

BrugerForeningens (BF) bemærkninger og anbefalinger til beslutningsforslag B1, B16 og B24, fremsat den 11.12. 2012 af Tom Behnke (KF) m.fl. - om akuthuse, medicinsk behandlingsgaranti og frit valg ift. substitutionsmedicinsk behandling, samt udvidelse af ordningen med lægeordineret heroin og undersøgelse om tilbud med lægeordineret kokain kan implementeres i substitutionsbehandlingen i Danmark mv.

Indledning: Som formand for BrugerForeningen for aktive stofbrugere vil jeg gerne give udtryk for den store og udelte glæde, som vi oplevede her for nyligt, mens vi lyttede til ordførertalerne under 1. behandlingen af ovennævnte beslutningsforslag – hvor mange af ordførerne umiddelbart tilsluttede sig forslagene, mens andre kun var parate til at støtte delelementer. Men der var som vi hørte det god grund til ny optimisme og det var vi meget taknemmelige over at høre, for det giver os stofbrugere både håb og tro på, at vi snart skal opleve virkeligt betydelige positive forandringer, der på forskellig vis kan være forestående og som betyder alverden for vores fremtidige liv og den fred og livskvalitetsforøgelse, som vi har drømt om i alt for mange år.

De fleste af os er på grund af Den Internationale Narkokrig ufrivilligt blevet narkokrigsofre, og vi har gennem de seneste 30-40 år mistet utallige nære og kære venner og gode samt fjernere bekendte og mange af os er blevet straffet, indespærret og vi kriminaliseres til stadighed, når vi selvmedicinerer os med illegalt heroin, som desværre stadig er den eneste tilgængelige reelle lindring, for langt de fleste af os.

Vi jubede og glædede os derfor også usigeligt, da loven om heroin som medicin endeligt blev vedtaget. Det havde mange af os kæmpet for hver eneste dag og mange nætter i over 15 år, så det var rigtigt STORT. Men vi blev til gengæld også lige så usigeligt skuffede og ulykkelige da det senere med Sundhedsstyrelsens regulativ viste sig, at det kun ville blive et ganske lille og snævert tilbud for et meget begrænset antal, der reelt ville kunne finde vejen gennem nåløjet og få tilbuddet om lægeordineret heroinbehandling. De fik til gengæld chancen og muligheden for at leve med fred i sindet og de slap snart for at skulle bruge formuer på illegalt heroin – og de alt overvejende positive resultater udeblev da heller ikke for langt de fleste. Mange fik hurtigt genoprettet deres liv med boliger og de fleste med en mere stabil økonomi og med tid og overskud til regelmæssige familiebesøg. Men de måtte desværre også alle sammen give totalt afkald på deres frihed og finde sig stavnsbundne til to daglige fremmøder hele 720 gange årligt.

Det er vi mange der stadig ikke kan mobilisere – vi vil stort set stille op til hvad som helst, men vi vil og kan ikke give afkald på de allervigtigste ting – dem som vi lever for og som giver os vores livskvalitet og noget meningsfuldt at stå op til hver eneste dag, hvor vi f.eks. i BF på forskellig vis bidrager til at stå sammen og hjælpe andre der har behov for hjælp, gode råd eller begrænset overskud og hvor vi f.eks. gennem 15 år har sikret, at beboerne på indre Vesterbro ikke konstant skal vade rundt i blodfyldte sprøjter, eller så de og deres børn og hunde ikke skal stikke sig på smittefarlige kanyler – dem fjerner vores aktivister stadig mange af, selv om antallet er reduceret på grund af fixerummet i Sundhedsrummet, opsamles der stadig alt for meget efterladt eller bortkastet udstyr.

Nuvel nu har vi igen mobiliseret al vores optimisme – og vi drømmer igen hver eneste nat og mange dage om, at det snart bliver vores tur til at slippe for at være kriminaliserede stofbrugere og få adgang til lægeordineret heroin. Det behøver i øvrigt ikke nødvendigvis være gratis, vi er indforståede med at alle andre mennesker må betale for deres medicin, så hvorfor skulle vi så have vores gratis.

--

Nu til vores bemærkninger og anbefalinger – ift. beslutningsforslagene:

Vedr. B1: BF støtter til fulde beslutningsforslag B1, idet stofbrugere, af alle mulige årsager kan være i så voldsom nød og akut krise, når de f.eks. har kriminelle bander på nakken, eller forfølges af voldelige kreditorer, hvoraf mange udsteder dummebøder og eller overfalder dem og giver dem bank.

Eller f.eks. når kommunerne blot ikke er i stand til at handle hurtigt nok, når de har et enormt og reelt behov for øjeblikkelig indskrivning i diverse medicinske behandlinger i døgnregi. BF vil gerne henvise til de gode erfaringer med hurtig og let adgang til sådant behandlingsmæssigt stabiliseringstilbud fra "Onsite", der er beliggende ovenpå fixerummet "INSITE" i Vancouver, hvor behandlingen straks igangsættes ved 1. henvendelse. Alene den fortsat høje dødelighed og nu altså også stigende dødelighed, viser behovet for at sænke tærsklerne også på denne måde.

Vedr. B16: Når man er opiatafhængig, og søger behandlingssystemet, er det allerførste man har brug for at blive mødt med empati og et relevant tilbud ift. sit aktuelle substitutionsmedicinske behandlingsbehov. Til da, må man hekse rundt døgnets 24 timer. Og først her, når man er velmedicineret, kan man finde tilstrækkelig ro til også at overveje, hvad der ellers eventuelt skal ske. Derfor støtter BF også til fulde forslaget om at sikre ret til lægesamtale indenfor 3 dage og vi skal i den forbindelse henvise til dette fra Sundhedsstyrelsens vejledning om substitutionsbehandling (s. 47): "Det er imidlertid ikke vanskeligere for stofmisbrugere i metadonbehandling at blive stoffri end for misbrugere af heroin."

Der er også et klart behov for at gennemføre ret til frit valg af medicinsk behandlingssted. Dette for overhovedet at få det "frie valg" ift. den sociale behandling til at fungere, men også og endnu mere vigtigt, for at understøtte, at man regner stofbrugere som nogen der faktisk kan både tænke og vælge selv. Det er helt afgørende, at man har en god og tryk behandlingsrelation med den behandlende læge. Dette kan kun sikres alle, hvis der indføres en reel mulighed for selv at vælge den behandlende læge.

Vedr. B24: Forslagsstillerne anbefaler, at heroinbehandling bliver åbnet for mange flere brugere og med yderligere tre indtagelsesmåder – altså mulighed for at indtage den lægeordnede heroin i pilleform eller som næsespray og ligeledes - at den også skal kunne ryges (på sølvpapir).

Det er et uendeligt kærkomment initiativ og en længe (over 15 år) ønsket udviklingsproces, som vi der er opiatafhængige, men som desværre ikke hidtil og med det nuværende regulativ har kunnet indskrives pga. Sundhedsstyrelsens stramme krav til inklusion, idet vi enten ikke kan eller vil fixe og ej heller for tid og evighed vil afstå fra vores jobs, eller de andre vigtige hverdagsbeskæftigelser, der er helt essentielt for os vores livskvalitet og selvværd, som vi ellers skulle give afkald på blot for at skulle møde frem til de to daglige overvågede indtagelser på heroinklinikkerne, hvor det nuværende krav om totalkontrol, der i hovedsagen er baseret på ubegrundet frygt, måske også fordomme eller måske manglende indsigt, der desværre betyder, at personalet bliver tvunget til at udvise, ikke som i en optimal verden, empati og omsorg, men mistænkelighed, nidkærhed og utidigt formynderi og det dræber fuldstændigt enhver form for positiv behandlingsalliance, ligesom det ekstreme krav om fremmøde, hele 720 gange årligt, totalt ødelægger brugernes muligheder for at (gen)opbygge og leve normalt livsværelser.

Der findes helt klart et stort udviklingspotentiale til gavn for brugerne og hvorfor ikke stræbe efter at etablere det bedst mulige tilbud, og primært sigte på at give de indskrevne stofbrugere mulighed for gode liv med en ny chance til at blive produktive samfundsdeltagere og også så de reelt stadigt

selvmedicinerende stofbrugere, der ikke endnu er med i heroinbehandlingen, kan komme det og slippe for fortsat generelt at blive behandlet som kriminelle blot fordi de er opiatafhængige. Vi ved fra Holland hvor man har gjort nøje beregninger, at alle de midler der investeres i heroinbehandlingen, spares eller rettere kommer to gange retur på reducerede udgifter til retsvæsen og straffeforanstaltninger og reducerede sundhedsudgifter og andre samfundsudgifter forbundet med følgekriminalitet.

Dertil kommer reduktionen af økonomiske og de alvorlige psykiske belastninger, der opleves af borgere der udsættes for indbrud og tyverier – og disse er nok så vigtige – for der findes ingen stofbrugere der glæder sig over at skade andre, de har bare ikke andre muligheder for når abstinenserne bliver uudholdelige, så stiger desperationen og alt andet end lindring får mindre betydning.

I bemærkningerne til forslaget anføres fuldstændigt rigtigt: "En del stofmisbrugere har ikke tidligere indtaget stoffet på den måde (læs: via injektion), og derfor skal behandlingen tage hensyn til dette. Behandlingen skal sikre, at stofmisbrugerne ikke skal udvikle en ny metode til at indtage stoffet. Derfor bør det være muligt, at stofmisbrugerne også kan indtage den lægeordnede heroin i pilleform eller som næsespray, og ligeledes, at den skal kunne rygtes."

Heroin i tabletform lyder også umiddelbart som en meget besnærende og nærmest salomonisk løsning, der især understøttes af at heroinbehandlingen i Schweiz længe har anvendt herointabletterne til at give de mest stabile brugere dem med hjem til fridage og således forekommer de velsagtens også velegnede for en nødvendig udvikling og en mere imødekommende og brugervenlig tag-med-hjem ordning for brugerne her i Danmark der virkelig ville give deres livskvalitet et tiltrængt og velfortjent optimering. Nu har de fleste mødt op to gange hver eneste dag året rundt i snart 3 år og de har afgivet erklæringer, ladet sig interviewe og blevet studeret, observeret på og undersøgt af sundhedspersonale, behandlet som rene forsøgsobjekter og nu vil det være rimeligt humant, at anerkende de utallige anstrengelser og afsavn, som de har lidt og veksle dem med noget mere frihed til at leve normalt liv og med forøget livskvalitet.

Det er tankevækkende at den eneste tilladte indtagelsesform er den mest skadelige og vanskelige for de ældre stofbrugere der ikke længere har brugbare vener, men heroin i pilleform er desværre en totalt fremmed indtagelsesform og derfor absolut heller ikke en efter danske forhold, brugbar løsning sundhedsmæssigt. Det forholder sig nemlig sådan, at ingen heroinbrugere her nogensinde tidligere har indtaget, eller i nutid nærer noget reelt ønske om at indtage, heroin i tabletform, og i hvert fald ikke som tabletter sædvanligvis tiltænkes indtaget oralt (altså gennem munden).

Det er lige så vanskeligt som at forestille sig at alkoholnydere ville acceptere pludseligt at skulle indtage rødvin eller 12 års cognac eller whisky i pilleform. Langt de fleste må i givet fald forventes at forsøge at knuse tabletterne og injicere dem og hvis det er muligt ryge også dem på sølvpapir, eller måske knuse og forsøge at sniffe dem. Pillerne vil under alle omstændigheder, uanset hvem der indtager dem, påføre brugerne skader, hvis de knuses og injiceres. Man kan nemlig ikke bare tilnærmelsesvist bortfiltrere alt stivelse og de øvrige fyld- og farvestoffer, som alle piller indeholder, endda i væsentligt større mængder end selve virkestoffet (læs: diamorfin) primært for at holde formen. Stivelse, farve- og øvrige tilsætningsstoffer, vil således uvægerligt ende i blodbanen, hvor de overbelaster organer og kredsløb helt unødigt og på sigt medfører de, de i forvejen velkendte og alvorlige irreversible skader, som vi nu ser alt for mange især ældre stofbrugere døjer med, efter at have fixet ketogan og metadontabletter i årevis. Mange vil få vævsskader, infektioner, bylder m.v., når de nemlig rammer ved siden af venerne, eller blot ikke har gode nok vener længere, således at de i stedet injicerer intramuskulært. Herointabletter er dermed ikke skadereduktion, men potentiel skadeproduktion. Og de nævnte fysiske skader er uendeligt smertefulde og

livskvalitetsødelæggende for de stofbrugere der må døje med dem resten af livet, men de er sandelig også kostbare at lindre på for sundhedssystemet, så det er på alle mulige måder vigtigt, at vi sikrer os imod disse skaders opståen.

Heroin i næsespray findes der heller ingen danske heroinbrugere der kender til eller som ønsker. Vi, og her taler jeg også ud fra 36 års personlige erfaringer, der har præference for at sniffe – sniffer heroinen i pulverform, ved blot at snuse det op i næsen med et sugerør, virkestoffet trænger så via de mange finere blodkar i næsen og næsesvælget langsomt ind i blodbanen og her er der så tale om en bestemt ønsket smag og et betydeligt mildere on-set (læs: virkning) end ved injektioner. Selve processen omkring indtagelsen tager kun ganske få sekunder og indebærer hverken blod eller røg og man kan i hvert fald med sikkerhed fastslå, at det rent sundhedspædagogisk er den mindst skadelige indtagelsesform af alle de kendte – og der findes intet ved indtagelsesformen, der kan være potentielt skadelig for andre, herunder ej heller risiko for et eventuelt overvågende sundhedspersonale. Det må også under alle omstændigheder være den billigste indtagelsesform, idet der hverken kræves tilførsel af sterilt vand (som det aktuelle) eller anvendelse af sterile injektionsredskaber og der findes heller ikke nogen smitterisiko ift. hepatitis eller HIV/AIDS, så længe man altid bruger sit eget individuelle snifferør. Man sniffer i øvrigt på samme vis som ved injektioner, tre gange dagligt.

At tilbyde heroin i form af næsespray, der hovedsageligt anvendes i England, og er udviklet for at kunne smertelindre personer (bruges bl.a. til børn der har brækket arme og ben), virker på en betydelig lempeligere facon, end ved smertefulde nålestik der af mange opleves som virkeligt traumatisk (læs: nåleskræk). Men at tilbyde heroinnæsespray kan rimeligvis sammenlignes med, det håbløse i at tilbyde øl- og humlennydere, udelukkende, at indtage deres øl via sugerør eller en pumpeflaske der afgiver forkerte doser. Det findes næppe nogen øl nydere der ville finde en sådan fremmed indtagelsesform ønskelig, ej heller bare nogenlunde brugbar.

På samme vis er det vigtigt at fastslå, at dem der ryger heroin starter med at lægge en nøje afstemt dosis heroinpulver på midten af et stykke stanniol (sølvpapir) og derefter varmer det forsigtigt nedefra med åben ild fra en lighter, eller en spritbrænder (som de fleste kender fra tandlægen), til pulveret smelter (ligesom opvarmet sukker smelter og bliver til flydende karamel) og når man vinkler stanniolen løber heroinen langsomt, alt efter hældningsgraden og den tilførte varme, afgiver heroinen en tilpas og nøjere kontrolleret mængde røg/dampe, som inhaleres og holdes nede i lungerne så virkningsgraden kommer alt efter hvor meget man inhalerer og hvor længe man formår at holde dampene nede. Teknikken udføres meget individuelt og har rigtig mange variabler og for brugerne er der tale om en særlig personlig udviklet teknik der nærmest kan betegnes som et individuelt ritual, der sagtens kan sammenlignes med hvordan cigar og piberygere der har udviklet særlige individuelle præferencer ift. inhalering af røg/dampe og hvor længe disse forbliver i lungerne.

Indtagelsesritualet er altså for alle heroinbrugere både vigtigt og relativt individuelt – og brugere der injicerer heroin, hverken kan eller vil nøjes med at ryge eller sniffe og på samme vis vil sniffere hverken ryge eller injicere, ligesom heroinrygerne hverken vil injicere eller sniffe. Men indtagelse af herointabletter gennem munden forekommer rituelfremmed og er reelt uønsket af samtlige typer heroinbrugere – og derfor må vi på det stærkeste advare mod at der bruges ressourcer på at indkøbe og forsøge på at introducere herointabletter, da det på forhånd vil være spild af betydelige skattemidler. Vi må selv opfinde de rette nye indtagelsesmåder der passer bedst og mest optimalt til stofbrugere i Danmark – og her er det utroligt vigtigt at der lyttes til os stofbrugere – det er os der besidder både erfaringerne og viden om, hvordan praksis bedst implementeres i behandlingssystemet.

Beslutningsforslaget mangler desværre endnu to utroligt vigtige elementer, som vi håber kan blive tilføjet under udvalgsbehandlingen, sådan at heroinbehandlingen fremover kan rumme langt flere og virke bedst muligt og på sigt blive så succesfuld, som den rent faktisk har potentiale til og som politikerne formentlig også ønsker, Også sådan at bevillingerne udnyttes optimalt.

1. altså Ikke metadontabletter, men heroinpulver med hjem.
2. Det er fuldstændigt forfejlet og håbløst, at brugerne skal anvende hovedparten af dagen på at være stavnsbundet og møde op på klinikken, to gange hver eneste dag – altså 720 gange året rundt - hovedsageligt for at indtage to doser heroin, morgen og eftermiddag, overvåget.

Desuden gives brugerne en dosis metadon med hjem til natten uagtet at metadon reelt blokerer for virkningen af heroin - ikke fuldstændigt, men ca. 20% og mange konverterer derfor deres hjemgivne metadon til gadeheroin, dels for ikke at miste virkning af heroinen - men også for at slippe for de ubehagelige bivirkninger, som mange oplever med af metadon. Det er i øvrigt også et af indskrivningskriterierne til heroinbehandlingen – at man erklærer, at man ikke profiterer (altså ikke har haft gavn) af den forudgående obligatoriske metadonbehandling, så det giver absolut ingen mening fortsat i realiteten at tvangsmedicinere med metadon. Gav man i stedet brugerne en dosis heroin med hjem, så ville de pludseligt ikke længere have noget behov for at konvertere noget som helst og metadonudbuddet på gadeplan, ville følgelig straks reduceres betragteligt.

Nogle vil sikkert protestere og argumentere; At brugerne ved første chance vil sælge af deres hjemgivne heroin, fordi nogle indrømmer at konvertere deres metadon til gadeheroin, men hvis de fik udleveret verdens rene medicinske heroin, så er der absolut ingen mening i at sælge af det, for hvad i alverden skulle de så ellers blive raske af, når abstinenserne uafsladeligt melder sig på klokkeslæt tre gange dagligt? Er der noget, som man absolut ikke ønsker som opiatafhængig, så er det at opleve abstinenser. Og det er ikke muligt at købe heroin, der er bare nogenlunde tilnærmelsesvist lige så rent og stærkt, som den kvalitet, som de bliver tilvænnet og afhængige af på klinikkerne - og det er altså ikke muligt både at sælge af heroinen og så også samtidigt blive rask af den. Skulle nogen formaste sig til at sælge af sit lægeordinerede heroin, så vil vedkommende med statsgaranti blive straffet ved at blive hundehamrende syg – og hvorfor i alverden sælge noget godt og sikkert, som man kommer til at mangle og herefter skal erstatte med noget dyrt og dårligt? Det er absolut ingen realistisk option.

I et kendt heroinbehandlingsprojekt i Merseyside (Liverpool og omegn) tilbage i 90'erne viste erfaringen, og politimesteren udtalte for åben skærm på DR TV i programmet "Vejen til helvede er brolagt med gode hensigter", at folk ikke solgte af deres hjemgivne uge doser. Politiet fandt i hvert fald ingen dagsdoser fra projektet der havde 400 brugere, men det betød også, at der ikke fandtes nogen stoffer til salg i området fordi samtlige stofafhængige modtog lægeordineret heroin og det var således umuligt for nysgerrige unge at erhverve stoffer – en ikke ringe sidegevinst, ligesom følgekriminaliteten faldt med hele 93%. Det kunne dels skyldes ovenstående ræsonnement. Men der var også både stok og gulerod. Guleroden var, at man kunne få sin frihed til at leve et normalt liv uden daglig fremmødetvang. Men der fandtes også kontrol. Stokken var, at salg af doser var eksklusionsgrund! Blev man taget én gang i at sælge sin legale heroin, stod man til at miste sin legale heroin fremover. Det må dog nødvendigvis i denne sammenhæng nævnes, at eksklusion fra heroinbehandling med sikkerhed vil øge dødeligheden, ligesom det gælder ift. eksklusion fra metadonbehandling, hvor vi ved, at dødeligheden stiger markant.

2. Ophæv "Stavnsbåndet" for opiatafhængige i heroinbehandling. Brugerne burde efter en stabiliserende periode og det fornødne individuelle funktionsniveau vises behørig tillid og gives et passende antal dagsdoser eller en uges dosis heroin med hjem, så de kan starte med at bruge livet på noget meningsfuldt og beskæftige sig med noget andet og mere samfundsnyttigt, såsom at arbejde eller studere og ligesom alle andre mennesker, bruge tid på familieliv og dyrke hobbyer og andre interesser. Meningen med at give opiatafhængige adgang til lægeordineret heroin bør primært være, at give dem en ny mulighed for at leve et liv med mere livskvalitet og ikke blot en kostbar tvangsmæssig kemisk parkering på en klinik med tvunget samvær med andre opiatafhængige, der hver især kæmper for at slippe af med de samme livskvalitetsbegrænsende problemstillinger. Lad dog brugerne slippe for at skulle mødes hver eneste dag året rundt og giv dem i stedet mulighed for hver især at møde andre mennesker der ikke kun taler om stoffer og nye måder at "lave penge" til andre stoffer og hvor de dårligst fungerende eller rettere hårdest belastede frister de svageste med forslag og tilbud, som de egentlig hver især kæmper for at afstå fra at deltage i.

--

BF har et længe haft et ønske om at foreslå følgende, der bare ikke har kunnet blive aktualiseret så længe heroinbehandlingen ikke var evalueret og før ændringer var mulige. Vi har mange medlemmer der har dybfølte ønsker om, at modtage lægeordineret heroin og hvis BF kunne blive en slags forsøgssatellit under heroinbehandlingen – hvor en sygeplejerske eller to møder op et par timer dagligt medbringende medicinen til de aktuelle 30 - 40 der hovedsageligt er midaldrende m/k'ere, der bortset fra opiatafhængigheden er individuelle personligheder der alle opfører sig venligt og civiliserede og er relativt velfungerende, der bare ikke kan komme i betragtning til heroinbehandlingen, enten fordi de sniffer eller ryger, hvoraf en del samtidigt passer et job ude i byen, eller arbejder som frivillige her i foreningen og andre steder og derfor ikke hverken har tid eller mulighed for at kunne møde op flere gange dagligt, som det aktuelt kræves på heroinklinikken.

BF kan sagtens stille et egnet lokale til rådighed – og der findes i modsætning til på heroinklinikken allerede masser af sociale og hobbymæssige aktiviteter og en daglig madlavning der tilbereder flere måltider. Det vigtigste det så kræver er, at Sundhedsstyrelsen lempet kravene og tillader arrangementet med, at det aktuelle antal dagsdoser forlader heroinklinikken. Det ville lynhurtigt kunne udvide heroinbehandlingen i Kbh. og her findes en betydeligt fredeligere omgangstone og orden end på heroinklinikken, hvor mange er flerstoffbrugere med kokain som andet stof – det tillades ikke i BF fordi det ofte ikke harmonerer med medlemmernes ønsker om uselvisk, anstændig og civiliseret opførsel. Vi oplever at have betydeligt mere styr på tingene og f.eks. tyverier forekommer uhyre sjældent og der findes generelt en både, kærlig og hjertelig og ikke mindst omsorgsfuld og empatisk kammertone, der igen betyder at alle føler og oplever sig trygge og har lyst til at bidrage frivilligt til vagthavendetjeneste, sprøjteopsamling på Vesterbro, narkorådgivning, vejledning ift. behandling, bisiddertjeneste, presseklip arkiv og bibliotekstjeneste, almen rengøring, madlavning og fællesspisning, udbringning af måltider til syge og hjemmelligende medlemmer, besøg af medlemmer på hospitaler, tøjreparation og tøjvask samt hjælp til oprydning hjemme hos svagelige medlemmer, forebyggende undervisning af studerende og unge samt, catering og servicering af møder i foredragslokale for Udsatteråd, arbejdsgruppemøder og samarbejdsudvalg og møder med andre organisationer og besøgende studiegrupper af fagfolk fra Skandinaviske og Baltiske lande, internationalt samarbejde, hjemmesidevedligeholdelse og PC-undervisning, vedligeholdelses- håndværks- og transportopgaver, cykelservice og mange andre nødvendige gøremål – desuden findes hobbyaktiviteter med træ- og hobbyværksted, kunstner og musik- og kondirum samt bibliotek med international nyhedsbrevsamling og Opiatmuseum. Der arrangeres udflugter til udstillinger, museer, sportsbegivenheder og badeanstalt og strand og skovture hvor der køres mountainbike. Kort sagt opgaver for enhver smag og individuelle arbejdsopgaver til enhver kapacitet.

Vi oplever aldrig slagsmål eller trusler om vold – og opstår eventuelle problemer så løses de på det daglige husmøde, så de aldrig får lov at vokse sig større end allerhøjest nødvendigt. Heroinbehandlingen i Kbh. har knap 80 indskrevne og indskrivningsstop eller begrænsende venteliste, fordi der reelt ikke er pladser til flere indskrevne – med inddragelse af de villige BF'ere kan antallet hurtigt udvides til i nærheden af det til start strukturerede antal på 120 brugere. Vi håber, at politikerne også kan se det betimelige og fornuftige i at lave et alternativt sted med heroinbehandling for de midaldrende, hvoraf mange er svækkede fysisk og psykisk skrøbelige, for hvem det er uendeligt vigtigt, at omgangstonen er hjertelig og meget vigtigere end at ordne problemer med bank, trusler om vold og det der er værre, som flere af vores medlemmer faktisk har oplevet det flere gange på heroinklinikken, hvor de yngre og fysisk stærkere individer er i overtal og derfor også har magten blandt brugerne

Forslagsstillerne foreslår endvidere regeringen at bestille en redegørelse om hvorvidt det reelt er muligt at udvide substitutionsbehandlingen til også at omfatte lægeordineret kokain til kokainafhængige stofbrugere. Det anser vi for at være en rigtig god og human ide for de kokainafhængige der ligeledes bør fritages fra det stress der er forbundet med, at skulle skaffe daglige formuer til illegalt kokain der iflg. Sundhedsstyrelsen er så ekstremt fortyndet at det indeholder op til 80% potente giftstoffer. Det alene burde af sundhedsmæssige og humane årsager være alarmerende nok til en beslutning om ,at medicinere kokainafhængige med lægeordineret farmaceutisk rent kokain i lighed med lægeordineret heroin.

Jeg har sammenfattet denne forklaring om hvor utroligt vigtig og relevant en sådan udvidelse med lægeordineret kokain for kokainbrugerne og samfundet mere generelt.

Fra USA og Canada oplyser Drug Enforcement Agency (D.E.A.), at de allerede i 2007 - 09 fandt et fortynderstof der hedder levamisol i 69% af kokainprøverne der var konfiskeret på gadeplan. Det øgedes til 82% i 2011, hvor der også var nærmest epidemiske udbrud af en lidelse kaldet Agranulocytose blandt kokainbrugere, der også er kendt som Agranulosis eller Granulopenia, en akut tilstand, med meget farlig mangel på infektionsbekæmpende hvide blodlegemer. Mennesker med denne lidelse har en alvorlig risiko for livsfarlige infektioner på grund af det reducerede immunforsvar. I BrugerForeningen har vi været opmærksomme på situationens alvor i USA og Canada, og vi har da også talt om, at det ville være usandsynligt at forestille sig at kokainkartellerne ligefrem skulle producere en særlig rendyrket kokain variant, blot for at please deres europæiske forbrugere. Men vi har først nu fået vished via: Sundhedsstyrelsens for nyligt publicerede 2012 årsrapport.

<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/11nov/NarkositDK2012.pdf>

hvor der findes nogle uhyrlige men formentlig fuldstændigt korrekte oplysninger om sammensætningen af illegalt kokain i Danmark, hvor samtlige kokainprøver, der er undersøgt i 2011, indeholdt tilsætningsstoffer – i gennemsnit 3 forskellige stoffer pr. kokainprøve. Hyppigst forekommer tilsætningsstofferne levamisol (i 84 % af samtlige prøver i 2011) og fenacetin (i 76 % af samtlige prøver). Levamisol er et lægemiddel til behandling af parasitiske ormeinfektioner på klovbærende dyr som ødelægger immunforsvaret hos mennesker, mens fenacetin er et smertestillende stof i familie med paracetamol. Statistikken viser endvidere, at styrken på kokain i 2011 gennemsnitligt er 20%. Kokainen er altså inficeret med ca. 80% farlige fyldstoffer. Men hvor mange kokainbrugere, mon i virkeligheden kender til og nærlæser denne rapport og ser kokainstatistikken og de alarmerende oplysninger?

Iflg. Wikipedia er Levamisol (levamisol hydrochlorid) et veterinærmedicin der anvendes til bekæmpelse af indvoldsorme på klovbærende dyr, som tidligere også blev anvendt til medicinske behandlinger af mennesker med cancer, især tyktarmskræft. Se i øvrigt:

Forsigtighed:

Levamisol er ikke nødvendigvis sikkert, eller anbefales til alle. Tal med din læge hvis du har haft nogen form for lidelse såsom leversygdom, blodprop eller blødningstilstande og dårlige knoglemarvsfunktion.

Symptomer på disse lidelser omfatter kramper, gulsot, øget urinerings-hyppighed, tørst, brystmerter, hævelser, smerter, øget varme, rødme, hævede lymfeknuder, feber, blå mærker, blødning, udmattelse og svaghed. (flere af disse symptomer opleves, når man indtager kokain i længere perioder og/eller i større doser)

Mindre bivirkninger: forbundet med Levamisol omfatter diarré, appetitløshed, kvalme, opkastning, sår på ører og læberne eller inde i munden, kløe og hud udslæt. Hvis disse bivirkninger er generende eller vedvarende, underret lægen. Symptomerne opleves ved længerevarende indtag af kokain - men det er måske fyldstofferne - og slet ikke kokainen - vi ved jo ikke hvor længe disse fyldstoffer har forekommet - det er først påvist i løbet af 2000 årene i USA & Canada –

Alvorligere bivirkninger:

Nogle mennesker kan opleve sjældne alvorlige bivirkninger, som kræver akut lægehjælp. Disse omfatter tab af bevidsthed, desorientering, forvirring, hukommelsestab, ekstrem udmattelse, prikken eller følelseløshed, svaghed i musklerne, forstyrrelser i tale, kramper, nedsat funktion af knoglemarv og blodtab (feber, infektion og kuldegysninger). Tegn på alvorlig allergisk reaktion omfattende vejrtrækningsbesvær, nældefeber, hals sammentrækning og hævelse.

- De fleste nævnte her er også almindelige og gængse kokain-symptomer.

Iflg. Wikipedia er fenacetin - (fenol og lat. acetum 'eddike' og -in), et lægemiddel med febernedsættende og smertestillende egenskaber. Det omdannes i organismen delvis til paracetamol. Fenacetin blev især tidligere anvendt i mange kombinationspræparater til behandling af lettere smerter, men er siden 1970'erne taget af markedet pga. mistanke om, at langvarig anvendelse kan fremkalde alvorlige nyrecancer lidelser!

Artikel med fotos af almindeligt forekommende skader fra ovennævnte stoffer findes her:

Health Alert: Cocaine Levamisole Toxicity - <http://goo.gl/tSlwO>



Typiske levamisol skader

Med denne viden i mente findes der altså rigtig mange fornuftige årsager til snarest muligt at tilbyde substitutionsbehandling med lægeordineret – (læs: farmaceutisk rent) kokain – sådan at brugerne spares for de forfærdende symptomer og irreversible lidelser. Hvis næsen eller ørene først er angrebet af nekrose (koldbrand) - hvilket er den hyppigste skade set i USA & Canada, så er det altså for sent at sætte ind med forebyggende behandling som lægeordineret af kokain til svært afhængige kokainbrugere.

I Seattle i USA findes to organisationer - læs mere om dem her:

<http://slog.thestranger.com/slog/archives/2012/09/11/now-drug-dealers-not-just-users-are-testing-their-cocaine-for-levamisole>

People's Harm-Reduction Alliance:

<http://www.peoplesharmreductionalliance.org/>

og DanceSafe

<http://dancesafe.org/forum/general-discussion-forums/harm-reduction-groups/stay-safe-seattle>

der har udviklet et kokaintest-kit – som via en meget enkel test, der kan udføres på gadeplan, med en lille bitte knivspids kokain - der afslører, om der findes Levamisol i kokainen.

Det ville virkelig være rigtig fornuftigt, hvis nogen hurtigst muligt udviklede sådanne test-kit her i Danmark – og vi fik ansat nogle opsøgende gademedarbejdere, gerne dedikerede frivillige, til at møde brugerne på diskoteksmiljøer, dansesteder og festivaler og måske i ganske særlig grad på gadeplan omkring den relativt åbne stofscene på Vesterbro, hvor det er en kendsgerning, at der færdes rigtig mange udsatte kokain og crackbrugere.

Det er naturligvis dem der har det allerstørste og mest langvarige forbrug, som befinder sig i størst mulig risiko for at udvikle diverse alvorlige lidelser og pådrage sig irreversible skavanker. Men mange er rekreative og sporadiske forbrugere af kokain, og hovedparten har sandsynligvis ikke den fjerneste anelse om, at der findes en reel risiko for at pådrage sig livsfarlige og eller alvorlige livslange lidelser, også selv om de bare indtager kokain rekreativt enkelte gange eller til fester i weekenderne.

Rigtigt mange af symptomerne der nævnes ovenfor, er jo så almindeligt forekommende og ligner til forveksling dem som man oplever, når man tager kokain/crack regelmæssigt og man kan frygte, at brugerne bare tror, at det er kokainen der giver dem symptomerne, og derfor nærmest opfatter dem som harmløse, hvorimod de i virkeligheden er ganske alvorlige og alarmerende følgevirkninger fra diverse fyldstoffer der forefindes i op til 80% af kokainen.

Kokainkartellerne der producerer kokainen i Sydamerika er kyniske og ekstremt profitorienterede og år efter år bliver kokainen fortyndet mere og mere og den bliver svagere og svagere, som en naturlig konsekvens af at der tilsættes flere og flere fyldstoffer.

Skulle nogen derfor undre sig over hvorfor i alverden der blandes levamisol, fenacetin og andre fyldstoffer i kokainen - så sker det formentligt ikke for at skade kunderne, men udelukkende for at optimere deres i forvejen kæmpestore profit maksimalt. Nogle eksperter argumenterer med at levamisol og de andre omtalte fyldstoffer ikke er lige så billige, som de tidligere brugte og ufarlige fyldstoffer såsom laktose og mannitol, men de skulle til gengæld optimere kokainvirkningen og gøre stoffet mere potent selv når kokainindholdet reduceres. Ingen udenfor narkokartellernes inderkredse kender dog til de virkelige årsager til at de, de seneste år, har udskiftet de tidligere harmløse fyldstoffer for nu overvejende, at anvende langt farligere fyldstoffer.

Under alle omstændigheder vil det være en rigtig god ide, at staten overtager kontrollen og starter med at håndtere problemerne, inden vi begynder at se kokainbrugerne miste næser, kinder eller ører, eller pådrager sig nogle af de rædselsvækkende lidelser som det medfører, når immunforsvaret sættes fuldstændigt ud af drift, af den levamisol opblandede kokain.

Jeg mener kun at det kan gå for langsomt, med at forebygge skader og udsende advarsler, sådan at kokainbrugerne i det mindste ved, hvad de risikerer, når de indtager kokain. Jeg mener i det mindste at de rekreative kokainbrugere med forholdsvis begrænset forbrug og som ikke er blevet alvorligt afhængige vil lytte opmærksomt og om ikke stoppe helt op, så dog reducere indtaget betragteligt.

Hvorfor der ikke for længst er udsendt forebyggende advarsler til landets kokainbrugere er en gåde. Skyldes det mon bare, at man ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på faren for udsatte stofbrugeres sundheds- og helbredstilstand – eller prioriteres forebyggelse bare ikke før vi oplever alvorligere skader eller dødsfald, som vi oplevede med dødsfaldet som følge af miltbrandinficeret heroin i sommeren 2012 – her var ingen stofbrugere advaret på forhånd selvom Sundhedsstyrelsen var advaret og informeret fra sundhedsmyndighederne i Tyskland om det dødsfald der skete der i juni og den potentielle risiko med miltbrandinficeret heroin nogle måneder tidligere.?

Og hvorfor har vi ikke en enhed der tjekker stofferne på gadeplan for giftige og helbredsskadelige tilsætningsstoffer – hvis brugerne blev tilbudt en sådan test – ville de utvivlsomt gerne levere et mindre bidrag af deres stoffer til on-site undersøgelser, som med stor sandsynlighed ville bekræfte, at kokainen på gadeplan indeholder store mængder af levamisol og fenacetin og den viden ville med stor sandsynlighed påvirke mange til, at stoppe med at indtage kokain.

Vi håber, at forslagene vedtages snarest muligt og at der i øvrigt vil blive set med positive øjne på vores forslag om at udvide heroinbehandlingen med gruppen af midaldrende stofbrugere i BF.

Med venlig hilsen
Jørgen Kjær/formand
BrugerForeningen – for aktive stofbrugere