

Skadesreduktion – idealer og paradokser

“Who in their right mind could oppose the notion of reducing harm”

(Nadelmann 1993, 37)

Skadesreduktion er en betegnelse for politikker og programmer som sigter mod at reducere sundhedsmæssige, sociale og økonomiske skader som følge af stofbrug uden at insistere på stoffrihed (jf. Riley et al. 1999). Skadesreduktion refererer både til konkrete og praktiske tiltag som fixerum, undervisning i god fixeteknik, etablering af lavtærskeltilbud, sprøjtebytteordninger mv., samt mere bredt til en tilgang og tankegang, som fokuserer på en reduktion af skader for både stofmisbrugerens selv og dennes omgivelser, frem for opnåelse af stoffrihed.

Formålet med denne artikel er at kritisk reflektere over fænomenet skadesreduktion, sådan som det bliver praktiseret i det danske behandlingssystem i dag. Vi behandler tre temaer, nemlig: skadesreduktion og stoffrihed; skadesreduktion, selvbestemmelse og ansvar; samt skadesreduktion og social integration. Empirisk bygger artiklen på interviews med personale på en række københavnske behandlingsinstitutioner. Med udgangspunkt i disse interviews samt international forskningsliteratur om skadesreduktion, peger vi på en

Projektet är finansierat av ”Program for velfärdsforskning” (Socialministeriet).

ABSTRACT

D. Andersen & M. Järvinen: Harm reduction – ideals and paradoxes

■ AIM

The aim of the article is to critically reflect on the harm reduction approach used in Danish substance abuse treatment.

■ DATA

The article is based on qualitative interviews with staff at treatment institutions in Copenhagen.

■ THEMES AND CONCLUSIONS

Three themes are addressed. First, our data indicate that low-threshold methadone treatment is difficult to combine with a long-term goal of abstinence. In fact, many harm reduction proponents among staff are directly opposed to treatment models in which abstinence is a goal. Second, we illustrate how the development of harm reduction measures is embedded in a socio-political trend focusing on a combined “autonomization/responsibilization” of social clients. This focus on clients as autonomous and responsible subjects clashes with another central conception among staff: the idea that heroin addicts are slaves to their substance use and hence cannot be treated as fully rational human beings. Third, the article analyses the relationship between harm reduction and social integration.

Although social integration of substance abusers is part of the rationale behind harm reduction measures, this goal is difficult to reach

with a group of clients as
marginalized as the ones in
focus.

■ KEYWORDS

Harm reduction, social
integration, methadone
treatment, heroin abuse,
responsibilization

række paradokser i det praktiske arbejde med skadesreduktion. Skadesreducerende tiltag i forhold til stofmisbrug er på mange måder gavnlige og nødvendige, men de er også forbundet med en række dilemmaer, som efter vores mening har fået alt for lidt forskningsmæssig opmærksomhed.

Socialforskningen og skadesreduktion

I rusmiddelforskningen har man generelt været meget positivt stemte overfor fænomenet skadesreduktion og skadesreduktionsprincippet er i mange sammenhænge blevet fremstillet som (d)en pragmatisk(e), human(e) og videnskabelig(e) tilgang til stofmisbrug.

Den australske sociolog Grazyna Zajdow (2005) forsøger at forklare, hvorfor rusmiddelforskere kritiserer og satiriserer over narkotikapolitik, der bygger på nul-tolerance og kontrol, mens de relativt "ukritisk" tilslutter sig skadesreduktionsprincippet. Zajdow mener, at sociologiske alkohol- og narkotikaforskere som gruppe, har givet sig selv meget begrænsede muligheder for at respondere på offentlige politikker, fordi de er bundet af en ganske bestemt (negativ) holdning til social kontrol.

Narkotikaområdet – kontrolpolitikken, behandlingssystemet – er præget af betydelig ambivalens og uklarhed: konflikter mellem modstridende idealer, et uklart forhold mellem mål og midler, usikkerhed om hvilke tiltag der virker, *hvorfor* de virker og *for hvem*. Zajdow beskylder skadesreduktionsparadigmet – og de forskere som gør sig til talsmænd for det – for at ignorere denne ambivalens: "*Harm minimization, as a policy response to perceived problems with drug and alcohol use, is an attempt to come to terms with ambivalence by avoiding the issue altogether*" (s. 186).

Der er nok mange forskere, som vil blive noget indignerede over at blive beskyldt for at have sådanne ureflekterede holdninger til skadesreduktion. Ved en kort gennemgang af rusmiddelforskningen bliver det dog hurtigt åbenbart, at skadesreduktion næsten konsekvent fremstilles som den "evident rigtige" tilgang til stofmisbrug. I slutningen af 1980'erne blev skadesreduktionstankegangen introduceret verden over med stor iver og optimisme. Den hollandske sociolog Eddy Engelsman præsenterede f.eks. *harm reduction* tilgangen med følgende ord i 1989: "*The Dutch being sober and pragmatic people, they opt rather for a realistic and practical approach*

to the drug problem than for a moralistic or over-dramatized one” (s. 212). Den fornuftige skadesreduktionstilgang bygger, ifølge Engelsman, på en erkendelse af, at narkotikaproblemet ikke bør være en sag for politi og retsvæsen, men primært skal ses som et spørgsmål om sundhed og social velfærd. Engelsman mener altså, at skadesreduktion står i modsætning til en moralistisk narkotikapolitik, der er baseret på fejlagtige præmisser.

En anden fortaler og foregangsmand for skadesreduktion i princippets etableringsfase er Russell Newcombe, som er tilknyttet Merseyside¹. I en opsamling af diskussionerne på Liverpool-konferencen om skadesreduktion i 1990, skriver Newcombe den grundlæggende artikel “The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research”. Her præsenteres skadesreduktion (igen) som det fornuftige alternativ til en moralistisk afholdenhedsorienteret politik (abstentionisme):

“Harm reduction has its main roots in the scientific public health model, with deeper roots in humanitarianism and libertarianism. It therefore contrasts with abstentionism, which is rooted more in the punitive law enforcement model, and in medical and religious paternalism.” (Newcombe 1992, 1)

Hermed er fronterne trukket op: Skadesreduktion bygger på en videnskabelig model, mens afholdenhedsorienteret politik snarere bygger på medicinsk og religiøs paternalisme. Skadesreduktion forbindes med humanisme, mens afholdenhedsorienteret politik forbindes med repressiv kontrolpolitik. *Det er ikke svært at se, hvilken narkotikapolitiske tilgang forfatteren sympatiserer med.*

Et lidt senere eksempel kan vi hente hos den amerikanske psykolog og socialforsker G. Alan Marlatt. Han redegør ligeledes for skadesreduktion i meget positive vendinger og skriver for eksempel:

“Harm reduction offers a pragmatic yet compassionate set of principles and procedures designed to reduce the harmful consequences of addictive behaviour for both drug consumers and for the society in which they live.” (Marlatt 1996, 779).

Forholdet mellem skadesreduktion og andre tilgange stilles også her op som et enten-eller. Enten er man for skadesreduktion – i den afstøbning forfatterne giver fænomenet – eller så er man modstander af videnskabelighed, fornuft, humanisme, folkesundhed og medfølelse. Og som vi indledningsvis citerede Nadelman for at sige: Hvem, som er ved sine fulde fem, kan forventes at være en modstander af alt dette?

Også i den danske rusmiddelforskning har holdningerne til skadesreduktion været næsten ubetinget positive. En af de varmeste fortalere for skadesreduktion er Jørgen Jepsen, og ligesom mange andre socialforskere kombinerer han den positive holdning til harm reduction med en skarp kritik af den “repressive kontrolpolitik” (Jepsen 2000; 2001). Jepsen kritiserer i særlig grad USA pga. landets “uhæmmede krigsførelse mod stofbrug”:

”Mest ejendommelig er den amerikanske pression over for skadesreducerende foranstaltninger, dels i almindelighed, dels i forhold til konkrete foranstaltninger som f.eks. fixerum.

USA og dets følgesvende har således i mange år haft held til at holde betegnelsen ‘harm reduction’ ude fra officielle FN-dokumenter, fordi de har anset

'harm reduction' for at reducere konsekvenserne af den uhæmmede krigsførelse mod stofbrug" (Jepsen 2001, 20).

Også den danske kontrolpolitik er en direkte barriere for reel og pragmatisk skadesreduktion, ifølge Jepsen, som mener, at alle forsøg på skadesreducerende tiltag bliver halvhjertede så længe narkotikafeltet er domineret af "the illusion of an all-out condemnation of drug use and drug dealing" (Jepsen 2000, 98–99).

Ovenstående er eksempler på, hvorledes skadesreduktion ofte fremstilles indenfor rusmiddelforskningen. Man kunne have valgt utallige andre eksempler, uden at billedet ville have ændret sig meget. Den ubetingede begejstring for skadesreduktion finder vi især i begyndelsen af princippet levetid. De tidlige skadesreduktionsfortællere skriver i direkte opposition til det, mange kalder den repressive kontrolpolitik, og i denne kontekst præsenteres skadesreduktion som et ubetinget gode. Det kritiske blik på skadesreduktionsprincippet må vige for en vigtigere sag – et grundlæggende opgør med en problematisk kontrolpolitik.

I de allerseneste år er der imidlertid dukket en del forskningsmæssige bidrag op, hvor man forholder sig mere nuanceret – og kritisk – til skadesreduktionsprincippet. De kritiske indlæg kommer både fra den generelle samfundsvidenskabelige litteratur om folkesundhed og skadesreduktion og fra (enkelte) rusmiddelforskere (Miller 2001; Keane 2003; Roe 2005). Vi vender tilbage til disse forskningsbidrag senere i teksten.

Vi skal for en sikkerheds skyld præcisere, at vores ærinde i denne artikel ikke er at fremføre, at skadesreducerende tiltag er en dårlig idé, eller at en repressiv kontrolpolitik fører noget positivt med sig. Vi vil

snarere argumentere for en mere reflekterende og nuanceret behandling af skadesreduktionstilgangen i rusmiddelforskningen, en behandling som åbner for en diskussion af den ambivalens, de paradokser og risici, som tilgangen er forbundet med.

I det følgende vender vi blikket mod det danske behandlingssystem – og nærmere bestemt substitutionsbehandlingen af opiatmisbrugere, som i dag er stærkt præget af et (eksplicit formuleret eller implicit) skadesreduktionsperspektiv. Vi ser nærmere på de tre temaer, vi nævnte i indledningen: skadesreduktion i relation til stof-fri behandling, skadesreduktion som selvstændiggørelse og "ansvarliggørelse" samt skadesreduktion og social integration. Under hvert af disse temaer vil vi relatere den danske misbrugsbehandling, sådan som den bliver beskrevet af behandlerne, til den internationale forskningslitteratur om skadesreduktion.

Interviewpersonerne i undersøgelsen er blevet udvalgt sådan, at de repræsenterer københavnske rådgivningscentre og ambulatorier. Rådgivningscentrene (som der i alt findes fire af i København²) er narkobehandlingssystemets modtagelsesenheder, som alle stofmisbrugere skal igennem, før de kan visiteres videre til forskellige behandlingstilbud. Nogle opiatmisbrugere modtager substitutionsbehandling (metadon) på rådgivningscentrene, mens andre visiteres videre til ambulatorierne, som der (lidt afhængig af definitioner) er ca. ni af i Københavns Kommune.

Ifølge Sundhedsstyrelsens statistik var der i alt 13.161 personer i behandling for stofmisbrug i 2004. Tre fjerdedele af klienterne var mænd, gennemsnitsalderen var 36 år. Statistikken over fordelingen på forskellige behandlingsformer viser, at 78

procent af de københavnske misbrugere i 2004 modtog ambulant behandling, mens kun seks procent var indskrevet i døgnbehandling (andelen "uoplyst" er dog relativt høj, 16 procent). Hverken Sundhedsstyrelsen eller Københavns Kommune kan oplyse, hvordan behandlingen af opiatmisbrugere fordeler sig mellem substitutions- og stoffri behandling, men den eksisterende behandlingsstatistik indikerer, at de fleste opiatmisbrugere er i en form for substitutionsbehandling (primært metadon).

Når vi i det følgende beskriver skadesreduktionspraksis på rådgivningscentre og ambulatorier, er det således en meget afgørende del af behandlingssystemet for københavnske opiatmisbrugere, vi har fat i. Substitutionsbehandling i ambulant regi, ledsaget af praktisk socialrådgiverbistand og samtaler med en kontaktperson er hovedformen for opiatmisbrugsbehandling i dagens Danmark, mens mere intensive psykosociale behandlingstilbud med sigte på stoffrihed (i døgn- eller ambulant regi) står for en minimal andel af klientkontakterne. Derved afviger Danmark fra mønstret i resten af Norden, hvor det overordnede mål for alle stofmisbrugere tenderer at være stoffrihed og hvor selve behandlingsbegrebet ofte er reserveret til aktiviteter som sigter på stoffrihed, mens andre aktiviteter benævnes "omsorg".

De følgende afsnit skulle gerne beskrive logikken bag den danske opiatmisbrugsbehandling og samtidig illustrere nogle af de paradokser, som skadesreduktionsperspektivet – i den form det bliver praktiseret i København – kan være forbundet med.

Skadesreduktion og stoffrihed

Et af de forhold der hersker en vis uenighed om i den internationale forskningslit-

teratur, er relationen mellem skadesreduktion og målsætninger om stoffrihed. For nogle forskere er det selve definitionen på skadesreduktion, at den hverken stiler mod stoffrihed eller indtagsreduktion. For andre er stoffrihed et idealmål, også indenfor skadesreduktionsparadigmet; der er blot andre ønskværdige delmål. For en tredje gruppe forskere kan stoffrihed eller indtagsreduktion være midlet til at reducere skader, men ikke målet i sig selv.

Den canadiske sociolog Eric Single har et typisk eksempel på den første position: Dvs. skadesreduktion er defineret ved, at man ikke stiler efter stoffrihed. Harm reduction defineres som:

"A policy or program directed towards decreasing adverse health, social and economic consequences of drug use even though the user continues to use psychoactive drugs at the present time [...] abstinence-oriented programs [...] would not be considered harm reduction measures" (Single 1995, 289).

G. Alan Marlatt, som vi citerede tidligere, kan ses som eksempel på den anden position. I Marlatts definition af skadesreduktion er det afgørende, at skadesreduktionsprincippet anerkender stoffrihed som det ideelle mål, men at alternativer som reducerer skader accepteres. Marlatt (1996; 1998) opstiller et kontinuum, hvor stoffrihed er den positive ende af skalaen og højrisiko stofbrug den negative. I stedet for at opstille en dikotomisk målsætning (enten bruges illegalt stof eller også bruges det ikke) så implicerer skadesreduktionsperspektivet, ifølge Marlatt, at man fokuserer på og tilskynder ethvert skridt i retning af mindre risikabel og skadende adfærd.

Endelig kan stoffrihed eller indtagelsesreduktion som sagt ses som et middel til at

reducere skader uden at være et mål i sig selv. Amerikanerne Don des Jarlais m.fl. (1993) udtrykker denne position i deres definition af skadesreduktion:

“Harm reduction simply calls for reducing the harmful effects of drug use. If reducing the drug use is the only way in which harmful consequences can be reduced, then reduction is necessary. For many types of drug-related harm, however, it is possible to reduce at least a substantial part of the harm without necessarily eliminating (or even reducing) the drug use itself” (Des Jarlais et al. 1993, 424).

Relationen mellem skadesreduktion og målsætninger om stoffrihed eller indtagelsesreduktion har været et centralt tema i vore interviews med repræsentanter for det danske behandlingssystem. Hvordan ser man på sådanne målsætninger på ambulatorierne og rådgivningscentrene og kan de overhovedet kombineres med – eller indgå i – et skadesreducerende arbejde? Her følger et uddrag fra et interview med en repræsentant for et af de københavnske ambulatorier, hvor interviewpersonen besvarer spørgsmålet om, hvilke målsætninger man arbejder med:

Sv. Fokus er på det sociale, på funktionsniveauet. Hvordan fungerer de [klienterne] og hvordan har de det [...] Det er ikke fordi vi er imod [stoffrihed]. Men vi tror grundlæggende på, at det handler om harm reduction og det handler om at støtte brugeren på den vej, som brugeren ønsker, for brugerens skyld [...]

Sp. Hvad er dit indtryk, er det et ønske hos jeres brugere, ønsker de stoffrihed?

Sv. Næ, ikke alle. Nogen gør. Nogen

er blevet oplært gennem mange år med, at man skal sige stoffrihed. Altså brugerne er jo vænnet til, igennem mange års brug af behandlingssystemerne, at det man skal sige, når man går ind ad døren, er [...] ”jeg vil være stoffri” [...] Og det bruger vi en del tid på, specielt med nye brugere, at lære dem, at det imponerer os ikke... (interview med behandler på ambulatorium).

Interviewpersonen i dette uddrag mener tilsyneladende, at de fleste af ambulatoriets klienter reelt set ikke ønsker stoffrihed. Hvis de siger, at de ønsker det, kan det være en konsekvens af deres tidligere erfaringer med behandling, det vil sige, at de er blevet socialiseret til at sige det, som ”systemerne” helst vil høre. Antagelsen på dette ambulatorium, ligesom på de andre er, at stoffrihed er et urealistisk mål for de allerfleste opiatmisbrugere, og at stoffri behandling for dem kan medføre mere skade end gavn. En behandler siger følgende om stoffri behandling:

”Der mener jeg i virkeligheden, at man kreerer endnu flere nederlag for den enkelte bruger [...] [De] dårligst socialt fungerende, de har en chance for at gennemføre, jeg plejer at kalde det en risiko for at gennemføre, deres behandling, på mellem fem og ti procent [...] Og man skal da for fanden ikke give de... mest udslåede endnu flere nederlag [...] Og det kræver også, at dem, der sidder og beslutter... at de har is i maven... At det ikke er den med stofmisbrugere ind ad døren klokken ti og ud af døren klokken to og placeret i døgnbehandling. Det er sjældent, at effekten af det er ret stor, men det er et dogme som lever, og det bliver stædigt holdt ved lige af de stoffri tilhængere

og de stoffri institutioner” (interview med behandler på ambulatorium).

En repræsentant for et andet ambulatorium siger følgende om stoffrihed:

”Det er ikke vores arbejde at motivere folk til stoffrihed på den måde. Det er meningen, at de skal have helle her [...] Det er folk, hvor man siger, nu skal de have fred til at have deres stoffer fra nu af og til de dør, eller de beslutter sig til, at de ikke vil tage stoffer mere [...] Fordi de her, de er behandlingsmishandlede, havde jeg nær sagt, alle sammen” (interview med behandler på ambulatorium).

Også denne interviewperson betragter altså den stoffri behandling som negativ for ambulatoriets klienter (jf. udtrykket ”behandlingsmishandling”) og ambulatoriet som et fristed, som klienterne langt om længe er nået frem til efter mange års negative oplevelser med andre tilbud. Interviewpersonen sammenligner klienternes indskrivning på ambulatoriet med den forandring, der sker i en kontanthjælpsmodtagers liv, når han eller hun får bevilliget pension. Lige som en pensionsmodtager opnår økonomisk sikkerhed og slipper for aktivering og andre krav om modydelser, får ambulatorieklienterne ”forsyningssikkerhed med hensyn til deres stoffer” og slipper for ”velmenende pædagoger og folk, der selv er blevet stoffri og som lige har fundet ud af, hvordan det er, man skal gøre det her” (interview med behandler på ambulatorium).

Ambulatorieklienterne bliver altså i vid udstrækning betragtet som klienter, for hvilke stoffri behandling er udsigtsløs. Et par behandlere giver dog udtryk for, at det nogle gange sker, at ambulatorierne modtager klienter ”for tidligt”, det vil sige kli-

enter, for hvilke man burde have haft stoffrihed som mål: *”Nogle gange tænker man også, det var da utroligt [...] for vi får rent faktisk folk ind ad døren, der aldrig nogensinde har været i et døgnbehandlings-tilbud [...] Det er [fra] rådgivningscentrene ja, hvor der sidder pædagoger og socialrådgivere og you-name-it og foretager de vurderinger”* (interview med behandler på ambulatorium). Når man en gang er kommet i behandling på ambulatoriet er det, ifølge disse behandlere, ikke let at ”skifte spor” i behandlingssystemet: *”Der er det svært, fordi – altså, formålet med, at nu er de sendt herhen på pension, det slår så også lidt igennem. Det er meget svært for os at få vores folk i stoffri behandling og det er også svært at få dem i stabiliserende behandling [...] Dørene bliver lidt lukkede når folk kommer her, fordi så er du smidt på endestationen”* (interview med behandler på ambulatorium).

Hvis vi relaterer interviewpersonernes udsagn til den forskningsmæssige diskussion om skadesreduktion vs. stoffrihed tidligere, kan vi konstatere følgende: Målsætningen om stoffrihed er ikke en integreret del af skadesreduktionsparadigmet på ambulatorierne. Behandlerne siger ganske vist, at skadesreduktion i princippet kan omfatte en målsætning om stoffrihed – ”den helt syv-stjernede måde at gøre det [skadesreduktion] på, det er jo at gøre brugeren stoffri”, som en af dem formulerer det – men målsætningen er bare ikke aktuel for deres klientgruppe. Principielt tilslutter de sig Marlatts kontinuum, hvor stoffrihed er idealmålet for enden af de skadesreducerende delmål. I praksis kan man dog sige, at de arbejder med Singles forståelse af skadesreduktion, hvor stoffrihed ikke er en målsætning, og hvor ska-

desreduktionsperspektivet næsten står i opposition til den stoffri behandling.

Hvad vi kan se i vores materiale er det samme, som den australske sociolog Grenda Koutroulis (2000) fandt i sin undersøgelse af behandlingssystemet i Melbourne. Det er ikke let – og det bliver ofte betragtet som uhensigtsmæssig – at inkludere en målsætning om stoffrihed i en behandlingssammenhæng, som er præget af et skadesreduktionsperspektiv. Mange skadesreduktionstilbud bygger på en forudsætning om, at stofmisbrug er en kronisk tilstand for klienterne, og dermed på tanken, at målet om stoffrihed er illusorisk. Flere af de behandlere, som Koutroulis interviewede i sin undersøgelse, følte at de havde et dilemma, hvis klienterne formulerede deres målsætning som stoffrihed. Behandlerne mente, at stofmisbrugernes ønsker om stoffrihed ofte hænger sammen med nogle aktuelle problemer (mangel på penge, vanskeligheder i personlige relationer, problemer med politiet osv.), hvorfor det er forventeligt, at klientens ønske om stoffrihed fordufter, når disse aktuelle problemer er løst. Dermed bliver målsætningen om stoffrihed vanskelig at arbejde med i disse tilbud. Koutroulis beskriver dilemmaet således: "There is a tension concerning what the client says he or she is going to do (abstain), what the clinician anticipates the client will do (not abstain), and the provision of harm reduction prevention" (ibid, 7). På trods af forskellene mellem den måde skadesreduktion praktiseres i hhv. en australsk og en dansk behandlingskontekst, finder Koutroulis og vores undersøgelse altså samme paradoks, når det gælder forholdet mellem skadesreduktion og stoffrihed: "In theory, harm reduction offers choices about drug use

(abstinence or continued use). In practice, balancing harm-reduction messages with abstinence proved to be difficult" (ibid, 15). Mange af de danske behandlere, vi har interviewet, er så overbevist om, at opiatmisbrugere – og dette gælder ikke kun ambulatoriernes klienter, men opiatmisbrugere generelt (med undtagelse af de alleryngste) – ikke kan gøres stoffri, at de betragter de stoffri behandlingstilbud for denne gruppe som irrelevante, eller i nogle tilfælde useriøse og direkte skadelige.

Skadesreduktion, selvstændighed og ansvar

Skadesreduktion hviler, som anført af flere forskere, på et paradigme om rationelt handlende individer, som vil og formår tage ansvar for deres handlinger. Folkesundhedsforskeren Tim Rhodes (2002) bruger det britiske skadesreduktionsprogram med sprøjtebytteordninger som illustration: Stofbrugeren opfattes i den folkesundhedsorienterede narkotikapolitik og praksis, som en "sundhedsbevidst" borger i stand til at træffe rationelle beslutninger i overensstemmelse med de offentlige anbefalinger om, hvordan man undgår risici. Sygdomsmodellen skabte i sin tid et billede af stofbrugeren som slave af sin afhængighed – ude af stand til at træffe rationelle beslutninger. Med skadesreduktion ser vi altså et diskursivt skifte, som er meget markant. Rhodes taler om en individualisering af risikoadfærd og risikominimering. Individer der informeres om risici og om hvordan de kan undgå dem, forventes også at agere derefter (Rhodes 2002). Samme ændring beskriver den australske kriminolog O'Malley:

"In the new discourse, in place of the drug-slave, we have the drug-using sub-

ject who becomes a consumer choosing from a range of drugs, the risks of which are clearly outlined and known [...] Freedom of choice becomes a dominant theme in descriptions of drug users, who, in effect, become 'choice-makers'" (O'Malley 1999: 198).

Som påvist af mange forskere, er udviklingen i det sociale arbejde generelt karakteriseret af en stigende fokusering på klienternes "selvforvaltning" (Villadsen & Gruber 1999; Åkerstrøm 2003; Villadsen 2004). Fra slutningen af 1980'erne og frem til i dag har dansk socialt arbejde ikke kun handlet om at tilbyde klienterne den hjælp, som de har behov for og ret til, men i stigende grad også om klienternes forpligtelser og ansvar (Carstens 1998). I denne henseende minder udviklingen i Danmark om den internationale udvikling hen imod "en kombineret selvstændiggørelse og ansvarliggørelse" (autonomization/responsibilization) af sociale klienter (Rose 2000: 1400). Behandling, og socialt arbejde i al almindelighed, bliver opfattet som en "ansporende kraft" (animator), som forventes at hjælpe mennesker til at tage et ansvar for eget liv, kontrollere risici, handle rationelt og fremadrettet (Rose 2000, 1399; jf. også Foucault 1982). I denne nye socialpolitiske æra er det ikke behandlere og socialarbejdere, som skal definere målsætninger for klienterne eller presse på for at finde løsninger på deres problemer, da man forestiller sig at en sådan indsats leder til "klientgørelse". Det er derimod klienterne selv – eller brugerne, som de hedder i den nye terminologi – som skal opstille mål, foreslå midler og handle i overensstemmelse med de valgte målsætninger.

Betoningen af klienternes selvbestemmelse og ansvar i forhold til behandlingen

er stærk blandt vore interviewpersoner. I følgende uddrag forklarer en behandler på et ambulatorium sit syn på klienternes rolle i behandlingen. Interviewpersonen betoner klienternes eget initiativ og ansvar, og tager afstand fra begrebet "målsætning", som hun tydeligvis betragter som noget, der bliver påført klienterne udefra – og ovenfra:

Sp.: Hvordan vil du beskrive de målsætninger I har, i forhold til dem, I er kontaktpersoner for?

Sv.: Hvad tænker du på med målsætninger? Det er sådan et frygteligt fint ord, som lugter af papir med Københavns Kommunes logo på [...] Vi prøver så vidt muligt at være ligeværdige med vores klienter, erkender, at det er dem, der er direktører i eget liv [...] Og vi gør os ikke til dommere eller er kloge eller lægger behandlingsplaner, som er fine ord på papiret [...] Hvis det ikke kommer indefra, så kommer det ikke [...] Omsorg kan jo nemt blive så kvælende, så eget initiativ bliver taget væk (interview med behandler på ambulatorium).

I følgende uddrag forklarer en behandler på et rådgivningscenter forskellen mellem ansvarsbevidste misbrugere og "klientgjorte" misbrugere:

"Jeg mener langt hen ad vejen, at klienterne er sig meget mere deres ansvar bevidst om, at de skal opfatte sig selv som en ligeværdig partner i et aftaleforhold og det tror jeg faktisk, mange af dem godt er sig bevidst og også vil. Og så er der jo andre der, hvad skal man sige, er så klientgjorte, at de stort set ikke i princippet kan tørre sig selv i røven [...] De er så socialt tilvænnede systemet, at de jo faktisk ikke kan

fungere, hvis systemet ikke på en eller anden måde har en eller anden meget høj grad af servicering [...] og det er noget mærkeligt noget, at de skal alt mulig andet nu, fordi vinden blæser i en anden retning” (interview med behandler på rådgivningscenter).

Den stærke betoning af klienternes eget ansvar og motivation bliver imidlertid ikke kun beskrevet som en positiv ting af vore interviewpersoner. Et behandlingssystem som bygger på forestillingen, at alle initiativer til forandring – eller stabilisering – skal komme fra klienten selv, kan let medføre, at det sociale arbejde med tiden kommer til at koncentreres om de klienter, som er mest aktive og opsøgende. En behandler på et rådgivningscenter siger: *”Man kan sige de har i virkeligheden en høj grad af ansvarlighed for deres egen behandling. De er jo nødt til at komme og sige til os, hvis de ønsker, der skal ske nogle forandringer, fordi ellers sker der ikke nødvendigvis noget. Så de skal helst være i stand til at sige til. Og det er selvfølgelig ikke dem alle sammen, der er det”*. Hvad denne behandler giver udtryk for er altså, at ikke alle stofmisbrugere kommer og beder om hjælp, enten fordi de ikke magter at formulere deres ønsker, eller (måske) fordi de ikke ved, hvad de vil.

Klientens ”ønsker” er altså ikke nødvendigvis et klart afgrænset og let formidlet fænomen, som behandlingsarbejdet uden videre kan tage udgangspunkt i. Interviewpersonen ovenfor siger også, at hun let kommer til at prioritere at arbejde med klienter, som har klare ønsker – på bekostning af dem, som ikke kan formulere en målsætning: *”De kan nok blive lidt tabte. Det er de i hvert fald blevet her på det sidste, hvor vi har haft lidt travlt”*. På den an-

den side mener flere behandlere – og her er vi tilbage i betoningen af klientens eget ansvar – at det er både naturligt og legitimt at prioritere på denne måde. En socialarbejder på et rådgivningscenter siger for eksempel:

”Sådan har min tid været skruet sammen, at de som henvender sig med nogle ønsker, det tager jeg fat i, alle mulige andre, som ikke har henvendt sig med noget ønske eller et eller andet, jamen dem rører jeg jo ikke, for sådan har min tid været prioriteret [...] Dem, som henvender sig og ønsker en tid, de får en tid og dem, som henvender sig mange gange, de får mange tider [...] Jeg tænker også sådan lidt, at det er lidt strategisk, at der, hvor man skal sætte ind, jamen det synes jeg et eller andet sted, det er i forhold til dem, som beder om hjælp, ikke? [...] Jeg gør det, jeg skal i forhold til dem, som henvender sig og ønsker hjælp. Fordi udover det, så kan jeg ikke rigtig tage ansvaret.”

I en presset hverdag oplever socialarbejderen, at han gør det, der med rimelighed kan forventes af ham, når han tager sig af de ønsker, brugerne henvender sig med. Han gør det, han skal og udover det, kan han ikke tage ansvar. Hans tankegang er en logisk udløber af strukturen i det danske behandlingssystem og ideen om den rationelle bruger, som følger med skadesreduktionstilgangen. Det problem man her må pege på er, at det stilles store og måske urealistiske krav til klienterne. I vore interviewpersoners forståelse kan en forandringsproces kun starte et sted: inde i klienten og det er kun klienten selv, der kan videreføre denne proces; behandlerne kan kun agere, hvis klienten beder dem om det. Det er således en meget stærk individuali-

stisk forståelse af klienten, hans/hendes problemer og forandringspotentiale, interviewpersonerne opererer med, og samtidig en opfattelse af klienten som rationel, viljestærk og myndig – klienten er ”direktør i eget liv”, som en af interviewpersonerne formulerede det ovenfor. Denne opfattelse passer dog dårligt sammen med forestillingen om, at opiatmisbrugere for al fremtid er underlagt deres stoftrang, og at evt. ønsker om stoffrihed fra disse klienter ikke kan tages alvorlig. Klienterne defineres således *både* som underlagt stoffernes magt, og dermed som ukapable at tage styringen i eget liv *og* som rationelle og kapable at formulere et hjælpebehov – så længe det er et hjælpebehov, som harmoniserer med skadesreduktionsperspektivet.

Skadesreduktion og social integration

Det sidste punkt vi vil behandle i denne artikel er spørgsmålet om skadesreduktionsperspektivets forskellige målsætninger: sundhedsrelaterede målsætninger hhv. målsætninger om social integration.

En gennemgang af forskningslitteraturen om skadesreduktion afslører, at de sundhedsmæssige mål er betydeligt klarere beskrevet end de sociale. Der kan fx være tale om en nedgang i antallet af overdoser, begrænsning af HIV-smitte, færre injektionsskader etc. blandt klienter, som deltager i metadonbehandling eller fixeprojekter. I store træk hersker der konsensus om, at en række skadesreduktionstiltag – herunder ikke mindst metadonbehandling – faktisk reducerer overdosisdødsfald, HIV-smitte osv. og den konsensus ser ud til at bygge på et veldokumenteret grundlag (fx Copel 2000; Wolf et al. 2003).

I modsætning hertil, er de skadesredu-

cerende tiltags betydning for misbrugernes sociale integration relativt udforsket. Ambitionerne er dog høje, også på dette punkt: Når metadonordninger, sprøjtebytteordninger, ”fixerum” osv. har sørget for, at stofmisbrugernes sundhedsmæssige tilstand er forbedret, deres stressniveau er sænket og omgivelserne ser med mildere øjne på dem, fordi der ikke længere er sprøjter som flyder i opgange og ikke længere er stofmisbrugere, der må injicere på åben gade – så forventer man, at de langsigtede sociale fordele ved skadesreduktion vil vise sig; nemlig i form af øget accept og (re)integration af stofmisbrugerne (Marlatt 1998; Springer 2000; Tammi 2004). Skadesreduktion i denne sociale betydning tænkes således at lede til en ”normalisering” af stofbrugernes situation, en øget tilknytning til samfundets forskellige arenaer (arbejds-mæssig, familiemæssig etc.), en mindsning af omgivelsernes stemping af og afstandstagen til stofmisbrugere.

I vores undersøgelsesramme åbner diskussionen om de forskellige målsætninger op for spørgsmål af typen: Hvis stoffrihed ikke er et mål for (alle) opiatmisbrugere, hvilke langsigtede mål arbejder man så med? Begrebet ”social integration” bruges ofte af skadesreduktionsperspektivets talsmænd, men hvad betyder begrebet egentlig i det konkrete behandlingsarbejde? Er skadesreduktion, fx metadonbehandling, en permanent løsning for klienterne eller er det et første led i et langsigtet behandlingsarrangement med gradvis optrappede målsætninger for social integration?

Svaret på det sidste spørgsmål er relativt klart. For en stor del af metadonklienterne er substitutionsbehandling et tilbud for resten af livet, og dette gælder specielt for opiatmisbrugere som er i 35–40 års alderen

og ældre. Målsætningen for disse misbrugere er ikke "normalisering" i forhold til forskellige sociale arenaer (arbejdsmarked, familieliv), men at bidrage til at klienterne får et så tåleligt liv som muligt. En behandler på et ambulatorium siger:

"De klienter vi har her [...] De fleste klienter er oppe i alderen, og nu er de kommet til et sted i deres liv, hvor de får metadonen, og så kan de få et tåleligt liv, til de bliver puttet i graven [...] Men der bliver vi jo stadig nødt til at lave en handleplan og en behandlingsplan på dem, det er et lovkrav [...] Så har vi de handleplaner og de kan bestå af lige fra at få sat gardiner op til at få kontakt til mor og far, altså [...] Behandlingsplanen, den er måske lidt mere tricky i forhold til den ældre generation [...] Jeg ved godt at det er farligt at sige, men sådan er det" (interview med behandler på ambulatorium).

En behandler på et rådgivningscenter beskriver de "ældre" misbrugere på denne måde, og kontrasterer dem med 25-årige misbrugere, som behandlingssystemet skal have "større eller andre mål" for:

"Altså folk som har været på banen, eller scenen [...] i en lang årrække [...] og har valgt at sige, at nu vil jeg erkende, at jeg lever med en metadonunderstøttet behandlingsmulighed resten af mit liv [...] Og hvis de i øvrigt ønsker at tusse rundt, uden at nogen prikker til dem hver andet øjeblik [...] så skal jeg ikke løbe efter dem [...] Jeg mener, at man sagtens kan blive en lykkelig pensionist på metadon [...] Men hvis du er 25 år og har to-tre års misbrug bag dig, så kan det godt være, at man får [...] nogle behandlere efter sig, som ville opstille

nogle lidt større eller lidt andre mål, og hvor der måske er nogle lidt andre ting end lige at have øjnene rettet mod medicinskabet" (interview med behandler på rådgivningscenter).

Holdningen til de "ældre" misbrugere er generelt, at de skal have fred og ro (formuleringen går igen i mange interviews) både i den forstand, at de skal have et liv i trygge boligmæssige og økonomiske rammer og at de skal slippe for mere ambitiøse forsøg på behandling, forandring og aktivering. Flere interviewpersoner beskriver misbruget som en form for kronisk *sygdom*, som på linje med andre sygdomme kræver medicinering (metadon), men som i øvrigt sagtens kan kombineres med en god livskvalitet. En behandler på et rådgivningscenter sammenligner metadonbehandling med insulinbehandling for sukkersyge og siger, at hun ville ønske, at misbrugerne forholdt sig lige naturligt til deres "sygdom", som diabetespatienter gør til deres. Metadonklienterne burde ifølge hende "rejse naksen" og sige til deres omgivelser: *"Jeg har været misbruger i mange år, og nu får jeg metadon, og jeg tager ikke noget ved siden af. Det er bare så flot, og jeg har det bare så godt med det, og sådan skal jeg leve resten af mit liv"*. Samme interviewperson siger imidlertid også, at dette ikke er realistisk, da samfundet (og misbrugerne selv) har helt andre holdninger til stofmisbrug end til sukkersyge. Hun har aldrig mødt en misbruger, som er stolt over at være metadonklient og finder det også tvivlsomt, om der overhovedet findes "rene" metadonbrugere, det vil sige klienter som ikke tager andre stoffer ved siden af. Hun konkluderer derfor følgende om skadesreduktion: *"På den ene side er det rigtig, rigtig godt at hjælpe folk med at få en øget*

livskvalitet. På den anden side, så tror jeg, at [...] man holder liv i afhængigheden [...] Jeg kender ikke personligt nogen, der har formået at være stabil uden sidemisbrug i perioder" (interview med behandler på rådgivningscenter). Her sætter behandleren ord på et af de sværeste dilemmaer i forbindelse med skadesreduktion – potentialet for livskvalitetsøgning kontra risikoen for marginalisering. Et dilemma som kræver mere opmærksomhed både i forskning og praksis.

Afslutning

Vi vil afslutte denne artikel ved at vende tilbage til den kritik, som er blevet formuleret i forhold til skadesreduktionsperspektivet. Først imidlertid en opsummering af de paradokser vi har beskrevet ovenfor.

For det første: Mange socialforskere og praktikere finder skadesreduktion og målsætninger om stoffrihed fuldt forenelige – i praksis opstår der dog modstrid mellem de to tilgange. Stoffrihed er ofte et på forhånd opgivet mål på institutioner, som arbejder med et skadesreduktionsperspektiv, og behandlingsarbejdet er derfor fokuseret på andre ting: substitutionsbehandling, praktisk hjælp med økonomi, bolig, osv. Skadesreduktionsperspektivet i det københavnske behandlingssystem er forankret i en forestilling om, at "ældre" opiatmisbrugere (personer over 35–40 år, men kategorien omfatter i praksis også yngre personer) hverken vil eller magter stoffrihed. Derfor er målsætningen om stoffrihed – og tiltag som kunne støtte denne målsætning hos misbrugerne – heller ikke en integreret del af institutionernes arbejde. Snarere tværtimod, kan man sige: Mange behandlere ser det faktisk som deres opgave at forholde sig kritisk til eventuelle udsagn om stoffrihedsmål blandt deres

klienter, og overtale klienterne til en mere realistisk målsætning: "stabilisering" gennem metadonbehandling.

For det andet: Skadesreduktion knytter sig til en opfattelse om, at alle initiativer til forandring må komme fra klienten selv, ellers er behandlingsindsatserne udsigtsløse. Alligevel siger mange behandlere, at klienterne ikke altid kommer til dem og beder om den hjælp de har brug for klienternes liv ofte er så kaotisk, at man ikke kan forvente sig, at de lægger realistiske planer for fremtiden eller kan formulere ønsker, som der kan handles på. Behandlerne ser altså klienterne som på én gang kompetente til at fatte beslutninger og som hjælpeløse og underlagt stoffernes magt. Der er en tendens til, at klienterne bliver betragtet som rationelle, når deres ønsker harmoniserer med skadesreduktionsperspektivet og irrationelle, hvis de ønsker stoffrihed. Dette er naturligt, da behandlerne jo betragter opiatafhængighed som en kronisk tilstand, og langvarig/livslang metadonforskrivning som den eneste fornuftige løsning på misbrugsproblemerne.

Relationen mellem skadesreduktion og den kombinerede "selvstændiggørelse/ansvarliggørelse" (Rose 2000, 1400) bliver dermed meget kompleks. På den ene side forudsætter skadesreduktionsperspektivet, at behandlerne viser respekt for klienternes integritet og selvstændighed, og det ser det da også ud til, at man gør på både rådgivningscentre og ambulatorier. Metadonbehandlingen er tilrettelagt med et minimum af kontrol og sanktioner: klienterne har stor indflydelse på deres egen behandling (metadondoser, anden medicinering, fremmødetider etc.) og man prøver på alle måder at undgå "klientgørelse". På den anden side kan man hævde, at den

meget stærke betoning af individets ansvar for egne problemer kan bringe klientværdigheden i fare for nogle grupper af misbrugere. I modsætning til en udbredt antagelse om, at skadesreduktionstilgangen næsten per automatik medfører større værdighed og mindre moralsk skyld for stofmisbruger, så kan skadesreduktion i værste tilfælde medføre det stik modsatte. Mindre værdighed for de brugere, der ikke magter at formulere deres ønsker eller hvis ønsker bliver afføjet, fordi de ikke opfattes som oprigtige. Mere moralsk skyld fordi alle brugere tilsyneladende har adgang til information om den mest skadesreducerende praksis og hjælp til at realisere de ønsker de måtte have.

For det tredje: Skadesreduktionsperspektivets talsmænd udgår ofte fra at skadesreduktion, fx metadonbehandling leder til bedre social integration af klienterne. Spørgsmålet er dog, om dette er rigtigt. Fænomenet "social integration" er uklart formuleret ude på rådgivningscentre og ambulatorierne, men ser i praksis ud til at betyde, at metadonklienterne (som alle andre udsatte borgere i Danmark) har ret til social sagsbehandling i forhold til økonomi og bolig. Hertil kommer varierende grader af samtalekontakt, støtte og for nogle misbrugere, socialt samvær med personale og andre klienter. Alt dette kan bidrage til at stabilisere klienternes livssituation, men leder ikke nødvendigvis til social integration i mere ambitiøs – nogen vil måske sige traditionel – forstand. Et overvældende indtryk af interviewerne er, at metadonklienterne er og forbliver stærkt marginaliserede borgere, som lever et liv præget af ensomhed, ubehandlede psykiske problemer, omgivelsernes afstandtagen, sidemisbrug og med "øjnene rettet

mod medicinskabet", som en af behandlerne udtrykte det ovenfor.

Den canadiske sociolog Gordon Roe (2005) mener, at skadesreduktion i praksis ikke lever op til de målsætninger, perspektivets talsmænd oprindeligt havde. Perspektivet er ifølge Roe ledt til, at mange opiatmisbrugere er kommet ind i en blindgyde, hvor de nærmest per automatik bliver placeret i længerevarende metadonbehandling uden en grundlæggende diskussion af eventuelle alternative tilbud og af, hvad målsætningerne med metadonbehandlingen egentlig skal være på længere sigt. Metadonbehandlingen har således udviklet sig til et "for resten af livet" tilbud – også for klienter, som måske skulle have haft andre behandlingstilbud: "*'Mature' medical harm reduction can be seen as a move from a problematic 'curative' model, through prohibition and treatment, to an equally problematic 'palliative' model*" (Roe 2005, 248). Roe mener også, at skadesreduktionsperspektivet ikke har erstattet sygdomsmodellen på misbrugsområdet, men i stedet udvidet den: "*It has also extended the 'disease' model of addiction, labelling drug users as permanently disabled by their dependence on drugs*" (ibid, 247). Skadesreduktion har ifølge dette ræsonnement medført en medikalisering af stofmisbrugerens problemer, også de problemer som i grunden er sociale, hvilket i praksis kan betyde, at der bliver blokeret for mere langsigtede løsninger.

Roe indskriver sig i den Foucault-inspirerede forskningstradition omkring "governmentality", en tradition indenfor hvilken, man også finder andre kritikere af de folkesundhedsprincipper, som skadesreduktion hviler på (jf. også Mugford 1993; Miller 2001). Disse forskere mener

ikke, at styring via folkesundhedsprincipper – og dermed, kan vil tilføje, skadesreduktion – er problematisk i sig selv, kun at de nye principper ikke nødvendigvis er så ”myndiggørende” og fri fra moralsk fordømmelse som man ofte antager. Styring via folkesundhed er ifølge Miller og Rose (1993) et led i et neoliberalt udviklingsprojekt, som ganske vist prøver at gøre op med bureaukrati og systemets omklamring af individet, men som samtidig medfører nye former for kontrol og fordømmelse.

Petersen & Lupton (1996) beskriver folkesundhedsperspektivets konsekvenser for forskellige grupper i samfundet, ikke mindst grupper som af en eller anden grund har problemer med at leve op til kravene om ”ansvarlighed” og rationel risikohåndtering. Folkesundhedsperspektivet bygger ifølge Petersen & Lupton på forestillingen om *“the entrepreneurial self, that is, the self who is expected to live life in a prudent, calculating way and to be ever-vigilant of risks”* (xiii). Den logiske konsekvens af dette er, at uvillighed til eller vanskeligheder med at leve op til forventningerne om risikohåndtering åbner op for en kategori af borgere karakteriseret af *“a failure of the self to take care of it self”* (s.16).

Vi er enige med Petersen & Lupton i disse betragtninger, og med Roe som vi citerede ovenfor. Også i Danmark ser det ud til, at opiatmisbrugere bliver visiteret til substitutionsbehandling uden en grundlæggende diskussion af alternative tilbud og af hvad, målsætningerne på sigt egentlig skal være. Og også i Danmark virker skadesreduktionsperspektivet at have ledt til en kraftig forstærkelse af den medicinske behandling på stofmisbrugsområdet: Behandlingsindsatserne er domineret af metadontildeling,

og ”forsyningsikkerhed” er metadonklienternes væsentligste grund til at møde op på ambulatorier og rådgivningscentre. Hertil kommer, at behandlernes forståelse af klienternes problemer også i vores interviewmateriale hviler på en (eksplicit formuleret eller implicit) sygdomsmodel. Klienternes tilstand bliver betragtet som kronisk, og de skal have deres medicin for at kunne fungere ”normalt”. Dog er der tale om en normalitet, som ikke omfatter en social integration (i forhold til arbejde, uddannelse, familie) i traditionel forstand.

Den optimistiske ånd som i udgangspunktet fulgte skadesreduktion bør ledsages af en øget opmærksomhed på disse aspekter ved det praktiske arbejde med skadesreduktion. I denne proces skal vi dog passe på, at barnet ikke ryger ud med badevandet. Skadesreducerende tilbud har deres klare berettigelse i behandlingssystemet, og en kritisk diskussion af dem skal naturligvis ikke lede til en tilbagemelding til kontrol, restriktioner og klientgørelse. I et behandlingssystem som det danske, som har gennemgået en voldsom udvikling i de sidste femten år, er det dog på tide at standse op og reflektere over, om ikke diskrepansen mellem skadesreduktionsperspektivets oprindelige idealer og virkeligheden ude på behandlingsinstitutionerne er blevet for stor.

Ditte Andersen, stud. scient. soc

Socialforskningsinstituttet
Herluf Trolles Gade 11
1052 København, Danmark
E-post: dia@sfi.dk

Margaretha Järvinen, professor

Socialforskningsinstituttet,
Sociologisk Institut, Københavns Universitet,
1052 København, Danmark
E-post: mja@sfi.dk

NOTER

- 1) Newcombe blev i 1992 direktør i "Drugs & HIV Monitoring Unit" under Mersey Regional Health Authority i Liverpool.
- 2) Artiklen beskriver situationen i juni 2006.

REFERENCER

- Carstens, A. (1998): Aktivering, klientsamtaler og socialpolitik. København: Hans Reitzels Forlag
- Coppel, A. (2000): Drug policy – the French situation. In: Springer, A. & Uhl, A. (eds.): Illicit drugs. Patterns of use – patterns of responses, 115-119
- Des Jarlais, D.C. (1993): Harm reduction: A Public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annual Review of Public Health* 14: 413-50
- Engelsman, E.L. (1989): Dutch policy on the management of drug-related problems. *British Journal of Addiction* 84: 211-218
- Foucault, M. (1982): The subject of power. Pp. 208-26. In: Dreyfus, H.L. & Rabinow, P. (eds.): Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics. Brighton: Harvester Press
- Jepsen, J. (2000): The Danish harm reduction debate – actors and influences. Pp. 91-102. In: Springer, A. & Uhl, A. (eds.): Illicit drugs. Patterns of use – patterns of responses
- Jepsen, J. (2001): Narkotikakrigens ofre. Afskedsforelæsning. Center for Rusmiddel-forskning, Aarhus Universitet
- Keane, H. (2003): Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy* 14 (3): 227-232
- Koutroulis, G. (2000): That original tension. negotiating abstinence in clinicians' accounts of harm reduction in nonresidential treatment of heroin withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19 (1): 89-98
- Marlatt, G.A. (1996): Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors* 21 (6): 779-788
- Marlatt, G.A. (1998): Harm reduction. Pragmatic strategies for managing harm-risk behaviors. New York: The Guilford Press
- Miller, P. (2001): A critical review of the harm minimization Ideology in Australia. *Critical Public Health* 11 (2): 167-178
- Miller, P. & Rose, N. (1993): Governing economic life. In: Gane, M. & Johnson, T. (eds): Foucault's new domains. London: Routledge
- Mugford, S. (1993): Harm reduction: Does it lead where its proponents imagine? Pp. 21-33. In: Heather, N. et al. (eds.): Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr
- Nadelmann, E. (1993): Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug-related harm. Pp. 35-48. In: Heather, N. et al. (eds): Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr Publishers
- Newcombe, R. (1992): The reduction of drug-related harm. In: O'Hare et al. (eds): The reduction of drug-related harm. London: Routledge
- O'Malley, P. (1999): Consuming risks: Harm minimization and the government of "drug-users". In: Smandych, R. (ed.): Governable places: Readings on governmentality and crime control. Brookville: Ashgate
- Petersen, A. & Lupton, D. (1996): The new public health. Health and self in the age of risk. London: Sage
- Rhodes, T. (2002): The 'risk environment': A framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* 13 (2): 85-94.
- Riley, D. & Sawka, E. & Convey, P. & Hewitt, D. & Mitic, W. & Poulin, C. & Room, R. & Single, E. & Topp, J. (1999): Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance Use and Abuse* 34 (1): 9-24
- Roe, G. (2005): Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health* 15 (3): 243-250
- Rose, N. (2000): Community, citizenship and the third way. *American Behavioral Scientist* 43 (9): 1395-1411
- Single, E. (1995): Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review* 14: 287-290
- Springer, A. (2000): Harm reduction in Vienna. In: Springer, A. & Uhl, A. (eds.): Illicit drugs. Patterns of use – patterns of respon-

- ses 103–114
- Sundhedsstyrelsen (2005): Stofmisbrugere i behandling i 2004. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 9. Nr. 12, juni 2005
- Tammi, T. (2004): The harm reduction school of thought: Three fractions. *contemporary drug problems* 31 (3): 381–400
- Villadsen, K. (2004): Det sociale arbejdes genealogi. København: Hans Reitzel
- Villadsen, K. & Gruber, T. (1999): Socialpolitiske diskurser – på tværs af sektorer og organisationer. Roskilde: Roskilde Universitetscenter
- Wolf, J. & Linssen, L. & De Graaf, I. (2003): Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues* 33 (3): 649–55
- Zajdow, G. (2005): What are we scared of? The absence of sociology in current debates about drug treatments and policies. *Journal of Sociology* 41 (2): 185–199
- Åkerstrøm, N.A. (2003): Borgerens kontraktliggørelse. København: Hans Reitzel.