Addict in Relation to Investigative Study. Archives of Internal Medicine, 44: 206-211, 1929a.
- Light, A.B. & E.G. Torrance, Opium Addiction. II. Physical Characteristics and Physical Fitness of Addicts during Administration of Morphine. Archives of Internal Medicine, 44: 326-334, 1929b.
- Light, A.B. & E.G. Torrance, Opium Addiction. III. The Circulation and Respiration of Human Addicts during the Administration of Morphine, Archives of Internal Medicine, 44: 556-567, 1929c.
- Light, A.B. & E.G. Torrance, Opium Addiction. V. Miscellaneous Observations on Human Addicts during the Administration of Morphine. Archives of Internal Medicine, 44: 878-889, 1929d.
- Light, A.B. & E.G. Torrance, Opium Addiction. Chicago: American Medical Association, udateret (antageligt 1930).
- Lindesmith, A.R., The British System of Narcotics Control. Law and Contemporary Problems, 22: 138-154, 1957.
- Lund, K., Retsstaten er truet! Stoffmisbruk, nr. 1, side 36-39, 1984.
- McBride, D.C. & C.B. McCoy, Grime and Drugs: The Issues and the Literature. Journal of Drug Issues, 12: 137-152, 1982.
- McGlothlin, W.H., Drugs and Grime, side 357-364 i R.L. DuPont, A. Goldstein & J. O'Donnell (red.), Handbook on Drug Abuse. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse, Department of Health, Aducation, and Welfare, and the Office of Drug Abuse Policy, Executive Office of the President, 1979.

- Madsen, A., Stofmisbrugere i to slumkvarterer, side 103-172 i E. Hindsbo, A. Madsen & P. Wad, Stofmiljøer. København: Paludans Fiol-Bibliotek, 1971.
- Manniche, E. & E. Høgh, Faktorer i spredningen af hash m.v. Sociologiske Meddelelser, 12: 71-84, 1968.
- Mansky, P.A., Opiates: Human Pharmacology, i L.L. Iversen, S.D. Iversen & S.H. Snyder (red.), Handbook of Psychopharmacology, bind 12: Drugs of Abuse. New York og London: Plenum Press, 1978.
- Mark, I., Hepatitis og stofmisbrug. Ugeskrift for Læger, 132: 1109-1116.1970.
- Mark, I., Stoffer og brugere. København: Berlingske leksikon-Bibliotek, 1973.
- Mark, I., The Newborn Addict, Ante- and Postnatal Care. Scandinavian Journal of Social Medicine, 11: 11-16, 1983.
- Mathiesen, T., Det uferdige. Bidrag til politisk aksjonsteori. Oslo: Pax,1971.
- Mathiesen, T., Den skjulte disiplinering. Essays om politisk kontrol. Oslo:Pax, 1978.
- Mathisen, E., Rapport fra Københavns Politis Uropatrulje. 14.3. 1973 (upubliceret).
- Merton, R.K., Social Theory and Social Structure, 3. udgave. New York og London: Free Press/Collier-Macmillan, 1968.
- Misfeldt, J. & J. Byskov, Injektionsmisbrugere i Vejle Amt. I. Prævalens, incidens og dødelighed. Ugeskrift for Læger, 145: 2041-2044,1983a.
- Misfeldt, J. & J. Byskov, Injektionsmisbrugere i Vejle Amt. II. Social baggrund, uddannelsesniveau og kriminalitet. Ugeskrift for Læger, 145: 2044-2047, 1983b.
- Musto, D.F., The American Disease. Origins of Narcotic Control. New Haven og London: Yale University Press, 1973.
- Møller, K.O., Eksotiske rusgifte, side 289-308 i K.O. Møller (red.), Stimulanser. København: Gyldendal, 1945.
- Narkotikakommissionen, Samordnad narkotikapolitik. Slutbetänkande av narkotikakommissionen. Stockholm: Statens offentliga utredningar, 1984:13, 1984.
- Nimb, M., Narkomanibehandling med vedligeholdelsesdoser af metadon. Nordisk Medicin, 83: 1412, 1970.
- Nimb, M., Ambulant metadonbehandling. Ugeskrift for Læger, 133: 692, 1971.
- Nimb, M., Misbrug af euforiserende stoffer i Danmark i 1950'erne med efterundersøgelse i 1972. Århus: Disputats ved det Lægevidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 1975.
- Olofsson, M., W. Buckley, G.E. Andersen & B. Friis-Hansen, Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre. Ugeskrift for Læger, 145: 567-570, 1983.

- Pedersen, J.D., Foranstaltninger overfor stofmisbrugerproblemet i 70'erne. København: Handelshøjskolens Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Forskningsrapport 81-6, 1981.
- Peele, S., Redefining Addiction. I. Making Addiction a Scientifically and Socially Useful Concept. *International Journal of Health Services*, 7: 103-123, 1977.
- Petersen, E., S.K. Christensen, M.V. Groth, S.K. Møller, K.E. Pedersen & N. Rasmussen, Stofmisbrugere - frivillig behandling. Klienter, behandlingssystem og behandlingseffekt ved Ungdomsklinikken og Dag- og Døgncentret i København. København: Mentalhygiejnisk Forlag, 1974.
- Philip, B. & I. Heide-Jørgensen, Varetægtsundersøgelsen. København: Justitsministeriet, Kriminalpolitisk Forskningsgruppe, Rapport nr. 23, 1983.
- Pontoppidan, K., Den kroniske morfinisme. København: Th. Linds Boghandel, 1883.
- Porter, J. & H. Jick, Addiction Rare in Patients Treated with Narcotics. *New England Journal of Medicine*, 302: 123, 1980.
- Preble, E. & J. J. Casey, Taking Care of Business: The Heroin User's Life on the Street. *International Journal of the Addictions*, 4: 1-24, 1969.
- Quincey, T. de, Confessions of an English Opium-Eater. London: Everyman's Library, 1967.
- Ramer, P., Unge misbrugere i Københavns Amt. KALK. Information fra Københavns Amts Lægekreds, nr. 2, side 10-11, 1982.
- Rieken, H.W. & G.C. Homans, Psychological Aspects of Social Structure, side 786-832 i G. Lindzey (red.), *Handbook of Social Psychology*. bind II. New York: Addison-Wesley, 1954.
- Rigspolitichefen, Politiets Årsberetning 1980. København: Rigspolitichefen, 1981.
- Rigspolitichefen, Politiets Årsberetning 1981. København: Rigspolitichefen, 1982.
- Rigspolitichefen, Politiets Årsberetning 1982. København: Rigspolitichefen, 1983.
- Rigspolitichefen, Politiets Årsberetning 1983. København: Rigspolitichefen, 1984.
- Ritchie, J.M., Central Nervous System Stimulants II. The Xanthines, side 358-370 i L.S. Goodman & A. Gilman (red.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 4. udgave. New York: Macmillan, 1970.
- Robins, L.N., Addict Careers, side 325-336 i R.L. DuPont, A. Goldstein & J. O'Donnell (red.), *Handbook on Drug Abuse*. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse, Department of Health, Education, and Welfare, and the Office of Drug Abuse Policy, Executive Office of the President, 1979.
- Robins, L.N., D.H. Davis & D.W. Goodwin, Drug Use by U.S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-Up on Their Return Home. *American Journal of Epidemiology*, 99: 235-249, 1974.

- Robins, L.N., J.E. Helzer, M. Hesselbrock & E.D. Wish, Vietnam Veterans Three Years after Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin, i L. Harris (red.), Problems of Drug Dependence. Richmond, Virginia: The Committee on Problems of Drug Dependence, 1977.
- Rose, K.D., The Post-Coronary Patient as a Spectator Sportsman, side 207-218 i R.S. Eliot (red.), Stress and the Heart. Mount Kisco, New York: Futura, 1974.
- Rothenborg, A., Vægten og Sværdet. Erindringer mod et system. København: Gyldendal, 1979.
- Rothenborg, A., Narkotikasagerne nød og elendighed. Advokaten, (52:329-337, 1983.
- Saarde, R., Om bekæmpelse af stofmisbrug i Københavns Kommune. København: upubliceret notat i Socialstyrelsen, 1973.
- Schiller, F., Thomas De Quincey's Lifelong Addiction. Perspectives in Biology and Medicine, 20: 131-141, 1976.
- Schmidt, E., J. Andersson & L. Cramer-Petersen (red.), Behandling af stofmisbrugere - problemer og muligheder. Redegørelse fra de amtskommunale og kommunale ungdomscentre. København: Amdsrådsforeningen i Danmark, 1983.
- Schmidt, E. & A.-M. Sindballe, Stoffer - Alkohol og tobak. En undersøgelse blandt unge i Roskildes skoler 1974. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien, 1974.
- Schur, E.M., Drug Addiction under British Policy, side 67-83 i H.S. Becker (red.), The Other Side, Perspectives on Deviance. New York: Free Press, 1964.
- Scocozza, L., Redegørelse til behandlingsudvalget vedrørende behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere. København: upubliceret notat i Alkohol- og Narkotikarådet, 1983.
- Semprun, J., Quel beau dimanche! Paris: Grasset, 1980.
- Sindballe, A.-M., Blev vi klogere? Notat om dansk narko(behandlings)forskning i årene 1965-1975. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål, 1980.
- Solarz, A., Hvor omfattende er narkotikakriminaliteten? Stoffmisbruk, nr. 4-5, side 16-21, 1983.
- Soloway, I. & J. Walters, Workin' the Comer. The Ethics and Legality of Ethnographic Fieldwork Among Active Heroin Addicts, side 159-178 i R.S. Weppner (red.), Street Ethnography, Beverley Hills og London: Sage Publications, 1977.
- Stevenson, G.H., L.R.A. Lingley, G.E. Trasov & H. Stansfield, Drug Addiction in British Columbia. Vancouver, British Columbia: Upubliceret manuskript tilgængeligt på biblioteket på University of British Columbia, 1956. Her som citeret af Brecher (1972) og Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs(1973).
- Stimson, G.V., Heroin and Behaviour. Diversity among Addicts Attending London Clinics. Shannon, Irland: Irish University Press, 1973.
- Strauss, M.E., J.K. Lessen-Firestone, C.J. Chavez & J.C. Stryker, Children of Methadone-Treated Women at Five Years of Age. Pharmacology, Biochemistry and Behaviour, 11, supplementum, side 3-6, 1979.

- Sundhedsstyrelsen, Metadonordinationer 15-39-årige juli 1981. København: Arbejdsrapport til Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmåls konference om behandlingen af ældre stofmisbrugere, Odense, oktober, 1981.
- Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende udbredelsen af euforiserende stoffer blandt ungdommen. Rapport. København: Sundhedsstyrelsen, 1968.
- Sutherland, E.H. & D.N. Cressey, *Criminology*, 8. udgave. Philadelphia, New York og Toronto: J.B. Lippincott Co., 1970.
- Szasz, T., *Ceremonial Chemistry. The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Garden City, New York: Anchor Books, 1975.
- Terry, C.E. & M. Pellens, *The Opium Problem*. New York: The Committee on Drug Addictions i samarbejde med The Bureau of Social Hygiene, Inc., 1928.
- Thormundsson, J., Foredrag på Nordisk Nævn for Alkohol- og Drogforskning og Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologis forskerseminar om Narkotika og Kontrolpolitik, Drøbak, Norge, 10.-13.5.1984.
- Ulf-Møller, B., i samarbejde med M.K. Jensen, F. Jørgensen, K. Mortensen & F. Tuchsén, *Udbredelse af stofbrug blandt danske skoleelever*. København: Kontaktudvalget vedrørende Ungdoms-narkomanien, 1971.
- Ulf-Møller, B. & F. Jørgensen, *Spredning af stofbrug blandt danske skoleelever fra 1968 til 1970*, side 79-88 i J. Winsløw (red.), *Ungdom og Stofbrug*. København: Paludans Fiol-Bibliotek, 1972.
- Ungdomscentret i Aalborg, 10 års statistik. Aalborg: Ungdomscentret i Aalborg, 1981.
- Ungdomscentret i Aalborg, *Stofmisbrugerundersøgelsen 1980*. Aalborg: Ungdomscentret i Aalborg, udateret.
- Vejdirektoratet, *Trafikøkonomiske enhedspriser per 1. juli 1982*. København: Vejdirektoratet, Økonomisk-statistisk afdeling, 1983.
- Velling, A.K., *Ungdom, afvigelse og social kontrol. En efterundersøgelse af en stofbrugende ungdomsgruppe fra 1960'erne*. Århus: Specialeopgave i psykologi ved Aarhus Universitet, 1976.
- Verebey, K. (red.), *Opioids in Mental Illness: Theories, Clinical Observations, and Treatment Possibilities*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, bind 398, 1982.
- Vinding, G., *Hvor farlig er hash?* København: Landsforeningen til bekæmpelse af hash- og narkotikamisbrug, udateret.
- Visitationsgruppen, *Redegørelse vedrørende udvisitering og videre behandling af ambulatorieklienterne i perioden 1. juli - 30. november 1979*. København: Visitationsgruppen, 1979.
- Voigt, J., *Narkomandødsfald. Ikke-sygdomsbetingede dødsfald blandt misbrugere af euforiserende stoffer, undersøgt indenfor Københavns Universitets retsmedicinske instituts virkeområde fra 1.I.1968 til 1.V.1970*. *Ugeskrift for Læger*, 132: 1989-1999, 1970.

- Voigt, J., Pligtig anmeldelse af narkomandødsfald. Ugeskrift for Læger, 141: 2652-2653, 1979.
- Waldorf, D., Life Without Heroin: Some Social Adjustments During Long-Term Periods of Voluntary Abstinence. *Social Problems*, 18: 228-243, 1970.
- Waldorf, D. & P. Biemacki, Natural Recovery from Heroin Addiction: A Review of The Incidence Literature. *Journal of Drug Issues*, 9: 281-290, 1979.
- Waldorf, D. & P. Biemacki, The Natural Recovery from Opiate Addiction: Some Preliminary Findings. *Journal of Drug Issues*, 11: 61-74, 1981.
- Waldorf, D., M. Orlick & C. Rainarman, Morphine Maintenance: The Shreveport Clinic, 1919-1923. Washington, D.C.: Drug Abuse Council, Inc., 1974.
- Way, E.L., The History of Opiate Use in the Orient and the United States. *Annals of the New York Academy of Science*, 398: 12-23, 1982.
- Weerlee, D. van, Hvad er provo? oversat fra Wat de provo's willen af Jesper Nielsen, København: Hans Reitzels Forlag, 1966.
- Weil, A., *The Natural Mind*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1972.
- Wiingaard, P., Eufomanien i Danmark belyst ved en analyse af en måneds 54.000 recepter. *Ugeskrift for Læger*, 114: 1335-1351, 1952.
- Winick, C., Maturing Out of Narcotic Addiction. *United Nations' Bulletin on Narcotics*, 14, nr. 1, side 1-7, 1962.
- Winsløw, J., Rapport over en undersøgelse af udbredelsen af stofbrug i Hjørring Kommunes skoler, februar, 1971. Hjørring: Hjørring Kommunes skoleforvaltning, 1971.
- Winsløw, J., Drug Trying/Use and Social Participation, side 67-76 i S. Einstein & S. Allen (red.), *Proceedings from the First International Conference on Student Drug Surveys*. New York: Baywood Publishing Company, 1972.
- Winsløw, J., Drug Use and Social Integration. *International Journal of the Addictions*, 9:531-540, 1974.
- Winsløw, J.H., *The Use of Cause-Specific Mortality Data in the Prediction of Adult Mortality*. København: Specialeopgave ved Sociologisk Institut, Københavns Universitet (tilgængelig på biblioteket sammesteds), 1979.
- Winsløw, J.H., "Opiatmisbrug" som et socialt problem og som et socialt drama. Foredrag på Nordisk Nævn for Alkohol- og Drogforskning og Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologis forskerseminar om Narkotika og Kontrolpolitik, Drøbak, Norge, 1984a.
- Winsløw, J.H., Om ensomhed og interviewundersøgelser. *Sociolog-Nyt*, nr. 88, side 3-6, 1984b.
- Winsløw, J.H. & P. Ege, *Metadon - og hvad så?* København: Alkohol- og Narkotikarådet, 1983.
- Winsløw, J.H. & P. Ege, *Stofmisbrug, kriminalitet og metadon*. København: Alkohol- og Narkotikarådet, 1984.

- Winsløw, J.H. & P. Ege, Long-Term Methadone Treatment in Denmark. *Journal of Drug Issues*, 1985 (i trykken).
- Winsløw, J. & B.E. Holstein, Sociologi og stofbrug, side 9-35 i J. Winsløw (red.), *Ungdom og stofbrug*. København: Paludans Fiol-Bibliotek, 1972.
- Winsløw, J., B.E. Holstein & E. Olsen, Hash og narkotika i Aalborg. En undersøgelse af unges forhold til hash og narkotika i og omkring Aalborg, februar 1970. Aalborg: Udgivet af forfatterne, 1970.
- Winsløw, J.H., J. Jepsen & P. Ege, Indicators of Criminal Involvement: Crime Rates Vs. Qualitative Classification of Official Records. *International Journal of the Addictions*, 1985 (i trykken).
- Winsløw, J., E. Manniche, B.E. Holstein & E. Larsen, Skoleungdom i Roskilde 1971. Rapport 1: Stofbrug. Roskilde: Roskilde Kommune, 1971.
- Worm, K., Levevilkår i Danmark. Statistisk oversigt 1980. København: Danmarks Statistik og Socialforskningsinstituttet, 1980.
- Ziehe, T., At ville elske sig selv - uden at kunne. Imod en sociologisk forkortning om den nye socialisationstype. *Kontext*, 42: 54-72, 1981.
- Ziehe, T. & H. Stubenrauch, Ny ungdom og usædvanlige læreprocesser oversat fra Plädoyer für ungewöhnliches Lernen af Henning Vangsgaard. København: Politisk Revy, 1983.
- Zinberg, N.E., G.I.'s and O.J.'s in Vietnam. *New York Times Magazine*, 37: 112-124, 5.12.1971.
- Zinberg, N.E., The Search for Rational Approaches to Heroin Use, side 149-172 i P.G. Bourne (red.), *Addiction*. New York: Academic Press, 1974.
- Zinberg, N.E., The Social Setting as a Control Mechanism in Intoxicant Use, side 236-244 i Lettieri m.fl. (red.), 1980.
- Zinberg, N.E., Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven og London: Yale University Press, 1984.
- Zinberg, N.E. & D.C. Lewis, Narcotics Usage. I. A Spectrum of a Difficult Medical Problem. *New England Journal of Medicine*, 270: 989-993, 1964.