

# Stofindtagelsesrum. En litteraturoversigt

---

*Peter Ege, Socialoverlæge, juli 2011*

Stofindtagelsesrum har været det mest kontroversielle narkotikapolitiske emne de seneste år. Dem der er langt væk fra de daglige problemer, fx regeringen, er imod med henvisning til FN, og med en argumentation om at etablering af stofindtagelsesrum i virkeligheden er et forsøg på at snige en legalisering af de illegale stoffer ind af bagdøren. Dem der er tættere på den åbne stofscene, først og fremmest beboerne på Vesterbro, men også befolkningen i København generelt, og de københavnske politikere, er stort set alle for etableringen af stofindtagelsesrum.

Inden vi kommer for langt ned i teksten er det på sin plads at definere hvad et stofindtagelsesrum er: En lokalitet hvor stofbrugere kan indtage deres illegalt erhvervede stoffer. I Danmark har man også brugt betegnelsen "fixerum", men dels er denne betegnelse unødigt stigmatiserende, dels er den upræcis, i og med at man i et stofindtagelsesrum også kan indtage medbragte stoffer ved rygning.

Stofindtagelsesrum er et blandt flere, men et meget væsentligt, svar på de problemer som den åbne stofscene giver for stofbrugere selv, og for beboerne i stofscenens nærhed. Disse er tidligere beskrevet (1, 2), og skal ikke beskrives nærmere her, men kort fortalt handler det for brugerne om, at det er nedværdigende, degraderende, uhygiejnisk, sundhedsskadeligt og farligt at indtage stofferne i det offentlige rum, og for beboerne og de forretningsdrivende at den åbne stofscene udgør en væsentlig gene; det er ubehageligt at være tvungen tilskuer til stofindtagelse og -handel, som ledsages af uro, skænderier, slagsmål, øget berigelseskriminalitet, affaldsproblemer, mv.

Omvendt giver det således kun mening at etablere stofindtagelsesrum der hvor der er en åben stofscene. Siden slutningen af 1980'erne har man i en række lande (Tyskland, Schweiz, Holland, Spanien, Luxembourg, Norge, Canada og Australien) etableret stofindtagelsesrum i de større byer, og aktuelt er der rundt i verden ca. 65 stofindtagelsesrum (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

## Hvad kan man opnå ved etablering af stofindtagelsesrum?

Stofindtagelsesrum er overalt i verden blevet etableret med det formål at begrænse skader hos stofmisbrugerne, og at begrænse de gener som den åbne stofscene påfører beboere og forretningsdrivende i den åbne stofscenes nærhed, altså skadesreduktion (harm reduction) og generreduktion (nuisance reduction). Det skal indledningsvis slås fast, at etablering af stofindtagelsesrum kan indfri begge disse mål i større eller mindre grad afhængig af kapaciteten og kvaliteten af stofindtagelsesrummene, men også at alle problemer ikke løses ved denne foranstaltning, først og fremmest fordi problemerne knyttet til stofhandlen ikke løses med etablering af stofindtagelsesrum (12, 13, 14)

### Skadesreduktion

De skader hos brugerne det handler om er skader som følge af indtagelsen af illegale stoffer, og specielt den intravenøse indtagelse, skader der er en følge af livsstil og levekår og de såkaldte kontrolskader, dvs. de skader der opstår som følge af politiets indsats. Skadesreduktionsbegrebet skal ikke beskrives nærmere her, der henvises til 15, 16.

En forudsætning for at en foranstaltning kan have en skadesreducerende effekt er selvfølgelig, at brugerne gør brug af foranstaltningen. Det er der imidlertid ingen tvivl om at de gør. Erfaringerne fra Sprøjte-/kanyleudleveringsprogrammer, fra Café Dugnad og fra udlandet (14) demonstrerer ganske klart, at brugerne sætter stor pris på skadesreducerende foranstaltninger, inkl. stofindtagelsesrum.

### Nedsat dødelighed som følge af overdoser

Der er blevet indtaget stoffer i stofindtagelsesrummene millioner af gange. En del (0,1 – 0,8 %) af disse stofindtagelser resulterer i overdoser, som kan behandles i stofindtagelsesrummet, og som i ingen tilfælde har resulteret i dødsfald, hvilket er meget bemærkelsesværdigt. Var disse overdoser indtruffet udenfor stofindtagelsesrummene, er der ingen tvivl om at del af disse overdoser var endt med dødsfald. Stofindtagelsesrum virker således overdosisforebyggende fordi de neutraliserer de risici der er knyttet til at indtage stoffer alene eller sammen med fremmede (eller venner), der ikke kan yde den fornødne hjælp og/eller ikke tør tilkalde hjælp fordi de er bange for at komme i politiets søgelys (3, 13, 16, 17, 18, 20). En undersøgelse fra Sydney (21), hvor man

havde optalt antallet af ambulancekørsler til overdosistilfælde før og efter åbningen af et stofindtagelsesrum, understøtter i høj grad at stofindtagelsesrum har en overdosisforebyggende effekt. Antallet af udrykninger faldt med 68 % efter åbningen af stofindtagelsesrummet.

Forfatterne tilskrev dette, at mange overdosistilfælde behandles i stofindtagelsesrummet, men også det forhold at stofindtagelsesrum qua den information der gives til brugerne kan virke forebyggende på overdosistilfælde. Der ligger også en stor samfundsmæssig besparelse i at undgå så mange ambulancekørsler til overdosistilfælde.

I Frankfurt har man kunnet vise at dødeligheden blandt stofmisbrugere faldt efter etablering af et stofindtagelsesrum i 1991. Antallet af dødsfald udviklede sig som følger: 1991 147 dødsfald, 1992 127, 1993 68 og 1996 31 (3). Selv om en sådan tidsserieanalyse i sig selv ikke er noget afgørende bevis for at etableringen af stofindtagelsesrum fører til et nedsat antal dødsfald, fordi andre foranstaltninger (fx en øget adgang til substitutionsbehandling, mv.) kan have påvirket udviklingen, så understøtter det dog at etablering af stofindtagelsesrum fører til et fald i antallet af overdosisdødsfald.

Endelig skal der refereres en undersøgelse fra Vancouver (22). Stofindtagelsesrummet i Vancouver blev etableret 2003, i et forslummet kvarter i Vancouver, hvor mange af byens stofbrugere boede og/eller opholdt sig. I undersøgelsen har man sammenlignet antallet af overdosisdødsfald i perioden før (2001 – 2003) og efter (2003 – 2005) etableringen af stofindtagelsesrummet, og sammenlignet antallet af overdosisdødsfald i et område indenfor en radius af 500 m fra stofindtagelsesrummet med resten af byen. Det viste sig, at antallet af overdosisdødsfald i stofindtagelsesrummet umiddelbare nærhed faldt med 35 % efter etableringen af stofindtagelsesrummet, mens faldet i det øvrige Vancouver var mere beskedent med et fald på 9 %. Undersøgelsens forfattere konkluderede, at man for at begrænse antallet af overdosisdødsfald bør etablere stofindtagelsesrum i områder med en stor dødelighed pga. overdoser.

Sammenfattende er der således ingen tvivl om at etableringen af stofindtagelsesrum kan reducere dødeligheden pga. overdoser. Erfaringerne fra andre lande kan dog ikke uden videre overføres til København pga. demografiske forskelle mellem de enkelte storbyer. København adskiller sig

således markant fra Vancouver i det forhold, at langt de fleste stofbrugere der frekventerer den åbne stofscene ikke er bosiddende på Vesterbro, men kommer ude fra.

### **Nedsat sygelighed, forbedring af helbredet forebyggelse af specielt blodoverførte infektionssygdomme**

Pga., metodologiske problemer er det ikke muligt med sikkerhed at vise, at etableringen af stofindtagelsesrum bedrer brugernes helbredstilstand, men det er af flere grunde sandsynligt at det er tilfældet (3, 13, 17).

- Brugere af sundhedsrum får en bedre hygiejne, specielt i forhold til den intravenøse stofindtagelse. Hænderne vaskes og huden sprittes. (19)
- De får i det hele taget bedre injektionsvaner, får mulighed for at aflære uhensigtsmæssige injektionsteknikker og indlære mere hensigtsmæssige, og først og fremmest har de ro til stofindtagelsen. I en undersøgelse fra Vancouver af 1082 brugere (23) angav 75 % at de havde ændret injektionsvaner efter at de var begyndt at komme i stofindtagelsesrummet. 80 % oplyste om mindre forhastede injektionsvaner, 71 % at de injicerede mindre i det offentlige rum og 56 % angav mindre usikker affaldshåndtering af sprøjter og kanyler
- Brugere af sundhedsrum har mindre sprøjte- og kanyledeling end ikke-brugere (14, 24). En undersøgelse fra Vancouver viste, at brugerne af stofindtagelsesrum reducerede deres sprøjte- og kanyledeling med 70 % (25)
- Brugere af sundhedsrum kan, og bliver som regel, tilbudt vaccination mod hepatitis B + A rådgivning om forebyggelse af andre smitsomme sygdomme (hepatitis C, hiv). (9, 26)
- De får tilbudt relevant sundhedsfremmende information om kost, mv. og information om hvordan risikoadfærd kan undgås. Der er mulighed for at tilbyde sunde måltider til en billig penge.
- De tilbydes sårbehandling og behandling af banale infektioner, mv.

Der er således mulighed for at tilbyde en række relevante skadesreducerende foranstaltninger, som kan forventes at have en positiv effekt på brugernes helbredstilstand.

## Brobygning til sundhedsvæsenet, behandlingssystemet og socialvæsenet

De aktiviteter der i dag udføres af Mændenes Hjem, Det Opsøgende Sundhedsteam og Sundhedsrummet, kan og skal selvfølgelig også udføres fra et stofindtagelsesrum, og der er grund til at forvente at man med etableringen af et stofindtagelsesrum kan nå en endnu mere udsat målgruppe, og at brobygningen kan gøres mere effektiv, hvis normeringen i stofindtagelsesrummet giver mulighed for udvikling af bæredygtige relationer til brugerne (13, 27). Erfaringerne fra Sydney og Vancouver tyder på at det er muligt. I Sydney samlede man data fra 3715 brugere, og kunne vise at 16 % var blevet henvist til, og var påbegyndt behandling. Jo hyppigere brugerne besøgte stofindtagelsesrummet, desto større var deres chance for at blive indskrevet i behandling (28). Endnu mere overbevisende var resultaterne fra Vancouver (29, 30), hvor man fulgte 1090 brugere i perioden 2003 til 2006. Hos brugere fulgt i op til to år, var 23 % helt ophørt med at injicere og 57 % var indskrevet i behandling. Hyppig brug af stofindtagelsesrummet og kontakt til en behandler (counselor) forudsagde hyppigere afgiftning med efterfølgende indskrivning i behandling.

## Generereduktion

Generereduktion handler om de bestræbelser der gøres for at reducere de ulemper som den åbne stofscene påfører beboere og forretningsdrivende. Generne er beskrevet tidligere, og igen kan der henvises til de tidligere nævnte oversigtsartikler (1, 2). Meget kort handler det om i størst muligt omfang om at fjerne eller trække stofindtagelse og –handel væk fra gaden. En stor del af politiets aktiviteter på Vesterbro har haft dette som formål, men erfaringerne har tydelig vist, at det maksimale politiet kan opnå i denne henseende er at flytte den åbne stofscene lidt rundt, men at man ikke markant har kunnet reducere generne for beboerne. Stofindtagelsesrum kan i denne sammenhæng ansues som et supplement til politiets bestræbelser på at mindske de gener, som den åbne stofscene påfører beboerne og de forretningsdrivende.

I det følgende er der redegjort for de udenlandske erfaringer med stofindtagelsesrum og generereduktion.

### **Færre injektioner i det offentlige rum og færre henkastede sprøjter og kanyler**

En af de største gener ved at bo op og ned af en stofscene er at man ufrivilligt bliver vidne til stofbrugernes elendighed og den ledsagende stofindtagelse og –handel. Også henkastede sprøjter og kanyler opleves som et stort problem, specielt af børnefamilier, som frygter smitte af børnene. Undersøgelser fra Canada, Australien, Tyskland og Holland viser, at stofbrugerne reducerer deres stofindtagelse i det offentlige rum og bliver bedre til at håndtere affald, og undersøgelser blandt beboere og forretningsdrivende bekræfter, at dette er tilfældet (3, 10, 13, 14, 19, 23, 32).

### **Nedsat kriminalitet**

Dette er sværere at påvise, og for så vidt er der heller ingen grund til at antage at stofhandel og berigelseskriminalitet påvirkes af etableringen af stofindtagelsesrum. Der har været en frygt for at etableringen af stofindtagelsesrum vil tiltrække flere stofbrugere til kvarteret, og dermed øge den offentlige uorden og kriminaliteten. Det er en frygt der ikke på forhånd kan afvises. I Holland blev der i 1970'erne etableret en række private stofindtagelsesrum, som alle blev lukket efter få år pga. gener i lokalmiljøet (3). I Hamborg har der også været tilfælde hvor naboerne til et sundhedsrum har klaget over stofbrug og handel, og en tilstrømning af mange hjemløse. En politiker fra Hamborg citeres for følgende udsagn: " Der er ingen som helst tvivl om at stofindtagelsesrum har bidraget til en reduktion af gener for byen som helhed. Men stofindtagelsesrum beliggende i boligkvarterer kan medføre problemer." (19).

På den anden side viser fra erfaringerne fra både Frankfurt og Vancouver, at hverken berigelses- eller voldskriminalitet øges (3, 10), og i Vancouver angav 80 % af de personer der boede eller arbejdede i stofindtagelsesrummets nærhed, at etableringen af et stofindtagelsesrum havde haft en positiv indflydelse på den offentlige orden (32).

Spørgsmålet om stofindtagelsesrum i sig selv medfører gener kan således ikke besvares entydigt, men afhænger af dets placering, af hvordan man regulerer søgningen til det, og af samarbejdet med politiet.

## Men de fleste brugere indtager fortsat størsteparten af deres injektioner uden for stofindtagelsesrummet

Man skal gøre sig klart, at flertallet af stofbrugere fortsætter med at tage stoffer i det offentlige rum trods muligheden for at indtage stoffer i stofindtagelsesrummet. I en undersøgelse fra Rotterdam (31) angav 69 % af brugerne, at de indtog stoffer i det offentlige rum, i gennemsnit 18 gange per måned. I en undersøgelse af brugere i Hamborg (19) angav 54 % af brugerne, at de indenfor de sidste 24 timer havde taget stoffer i hjemmet, 47 % havde taget dem i stofindtagelsesrummet og 37 % i det offentlige rum. I en undersøgelse fra Vancouver (27) angav 59 % af brugerne, at de indtog deres stoffer i stofindtagelsesrummet 1 - 5 gange månedligt. Kun 12 % af brugerne indtog deres stoffer i stofindtagelsesrummet > 25 gange per måned. Som årsager til at de fravalgte stofindtagelsesrummet angiver brugerne i forskellige undersøgelser afstanden til stofindtagelsesrummet, begrænsede åbningstider og ventetider på adgangen til stofindtagelsesrummet, som hænger sammen med det begrænsede antal stofindtagelsesstationer (19, 23).

Man kan undres over stofindtagelsesrummenes succes (jf. de følgende afsnit) i betragtning af hvor relativt en lille del af stofindtagelsen der kan trækkes ind i stofindtagelsesrummene. Det kan til dels forklares ved at det er nogle af de mest kaotiske brugere der anvender stofindtagelsesrummene, men det må også forklares ved at stofindtagelsesrum har en række afledte virkninger. Stofindtagelsesrummene når et meget stort antal stofbrugere, og har måske qua de tilbud der gives i rummet en mulighed for at påvirke adfærden i en mere hensigtsmæssig retning også uden for stofindtagelsesrummene. Men det vigtigste er nok, at etablering af stofindtagelsesrum har virket som en katalysator i forhold til samarbejdet mellem politiet og de sociale myndigheder, og at samarbejdet har haft en afsmittende virkning på begge parter. Socialarbejderne er blevet mindre berøringsangste i forhold til at adfærdsregulere brugerne, og politiet har fået en større forståelse for brugerne, og er blevet bedre til at tolerere stofhandel og besiddelse af stoffer i de situationer, hvor det ikke forstyrrer den offentlige orden.

## Brugernes vurdering af stofindtagelsesrum

Brugernes vurdering af stofindtagelsesrum er stort set entydig positiv. De føler sig trygge og accepterede, de lærer at injicere på en måde der medfører færre skader, de værdsætter at der passes på dem i forhold til risikoen for overdoser, og at de kan tage deres stoffer i en rolig atmosfære og uden at blive jaget af politiet. Generelt øger det brugernes kompetence i forhold til at håndtere risikosituationer (12). Når de klager over noget er det afstanden til stofindtagelsesrummet, begrænsede åbningstider og for få stofindtagelsesstationer som resulterer i ventetider (19, 34).

## Beboere og forretningsdrivendes vurdering af stofindtagelsesrum

Beboernes og de forretningsdrivendes vurdering af stofindtagelsesrum er overvejende positiv, selvom det som nævnt kan give problemer når et stofindtagelsesrum placeres i et boligkvarter. I Vancouver angav 60 % blandt personer som boede eller arbejdede i omkring stofindtagelsesrummet, at det havde en positiv indvirkning på den offentlige orden, og 80 % af de adspurgte gav udtryk for at stedet skulle fortsætte (32). I Sydney foretog man en telefonrundspørge blandt ca. 500 beboere og ca. 250 forretningsdrivende i årene 2000, 2002 og 2005, og indenfor en radius af 2 km. fra stofindtagelsesrummet, som åbnede maj 2001. Dvs. at der var en før- og to eftermålinger.

Man spurgte om omfanget af stofhandel, som ikke ændrede sig i perioden 2000 – 2005, og om beboerne/forretningsdrivende havde observeret injektion i det offentlige rum og henkastede sprøjter og kanyler. Resultaterne fremgår af nedenstående tabel (33).

**Tabel 1.** *Procent af beboerne og de forretningsdrivende som havde observeret injektion i det offentlige rum og henkastede sprøjter og kanyler før og efter åbningen af stofindtagelsesrummet 2001.*



	Beboere som havde observeret intravenøs stofindtagelse	Beboere som havde observeret henkastede kanyler og sprøjter	Forretningsdrivende som havde observeret intravenøs stofindtagelse	Forretningsdrivende som havde observeret henkastede kanyler og sprøjter
2000	33 %	67 %	38 %	72 %
2002	28 %	58 %	32 %	64 %
2005	19 %	40 %	28 %	57 %

Som det fremgår af tabellen er der et klart fald i den observerede stofindtagelse og i oplevelsen af henkastede sprøjter og kanyler.

Beboerne og de forretningsdrivende blev også spurgt om fordele og ulemper ved stofindtagelsesrummet. 90 % af de adspurgte angav mindst en fordel. De hyppigste svar fsv. angår fordele var bedre kontrol med hepatitis C og hiv, nedsat risiko for overdoser og en nedsat antal aktive brugere i gaden. Det er bemærkelsesværdigt at de fordele der nævnes hyppigst er brugerrelaterede fordele, som udtryk for at de adspurgte bekymrede sig om brugerne. Der var 20 % der ikke kunne angive ulemper ved stofindtagelsesrummet, men ellers var de hyppigste svar fsv. angår ulemper, at stofindtagelsesrum opmuntrede til fortsat stofbrug, og at det tiltrak brugere og forhandlere. Her er det bemærkelsesværdigt, at de ulemper der angives ikke er oplevede ulemper, men teoretiske sådanne.

## **Forudsætninger og betingelser for at stofindtagelsesrum kan virke efter hensigten**

Der er mange forhold der skal tænkes ind før man etablerer et stofindtagelsesrum. Det er nødvendigt med en indsigt i brugernes behov og stofscenens sociale dynamik. Hvilke stoffer der indtages og på hvilken måde, på hvilke tidspunkter af døgnet er der mest pres på, hvilke afstande mellem stofscenen og stofindtagelsesrummet kan accepteres af brugerne, hvad er beboernes, institutionernes og de forretningsdrivendes reaktion på etableringen af et stofindtagelsesrum, hvordan samarbejdes med andre myndigheder, osv. (3, 11, 19, 35). En del af disse forhold vil blive skitseret i det følgende.

- **Kapacitet.** Denne bør være så tilstrækkelig stor, at brugere ikke afvises eller at der opstår lange ventetider(34). I et notat fra Socialforvaltningen (dokumentnr. **Fejl! Ukendt betegnelse for dokumentegenskab.**) anslog man, at der var et behov for ca. 18 stofindtagelsesstationer fordelt på 2 – 3 stofindtagelsesrum.
- **Personalenormering.** Denne bør være så tilstrækkelig, at personalet både kan kontrollere begivenhederne i stofindtagelsesrummet og har mulighed for at yde støtte til de personer der har behov for det. Stofindtagelsesrum er en krævende arbejdsplads, og hvis personalet bliver overvældet af opgaverne er der stor risiko for udbrændthed med meget sygefravær og stor personaleudskiftning. Inspiration til hvor stort et personale der skal være ansat kan hentes fra Valmuen, fra Sundhedsrummet og Caféen og fra Norge. (4, 12, 19). I stofindtagelsesrummet i Sidney med 8 stationer var det et krav at der altid var mindst 4 sygeplejerske og 4 socialarbejdere på arbejde + en sikkerhedsvagt (5). Personalet bør sikres løbende supervision.
- **Tilbud til brugerne.** Udenlandske erfaringer peger på at det giver de bedste resultater hvis stofindtagelsesrummet er en integreret del af de samlede tilbud til brugerne. Integrationen kan sikres organisatorisk ved samarbejdsaftaler, men mest optimalt er det formentligt hvis stofindtagelsesrummet indeholder en række supplerende tilbud. Uanset hvordan man organiserer sig, bør der være tilbud om følgende (5, 11, 36):
  - Overnatningsmulighed
  - Tøjvask og bad
  - Undervisning i injektionsteknik og –hygiejne, basal førstehjælp (ved overdoser), sårbehandling, udlevering af sprøjter og kanyler. Undersøgelse for blodbårne infektioner, vaccination mod hepatitis A og B. Undersøgelse for seksuelt overførte sygdomme, rådgivning om prævention, gratis antiprævention.
  - Psykosocial støtte og kriserådgivning
  - Kompetence til udredning og vurdering af brugerne og henvisning til social- og sundhedsvæsenet og til behandlingsinstitutioner.
- **Indretning.** Der skal som minimum være en reception og et venterum, et stofindtagelsesrum til injektion og et til rygning, et opholdsrum hvor der slappes af efter stofindtagelsen, et eller to undersøgelseslokaler, kontorer (samtalerum) og møderum. Det

er vigtigt at indretningen sikrer et ensrettet flow gennem institutionen med en separat ind- og udgang. (5)

- **Beliggenhed.** Ideelt bør et stofindtagelsesrum ikke placeres i et boligkvarter eller tæt på institutioner for børn (19). Samtidig skal det ligge tæt på stofscenen. Erfaringerne fra Hamborg, hvor man forsøgte at flytte stofscenen ved at placere et stofindtagelsesrum i lang afstand fra denne viste, at det kun medførte en lav udnyttelsesgrad af stofrummet (11, 13). En undersøgelse foretaget af Mændenes Hjem (35) blandt potentielle brugere af et kommende stofindtagelsesrum viste, at næsten alle brugerne mente at rummet burde ligge indenfor en afstand af 500 meter fra Hovedbanegården.
- **Tilstrækkelig åbningstid.** Brugere i den ovenfor nævnte undersøgelse mente at et stofindtagelsesrum burde være åbent alle ugens dage, og 60 % mente at det også burde være åbent om natten. De fire stofindtagelsesrum i Rotterdam (31) havde følgende åbningstider: 9 – 22, 18 – 7, 10 – 22 og 11 – 21, de tre stofindtagelsesrum i Hamborg (19) havde åbent 5 – 6 dage om ugen 35 – 50 timer ugentligt, og stofindtagelsesrummet i Sydney (5) havde åbent 9.30 – 22 på hverdage og 11 – 19 på helligdage. Det er et gennemgående træk, at de forskellige stofindtagelsesrum har meget varierende åbningstider. Der er intet overraskende i dette. Behovene er forskellige fra sted til sted, og desuden skal disse behov afvejes i forhold til økonomiske hensyn. Åbning på skæve tidspunkter er en kostbar affære.
- **Samarbejdet med politiet og lokale beboere og næringsdrivende.** Dette er helt afgørende. I forhold til politiet bør der foreligge skriftlige retningslinjer for samarbejdet mellem de sociale myndigheder og politiet med fastlæggelse af gensidige forpligtigelser og kompetenceområder. Som nævnt kan en del af stofindtagelsesrummenes succes tilskrives, at etablering af stofindtagelsesrum har virket som en katalysator for samarbejdet mellem politiet og de sociale myndigheder, også på områder der ikke direkte har med stofindtagelsesrummene at gøre. Beboere og forretningsdrivende i stofindtagelsesrummets nærhed bør inddrages så langt det er muligt i planlægningsfasen omkring etableringen og efterfølgende drift af stofindtagelsesrummet, og bør sammen med politiet deltage i stofindtagelsesrummets styre- og/eller følgegruppe.

## Punkter der skal afklares i planlægningsfasen

Supplerende til de ovenstående punkter er der en lang række overvejelser det er nødvendigt at gøre i planlægningsfasen inden man slår dørene op til et stofindtagelsesrum. Nogle af disse er nævnt nedenfor, men listen er sandsynligvis ikke udtømmende:

- **Kan man udlicitere driften af et Stofindtagelsesrum til private organisationer?**

Stofindtagelsesrum er en kontroversiel og kompliceret foranstaltning, og driften må i udgangspunktet anses for at være en myndighedsopgave. Hvis man vælger at udlicitere må det være til en leverandør som man har meget tillid til.

- **Skal stofindtagelsesrum etableres som en selvstændig institution, eller skal den være integreret i eksisterende (lavtærskel) institutioner?** Svaret på dette spørgsmål må være at stofindtagelsesrum skal være en integreret del af Kommunens tilbud til stofbrugere. I hvilket omfang der skal være en bygningsmæssig integration som i fx Vancouver må afhænge af de lokale forhold.

- **Hvem kan komme i stofindtagelsesrummet?** Man kan formentlig blive enige om aldersgrænser (> 18 år), men andre kriterier kan være vanskelige at forholde sig til. Skal det fx være forbeholdt personer med bopæl i Københavns Kommune? Skal personer i substitutionsbehandling have adgang til rummet? Hvad med gravide? Hvor påvirket må man være (5, 19)?

- **Skal der etableres stofindtagelsesstationer til rygere og sniffere?** Med udviklingen af misbrugsmønstret er det oplagt at besvare dette spørgsmål med et ja. Men hvor mange stationer til rygere, og hvor mange til dem der injicerer? Og skal rygere og de der injicerer være i samme hus, eller skal man skille dem ad?

- **Tidsbegrænsninger.** Det er rimeligt at sætte grænser for den varighed brugerne er i det lokale hvor der indtages stoffer, ellers begrænser man kapaciteten unødigt. Men måske er det overflødig, stofbrugere regulerer det selv. Men hvor sættes grænsen? I Sydney har man ikke tidsgrænser, men har beregnet, at brugerne bruger ca. 12 minutter på at indtage deres stoffer (5). I stofindtagelsesrummene i Hamborg er der sat grænser for varigheden, som varierer mellem 20 og 30 minutter (19).

- **Er der former for injektion der skal forbydes?** Halsen? Lysken? Det er ikke usædvanligt at forbyde injektion i halsen, og lysken er også et omdiskuteret injektionssted. Men hvis man forbød lyskeinjektioner ville man i praksis ekskludere en række brugere fra stofindtagelsesrummet.
- **Må brugerne hjælpe hinanden med at injicere?** Dette er ikke tilladt i de fleste stofindtagelsesrum. Brugere skal selv injicere sig, må ikke modtage hjælp fra personalet eller fra andre brugere. Det kan der være gode grunde til, men man ekskluderer dermed den gruppe der skal have hjælp til injektionen, og det er en meget belastet gruppe med høj risikoadfærd (34).
- **Skal brugerne registreres, og i givet fald, i hvilket omfang.** Praksis er meget forskellig, men en eller anden form for registrering sker i de fleste stofindtagelsesrum. I Holland skal man være i besiddelse af et identitetskort for at få adgang til stofindtagelsesrummet. Det er muligt at opretholde ønsket om anonymitet med et krav om registrering, som i så fald ikke er personnummer baseret (3).
- **Skal man fremvise det stof som man ønsker at injicere inden man får adgang til stofindtagelsesrummet?** Det har været praksis i Norge, dels begrundet i at det kun var tilladt at injicere heroin, dels fordi man ønskede at foretage en risikovurdering for brugerne inden de fik adgang til stofindtagelsesstationerne – en risikovurdering der viste sig at være højst usikker, og som ikke kunne forhindre overdosistilfælde (12). Der kan også være et ønske om at kunne afgøre om en bruger overhovedet har medtaget stof. Hvis dette ikke er tilfældet bør vedkommende selvfølgelig ikke have adgang til stofindtagelsesrummet.
- **Evaluerings. Hvordan og af hvem.** En evaluering, hvordan den gennemføres, og af hvem, skal være besluttet i god tid inden stofindtagelsesrummet åbner.
- **Følge- og/eller styregrupper.** Skal det være en følge- eller en egentlig styregruppe. Uanset hvad er det afgørende, at væsentlige samarbejdspartnere sidder i en sådan, dvs. beboere, politiet, forretningsdrivende, brugere, m. fl.
- **Flere små eller færre store stofindtagelsesrum.** Det vil formentlig være praktiske hensyn der afgør dette. Men mindre rum bliver formentlig mindre kaotiske og nemmere at styre, og til mindre gene for det kvarter hvor det er beliggende. Flere mindre rum gør det også muligt med

en differentiering i fx rygere og dem der injicerer, specielle rum for prostituerede kvinder, mv. Flere stofindtagelsesrum kan med fordel have en fælles ledelse og et fælles personale.

## Konklusion og afslutning

Stofindtagelsesrum har været en værdifuld foranstaltning, og langt de fleste steder hvor de er etableret har de opfyldt målene til skades- og genereduktion. Specielt de meget omhyggelige og omfattende evalueringer af stofindtagelsesrummene i Sydney og Vancouver har dokumenteret dette. Stofindtagelsesrum kan medvirke til at nedbringe dødeligheden, kan formentlig virke sundhedsfremmende, får flere brugere i behandling, og beboere og forretningsdrivende i nærheden af den åbne stofscene oplever færre gener fra denne.

Ikke desto mindre er det fortsat en kontroversiel foranstaltning, hvad debatten i Danmark tydeligt afspejler. Når mange lande og storbyer med en åben stofscene fravælger stofindtagelsesrum, kan det for en mindre dels vedkommende tilskrives at det er en meget dyr foranstaltning, som det endvidere er svær at finde plads til i bymiljøet. Men adskillige byer har overvundet vanskelighederne, og erfaringerne fra Vancouver viser at etablering af et stofindtagelsesrum er kost-effektivt, vurderet på basis af det antal blodoverførte sygdomme der forebygges, specielt hiv-infektioner (10, 24).

Så modstanden mod stofindtagelsesrum er primært ideologisk baseret. Stofindtagelsesrum er den mest radikale form for skadesreduktion, fordi den kan anskues som en manifestation af accepten af stofbrug, og dermed udfordrer den eksisterende lovgivning der kriminaliserer brug og besiddelse af stoffer (3).

Det er på den anden side vigtigt at gøre sig klart, at stofindtagelsesrum kun er et supplement til andre foranstaltninger, og slet ikke løser de problemer der er knyttet til stofhandlen.

Stofindtagelsesrum skal derfor suppleres med behandling på alle niveauer, en indretning af byrummet der gør stofhandel og stofindtagelse muligt uden at genere andre borgere, en pragmatisk politik i forhold til stofhandel, og et tæt samarbejde mellem politiet og de sociale myndigheder. Etablering af stofindtagelsesrum kan anskues som led i en politisk strategi der sigter mod normalisering, afstigmatisering og afkriminalisering af besiddelse af stof. Et logisk videre

skridt er accepten af handel i et vist omfang og under bestemte betingelser. Som et eksempel på dette kan man henvise til Holland, hvor de lokale stofhandlere, hvis de opførte sig pænt og diskret, fik stillet i udsigt, at anklagemyndigheden ville prioritere efterforskningen af deres virksomhed meget lavt (3). Et andet eksempel, ganske vist fiktion, men inspireret af virkelige hændelser, kan hentes fra Tv-serien *The Wire*, hvor politiet tillod handel med stoffer i et beboelsestomt område, men slog hårdt ned på handel andre steder, med det eksplicitte formål at opgive klapjagten på småhandlende, og samtidig befri borgerne i byen for en stofscene i beboede området.

Stofindtagelsesrum befinder sig i et spændingsfelt mellem hensynet til den offentlige orden, og hensynet til stofbrugernes helbred. Hvor man forsøger at regulere et risikoforbrug og samtidig mindske de gener det forbrug påfører befolkningen. Det er ikke en nem balance, men erfaringerne fra udlandet viser at det er muligt at tilgodese begge hensyn.

## Litteratur

1. Socialforvaltningen. Baggrundsmateriale til konferencen om Vesterbro d. 13. oktober, 2010
2. Ege P. De åbne stofscener i Europa. STOF 2011, nr. 16: 43 – 6.
3. De Jong W, Weber U. The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *Int J Drug Policy* 1999; 10: 99 – 108
4. Green T, Hankins C, Palmer D, Boivin J-F, Platt R. Ascertaining the need for a supervised injection facility (SIF): The burden of public injecting in Montreal, Canada. *J Drug Issues* 2003; 33: 713 – 32.
5. Van Beek I. The Sydney medically supervised injection centre: A clinical model. *J Drug Issues* 2003; 33: 625 – 38
6. Fry CL, Cvetkovski S, Cameron J. The place of supervised injection facilities within harm reduction: evidence, ethics and policy. *Addiction* 2006; 101: 465 – 7.
7. Small W, Rhodes T, Wood E, Kerr T. Public injecting settings i Vancouver: Physical environment, social context and risk. *Int. J Drug Policy* 2007; 18: 27 – 36.
8. Rhodes T, Watts L, Davies S, Martin A, Smith J, Clark D, Craine N, Lyons M. Risk, Shame and the public injector: a qualitative study of drug injection in South Wales. *Soc Sci & Medicine* 2007; 65: 572 – 85.
9. Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany G, the Itinere Project Group. Use of supervised injection facilities among young drug injectors. *Addiction* 2009; 104: 614 – 9.
10. Kerr T, Montaner J, Wood E. Supervised injecting facilities: time for scale-up? *Lancet* 2008; 372: 354 – 5.

11. Hunt N. Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption room in the UK. Joseph Rowntree Foundation, 2008 ([www.jrf.org.uk](http://www.jrf.org.uk))
12. Olsen H, Skretting A. Hva nå? Evaluering af prøveordning med sprøyterom. Sirius rapport nr. 7/2007. Statens Institut for rusmiddelforskning, Oslo 2007
13. EMCDDA. European report on drug consumption rooms. 2004
14. Tyndall MW, Kerr T, Zhang R, King E, Montaner JG, Wood E. Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83: 193 – 8.
15. Ege P. Skadesreduktion - et nyt blik på begrebet. *STOF* 2011; nr. 16: 20 - 3.
16. Kerr T, Small W, Moore D, Wood E. A micro-environmental intervention to reduce the harm associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *Int. J Drug Policy* 2007; 18: 37 – 45.
17. Joseph Rowntree Foundation, 2006. Drug consumption rooms.
18. Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised injection facility. *CMAJ* 2006; 175: 1399 – 404.
19. Zurhold H, Degwitz P, Verthein U, Haasen C. Drug consumption rooms ind Hamburg, Germany: Evaluation of the effects of harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003; 24: 663 – 88.
20. MSIC Evaluation Committee. Final report of the evaluation of the Sydney Medically supervised injecting centre. Sydney 2003.
21. Salmon AS, Van Beek I, Amin J, Kaldor J, Maher L. The impact of a supervised injection facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction* 2010; 105: 676 – 83.
22. Marshall BDL, Milloy M-J, Wood E, Montaner JSG, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of America's first medically supervised safer injection facility: a retrospective population-based study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) 2011; 377: 1429 – 37
23. Petrar S, Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Wood E. Injection drug users perception regarding use of medically supervised safer injection facility. *Addictive behaviors* 2007; 32: 1088 – 93.
24. Pinkerton SD. Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction* 2010; 105: 1429 – 36.
25. Kerr T, Tyndall M, Li K, Montanet J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing and injection. *Lancet* 2005; 366: 316 – 8.
26. Milloy M –J, Wood E. Emerging role of supervised injection facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction* 2009; 104: 620 – 1.



27. Tyndall MW, Kerr T, Zhang R, King E, Montaner JG, Wood E. Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83: 193 – 8.
28. Kimber J, Mattick RP, Kaldor J, Van Beek I, Gilmour S, Rance JA. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injection Centre. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27: 602 – 12.
29. DeBeck K, Kerr T, Bird L, Zhang R, Marsh D, Tyndall M, Montaner J, Wood E. Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* 2010; 113: 172 – 6.
30. Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Kerr T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injection facility users. *Addiction* 2007; 102: 916 – 9.
31. Van der Poel A, Barendregt C, van de Mheen. Drug consumption rooms in Rotterdam. An explorative description. *Eur Addict Rec* 2003; 9: 84 – 100
32. Boyd & al. Public order and supervised injection facilities: Vancouver's SIS. Health Canada 2008
33. Salmon AM, Thein H-H, Kimber J, Kaldor JM, Maher L. Five years on: What are the community perceptions of drug-related amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy* 2007; 18: 46 – 53.
34. McKnight I, Maas B, Wood E, Tyndall MW, Small W, Lai C, Montaner JSG, Kerr T. Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. *Amer J Drug Alcohol Abuse* 2007; 33: 319 – 25.
35. Mændenes Hjem, Sundhedsrummet, Cafe D, Vesterbrokoordinator. Undersøgelse om stofindtagelsesrum blandt borgere som anvender rusmidler og opholder sig på indre Vesterbro. April 2011
36. Van Beek I. The Sydney Medically Supervised Injection Centre: A clinical model. *J Drug Issues* 2003; 33: 625 – 38.