

Hva nå?

Evaluering av prøveordning med sprøyterom

Hilgunn Olsen og Astrid Skretting

SIRUS rapport nr. 7/2007
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2007

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2007

ISBN 978-827171-308-9
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

I desember 2004 vedtok Stortinget en midlertidig lov og forskrift om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika – sprøyteromsloven. Oslo kommune vedtok allerede i 2001 å starte et forsøksprosjekt med sprøyterom, og sprøyterommet i Oslo åpnet i 1. februar 2005 i tilknytning til lavterskeltilbudene i Tollbugata 3. Rapporten er en evaluering av prøveordning med sprøyterom i Oslo kommune i de første to driftsårene.

Evalueringen tar utgangspunkt i de oppsatte målsettingene for prøveordningen slik de er formulert i midlertidig lov og forskrift. Videre vies de ansattes arbeidsforhold relativt stor plass. Sprøyteromsordningen er en arbeidsplass der de ansatte er tett opp til brukernes selvdestruktivitet og utsettes for sterke inntrykk. Utforming av det fysiske arbeidsmiljøet og ivaretagelse av de ansatte framstår derfor som viktig.

Evalueringen er utført i nært samarbeid med de ansatte. Vi vil takke for stor imøtekommenhet. Det samme gjelder beboere på Rusmideletatens hybelhus som deltok i fokusgruppeintervjuer og brukere av sprøyteromsordningen som deltok i brukerundersøkelsene.

Vi vil også takke Elin K. Bye for tilrettelegging av datafil om registrert informasjon om bruk av sprøyteromsordningen og for verdifulle kommentarer. Videre vil vi takke Ingeborg Rossow for estimering av overdoser i Oslo, og Anne Line Bretteville-Jensen, Christian Lund og Jostein Rise og for nyttige kommentarer til rapporten.

Forfatterne er å anse som likeverdige. Hilgunn Olsen har hatt hovedansvar for datainnsamling og enkeltkapitler. Astrid Skretting har hatt hovedansvaret for helheten og den endelige rapporten.

Oslo november 2007

Hilgunn Olsen og Astrid Skretting

Innhold

Sammendrag	9
Del I Rammer.....	13
1 Innledning	13
1.1 Hva er sprøyterom?	14
1.2 Prøveordning med sprøyterom i Norge	15
1.3 Problemstillinger	15
1.4 Data og metode.....	18
1.5 Rapportens oppbygning.....	20
2 De politiske prosessene	23
2.1 Skiftende regjeringer og ulike syn.....	23
2.2 Stortinget og Oslo bystyre ønsker sprøyterom.....	25
2.3 Lovhjemling.....	26
2.4 Andre dilemmaer	29
2.5 De rusmiddelpolitiske organisasjonene	30
2.6 Regjeringen går tilbake til Stortinget.....	30
2.7 Stortinget fastholdt tidligere vedtak	32
2.8 Forslag om midlertidig lov om prøveordning med sprøyterom.....	32
2.9 Endring i midlertidig lov om prøveordning med sprøyterom ..	34
2.10 Oppsummering	34
3 Sprøyte-/brukerrom i andre land	37
3.1 Oppsummering:	40
Del II Drift av prøveordningen.....	41
4 Sprøyterom i Oslo	41
4.1 Lokalene for prøveordningen	42
4.2 Økonomi.....	44
4.3 Oppsummering	45
5 Brukerne	47
5.1 Registrering av brukere	47
5.2 Hva vet vi om brukerne?	50
5.3 Bruk av sprøyteromsordningen	53
5.3.1 Bruksfrekvens	53
5.3.2 Hvor mye injiseres og hvor på kroppen?.....	56
5.4 Hva gjør sprøyterom attraktivt?.....	59
5.4.1 Hvorfor benyttes sprøyterommet?	60

5.4.2	Stor brukertilfredshet.....	63
5.4.3	Begrensninger ved sprøyteromsordningen.....	63
5.5	Oppsummering	64
6	Måloppnåelse.....	67
6.1	Straffrihet for en brukerdose heroin	67
6.2	Økt verdighet?	72
6.3	Helse- og sosialfaglig oppfølging.....	75
6.4	Sikrere injeksjonspraksis?.....	80
6.5	Overdoser	83
6.5.1	Reduserer sprøyterom overdoser?	85
6.5.2	Forebygge overdoser eller økt risiko?.....	86
6.6	Oppsummering	92
7	De ansatte	95
7.1	Bemanning	96
7.2	Manglende forberedelse	98
7.3	Arbeidsoppgaver	103
7.4	Arbeidsmiljø	106
7.4.1	Manglende sikkerhet/trygghet.....	108
7.4.2	Stort ansvar.....	111
7.4.3	Tett på selvdestruktivitet	113
7.4.4	Ansatte som containere	114
7.5	Veiledning	115
7.6	Kunne lært av internasjonale erfaringer.....	116
7.7	Oppsummering	117
Del III	Dilemmaer og konklusjoner	119
8	Dilemmaer	119
8.1	Bare injisering?	119
8.2	Andre stoffer enn heroin?	120
8.3	Sprøyterom og/eller andre hjelpetiltak?	122
8.4	Hva med de ustabile?	122
8.5	Kontrollaspektet.....	123
8.6	Tillate injeksjon i hals og lyske?	125
8.7	Hjelp eller renovasjon?.....	125
8.8	Skadereduksjon versus forebygging?.....	127
8.9	Meldeplikt	127
8.10	Hvordan velge ut hvem som skal få adgang?	128
8.11	Hvor langt skal samfunnet strekke seg?	128
8.12	Oppsummering	128

9	Hvilke svar gir evalueringen?	131
9.1	Evalueringen - en metodisk utfordring.....	131
9.2	Straffrihet	132
9.3	Verdighet.....	133
9.4	Kontakt med hjelpeapparatet.....	133
9.5	Forebygge smitte og infeksjoner.....	134
9.6	Forebygge overdoser og overdosedødsfall.....	134
9.7	Brukerne.....	135
9.8	De ansatte	135
10	Hvordan bør en eventuell permanent sprøyteromsordning utformes?	137
10.1	Hensiktsmessige lokaler	137
10.2	Åpningstider	137
10.3	Ivaretagelse av ansatte	138
10.4	Helsehus?	139
11	Sluttkommentarer.....	141
11.1	Sprøyterom - et paradoks?.....	141
11.2	Ambisjonsnivå for en sprøyteromsordning	141
Vedlegg I	143	
	Midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven).....	143
	Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)	145
Vedlegg II	149	
	Brukerkontrakt.....	149
Vedlegg III	151	
	Ordensregler:.....	151
Referanser:	153	
English summary	159	

Sammendrag

Spørsmål om etablering av sprøyterom ble reist i Stortinget første gang i 1999. Saken gikk fram og tilbake mellom Stortinget og skiftende regjeringer i flere omganger. Riksadvokaten påpekte at etablering av offentlig sprøyterom måtte hjemles i lov. Midlertidig lov og forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) ble vedtatt av Stortinget i desember 2004. SIRUS fikk i oppdrag å evaluere prøveordningen.

Oslo kommune fikk godkjenning fra Sosial- og helsedirektoratet om å sette i gang prøveordning med sprøyterom. Oslo kommune åpnet sprøyterom i Tollbugata 3, 1. februar 2005.

Målgruppa for sprøyteromsordningen er "tungt belastede heroinmisbrukere som er fylt 18 år". Formålet med prøveordningen er å:

- vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område,
- bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere,
- gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddel-misbrukere og hjelpeapparat,
- bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og
- redusere antall overdoser og overdosedødsfall.

I de første to driftsårene var det registrert 409 personer som brukere, og av disse var det 383 som brukte sprøyteromsordningen en eller flere ganger. Av de 383 var 71 prosent menn og 29 prosent kvinner, 23 prosent var 30 år eller yngre, 41 prosent 31-40 år og 37 prosent var eldre enn 40 år.

I de første to driftsårene ble det satt 17 226 injeksjoner, det vil si et gjennomsnitt på 24 injeksjoner per dag. Det er store variasjoner i hvor ofte de registrerte brukerne har brukt sprøyteromsordningen. Det er bare 10 prosent som har brukt sprøyteromsordningen mer enn seks ganger i gjennomsnitt per måned. 2/3 har i gjennomsnitt brukt tilbudet to ganger eller mindre per måned i den tiden de har vært registret.

80 prosent av brukerne rapporterte å skulle injisere 0,2 – 0,25 gram heroin (en "kvartering"). De fleste injeksjonene ble satt i arm (64 prosent). Andre

kroppsdel for injeksjon var lyske (19 prosent), bein (15 prosent) og hals (2 prosent).

Trygghet oppgis av brukerne som den viktigste grunnen til at de oppsøker sprøyteromsordningen. Viktige faktorer brukerne oppgir som grunn til at de føler seg trygge i sprøyterommet, er at de lærer å injisere på en måte som medfører mindre skader, at noen passer på i tilfelle overdose og at de er sikre på å kunne injisere uten å bli jaget av politi eller vekter.

Brukerne av sprøyteromsordningen uttrykker generelt stor tilfredshet med tilbudet som gis. Det er så godt som ingen som har noe å utsette verken på den veiledning de mottar ved injeksjon, hvordan de møtes av de ansatte eller det utstyr som tilbys. Ønskede endringer er i hovedsak utvidelse av åpningstidene og tillatelse til å injisere piller sammen med heroin.

Politiet har lojalt støttet opp om prøveordningen. Straffrihetsbestemmelsen må kunne sies å ha hatt den effekt at det fra et legalt perspektiv er praktisk mulig å drive en sprøyteromsordning, selv om det vil være umulig for ansatte å kontrollere at det bare medbringes én brukerdose heroin. Straffriheten har imidlertid også hatt en noe utilsiktet effekt, ved at heroin i små mengder i praksis er ytterligere avkriminalisert i Oslo sentrum.

I den grad det er mulig å operasjonalisere verdighetsbegrepet, kan sprøyteromsordningen sies å ha bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppa. Sprøyteromsordningen kan sies å ha gitt økt verdighet til rusmiddelmissbrukere i vid forstand, ved at den anerkjenner behovet for å injisere narkotika på en minst mulig risikofylt måte. Sprøyteromsordningen kan også sies å gi en form for verdighet for den enkelte bruker gjennom måten han/hun blir møtt på av de ansatte.

Helse- og sosialfaglig oppfølging av brukerne av sprøyteromsordningen er registrert i 8 prosent av alle besøk. Slik oppfølging er imidlertid avhengig av tilstrekkelig bemanning. Hensiktsmessige lokaler som gir mulighet for separate samtaler, vil også kunne gi bedre muligheter for oppfølging.

Det er begrenset grunnlag for å si hvorvidt sprøyteromsordningen har bidratt til å forebygge infeksjoner og smitte. Brukerne må imidlertid forholde seg til klare regler for hygiene. De får også konkrete råd om hvordan de kan injisere på en måte som gir minst mulig skade med hensyn til sår og abscesser. Det ble gitt injeksjonsveiledning i 13 prosent av det

totale antallet injeksjoner, og 81 prosent av brukerne har mottatt slik veiledning en eller flere ganger. En må kunne anta at brukerne tar noe av denne "lærdommen" med seg når de tar narkotika med sprøyte utenom sprøyterommet. Brukere opplyser også at de generelt er blitt mer oppmerksomme på hygiene når de injiserer.

0,6 prosent av alle injeksjoner i sprøyterommet medførte overdose. 18 prosent av brukerne har hatt overdose i sprøyterommet. Ingen av overdosene har ført til dødsfall. Det er ikke grunnlag for å si at sprøyteromsordningen har bidratt til reduksjon av overdoser/-overdosedødsfall i Oslo. I fall en sprøyteromsordning skal kunne gi et slikt bidrag, må den ha kapasitet til å dekke en vesentlig andel av det totale antall injeksjoner som finner sted.

Oslo kommune/Rusmiddelstaten åpnet sprøyteromsordningen uten nødvendige forberedelser. Opplæringen av personalgruppa som skulle bemanne prøveordningen, var svært mangelfull. Det må i den forbindelse også rettes kritikk mot Sosial- og helsedirektoratet for at direktoratet som faginstans godkjente at Oslo kommune satte i gang sprøyteromsordningen. Direktoratet burde innsett at lokalene ikke tilfredstilte forskriften og at den faglige forberedelsen var for dårlig.

Det har vært mange ansatte innom sprøyteromsordningen. Etter at arbeidet i den første fasen var preget av stor entusiasme, førte dårlige fysiske og psykososiale arbeidsforhold til mange sykemeldinger og oppsigelser. Mange ansatte følte seg utrygge og at de påtok seg stort ansvar for at brukere ikke skulle gå i overdose. Mange ansatte rapporterer om stor psykisk belastning som følge av å være tett opp til brukernes selvdestruktivitet. Ansatte i de to første driftsårene har følt seg dårlig ivaretatt av arbeidsgiver. De ansatte har i begrenset grad hatt mulighet for veiledning.

En eventuell permanent sprøyteromsordning må ha hensiktsmessige lokaler. Selve injeksjonsrommet må være stort nok til at de ansatte kan ha en viss fysisk avstand til brukerne når disse injiserer. Injeksjonsrommet må i tillegg ha to utganger for å ivareta de ansattes sikkerhet. Et injeksjonsrom må også ha spesielt god ventilasjon. Åpningstidene må i størst mulig grad tilpasses brukernes behov. Ivaretagelse av ansatte må gis høy prioritet. Det bør legges stor vekt på å gi de ansatte best mulig sikkerhet i arbeidssituasjonen. Dette gjelder så vel fysisk utforming av en sprøyteromsordning som at de psykososiale sidene ved arbeidssituasjonen

må vektlegges. Integrering av en eventuell permanent sprøyteromsordning i en form for "helsehus" for rusmiddelmissbrukere bør vurderes.

Dilemmaer ved en sprøyteromsordning

En sprøyteromsordning innebærer ulike typer dilemmaer.

- På bakgrunn av at injisering av heroin innebærer større risiko for overdose enn røyking, kan det eksempelvis sees på som et dilemma at den norske prøveordningen bare tillater *injisering*.
- Så lenge det er få rene heroinmissbrukere i Norge, kan det også sees på som et dilemma at det bare er injisering av *heroin* som er tillatt.
- Det vil videre kunne sees på som et dilemma at en sprøyteromsordning kan bidra til å opprettholde rusmiddelmissbruk.
- En sprøyteromsordning vil ha problemer med å ta i mot brukere som er psykisk syke og utagerende. Det vil derfor kunne være et dilemma at de som kanskje har størst behov for en sprøyteromsordning, må utestenges.
- Injisering i hals og lyske medfører større risiko for skader enn injisering i arm. Det vil derfor være et dilemma hvorvidt en sprøyteromsordning skal tillate slik injisering.
- En sprøyteromsordning vil kunne motiveres ut fra et renovasjonsaspekt, noe som vil kunne føre til at hjelpeaspektet kommer i bakgrunnen.
- Et annet dilemma ved en offentlig sprøyteromsordning, vil være at det vil kunne tolkes som signal om at samfunnet aksepterer bruk av narkotika.
- Helsepersonelloven tilsier meldeplikt til barnevern (brukere med omsorgsansvar for barn), sosialtjenesten (graviditet) og politi (bilkjøring i påvirket tilstand). I noen situasjoner opplever ansatte dette som dilemmaer ved at de risikerer at aktuelle brukere vil unnlate å bruke sprøyteromsordningen.
- Så lenge en sprøyteromsordning er et knapt "gode", vil en ikke kunne være sikker på at det er de som trenger det mest, som får adgang. Det vil derfor være et dilemma om en skal legge "først til mølla" prinsippet til grunn, eller om andre kriterier skal gjelde.
- Det vil også kunne stilles spørsmål ved om sprøyterom er riktig bruk av samfunnets resurser og hvor langt skal samfunnet strekke seg i å møtekomme rusmiddelmissbrukeres behov for ulike tjenester.

Del I Rammer

1 Innledning

Tiltak for å redusere etterspørselen (demand reduction) og tiltak for å redusere tilgangen (supply reduction) var lenge de to bærebjelkene i kampen mot narkotika. I løpet av 1990-tallet fikk en tredje gruppe tiltak under betegnelsen skadereduksjon (harm reduction), fotfeste som nødvendige virkemidler. Skadereduksjonstilnærmingen har sin bakgrunn i HIV-epidemien og kampen for å begrense smittespredning gjennom sprøytedeling. Ulike former for sprøyteutdeling var derfor det som utløste den internasjonale debatten om skadereduksjon som virkemiddel i narkotikapolitikken. Skadereduksjon ble etter hvert også brukt som betegnelse for andre tiltak med sikte på å redusere og lindre ulike helsemessige skader av rusmiddelmissbruk, som for eksempel infeksjoner og rusmiddelrelaterte dødsfall. Likeledes blir skadereduksjon brukt om tiltak der målsettingen er å redusere det som kan kalles samfunnsmessige skader av rusmiddelmissbruk. Eksempel her kan være dagsentre eller kaféer som sikter på å "lokke" ansamlinger av narkotikamisbrukere vekk fra det offentlige rom, hvor mange vil oppleve at de er til sjenanse.

Mens det å hjelpe rusmiddelmissbrukere med å redusere eller komme ut av sitt misbruk i de fleste tilfeller vil være et langsiktig mål, retter skadereduksjon seg inn mot praktiske, kortsiktige løsninger eller forbedringer, uten hensyn til om de har direkte innvirkning på selve misbruket. Skadereduksjon innebærer med andre ord en aksept av at misbruket faktisk finner sted, samtidig som det kan sies å innebære en respekt for, og anerkjennelse av misbrukeren som person. Skadereduksjon kan derfor sees på som et supplement til hjelpe- og behandlingstiltak som har et mer langsiktig siktemål. Ved siden av lett tilgang på rene sprøyter, slik vi har i Norge, er lett tilgang til avrusing, matutdeling, opplæring i førstehjelp slik at misbrukere kan bistå hverandre ved eventuelle overdoser, lett tilgang til helsetjenester for at misbrukere kan få vaksinerings mot hepatitt, sårbehandling, etc, eksempler på skadereduserende tiltak. I tråd med dette har Norge i de seinere år satset betydelige midler på lavterskel helsetjenester til rusmiddelmissbrukere.

Da substitusjonsbehandling med metadon ble tatt i bruk i USA og Europa på 1960-tallet, var det som ledd en rehabiliteringsprosess. I dagens

situasjon har fokus for substitusjonsbehandling av heroinmisbrukere i de fleste land blitt forskjøvet fra rehabilitering til skadereduksjon. Foruten substitusjonsbehandling med metadon og etter hvert buprenorfin, har land som Nederland, Sveits og Tyskland også tatt i bruk heroin i vedlikeholdsbehandling.

Som del av en strategi med sikte på skadereduksjon, er det også land som har opprettet spesielle sprøyte- eller brukerrum. Narkotikamisbrukere kan her innta heroin eller andre narkotiske stoffer i skjermede omgivelser. Det gis varierende grad av veiledning om hvordan de kan injisere narkotika med minst mulig risiko. Målsettingen med slike sprøyte-/brukerrum er dels å redusere de individuelle helseskadene ved injisering, dels å trekke injeksjonsmisbrukere vekk fra det offentlige rom og derigjennom redusere sjenansen (public nuisance) ansamlinger av narkotikamisbrukere som injiserer utendørs, ofte fører med seg.

Skadereduksjon har lange tradisjoner innen helsevesenet. Mens sosialtjenesten i stor grad søker å sette individets totale situasjon i fokus, har helsevesenet større tradisjon for å ta seg av og behandle akutte skader uten at en nødvendigvis skal gjøre noe med årsaken til skadene der og da. I den grad samfunnets innsats i forhold til rusmiddelmisbrukere ensidig skal ha rehabilitering som mål, vil tilbud om reine sprøyter, vaksiner mot hepatitt, sårstell, næringsrik mat, varm seng, vask av klær og kropp, kunne møtes med argumenter om at det bidrar til å gjøre det lettere å leve som rusmiddelmisbruker, og at slike tilbud dermed bidrar til å opprettholde et misbruk. Det kan selvsagt ikke utelukkes at dette i noen grad vil kunne være tilfelle. Det er imidlertid lite som tyder på at noen har sluttet sitt misbruk på grunn av at det var vanskelig å få tak i reine sprøyter eller at de ikke fikk vaksiner mot hepatitt eller førstehjelp. Det er heller ikke noe som tyder på at noen blir injeksjonsmisbrukere fordi det er god tilgang på reine sprøyter. Det samme vil etter alt å dømme kunne sies om etablering av sprøyterom. Det kan vanskelig tenkes at noen begynner å injisere heroin eller andre stoffer fordi samfunnet tilbyr en sprøyteromsordning, eller at noen slutter å injisere narkotika fordi samfunnet ikke tilbyr sprøyterom.

1.1 Hva er sprøyterom?

Enkelt sagt er sprøyterom et sted hvor injeksjonsmisbrukere i skjermede omgivelser kan sette sprøyter uten at de risikerer at politiet intervenserer. Sprøyterom kan imidlertid også utvikles videre ved å legge de hygieniske

forholdene best mulig til rette, tilby reint brukerstyr, tilstedeværelse av helsepersonell og veiledning i sprøytesetting. Det finnes ulike former for offisielle sprøyte-/brukerrom i flere land. Når sprøyterom drøftes i norsk sammenheng, er det snakk om et særskilt innredet rom, separat eller bygget inn i et bredere aktivitets- eller omsorgstilbud for rusmiddel-misbrukere, der de kan injisere narkotika under tilsyn og veiledning av helsepersonell. Mange vil derfor si at helserom er en mer dekkende beskrivelse for hva et slikt tilbud er ment å inneholde. I den norske debatten er betegnelsene helserom og sprøyterom i noen grad brukt parallelt. En forutsetning for at sprøyte-/bruker-/helserom skal kunne fungere, må være at de som bruker et slikt tiltak, ikke risikerer å bli arrestert av politiet i umiddelbar tilknytning til sprøytesettingen (bruk og/eller besittelse av narkotika).

1.2 Prøveordning med sprøyterom i Norge

Spørsmål om å prøve ut en ordning med offentlig sprøyterom, ble første gang reist i Stortinget i 1999. Etter at saken i de påfølgende år ble sendt fram og tilbake mellom Stortinget og skiftende regjeringer i flere omganger, vedtok Stortinget i 17. desember 2004 en tre-årig midlertidig lov med forskrift om prøveordning med sprøyterom (se kap. 2). Sprøyterom ble her definert som en kommunehelsetjeneste. Bystyret i Oslo kommune hadde allerede i oktober 2001 fattet vedtak om at kommunen ønsket å starte opp et prøveprosjekt med sprøyterom. I forbindelse med at kommunen flyttet den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo til Tollbugata 3 samtidig som det her ble åpnet en ny feltpleiestasjon (lavterskel helsetjeneste for rusmiddel-misbrukere), ble det også innredet et injeksjonsrom. Umiddelbart etter Stortingets vedtak godkjente Sosial- og helsedirektoratet at Oslo kommune satte i gang en prøveordning. Målgruppen for prøveordningen er i følge forskriften: "tungt belastede heroinmisbrukere som har fylt 18 år".

1.3 Problemstillinger

SIRUS fikk i oppdrag å evaluere prøveordningen. Formålet med å prøve ut en ordning med sprøyterom for tungt belastede narkotikamisbrukere i Norge, er i følge forskrift å:

- vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område,
- bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere,

- gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddel-misbrukere og hjelpeapparat,
- bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og
- redusere antall overdoser og overdosedødsfall (se vedlegg I).

Slik formålet med sprøyteromsordningen er formulert, vil det være en tjeneste for brukere av illegale rusmidler som kan sees ut fra ulike perspektiver. Den kan sees fra et legalt perspektiv ved at prøveordningen skal gi grunnlag for å vurdere om og hvordan det i praksis vil fungere at brukere av sprøyterommet straffritt skal kunne besitte og bruke et illegalt rusmiddel. Prøveordningen kan også sees fra et helsetjenesteperspektiv gjennom at den skal bidra til bedret helse for brukerne, og fra et sosialtjenesteperspektiv ved at den skal gi økt mulighet til kontakt med hjelpeapparatet. Gjennom at prøveordningen har som mål å bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere, kan den også sees fra et humanistisk perspektiv. Ved at en sprøyteromsordning kan sees på som en anerkjennelse av rusmiddel-misbrukeres behov for å ha mulighet til å injisere narkotika med minst mulig risiko, vil den symbolske siden ved at det etableres en slik tjeneste være sentral.

I evalueringen av prøveordningen vil brukernes perspektiv naturlig nok stå sentralt. Det samme gjelder de ansattes perspektiv. Ut fra erfaringene i de to første driftsårene etter at Oslo kommune åpnet en prøveordning med sprøyterom 1. februar 2005, framstår det fysiske arbeidsmiljø og ivaretagelse av de som skal betjene en sprøyteromsordning som viktig. Videre er det ikke til å komme unna at sprøyteromsordningen reiser en rekke etiske og praktiske dilemmaer.

Ut fra dette tar evalueringen, så langt det er mulig, sikte på å besvare flere spørsmål. Om og i hvilken grad kan de oppsatte formålene med prøveordningen sies å være nådd?

- Hvordan har politiet forholdt seg til at besittelse og bruk av narkotika i tilknytning til sprøyteromsordningen er gjort straffritt?
- Hvordan blir forskriftens bestemmelse om at brukerne bare skal tillates å ta med og injisere én brukerdose heroin handtert i praksis?
- Hva kan sies om hvorvidt prøveordningen har bidratt til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere?

- I hvilken grad kan prøveordningen sies å ha gitt økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparatet?
- Er det mulig å si noe om hvorvidt prøveordningen har bidratt til å forebygge infeksjoner og smitte?
- Er det mulig å si noe om hvorvidt prøveordningen har bidratt til reduksjon av antall overdoser og overdosedødsfall?

Vi vil videre se på hvordan de som har latt seg registrere som brukere av sprøyterommet, gjør bruk av ordningen:

- Hvordan ble sprøyteromsordningen brukt i de første to driftsårene og hva sier brukerne?

Etter at prøveordningen hadde vært i drift en tid, ble det klart at ansatte i sprøyteromsordningen i økende grad opplevde arbeidssituasjonen som vanskelig og belastende. Mange sluttet, antall sykemeldinger økte og de ansatte følte seg dårlig ivaretatt. På denne bakgrunn vil de fysiske og psykososiale arbeidsforholdene bli viet særskilt oppmerksomhet:

- Hvordan ble personalgruppa faglig forberedt?
- Hva med de fysiske arbeidsforholdene?
- Hva med ivaretagelse av de ansatte underveis?

Evalueringen vil også drøfte:

- Hvordan skal samfunnet forhold seg til ulike dilemmaer som en sprøyteromsordning reiser?

Tidsvinduet for evalueringsrapporten er de første to driftsårene, det vil si 1. februar 2005 – 31.1. 2007. Sprøyteromsordningen flyttet til nye og mer hensiktsmessige lokaler i Prindsenkvarartalet i Storgata 36, i juli 2007, etter at datainnsamlingen for evalueringen ble avsluttet. Dette medfører at rammebetingelsene for prøveordningen er endret, noe som gjør at mye av det som framkommer av problemer knyttet til lokalene for sprøyteromsordningen, ikke lenger gjelder. Vi har likevel valgt å vie de materielle rammene og de ansattes arbeidsforhold relativ stor plass, da det vil være av betydning for andre kommuner som eventuelt vil vurdere å etablere en sprøyteromsordning hvis Stortinget velger å gjøre sprøyteromsloven permanent.

1.4 Data og metode

I evalueringen er det brukt ulike datakilder, som alle gjelder de to første driftsårene (1.2.05-31.1.07).

I beskrivelsen av prosessen som førte fram til Stortingets vedtak om midlertidig lov om sprøyterom, har vi tatt utgangspunkt i de relevante stortingsproposisjonene, høringsuttalelser og andre aktuelle dokumenter.

Av data som kan belyse de registrerte brukernes bruk av sprøyteromsordningen i den første to-årsperioden, har vi informasjon om antall ganger den enkelte har benyttet sprøyterommet, mengde stoff de oppga å skulle injisere, hvor på kroppen injeksjonen ble satt, hvor lang tid som ble brukt i selve injeksjonsrommet, antall overdoser osv. Med bakgrunn i at Stortinget fastslo at det ikke skal registreres annen informasjon enn kjønn og alder på brukere av prøveordningen, har vi dessverre ikke opplysninger som kan gi noe bredere bilde av de som registrerte seg som brukere.

I de to første driftsårene har vi vært regelmessig til stede i sprøyterommets lokaler, i den første innkjøringsperioden daglig og etter hvert ukentlig. Vi har gjennom observasjon og samtaler med brukere og ansatte fått innsyn i ulike sider ved driften av sprøyteromsordningen, hvordan brukere og ansatte samhandlet i ulike situasjoner og hvordan brukerne vurderte de tjenestene de fikk i sprøyterommet. Vår tilstedeværelse i sprøyteromslokalene har også gitt verdifull informasjon med hensyn til hvordan de ansatte vurderte eventuell effekt av veiledning de ga brukerne i hvordan injisere mest mulig risikofritt og hvordan ansatte opplevde ulike sider ved arbeidssituasjonen.

I løpet av de to første driftsårene har vi gjennomført to spørreskjemaundersøkelser blant brukerne av sprøyteromsordningen (en i 2005 og en i 2007). I hver av disse undersøkelsene ble 67 brukere intervjuet. At det samme antall inngår i begge undersøkelsene, er tilfeldig. Vi har ikke informasjon om i hvilken grad de to brukerundersøkelsene omfatter forskjellige individer eller hvor mange som inngår i begge. Sammen med egen observasjon gir de to brukerundersøkelsene grunnlag til å si noe om brukernes holdning til sprøyteromsordningen. Brukerundersøkelsene sammen med informasjon fra de ansatte, gir også et visst grunnlag for å vurdere hvorvidt veiledningen brukerne mottar har ført til endringer i injeksjonspraksis og om hvor de setter sprøyter utenom sprøyterommet. Vi har også noe informasjon om injeksjonspraksis mer generelt fra en

spørreskjemaundersøkelse blant beboere i Rusmiddeletatens lavterskelinstitusjoner.

Forut for åpningen gjennomførte vi tre fokusgruppeintervjuer med 6+6+7 beboere på to av kommunens døgninstitusjoner (Ila Hybelhus og Dalsbergstiens Hus) om hvilke refleksjoner og forventninger den aktuelle målgruppen hadde til sprøyteromsordningen. Deltakerne ble rekruttert gjennom oppslag på hybelhusene.

Vinteren 2006/07 foretok vi semistrukturerte intervjuer individuelt og i gruppe, med til sammen 22 av de som hadde vært eller var ansatt i sprøyterommet i løpet av den første to-årsperioden. I intervjuene ble både problemstillinger knyttet til brukerne av sprøyteromsordningen og arbeidsforholdene i sprøyteromsordningen belyst. Vi har også intervjuet fem personer i mellomlederstillinger knyttet til prøveordningen.

Evalueringsprosjektet har hatt karakter av det som i metodelitteraturen kalles "følgeforskning". Følgeforskning har fokus på prosesser og dialog, og tar sikte på å være formativ, samtidig som den også oppsummerer resultatene til slutt, slik som mer tradisjonell resultatbasert evaluering (Baklien 2004). Prosessene følges på nært hold, og dialogen mellom den som evaluerer, de ansvarlige for tiltaket og de utforskede er toveis, med tanke på tilbakeføring av forskerens perspektiver og oppfatninger underveis (ibid.). Dette har foregått ved at vi, som allerede nevnt, jevnlig har vært til stede i sprøyterommets lokaler for å observere den daglige driften, og for å samtale med brukere og ansatte. I intervjuene med ansatte og de med lederfunksjoner, har også dialogen stått i fokus. Dette har foregått ved at vi i tillegg til å samle konkrete data om prøveordningen, har formidlet våre egne oppfatninger av diskusjonstemaene, og informantene har så igjen kommentert våre oppfatninger.

Én målsetning underveis har vært å kartlegge eventuelle problematiske sider ved prøveordningen, og synliggjøre disse for de involverte. Etter vår oppfatning lyktes vi med dette, ved å benytte åpne intervjuer hvor ulike sider ved driften ble diskutert med intervjuobjektene. Vi benyttet det som blir kalt "the general interview guide approach", hvor utgangspunktet er en intervjuguide med temaer som skal utforskes gjennom samtale med informanten (Patton 1990). Vi hadde to forskjellige intervjuguider; en for de som arbeidet i selve sprøyterommet og en for dem med ledende funksjoner. I intervjuene med personalgruppa ble misnøye med de ansvarlige for sprøyteromsordningen i Rusmiddeletaten, et sentralt tema.

Ansatte følte seg dårlig ivaretatt i en krevende arbeidssituasjon. I tråd med følgeforskningens dialogorientering valgte vi gjennom intervjuer å konfrontere de overordnede i Rusmiddeletaten med kritikken i generelle hovedpunkter. Som del av et mer omfattende intervju hvor også andre sider ved driften av sprøyteromsordningen ble diskutert, ba vi de overordnede kommentere disse punktene. De overordnede kjente til kritikken, og i intervjuene ble de bedt om å si hva de trodde kunne gjøres for å løse problemene som hadde oppstått. I noen tilfeller formidlet vi også vår egen oppfatning av situasjonen. Denne refleksive "øvelsen" førte i noen tilfeller til at lederinformantene fikk nye ideer til tiltak for å bedre situasjonen, slik som dette eksempelet viser:

"(...) jeg blir faktisk i samtale med deg nå oppmerksom på ting jeg i utgangspunktet vet, men som jeg ikke har lagt stor nok vekt på eller spurt nok om da. Jeg har ikke spurt NN [personalansvarlig] som er helsefaglig, hvordan gjør dere med dette? Jeg har ikke spurt om hvilke særskilte tiltak gjør dere for å integrere de to fagfeltene [det helsefaglige og sosialfaglige]. Det har jeg ikke spurt om, og det sitter jeg nå og er irritert på meg selv over at jeg ikke har spurt om".

Dialogaspektet ved følgeforskning kommer her tydelig frem. I intervjuet påpekte vi at de ansatte med sosialfaglig bakgrunn i det daglige arbeidet følte seg mindre viktige enn de med helsefaglige bakgrunn. Gjennom dette ble denne lederinformanten seg bevisst at det hadde vært for lite fokus på denne type problemstillinger.

1.5 Rapportens oppbygning

Kapittel 1 skisserer problemstillingene evalueringen vil søke å belyse, kapittel 2 gir en oppsummering av de politiske prosessene som førte fram til at Stortinget vedtok en midlertidig tre-årig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven). I kapittel 3 gis en kort oversikt over det vi kjenner til om lignende virksomhet i andre land. Kapittel 4 tar for seg de mer praktiske sidene ved sprøyteromsdriften. I kapittel 5 gis en beskrivelse av brukerne av sprøyteromsordningen og hvordan de har brukt tjenesten. Om og i hvilken grad de oppsatte målsettingene med prøveordningen kan sies å være nådd drøftes i kapittel 6. Kapittel 7 omhandler de ansattes arbeidsforhold.

I kapittel 8 og 9 drøftes ulike dilemmaer en ordning med offentlig sprøyterom reiser, det gis en kort oppsummering av hvordan evalueringen

svarer på problemstillingene som er skissert i kapittel 1. Kapittel 10 drøfter kort hva det bør tas hensyn til når det skal tas stilling til hvorvidt en offentlig sprøyteromsordning skal inngå som en ordinær del av tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere i Norge.

2 De politiske prosessene

Spørsmålet om hvorvidt det i Norge skulle settes i gang en prøveordning med sprøyterom, har vært gjennom mange faser. Som allerede nevnt, ble saken gjennom en femårsperiode sendt fram og tilbake mellom Stortinget og skiftende regjeringer. Oslo kommune v/bystyret har også vært en aktiv aktør. Da det kan være av interesse å få et samlet bilde av forhistorien og de ulike aktørenes ståsted i prosessen som førte fram til at Stortinget i desember 2004 vedtok en tre-årig midlertidig lov om prøveordning med sprøyterom, har vi funnet det formålstjenlig å gi en relativt grundig framstilling av hendelsesforløpet.

Første gang spørsmålet ble reist i Stortinget var en interpellasjonsdebatt i 1999 som resulterte i at Regjeringen fikk oversendt en rekke forslag om narkotikapolitikken, deriblant: *"Stortinget ber Regjeringen utrede etablering av "sprøyterom" bemannet med helsepersonell"* (Dokument nr 7 A (1999-2000)). Med henvisning til en uttalelse fra FN's narkotikakontrollråd (INCB) til danske myndigheter (INCB 1999), der det ble påpekt at etablering av sprøyterom vil være brudd på FN's narkotikakonvensjoner, svarte daværende sosialminister Meltveit Kleppa at det ikke var aktuelt å etablere et slikt tilbud i Norge (Dokument nr 7 A (1999-2000)).

I ettertid ble imidlertid spørsmålet tatt opp i flere sammenhenger, så vel fra fagfolk som politikere. Blant annet etablerte ProSentret i Oslo høsten 2000 et begrenset tilbud om sprøyterom for sine brukere. Etter pålegg fra ansvarlig myndighet i Oslo kommune ble imidlertid dette stengt i februar 2001 (ProSenteret 2001).

2.1 Skiftende regjeringer og ulike syn

Etter at den borgelige sentrumsregjeringen sa nei til sprøyterom i 1999, har det vært flere regjeringer med ulike syn i saken. Spørsmålet kom opp i Stortinget på nytt i mars 2001, ved at fire representanter la fram et forslag om et nasjonalt kriseprogram mot "overdoseepidemien". Sprøyterom ble her nevnt som ett mulig tiltak. Stortinget begrenset seg ved dette tilfellet til å be Regjeringen sette i gang et nasjonalt kriseprogram mot overdosedødsfall uten å konkretisere hva planen skulle inneholde (Dok. nr 8:73 (2000-2001)).

Den sosialdemokratiske regjeringen (2000-2001) fulgte opp Stortingets ønske ved at et forslag om prøveordning med sprøyterom ble sendt ut på høring like før regjeringsskiftet høsten 2001 (Sosialdepartementet 2001). Stortinget lot seg imidlertid ikke berolige. I oktober 2001, like etter den borgerlige trepartiregjeringen tiltrådte, og mens høringsrunden pågikk, anmodet Stortinget Regjeringen om å sette i gang forsøk med sprøyterom.: *"Stortinget ber Regjeringen følge opp (den nylig avgåtte) Regjeringen Stoltenbergs positive holdning til sprøyterom"*. Ut fra dette valgte den borgerlige trepartiregjeringen å følge opp saken, selv om den var i mot opprettelse av sprøyterom.

Ikke overraskende var det imidlertid stort sprik i høringsuttalelsene (Sosialdepartementet 2002). Eksempelvis frarådet det daværende Helsedepartementet etablering av sprøyterom med henvisning til at det måtte antas å komme i konflikt med helsepersonelloven. Det samme gjorde Statens helsetilsyn (ibid.).

Av uklare grunner inngikk ikke Riksadvokaten blant de opprinnelige høringsinstansene, det samme gjaldt landets politimestere og statsadvokater. Riksadvokaten påpekte at han ble kjent med saken gjennom media og at han fikk Sosialdepartementets høringsbrev i hende tre dager før høringsfristen utløp (Riksadvokaten 24.01.2002). Riksadvokaten begrenset seg derfor til å påpeke at etablering av sprøyterom i realiteten ville innebære et amnesti for narkotikabrukere ved at handlinger som er straffbare på ethvert annet sted, ikke skal forfølges i sammenheng med et sprøyterom. Riksadvokaten påpekte at en derfor vanskelig kunne se bort fra en legaliseringseffekt, og at det i dette tilfelle vil være kvalitativt annerledes enn ved utdeling av sprøyter.

Utfallet av høringsrunden ble referert i forslag til revidert nasjonalbudsjett som ble lagt fram i mai 2002 (St.prp. nr. 63 (2001-2002)). Regjeringen konkluderte her med at den ikke vil gå inn for å godkjenne forsøk med sprøyterom. Det ble vist til at det forelå lite dokumentasjon på effekt av et slikt tiltak og at man høyst sannsynlig kunne oppnå mer ved å satse på andre lavterskeltilbud, utvikling av bedre bo- og omsorgstilbud og en videre utbygging av legemiddelassistert rehabilitering. Den daværende regjeringen viste også til at spørsmålet var drøftet i Nordisk ministerråd i 2001. Mens Finland og Island her ikke anså sprøyterom som aktuelt i forhold til egen situasjon, ga Danmark og Sverige klare frarådnings. Danmark og Sverige var begge av den oppfatning at en eventuell norsk

godkjenning av sprøyterom vil kunne ha "smitteeffekt" på nordisk nivå. Danmark hadde i 1999 valgt å følge INCB's anbefalinger da sprøyterom ble debattert i Folketinget (INCB 1999). Med henvisning til uttalelsen fra de øvrige nordiske land, framholdt Regjeringen at det burde unngås en svekkelse av Norges rolle i det nordiske og internasjonale narkotika-samarbeidet, noe som kunne bli resultatet dersom etablering av sprøyterom ble godkjent (St.prp. nr. 63. 2001-2002)).

2.2 Stortinget og Oslo bystyre ønsker sprøyterom

Stortinget tok imidlertid ikke den sittende regjeringens innstilling til følge. Da saken ble behandlet på nytt, var det klart at stortingsflertallet ønsket en prøveordning med sprøyterom: *"Stortinget ber Regjeringen om å legge til rette for forsøk med sprøyterom ut fra de premisser som framkommer i merknader fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti angående forsøk med sprøyterom"* (Inst. S. nr. 255 (2001-2001)).

Stortingets vedtak i juni 2002 tok utgangspunkt i nedenstående synspunkter og motiveringer.

Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet:

- Man ønsker å se hvorvidt et særskilt tiltak som sprøyterom satt inn i en akseptabel lavterskeltjeneste, kan gi særskilte positive effekter i å forhindre overdosedødsfall, eller andre ringvirkninger av positiv eller negativ art.

Fremskrittspartiet:

- Sprøyterom er bare en utvidelse av tilbudet ved eksisterende lavterskel helsetilbud. Det å tillate at de tyngste heroinmisbrukere kan komme til et spesielt helsesenter for å injisere heroin under trygge, renslige og gode hygieniske forhold, gir en positiv sideeffekt ved at de også kommer i kontakt med helsevesenet og helsepersonell.
- Veiledning ved sprøytesetting fra helsepersonell kan forebygge infeksjonssykdommer.

Sosialistisk venstreparti:

- Det må være en betingelse at forsøket etableres i tilknytning til allerede eksisterende lavterskeltilbud. Sprøyterommene må ikke opprettes som isolerte enheter, men være knyttet til et fagmiljø med muligheter for oppfølging og hjelp til den enkelte bruker.

- Forsøk med sprøyterom må etableres som del av et større prosjekt som også må omfatte lavterskeltilbud for utdeling av buprenorfin.
- Målgruppen bør være en mindre gruppe langtkomne, eldre brukere av lavterskeltilbud.
- Forsøket må ikke sees som et ledd i en liberalisering av norsk narkotikapolitikk.
- En evaluering bør blant annet se på effekt i forhold til:
 - Økt opplevelse av verdighet
 - Reduksjon i overdosedødsfall
 - Økt kontakt med helsepersonell

Som det framgår, innebar Stortingets vedtak klare føringer med hensyn til at helsepersonell skal være tilgjengelig for brukere av sprøyterom. Dette sto i konflikt med synspunktene som framkom i vurderingene fra det daværende Helsedepartementet og Statens helsetilsyn. Som allerede nevnt, var begge disse av den oppfatning at tilstedeværelse av helsepersonell ut fra juridiske og fagetsiske grunner ikke var forenlig med helsepersonelloven.

Det var imidlertid ikke bare stortingspolitikere som tok til orde for sprøyterom. Bystyret i Oslo kommune vedtok allerede høsten 2001 å starte et 2-årig forsøksprosjekt med sprøyterom i tilknytning til eksisterende lavterskeltilbud, men valgte å avvente Regjeringens avgjørelse.

2.3 Lovhjemling

De strafferettslige sidene ved etablering av sprøyterom var i utgangspunktet tillagt liten vekt, både i dokumentene fra Regjeringen og i Stortingets behandling. Dette ble påpekt i den refererte uttalelsen fra Riksadvokaten (Riksadvokaten 24.01.2002). Ved framleggelsen av statsbudsjettet for 2003, der Stortingets vedtak fra juni 2002 ble fulgt opp, ble det derfor sagt at det var tatt initiativ overfor involverte departementer for avklaring av juridiske og andre spørsmål knyttet til en eventuell etablering av sprøyterom (St. prp. nr 1 (2202-2003)). Videre ble Riksadvokaten bedt om å foreta en vurdering av de juridiske sidene ved en sprøyteromsordning. Riksadvokaten avga sitt svar i april 2003 og i tråd med tidligere uttalelser reiste han følgende spørsmål (Riksadvokaten 04.04.2003):

- Kan sprøyterom straffefritt opprettes, drives og benyttes?

- Hva kreves for å innføre amnesti for ellers straffbare handlinger knyttet til opprettelse og drift av sprøyterom?
- Hvem skal gi håndhevingsdirektiver?
- Er det mulig å utforme håndhevingsdirektiver som kan fungere i praksis?

I legemiddeloven § 24, jf. § 31, heter det at det er forbudt *”uten lovlig adkomst å være i besittelse av eller å bruke narkotika”*. Dette innebærer at all ikke-medisinsk bruk av narkotika er forbudt i Norge. Loven rammer også medvirkning til bruk (§ 31 fjerde ledd). Bestemmelsene i straffeloven § 162 setter forbud mot ulovlig tilvirkning, innførsel og utførsel, erverv og oppbevaring, sending eller overdragelse av stoff som loven anser som narkotika. Også medvirkning til narkotikaforbrytelser straffes etter bestemmelsene i straffeloven § 162. Som påpekt av Riksadvokaten var det derfor flere problematiske strafferettlige og straffeprosessuelle avveininger knyttet til etablering av sprøyterom.

Kort oppsummert besvarte Riksadvokaten sine egne spørsmål slik (ibid.):

- Det å stille lokaler til rådighet for bruk av narkotika vil i utgangspunktet være en straffbar handling, men dette kan bare avklares ved at saken eventuelt reises for domstolene.
- Så lenge det er straffbart å bruke narkotika vil det være straffbart at offentlig ansatte skal medvirke til handlinger som i utgangspunktet er straffbare.
- Å bruke narkotika er i Norge rettsstridig hvis det ikke er lovlig forskrevet av lege. Amnesti for ellers straffbare handlinger knyttet til opprettelse, drift og bruk av sprøyterom krever lovendring.
- Sprøyterom kan ikke etableres uten at politi og påtalemyndighet har fått nødvendige retningslinjer å forholde seg til. Riksadvokaten vil i utgangspunktet ikke vegre seg mot å gi de nødvendige direktiver for å sette i verk det prøveprosjektet som Stortinget har bestemt. Men som ansvarlig påtalemyndighet, påpeker Riksadvokaten at han ikke har myndighet til å regulere forhold som faller utenfor myndighetsområdet. Riksadvokaten framholder at det derfor er nødvendig med hjemmel i lov for at et forsøk med sprøyterom, skal kunne gjennomføres.

Selv om et forsøk med sprøyterom blir hjemlet i lov, framhever Riksadvokaten at det vil være mange problemstillinger som ikke kan løses gjennom et handhevingsdirektiv.

Eksempelvis:

- Hvilken adgang skal politiet ha til et sprøyterom? Skal et sprøyterom ellers være et sted der politiet ikke har adgang? Kan politiet fortsette en eventuell forfølgelse inn på sprøyterommet?
- Hva med mer eller mindre åpenlys omsetning av narkotika i sprøyterommet. Hvem skal kontrollere det? Hvis det likevel skjer til tross for at ”man ikke skal tillate det”, hvem skal gripe inn? Hvordan skal det gjøres?
- Hvordan skal et eventuelt vedtatt amnesti avgrenses i tid og rom? Skal sprøyterommet ha mening, må brukerne kunne ta seg dit uten å bli stanset av politiet, selv om det er overveiende sannsynlig at de begår en straffbar handling (besittelse av narkotika) og er på vei til å begå en ny straffbar handling (bruk av narkotika). Straffefritak for den ”som er på vei til sprøyterommet” er mulig, men vanskelig å handtere i praksis. Det samme er en geografisk avgrensning.
- Amnesti kan eventuelt bare gjelde når sprøyterommet er åpent, og kan bare omfatte bruk og besittelse av én brukerdose. Hvordan skal dette kunne kontrolleres?
- Sprøyterommets umiddelbare omgivelser vil bli et naturlig omsetningssted for narkotika. Hvordan skal dette håndteres, så lenge salg og kjøp av narkotika i alle former fortsatt skal være forbudt?
- Hvilke typer narkotika skal et eventuelt amnesti omfatte? Bare heroin, eller også andre stoffer som injiseres? Skal betegnelsen sprøyterom forstås bokstavelig slik at andre inntaksmåter fortsatt er straffbare? Det vil i tilfelle innebære at den mest skadelige inntaksmåte ikke er forbundet med straff, mens for eksempel røyking av det samme stoffet fortsatt er straffbart?
- Det legges opp til en form for adgangsbegrensning til sprøyterommet (f eks aldersgrense, de mest belastede). Hvem skal kontrollere at det er ”de rette” som bruker sprøyterommet?
- Når brukere ikke kan straffes for besittelse og bruk, vil de ha plikt til å forklare seg om hvem som solgte dem stoffet? Vil de ansatte i sprøyterommet ha plikt til å forklare seg om forhold som kan bidra til at omsetningsleddene avsløres?

Riksadvokaten påpekte at de nevnte forhold viser at en ikke bare står over for problemer med hvordan et regelverk i tilknytning til sprøyterom skal håndheves, men at det også dreier seg om mer grunnleggende spørsmål. Eksempelvis vil etablering av sprøyterom innebære en ulikhet overfor straffeloven. Stoffmisbrukere vil behandles ulikt innenfor lovverket avhengig av hvem de er, når på døgnet de bruker narkotika og hvor de oppholder seg. Det vil selvsagt være mulig å ”lukke øynene” i praksis, men etter Riksadvokatens oppfatning vil dette antakelig påvirke den alminnelige respekt for lov og rett og holdning til narkotika. Det ble påpekt at det er stor prinsipiell forskjell på at politiet i en del situasjoner velger å ikke gripe inn, for eksempel på den daværende ”Plata”, og å regelfeste et amnesti.

På direkte spørsmål fra Justisdepartementet om en ”frisone” som sprøyterom kan ha en form for legaliseringseffekt, svarte Riksadvokaten, ikke overraskende, at sprøyterom vil være et skritt på veien til legalisering av bruk av narkotika. Riksadvokaten sier imidlertid noe lakonisk at det må forutsettes at Stortinget har vurdert denne siden gjennom sitt vedtak.

2.4 Andre dilemmaer

En avkriminalisering av narkotika vil selvsagt bidra til å løse mange av de problemstillinger Riksadvokaten reiser, men som han også påpeker, vil det fortsatt være mange spørsmål som krever avklaring. Hvordan skal en eksempelvis handtere omsetning av narkotika i tilknytning til sprøyterom? Hva er de ansattes ansvar i ulike situasjoner? Som det framgår av det foregående, var det ulike oppfatninger om hvordan et sprøyterom skulle organiseres og hvilke tjenester det skulle kunne tilby. Mens stortingspolitikere la til grunn at helsepersonell skulle være tilgjengelig for brukere av sprøyterom, var helsemyndighetene med utgangspunkt i juridiske og fagetiske begrunnelser imot en slik ordning. Hva med helsepersonells ansvar ved eventuelle overdoser? Kan det forsvares at helsepersonell gjennom tilstedeværelse ved sprøytesetting bidrar til bruk av narkotika?

En viktig bakgrunn for å sette i gang prøveordning med sprøyterom, var det store antall narkotikarelaterte dødsfall og den dårlige helsemessige situasjonen blant mange rusmiddelmissbrukere. Politikere som ønsket å sette i gang forsøk med sprøyterom, var derfor naturlig nok opptatt av å måle effekt av et slikt tiltak med hensyn til overdoser, bedret helsetilstand, økt verdighet etc.

Som vi vil komme tilbake til, er det imidlertid grunn til å stille spørsmål ved om det er mulig å måle effekt av sprøyterom i forhold til flere av de målsettingene som er skissert.

2.5 De rusmiddelpolitiske organisasjonene

I etterkant av Riksadvokatens vurdering, og med henvisning til denne, kom flere av de rusmiddelpolitiske organisasjonene¹ med en henstilling til daværende justisminister Odd Einar Dørum, Sosialkomiteen og Justiskomiteen om å gå tilbake til Stortinget og nok en gang foreslå skrinlegging av sprøyteromssaken (brev av 9. april 2003). Organisasjonene viste blant annet til kritikken fra Riksadvokaten og at etablering av en sprøyteromsordning ville innebære et avgjørende veivalg i narkotikapolitikken. Organisasjonene henstilte til Regjeringen om heller å invitere Stortinget til å være med på en større og mer framtidsrettet satsing for å gi de tyngste sprøytemisbrukerne tilbud som peker ut av avhengigheten og den nedverdiggende tilværelsen de lever i (ibid.).

2.6 Regjeringen går tilbake til Stortinget

Selv om Stortinget gjennom anmodningsvedtaket fra juni 2002 hadde bedt Regjeringen om å legge forholdene til rette for sprøyterom, var det på bakgrunn av Riksadvokatens klare uttalelse vanskelig å gi grønt lys for at en slik prøveordning kunne settes i gang uten videre. Det ville i så fall innebære at Regjeringen valgte å overse Riksadvokatens synspunkter. Regjeringen var derfor i praksis tvunget til å sende saken tilbake til Stortinget med forslag om eventuell lovhjemling.

Regjeringen handlet nå raskt. I forslaget til revidert nasjonalbudsjett for 2003, som ble lagt fram 15. mai 2003 - litt over en måned etter Riksadvokatens uttalelse - ba Regjeringen Stortinget om å ta opp saken på nytt (St. prp. 65 (2002-2003)). Regjeringen framholdt at innvendingene fra Riksadvokaten måtte vurderes opp imot de eventuelle positive effekter sprøyterom vil kunne ha for de aktuelle rusmiddelmisbrukere. Det ble henvist til at kunnskapen om slike effekter er begrenset og at den da nylig framlagte NOUen om effekt av tiltak på rusmiddelfeltet, understreker at

¹Actis, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, Landsforbundet mot stoffmisbruk, Forbundet Mot Rusgift. Norsk Narkotikapolitiforening og Alkohol- og narkotikaforum.

det internasjonalt ikke finnes undersøkelser som kan vise til sammenheng mellom etablering av sprøyterom og en reduksjon i antall overdosedødsfall (NOU 2003:4).

Regjeringen sa videre at bemanning av et sprøyterom med helsepersonell reiser flere spørsmål, blant annet i forhold til forsvarlighetskravet som er stilt i helsepersonelloven § 4. Det ble henvist til at loven fastslår at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. På bakgrunn av at misbruk av narkotika både er ulovlig og helsefarlig, påpekte Regjeringen at det ville kunne oppfattes å være i strid med god yrkesetikk om helsepersonell skal rettlede ved bruk av narkotika.

Regjeringen framholdt også at et lovverk som gir adgang til etablering av sprøyterom, vil bli oppfattet som legalisering av narkotika, og at Norges posisjon i nordisk og internasjonalt narkotikasamarbeid ville bli svekket dersom Stortinget faktisk vedtok de lovendringene Riksadvokaten mente var nødvendige for å starte forsøk med sprøyterom. Det ble vist til at myndigheter i land hvor det dyrkes og produseres illegale rusmidler, har stilt seg kritisk til vestlige land som på den ene siden kritiserer produsentlandene for ikke å gjøre nok for å stanse produksjonen, mens de samtidig oppfattes å legge til rette for bruk av de aktuelle stoffene (St. prp 65 (2002-2003)).

Regjeringen understreket at de lovendringer som Riksadvokaten mente var nødvendige for at det lovlig skulle kunne etableres sprøyterom, ville by på store juridiske utfordringer og at de i lys av sakens karakter, burde sendes på en bred høring. Regjeringen påpekte videre at en forsøksordning i offentlig regi med legalisering av bruk av ulovlige stoffer, kan bli svært vanskelig å reversere.

Det ble også vist til Riksadvokatens oppfatning om at påtalemyndighetene ikke har rettslig adgang til å gi retningslinjer som i realiteten fritar brukere av narkotika for straff, uten at slike retningslinjer har hjemmel i lov. Regjeringen framholdt at det derfor må foreligge slik lovhjemling for at en skulle kunne gjennomføre et forsøk med sprøyterom. Ut fra den daværende regjeringens motstand mot sprøyterom anbefalte den derfor at *"Stortinget tar til etterretning at Regjeringen ikke foreslår lovendringer som legger til rette for forsøk med sprøyterom"* (St. prp. 65 (2002-2003)). Det ble imidlertid

også sagt at dersom Stortinget ønsket en slik lovhjemmel, så ville Regjeringen forholde seg til dette.

2.7 Stortinget fastholdt tidligere vedtak

Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i juni 2003, drøftet så Stortinget saken på nytt. De ulike partiene sto fast på sine tidligere standpunkt. Høyre, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Kystpartiet tok til etterretning Regjeringens forslag om ikke å foreslå lovendringer som legger til rette for sprøyterom (Inst. S. nr 260 (2002-2003)). Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viste imidlertid til Stortingets tidligere behandling og kunne ikke se at det var framskaffet ny informasjon som skulle tilsi at tiltaket ikke kunne gjennomføres. Fremskrittspartiet hadde heller ikke skiftet standpunkt og viste til at sprøyterom er etablert i flere europeiske land. Fremskrittspartiet kunne derfor ikke akseptere Sosialdepartementets og Riksadvokatens begrunnelse for ikke å etablere sprøyterom. Da Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet hadde flertall på Stortinget, vedtok Stortinget dermed et nytt anmodningsvedtak: *"Stortinget ber Regjeringen foreslå lovendringer som legger til rette for forsøk med sprøyterom"* (Stortinget 2002-2003). Regjeringen fikk således saken tilbake nok engang.

2.8 Forslag om midlertidig lov om prøveordning med sprøyterom

Lovarbeidet tok noe tid, men i april 2004 ble det lagt fram et forslag til en treårig midlertidig særlov for å kunne gjennomføre en prøveordning med sprøyterom i Norge (Ot.prp. nr 56 (2003-2004)).

I lovproposisjonen ble det sagt at det som en prøveordning kan etableres lokaler for injeksjon av narkotika for å få erfaringsgrunnlag til å vurdere effekten av sprøyterom. Det heter at ordningen skal gi tungt belastede narkotikamisbrukere skjermede og rene omgivelser for å sette sprøyter under oppsyn av kvalifisert personell. Videre at prøveordningen med sprøyterom har som formål å:

- bidra til å gi de tyngste rusmiddelmissbrukere en opplevelse av økt verdighet
- bidra til å etablere kontakt mellom misbrukere og hjelpeapparat
- bidra til å forebygge infeksjoner og smitte

- undersøke hvorvidt sprøyterom kan bidra til å redusere antall overdoser som følge av sprøytemisbruk

Proposisjonen foreslo at bruk av en brukerdose narkotika i sprøyterom skal være straffri og at dette har som konsekvens at straffriheten også må gjelde besittelse av en brukerdose i sprøyterommet eller et tilstøtende vente-/samtalerom.

Lovforslaget forutsatte at sprøyterommet skulle ha begrenset åpningstid, at det bare skulle være adgang til å injisere heroin, at de som skulle ha adgang skulle være tungt belastede heroinmisbrukere over 18 år og at de ikke skulle være inntatt i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre het det at sprøyterommet *ikke* skulle være et helsetilbud, men bemannet med sosialfaglig kompetent personell og være samlokalisert med lavterskel helsetiltak. En samlokalisering med lavterskel helsetiltak ville sikre at helsepersonell var tilgjengelig ved behov. Regjeringen forutsatte at kommuner som ønsket å sette i gang en prøveordning med sprøyterom, selv måtte bære de økonomiske kostnadene.

Lovforslaget ble i prinsippet vedtatt i juni 2004, men Stortinget ville ha endringer i Regjeringens forslag. Det ble blant annet vedtatt at en prøveordning med sprøyterom skal være en helsetjeneste og bemannes med både sosial- og helsefaglig personell, at sprøytemisbrukere som er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke skal unntas og at sprøytemisbrukerne skal kunne bistå hverandre med sprøytesettingen. Videre ble det vedtatt at staten skulle bidra med finansiering til de kommuner som ønsket å etablere en prøveordning med sprøyterom. Flertallet på Stortinget uttalte seg også om utforming av lokalene, åpningstider og hvilke oppgaver de ansatte skulle ha. For å kunne gjennomføre de endringene som framkom i Stortingets behandling, var det derfor nødvendig å endre den foreslåtte sprøyteromsloven og tilhørende forskrift. Stortinget vedtok således den 17. juni 2004 at *"Stortinget ber Regjeringen sørge for at nødvendige lovendringer og forskrifter kommer på plass slik at sprøyterommene kan tas i bruk fra 1. januar 2005."* Sprøyteromssaken ble dermed nok en gang sendt tilbake fra Stortinget til Regjeringen.

2.9 Endring i midlertidig lov om sprøyterom med sprøyterom

I tråd med Stortingets vedtak utarbeidet Regjeringen høsten 2004 derfor en ny lovproposisjon og ny forskrift for å ivareta de endringene som stortingsflertallet ønsket (Ot.prp. nr 8 (2004-2005)). Endringsproposisjonen ble lagt fram for Stortinget i oktober 2004 og vedtatt i desember 2004. Dermed hadde Stortinget vedtatt de endelige rammer for en treårig prøveordning med sprøyterom i Norge. Som det framgår, har Stortinget vært bemerkelsesverdig konkret med hensyn til innholdet i prøveordningen. Den vedtatte lov og forskrift gir detaljerte rammer med hensyn til bemanning, hvordan lokalene skal utformes, hvem som skal ha adgang etc.

Hovedinnholdet i endringsloven er at sprøyteromsordningen er å anse som en kommunehelsetjeneste. Sprøyterom er imidlertid ikke å anse som nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven. Det er dermed opp til den enkelte kommune om de vil opprette en slik tjeneste. Videre skal det være tillatt for de ansatte å gi brukerne av sprøyterommet individuell og konkret rådgivning i forbindelse med injisering av narkotika i sprøyterommet. De ansatte har imidlertid ikke anledning til å bistå ved selve injiseringen av stoffet. I motsetning til Regjeringens opprinnelige forslag, skal det som allerede nevnt, ikke settes som vilkår at en person ikke er inntatt i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Et sprøyterom vil dermed også være tilgjengelig for heroinmisbrukere som er i substitusjonsbehandling.

Det framgår av loven at sprøyteromsordningen er begrenset til injisering av heroin. Det ble i høringen framholdt at de fleste narkotikamisbrukere er blandingsmisbrukere og at mange også injiseres amfetamin. Stortingsflertallet valgte imidlertid ikke å ta hensyn til dette, blant annet ut fra en argumentasjon om at blandingsmisbruk øker faren for overdoser og at en derfor ikke ønsket å "oppmuntre" til det.

Lov og forskrift er gjengitt i sin helhet i vedlegg I.

2.10 Oppsummering

- Etter at spørsmål om etablering av sprøyterom ble reist i Stortinget første gang i 1999, gikk saken fram og tilbake mellom Stortinget og skiftende regjeringer i flere omganger.

- Riksadvokaten påpekte at etablering av offentlig sprøyterom måtte hjemles i lov.
- Endelig vedtak om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) ble vedtatt av Stortinget i desember 2004.

3 Sprøyte-/brukerrom i andre land

Ulike typer offentlig godkjente sprøyte- eller bruker-/konsumeringsrom (consumption room) finnes i flere land, både i og utenfor Europa. Med bruker-/konsumeringsrom menes at stoffer kan inntas også på andre måter enn ved injeksjon, eksempelvis røyking, sniffing eller "chasing"², som er mer vanlige inntaksmåter i land utenfor Norge. Sveits var først ute med å godkjenne denne typen tiltak (1988), og etter hvert kom Tyskland, (1994) Nederland (1994), Spania (2000), Australia (2001), Canada (2003), Norge (2005) og Luxemburg (2005). En opptelling foretatt av EMCDDA³ viser at det i 2007 er til sammen 85 sprøyte-/brukerrom i Europa, 40 i Nederland, 25 i Tyskland, 12 i Sveits, 6 i Spania, ett i Luxemburg og ett i Oslo. Videre er det ett i Sydney, Australia og ett i Vancouver, Canada. Det er store variasjoner i utformingen av tilbudene, både hva gjelder type stoffer som aksepteres, inntaksmåte, kapasitet og utforming av de fysiske fasilitetene. Bakgrunnen for slike forskjeller er at det varierer fra land til land hvilke stoffer som er mest utbredt og hvilken inntaksmåte som foretrekkes. Eksempelvis bruker flertallet av narkotikamisbrukere på gateplan i Nederland, kokainbase som "røykes" gjennom en liten pipe.

Det varierer i hvilken grad det foreligger dokumentasjon og evaluering av driften i sprøyte/brukerrommene i de ulike landene, og mye av litteraturen foreligger bare på nasjonalspråket og er dermed vanskelig tilgjengelig. Sprøyterommene i Vancouver og Sydney er de som er best dokumentert i engelskspråklig litteratur, mens det fra Spania bare finnes én engelskspråklig artikkel som omhandler et uoffisielt sprøyterom i Barcelona.

I Sydney/**Australia** ble det nedsatt en komité som utarbeidet en evalueringsrapport der hensiktsmessighet og måloppnåelse av sprøyterom samt økonomiske kostnader i forhold til nytteaspektet ble vurdert (MSIC Evaluation Committee 2003). Rapporten konkluderte med at sprøyterom i Kings Cross – området må vurderes som hensiktsmessig⁴. Det sies at målgruppen ble nådd (nesten 4 000 registrerte brukere på 18 mnd) og at

² Chasing betyr at stoff i pulverform legges på et stykke folie som varmes opp fra undersiden, for eksempel med en lighter, slik at gasser avgis og inhaleres. Uttrykket "Chasing the dragon" benyttes også om denne inntaksformen.

³ Personlig meddelelse fra Dagmar Hedrich.

⁴ Det eksisterer et marked for illegale rusmidler i Kings Cross området, der handel med narkotika skjer åpenlyst.

brukere ble videreformidlet⁵ (særlig hyppige brukere). Det forekom 409 overdoser, og noen av dem ble vurdert til å ha vært fatale om de hadde skjedd et annet sted. Sprøyteromsordningen medførte ingen påviselig endring i overdosedødsfall og ingen økning i kriminaliteten eller forstyrrelser av den offentlige ro og orden (MSIC Evaluation Committee 2003).

Fra **Canada** finnes ingen samlet evalueringsrapport, men en rekke artikler som omhandler ulike aspekter ved driften av sprøyterommet i Vancouver. Tyndall et al. (2005) fant at tiltaket tiltrakk seg målgruppen (4 764 individer på 13 måneder) og at 37 prosent av klientene (2 171 individer) ble videreformidlet, hovedsakelig til avhengighetsrådgivning. Sprøyterommets innvirkning på overdoser diskuteres av Kerr et al. (2006a), som konkluderer med at sprøyterom kan spille en rolle for å redusere overdosedødsfall blant injiserende narkotikabrukere, men at det er nødvendig med mer forskning om hvordan sprøyterom innvirker på overdoserelatert morbiditet og mortalitet. Wood et al. (2004) undersøkte sprøyterommets eventuelle innvirkning på offentlig ro og orden, og konkluderer med at det kan se ut til at etablering av sprøyterommet kan knyttes til bedringer i den offentlige ro og orden, blant annet fant de en reduksjon i injisering i det offentlige rom og mindre forsøpling ved at det i mindre grad ble funnet brukte sprøyter på gater og i parker. I en studie av effekt av sprøyterom på sprøytedeling var konklusjonen at bruk av sprøyterommet ser ut til å føre til færre tilfeller av sprøytedeling (Kerr et al. 2005). Kerr et al. (2006b) undersøkte eventuelle endringer i bruksmønstre hos injiserende narkotikabrukere etter åpningen av sprøyterommet. Det ble konkludert med at en ikke fant negative endringer knyttet til injisering, men at det heller kan se ut til at sprøyterom fører til en reduksjon i "binge drug use" (ibid.).

I **Tyskland** ble det i 2002 foretatt en evaluering av 18 sprøyterom, der hovedformålet var å finne sprøyterommens innvirkning på overdosedødsfall (ZEUS GmbH 2003⁶). Det ble brukt tidsserieanalyser for å studere sammenheng mellom åpning av sprøyterom og nedgang i narkotikarelaterte dødsfall i fire utvalgte byer. Rapporten konkluderer med at sprøyterom bidrar til reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall (ibid.). Det kan imidlertid stilles spørsmål ved grunnlaget for analysen.

⁵ 11 prosent av klientene ble henvist til behandling for avhengighet av rusmidler.

⁶ Denne engelskspråklige rapporten er en forkortet versjon av den opprinnelige evalueringsrapporten.

Det foreligger også en eldre evaluering av sprøyterom i tre **sveitsiske** byer, men på engelsk finnes bare en kort oppsummering av rapporten, som konkluderer med at fordelene med sprøyterom har vært redusert offentlig sjenanse og bedring av helsen i en særlig sårbar gruppe injiserende narkotikamisbrukere (Dolan et al. 1996).

I **Nederland** ble det i 2000-2001 gjort en studie av 13 brukerrrom, som konkluderer med at tiltakene reduserer både helseskader av injiserende narkotikabruk og misnøye i befolkningen på grunn av injisering i det offentlige rom (Wolf, Linssen & de Graaf 2003). Annen engelskspråklig litteratur om sprøyterom er artikler hvor mer spesifikke temaer knyttet til brukerrrom diskuteres.

I omtalen av sprøyte-/konsumerings-/brukerrrom gjøres det ofte en inndeling i tre ulike typer (Linssen et al. 2001, Wolf et al. 2003 og Hedrich 2004):

Integrert brukerrrom: Den mest vanlige formen for sprøyte-/brukerrrom. Her gis muligheten for sprøytesetting oftest som en tilleggsservice i et eksisterende lavterskel hjelpetilbud. Det vil ofte være en kombinasjon av kafé, injeksjonsrom, røykerom og andre tilbud.

Spesialiserte brukerrrom: Har hovedfokus på selve injiseringen og opererer separat fra andre tilbud. De ansatte har imidlertid som oftest god kontakt med ulike lokale hjelpetilbud slik at de raskt kan henvise brukerne videre. Plasseres vanligvis i nær tilknytning til omsetningssteder for illegale rusmidler

Uformelle brukerrrom: Finnes oftest i tilknytning til ulovlige omsetningssteder innendørs og drives som regel av tidligere eller aktive narkotikamisbrukere. Under litt andre betingelser ble et slikt uoffisielt sprøyterom drevet av Pro-senteret i Norge i perioden desember 2001 til februar 2002.

Den norske prøveordningen med sprøyterom må kunne betegnes som ”spesialisert brukerrrom”. Vi vil i evalueringsrapporten gjøre noen sammenlikninger mellom det vi finner i den norske prøveordningen med hva som framkommer om sprøyte-/brukerrrom i andre land. Slike sammenlikninger begrenses imidlertid av forskjeller i samfunnsforhold, brukerguppe, bruksmønster og utforming av de ulike ordningene.

Formålene med sprøyte-/brukerrom i de aktuelle land samsvarer stort sett (Hedrich 2004):

- Å komme i kontakt med flest mulig i målgruppen.
- Bedret helse.
- Å tilby trygge omgivelser som reduserer risiko og legger til rette for et mer hygienisk inntak av narkotika.
- Å redusere sykdom og dødelighet i målgruppen.
- Å stabilisere og bedre helsen til brukerne av tiltaket.
- Bidra til reduksjon av offentlig sjenanse ("public nuisance"), blant annet ved å redusere bruk av narkotika i offentligheten.

Målsettingene med den norske prøveordningen er langt på vei den samme som vi ser internasjonalt, med ett viktig unntak. I målsettingene for den norske prøveordningen sies det ikke noe om at sprøyterommet skal bidra til offentlig ro og orden, og dette nevnes heller ikke i forarbeidene (se kap 2). I stedet blir sprøyteromordningens bidrag til økt verdighet trukket fram som en viktig målsetting, noe vi ikke finner for tilsvarende tiltak i andre land.

3.1 Oppsummering:

- Per 2007 finnes det sprøyte-/brukerrom i Sveits, Tyskland, Spania, Nederland, Norge, Luxembourg, Australia og Canada.
- Målsettingene med sprøyte-/brukerrom er stort sett de samme i alle land.
- I den norske prøveordningen framstår ikke reduksjon av offentlig sjenanse som en målsetting. Målsettingen om at sprøyterommet skal bidra til økt verdighet for brukerne, er særskilt for Norge.

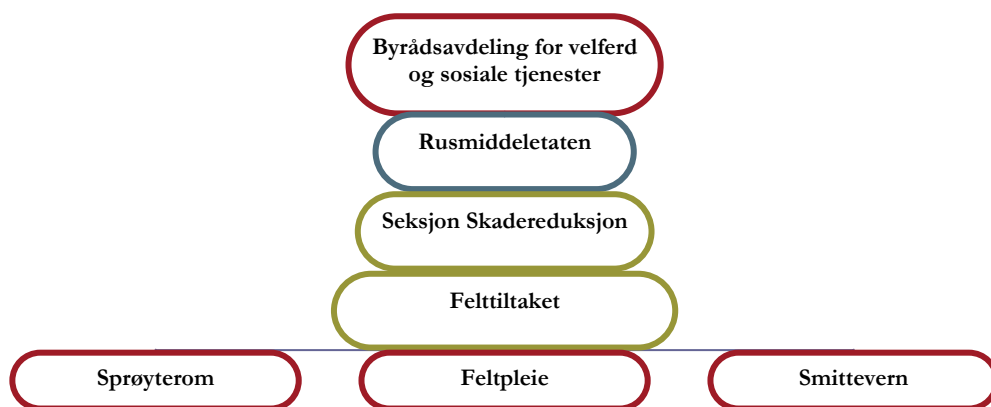
Del II Drift av prøveordningen

4 Sprøyterom i Oslo

Etter den lange prosessen vi har beskrevet i kapittel 2, var det ved årsskiftet 2004/2005 klart for å sette i gang prøveordning med sprøyterom i Norge. Sosial- og helsedirektoratet fikk delegert fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet om å godkjenne søknader fra kommuner som ønsket å starte opp en slik prøveordning. Direktoratet fikk også i oppgave å forvalte den statlige tilskuddsordningen Stortinget hadde stilt til rådighet.

Stortingets vedtak hadde lagt til rette for en prøveordning med sprøyterom, men om en slik prøveordning faktisk skulle bli realisert, var avhengig av at en eller flere kommuner ønsket å sette i gang. Som tidligere nevnt, hadde Oslo kommune allerede på et tidlig tidspunkt sagt seg interessert og kommunen hadde også innredet et injeksjonsrom i tilknytning til feltpleiestasjonen i Tollbugata 3. Oslo kommune hadde opprinnelig tenkt sprøyterommet som en del av "Tiltaksplanen for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum" (Oslo kommune 2002), men valgte å avvente Stortingets vedtak. Umiddelbart etter at Stortingets vedtak forelå, fikk Oslo kommune godkjenning fra Sosial- og helsedirektoratet om å sette i gang prøveordningen, og oppstart ble satt til 1. Februar 2005.

Oslo kommune har en egen etat, Rusmidleletaten, med byomfattende ansvar for ulike tilbud til rusmiddelmissbrukere. Ansvaret for drift av prøveordningen med sprøyterom ble derfor naturlig nok lagt dit. Innad i Rusmidleletaten ble prøveordningen lagt til det som kalles Feltiltaket i Seksjon Skadereduksjon. Feltiltaket omfattet allerede feltpleien (lavterskel helsetilbud) og smittevern (sprøyteutdeling). De ulike ansvarsnivåene for prøveordningen i Oslo kommune/Rusmidleletaten, framkommer av figur 1.



Figur 1. Ansvarsnivåer sprøyteromsordningen

Det ble opprettet en referansegruppe med medlemmer fra Oslo kommune/Rusmiddeletaten, Oslo politidistrikt, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Ambulansetjenesten og Sosial- og helsedirektoratet.

4.1 Lokalene for prøveordningen

Sprøyterommet, eller injeksjonsrommet, ble ferdigstilt lenge før kommunen visste hvilke krav Stortinget ville sette til hva en slik prøveordning skulle inneholde. Eksempelvis var det fra kommunens side neppe påtenkt at ansatte skulle være fysisk tilstede i selve injeksjonsrommet og gi konkret veiledning ved injisering. Det var derfor heller ikke tenkt spesielt på de ansattes sikkerhet i den forbindelse. Injeksjonsrommet i Tollbugata 3 var relativt lite og hadde bare en dør, slik at de ansatte ikke hadde mulighet til å komme ut av rommet hvis denne på en eller annen måte ble blokkert i en eventuell trusselsituasjon. Videre var ventilasjonen mangelfull. Dette var forhold som skulle vise seg å bidra til dårlig arbeidsmiljø for ansatte, noe vi diskuterer nærmere i kapittel 7.

I følge § 6 i forskriften for sprøyteromsordningen skal lokalene inneholde et separat rom for injisering, et venterom og et samtale-/rådgivningsrom. En vesentlig mangel ved sprøyteromslokalene i Tollbugata var mangel på eget samtale/rådgivningsrom. Ved behov for samtaler måtte de ansatte ta med seg brukerne inn i behandlingsrommet til Feltpleien. Etter som feltpleierommet også ble benyttet ved sårstell og liknende, skortet det ofte på tilgjengelige samtalerom, noe som i mange tilfeller vanskeliggjorde

gjennomføring av samtaler. Ulike former for sosial- og/eller helsefaglige rådgivning måtte derfor relativt ofte foregå i det som ble kalt hvilerommet, der brukerne ble invitert til å sitte ned med en kopp kaffe slik at de kunne observeres etter at de hadde injisert. Rådgivningssamtaler fant med andre ord i mange tilfeller sted mens andre brukere satt og hørte på. Brukere som ville låne telefon for å ringe ulike hjelpeinstanser, måtte også gjøre dette på hvilerommet i andres påhør.

Det må imidlertid sies at Oslo kommune/Rusmiddeletaten relativt raskt ble klar over at sprøyteromslokalene i Tollbugata 3 ikke var særlig egnet ut fra kravene i den vedtatte forskriften. Etter kort tid ble det derfor satt i gang arbeid med å finne nye lokaler, noe som viste seg vanskelig til tross for at det ble gitt høy prioritet.

I de første to driftsårene holdt sprøyterommet åpent fra 9:30 til 16:00⁷. I toårsperioden (730 dager) var sprøyterommet åpent 709 dager, i 27 av disse med redusert åpningstid⁸.

Tabell 1. Antall åpningsdager de første 2 driftsårene

	2005 (1.2-31.12)	2006	2007 (1.-31.1)
Åpne dager	329	350	30
Stengte dager	5	15	1

Grunnen til at sprøyterommet holdt stengt i 21 dager var i hovedsakvært bemanningsproblemer, men også ombygging, seminardager og en HMS dag forårsaket stenging. Bemanningsproblemer førte også til dager med redusert åpningstid. Det samme gjorde debrifing etter overdoser/trusler, veiledning og personalmøter.

⁷ Åpningstiden var fra starten av 10:00 – 15:00, men ble etter kort tid utvidet til 9:30-16:00.

⁸ 4 dager i 2005, 23 dager i 2006 og 0 dager i 2007.

4.2 Økonomi

Stortinget ville at staten skulle delfinansiere en prøveordning med sprøyterom (Ot. Prp. Nr 8 (2003-2004)). Stortinget har så langt stilt et årlig beløp på kr 5 millioner til rådighet, og Oslo kommune har mottatt et årlig tilskudd på kr 4 500 000 til prøveordningen. Bidraget fra Oslo kommune framgår av tabell 2. De refererte utgiftene for 2005 og 2006 omfatter kun selve driften, da investeringene ble foretatt i 2002. Underforbruket har bakgrunn i kortere åpningstid og lavere bemanning enn forutsatt, noe som medførte lavere lønnskostnader enn det som var antatt.

Tabell 2. Økonomisk oversikt

	2005	2006	2007	Sum
Staten	4 500 000	4 500 000	4 500 000	13 500 000
Oslo kommune	5 000 000	3 800 000	7 500 000	16 300 000
Underforbruk ⁹ (avsatte midler)	3 300 000	1 900 000		5 200 000
Sum forbruk	6 200 000	6 400 000		

Som vi ser av tabell 2, var de årlige driftsutgiftene ved sprøyteromsordningen i de to første driftsårene¹⁰ i overkant av kr 6 millioner. Flytting til nye lokaler medfører at prøveordningen i 2007 har hatt vesentlige investeringskostnader.

⁹ Underforbruket av estimerte lønnskostnader avsatt i driftsbudsjettet, ble avsatt til flytting og nyetablering.

¹⁰ 2005 og 2006. Det har ikke vært mulig å få kostnadsoverslag for januar 2007, og utregningen baserer seg derfor på 23 måneders drift.

4.3 Oppsummering

- Sosial- og helsedirektoratet godkjente at Oslo kommune satt i gang prøveordning med sprøyterom.
- Oslo kommune åpnet sprøyterom i Tollbugata 3, 1. februar 2005.
- Årlige driftsutgifter i de to første driftsårene var i overkant av kr 6 millioner.
- Lokalene var ikke tilpasset kravene i forskriften.
- Sprøyterommet holdt åpent 709 av 730 dager.

5 Brukerne

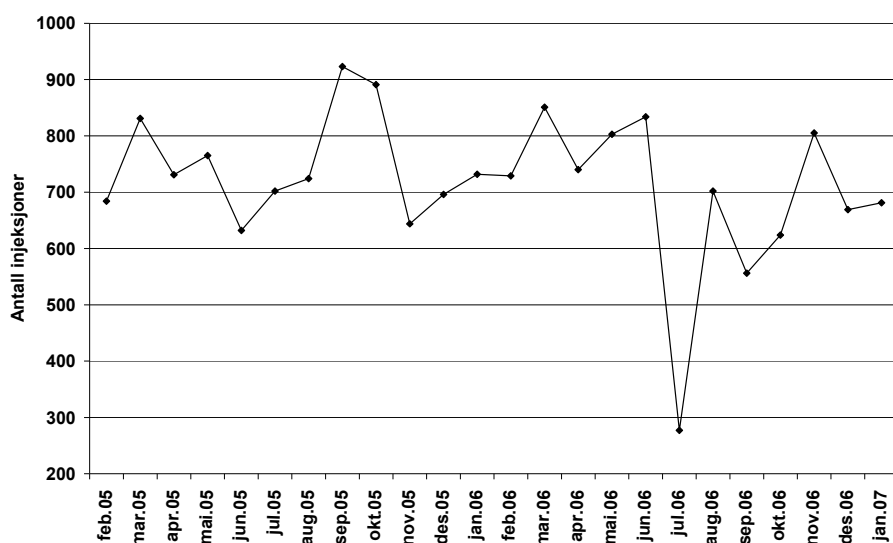
Vi vet relativt lite om hvem brukerne av sprøyterommet er og hvilken bakgrunn de har. Dette på grunn av at Stortinget ønsket at terskelen for å registrere seg som bruker av sprøyteromsordningen, skulle være lav. Forskriften for prøveordningen gir derfor i utgangspunktet ikke anledning til å registrere annet enn navn og alder på de som får adgang til sprøyteromsordningen.

Begrensningene forskriftene gir med hensyn til registrering, gjør at vi har lite informasjon om brukernes sosiale situasjon, hvor lenge de har brukt ulike rusmidler og lignende. Vi har imidlertid foretatt to brukerundersøkelser – en i 2005 og en i 2007 – som hver omfattet 67 brukere. Der har vi blant annet har stilt spørsmål om boforhold og hvor mange år de har tatt narkotika med sprøyte. I tillegg har vi forsøkt å avdekke hvor tilfredse brukerne er med tilbudet i sprøyteromsordningen, *hva* de er tilfredse med, og *hva* de er misfornøyde med. Vi har ikke informasjon om i hvilken grad de to brukerundersøkelsene omfatter samme individer. Brukerundersøkelsene kan gi en pekepinn om situasjonen, men fordi den bare omfatter en del av de registrerte brukerne, gir den ikke en dekkende informasjon om gruppa som helhet.

Som nevnt i kapittel 3, er det gjort en del evalueringer av sprøyte-/brukerrom i andre land. Selv om disse ikke er direkte sammenlignbare og enkelte har metodiske svakheter, har vi valgt å referere til disse der det er naturlig.

5.1 Registrering av brukere

Registrering av nye brukere har foregått i avgrensede tidsrom. Det var allerede fra starten mange som oppsøkte sprøyterommet, og i løpet av de to første ukene hadde 160 personer registrert seg som brukere. Et halvår senere (29.07.05) var antallet steget til 300 og inntak av nye brukere ble stoppet da det var begrenset hvor mange sprøyterommet hadde kapasitet til å ta i mot per dag. Inntakstoppet var også motivert med at en forventet at de som allerede var registrerte, ville komme oftere til sprøyterommet når det ble kaldere i været.



Figur 2. Antall injeksjoner per måned

Som det framgår av figur 2, var det en økning i antall injeksjoner i september/oktober 2005, men da det i november og desember igjen var færre som oppsøkte sprøyterommet, ble det åpnet for ny registrering i januar 2006 (tabell 3). Det lave antall injeksjoner i juli 2006, har trolig sammenheng med begrenset kapasitet på grunn av bemanningsproblemer.

Tabell 3. Antall registrerte brukere de første to driftsårene

Perioder med nyregistrering	Antall reg. ved periodeslutt
2.1.2005 – 29.7.2005	300
13.1.2006 – 24.11.2006	400
22.1.2007 – 31.1..2007*	409

*Denne del av nyregistreringen fortsatte frem til 2.4.2007, men vi har bare tatt med registreringer t.o.m. 31.1.07 da evalueringen gjøres ut fra data fra de første to driftsårene (1.2.05-31.1.07).

I inntaksperiodene var det stort sett et ”først-til-mølla” - prinsipp som blei lagt til grunn. Ut fra dette kan det stilles spørsmål ved om det er de tyngst belastede heroinmisbrukerne som så langt er registrert som brukere, eller om det er de som tilfeldigvis hadde kjennskap til at det var anledning til å registrere seg som bruker. Som det vil framgå av kapittel 5.2, ser det imidlertid ut til at sprøyteromsordningen langt på vei har nådd brukere med lang "karriere" som sprøytemisbrukere.

I løpet av toårsperioden som evalueringen omhandler, ble det til sammen registrert 409 brukere (tabell 3). Av disse er det 383 personer som noen gang har benyttet sprøyteromsordningen. Det er med andre ord 26 personer som har latt seg registrere, men som, uvisst av hvilken grunn, aldri kom tilbake for å benytte tilbudet.

Registrert informasjon om hvordan de 383 har benyttet sprøyteromsordningen, danner grunnlag for beskrivelsen av bruken i de to første driftsårene. Per 31.1.2007 var det 34 av de registrerte brukerne som hadde sagt fra seg plassen og fem som var bekreftet døde. De fleste av disse hadde tidligere benyttet sprøyteromsordningen, slik at de likevel inngår i grunnlagsmaterialet for evalueringsrapporten. Det er ikke noe som tyder på at de som har sagt fra seg plassen, hadde et bruksmønster som skilte seg fra de andre brukerne. Grunnen til at brukere har sagt fra seg plassen, har blant annet vært at de skal inn i ulike former for behandling eller sone fengselsstraffer. Det er også enkelte som har sagt fra seg plassen da de mente at andre misbrukere vil ha større nytte av sprøyterommet. Noen av de som har sagt fra seg plassen, har senere kommet tilbake og bedt om å få tilgang til sprøyterommet igjen.

Mange som går inn i medikamentfri behandling, har bare et midlertidig opphold i sitt heroinmisbruk, og mange i substitusjonsbehandling bruker heroin ved siden av Metadon/Subutex. På bakgrunn av dette har de ansatte i en del tilfeller frarådet brukere som skal inn i behandling, å fraskrive seg plassen i sprøyteromsordningen.

Det var mange som ønsket å bli registrert som brukere av sprøyteromsordningen i den aktuelle perioden, men som blei avvist, enten på grunn av mangel på kapasitet eller fordi han/hun ønsket å injisere andre stoffer enn heroin. Omfanget av slike avvisinger er imidlertid ikke kjent, da de registrerte avvisinger også inkluderer henvendelser om å få reint brukerstyr.

5.2 Hva vet vi om brukerne?

Av de 383 som noen gang har benyttet ordningen, er 71 prosent menn og 29 prosent kvinner. Dette tilsvarer omtrent det en finner i andre undersøkelser av injeksjonsmisbrukere. Eksempelvis er kvinneandelen i den omfattende undersøkelsen av brukere av den sentral sprøyteutdelingen i Oslo, 31 prosent (Bretteville-Jensen 2005).

Tabell 4. Aldersfordeling, registrerte brukere som har benyttet sprøyterommet¹¹, prosent

	Prosent
- 30 år	23
31-40 år	41
41 år+	37

Gjennomsnittsalderen på registreringstidspunktet var 37 år, den yngste var 19 år mens den eldste var 56 år. Mange av de registrerte brukerne hadde altså en relativt høy alder, ved at 78 prosent var over 30 år. Sammenliknet med sprøyteutdelingen er de som benytter sprøyteromsordningen, gjennomsnittlig eldre, da gjennomsnittsalderen for de som lot seg intervjuet ved sprøyteutdelingen i 2004 var 33,8 år (ibid.).

Gjennom de to brukerundersøkelser fra 2005 og 2007, har vi i tillegg informasjon om injeksjonspraksis og boforhold for de som deltok. Dette kan gi en indikasjon på hvorvidt målgruppen, de tyngst belastede heroinmisbrukerne, blei nådd. Omkring to-tredjedeler oppga at de hadde brukt sprøyter i mer enn 10 år (tabell 5), noe som peker i retning av at det er de "erfarne" injeksjonsmisbrukerne som oppsøker sprøyterommet.

¹¹ Av de 383 personene som noen gang har benyttet sprøyterommet i toårsperioden mangler opplysninger om alder for 15 personer.

Tabell 5. Antall år brukt sprøyte, prosent

	2005	2007
-10 år	32	33
11-20 år	32	31
21 år +	36	36
N	66	67

For å ha et noe bedre grunnlag for å si om målgruppa for sprøyteromsordningen ble nådd, kartla vi også hvor ofte de som deltok i brukerundersøkelsen hadde satt sprøyter siste uke og siste døgn (tabell 6 og 7).

Tabell 6. Antall dager brukt sprøyte siste uke, prosent

Antall dager	2005	2007
0	5	0
1-2	10	9
3-6	9	13
7 (hver dag)	76	78
N	67	67

Som det framgår av tabell 6, ser det store flertall av brukerne som inngikk i de to brukerundersøkelsene, ut til å injisere narkotika daglig. Likeledes viser tabell 7 at tre-fjerdedeler hadde injisert minst to ganger i løpet av siste døgn. Omkring halvdel hadde injisert fire ganger eller mer siste døgn.

Tabell 7. Antall injeksjoner siste 24 timer, prosent

Antall injeksjoner	2005	2007
0	9	2
1	15	24
2-3	20	25
4-5	27	27
6+	28	22
N	67	67

Når det gjelder bosituasjon, oppga 42 prosent av deltakerne i brukerundersøkelsen i 2005 at de bodde i egen bolig, mens den tilsvarende andelen i 2007 hadde økt til 64 prosent (tabell 8).

Tabell 8. Bosituasjon, prosent

	2005	2007
Egen bolig	42	64
Institusjon/hybelhus*	15	11
Hospits	10	9
Hos foreldre	13	3
UFB**	16	12
Annet	3	2
N	67	67

*En må anta at institusjon, hybelhus/hospits innebærer at de bor i Oslokommune/Rusmiddeletatens lavterskelinstitusjoner, det vil si at de har en lite stabil bosituasjon.

** Uten fast bolig

Hvis vi legger til grunn at institusjon, hybelhus, hospits og UFB representerer ustabile bosituasjoner, er andelen som i 2005 hadde en mer ustabil bosituasjon, 41 prosent. Den tilsvarende andelen i 2007-undersøkelsen var 32 prosent. Dette er stort sett sammenfallende med det som framkommer i undersøkelsen av brukere av sprøyteutdelingen, der 36 prosent av de som ble intervjuet, oppga at de bodde under ustabile forhold som hospits eller var UFB (Bretteville-Jensen 2005). Til sammenlikning viser en undersøkelse av brukere av sprøyterommet i Sydney at 11 prosent hadde ustabile boforhold (MSIC Evaluation Committee 2003), mens 26 prosent av sprøyteromsbrukerne i Hamburg manglet en stabil bosituasjon (Zurhold et al. 2003). Det kan imidlertid være store variasjoner i hva som legges i begrepet "ustabil bosituasjon", og det er derfor vanskelig å gjøre direkte sammenlikninger.

Selv om det kan være vanskelig å gi en entydig definisjon av hva som er en "tungt belastet heroinmisbruker", vil de fleste forståelser av betegnelsen innbefatte de funn vi her har redegjort for. De har en relativt høy alder, de har brukt sprøyter i mange år og mange har en ustabil bosituasjon. Ut fra det vi har av bakgrunnsinformasjon om sprøyterommets brukere, må en kunne si at målgruppen er nådd.

5.3 Bruk av sprøyteromsordningen

Hvordan de registrerte brukerne av sprøyteromsordningen benytter sprøyteromsordningen, kan leses ut fra de daglige registreringene som gjøres for den enkelte bruker hver gang han eller hun oppsøker tilbudet. Registrering av opplysninger begynner i døra, når det på bakgrunn av samtale mellom ansatt og bruker foretas en vurdering av beruselsesnivå. Formålet med rusvurderingen er å forebygge overdoser i sprøyterommet. Viktige emner for denne samtalen er derfor hvor mye som er inntatt av heroin og andre stoffer siste døgn, matinntak og søvn. Dette sees i sammenheng med mengden heroin som brukeren oppgir at han eller hun ønsker å injisere og hvor mye vedkommende har injisert ved tidligere besøk. Informasjonen registreres på et skjema som legges i den enkelte brukers mappe. Forhold knyttet til selve injeksjonen registreres inne i injeksjonsrommet. Videre noteres eventuelle oppfølgingssamtaler, hva som eventuelt gjøres av sårstell osv. Denne informasjonen, i tillegg til brukerundersøkelsene og fokusgruppeintervjuene i forkant av oppstart, danner grunnlag for det som framkommer i evalueringen omkring bruken av prøveordningen med sprøyterom.

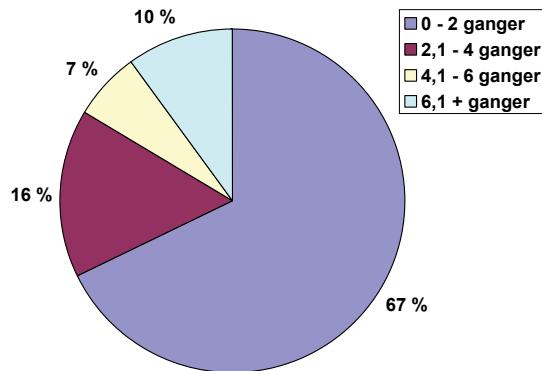
5.3.1 Bruksfrekvens

I løpet av de to første driftsårene ble det satt 17 226 injeksjoner, noe som gir et gjennomsnitt på 718 injeksjoner¹² per måned og 24 per dag. Isolert sett må dette sies å være et lavt antall, og en kan stille spørsmål ved om kapasiteten i sprøyterommet ble utnyttet. Det er imidlertid ikke åpenbart hva som i denne perioden var sprøyterommets kapasitet. De registrerte brukerne fordelte seg eksempelvis ikke jevnt over åpningstida. Etter at det var stille store deler av dagen, kom det flere på en gang, noe som trolig hadde sammenheng med variasjon i tilgang på heroin i sentrumsområdet. Generelt vil også tiden den enkelte bruker på å injisere, ha betydning for kapasitet. Mens noen gjør unna sprøytesettingen raskt, trenger andre tid for å finne årer det lar seg injisere i. De som har tatt stoff i sprøyte over tid, har ofte vansker med injiseringen på grunn av skadde blodårer. De ansatte registrerer hvor lang tid den enkelte injeksjon tar, og i de første to driftsårene tok 13 prosent av injeksjonene mer enn 30 minutter.¹³

¹² Antall personer som benytter sprøyterommet i gjennomsnitt per dag kan være lavere fordi noen benytter tilbudet flere ganger per dag.

¹³ Tidsbruk er registrert for 16 631 av 17 226 injeksjoner totalt.

Ser vi på bruksfrekvensen i sprøyteromsordningen i Oslo, framgår det av figur 3 at det bare var en liten gruppe som brukte sprøyterommet ofte, mens flertallet av de registrerte brukte det relativt sjelden.



Figur 3. Gjennomsnittlig antall ganger brukt sprøyterom per mnd (etter antall måneder registrert som bruker)

I de to første driftsårene var det hele 2/3 av de registrerte brukerne som ikke benyttet sprøyterommet oftere enn inntil to ganger per måned i gjennomsnitt. Så mange som 175 brukere (46 prosent) brukte sprøyterommet mindre enn en gang i gjennomsnitt per måned. Bare 10 prosent brukte sprøyteromsordningen mer enn seks ganger i måneden i gjennomsnitt, den tiden de hadde vært registrert. Den hyppigste brukeren er registrert med 612 besøk, noe som gir et gjennomsnitt per måned på 25,5 ganger. Det ser med andre ord ut til at det bare var en liten andel av de registrerte brukerne som brukte sprøyteromsordningen regelmessig i de første to driftsårene.

Dette er en bruksfrekvens som har likehetstrekk med sprøyterommene i Sydney og Madrid, hvor det også er rapportert om et stort antall brukere som benyttet tilbudet relativt sjeldent. Et annet mønster med større grad av regelmessige brukere, rapporteres særlig fra Nederland, men også fra Sveits og Tyskland (Hedrich 2004). Forskjell i hvordan sprøyte-/brukerrom benyttes, ser ut til å ha sammenheng med åpningstid, men

også hvor de er lokalisert. Det kan eksempelvis se ut til at sentralt plasserte sprøyte-/brukerrom har færre som bruker ordningen hyppig, mens mer lokalt baserte enheter som gjerne har mindre kapasitet og færre registrerte brukere, ser ut til å ha en mer stabil brukergruppe som benytter tilbudet oftere (ibid.).

Begrensningen i åpningstid har trolig hatt betydning for den relativt lave bruksfrekvensen. I de to første driftsårene var sprøyteromsordningen bare åpent på dagtid og åpningstid var begrenset til seks timer per dag. De fleste heroinmisbrukere injiserer heroin flere ganger i døgnet. Som vi så i tabell 7, rapporterer $\frac{3}{4}$ av de som inngikk i brukerundersøkelsene, at de hadde injisert to ganger eller mer siste døgn. I den nevnte undersøkelsen ved sprøyteutdelingen, fant Bretteville-Jensen (2005) at heroinmisbrukere gjennomsnittelig injiserte 3,6 ganger per døgn. Et sprøyterom med åpningstid på seks timer på dagtid, vil med andre ord bare kunne dekke et mindretall av de situasjoner der de registrerte brukerne setter sprøyte. I de to brukerundersøkelsene oppga en fjerdedel at de var misfornøyd med at sprøyterommet hadde kort åpningstid.

Sommeren 2007 intervjuet "Gatelangs-gruppa" ved Oppsøkende tjeneste/Rusmiddeletaten 80 misbrukere de traff på og som injiserte utendørs i Oslo sentrum. Av disse var 30 prosent registrert ved sprøyterommet (Oppsøkende tjeneste, 2007). Av undersøkelsen framgår det at begrenset åpningstid i sprøyterommet, var den viktigste grunnen til at de injiserte utendørs. (ibid.). I fokusgruppeintervjuene vi hadde i oppstarten av prøveordningen med sprøyterom, ble korte åpningstider trukket fram som et viktig ankepunkt mot ordningen, "det er helt hull i hodet" slik en uttrykte det. Da vi forklarte at den korte åpningstiden var et resultat av at lokalene ble delt med feltpleie, fikk vi følgende svar:

- *Da burde man tenke på det å prioritere å ha åpent noen timer på kvelden og om mårran spesielt.*
- *Det virker som det er helt vilkårlige tider som er satt nå, men de prøver seg vel fram.*
- *Ja, men på mårran så skal folk sette seg måraskudd for å slippe å bli sjuke, for å klare å komme seg gjennom dagen og ordne seg penger og.... ja, ordne seg til kvelden, liksom. Sånn at behovet for det sprøyterommet vil være størst på mårran og på kvelden.*

Det som her framkommer, blei støttet av de andre som deltok i fokusgruppeintervjuene. De framholdt at åpningstidene ikke gjenspeilte

brukernes behov. Noen mente at det ville være behov for åpningstid på 24 timer.

At bruksfrekvens har sammenheng med åpningstid fant man også i Madrid. Da åpningstiden der ble utvidet fra 14 til 24 timer, økte antall besøk etter et halvt år fra 160 til 1 130 per uke. Økningen i besøk hadde imidlertid også sammenheng med at de samtidig åpnet for en rekke andre tilbud til brukerne, blant annet formidling til andre hjelpetjenester, helse- og sosialfaglig oppfølging og 50 overnattingsplasser (Hedrich 2004).

I undersøkelsen fra Oppsøkende tjeneste ble også begrenset kapasitet oppgitt som en viktig årsak til å injisere utendørs (Oppsøkende tjeneste 2007). Brukerne må ofte vente for å injisere i sprøyterommet, og det ser ut til at noen derfor velger å gjøre det utendørs. I brukerundersøkelsene oppga 16 prosent i 2005 og 5 prosent i 2007 at de hadde snudd i døra til sprøyterommet siste uke, på grunn av at det var kø for å komme inn. Undersøkelsen til Oppsøkende tjeneste viser videre at ønske om å injisere piller og amfetamin oppgis som grunn til å injisere utendørs framfor å bruke sprøyterommet (ibid.). Tilsvarende oppga snaut 20 prosent i våre brukerundersøkelser, at de ønsket å injisere andre stoffer enn heroin i sprøyterommet.

Andre grunner til at registrerte brukere av sprøyterommet har hatt lav bruksfrekvens, kan være at de er "inkapasitert" ved at de er fengslet eller i en eller annen type behandlingssituasjon.

Det må her legges til at gjennomsnittlig antall besøk per dag i de nye sprøyteromslokalene har økt til nesten det dobbelte på få måneder. Fra et gjennomsnittlig antall injeksjoner på 24 per dag de første to driftsårene, var det gjennomsnittlige antall injeksjoner i de nye sprøyteromslokalene 44 per dag i oktober 2007.

5.3.2 Hvor mye injiseres og hvor på kroppen?

Når en bruker kommer inn i injeksjonsrommet, vises heroinet som skal injiseres, fram til den ansatte og han/hun blir tilvist plass. Vedkommende sier hvilket utstyr han/hun trenger til injeksjonen (antall nåler, tykkelse og lengde) og får dette utdelt av den ansatte, sammen med annet utstyr som trengs til injeksjon av heroin (kokeskje, stas, askorbinsyre og Alkotip). Før tilberedningen av heroinet som skal injiseres kan starte, må brukerne vaske hendene. Heroinet kokes så opp sammen med askorbinsyra i kokeskjeen, ved at det holdes over flammen fra stearinlys. Når heroinet har løst seg

opp suges det opp i pumpa og nålen settes på. Stasen strammes rundt for eksempel armen dersom det er der injeksjonen skal gjøres, slik at blodårene blir tydeligere og faren for ”bomskudd” reduseres. Når injeksjonen er satt, rydder brukeren etter seg og vasker plassen før den forlates.

Det er som kjent bare heroin som tillates injisert i sprøyterommet, men de ansatte rapporterer at det ikke alltid er like lett å se om det som skal injiseres, faktisk er heroin. Det kan også være vanskelig å fange opp om brukerne inne i injeksjonsrommet putter andre stoffer enn det som er framvist, i kokeskjeen. I enkelte tilfeller er det åpenbart at andre stoffer blandes i heroindosen, eksempelvis når det droppes piller med sterk farge i kokeskjeen. Når dette observeres av de ansatte, får den aktuelle brukeren likevel fullføre injiseringen. Episoden noteres imidlertid i brukerens mappe og ved neste besøk tas hendelsen opp og det klargjøres at det ikke er anledning til å injisere annet enn heroin. Grunnen til at de ansatte ikke bryter inn når de ser at det puttes andre stoffer enn heroin i kokeskjeen, er først og fremst egen sikkerhet. Det å nekte en bruker å injisere når han eller hun først er kommet så langt som inn i injeksjonsrommet, fører erfaringsmessig ofte til aggressiv atferd og konfrontasjoner.

Den som injiserer vil heller ikke alltid vite hva oppløsningene som injiseres, faktisk inneholder. Dette har sin bakgrunn i at for å øke inntjeningen, blandes illegale rusmidler som selges på gata, med andre substanser i de ulike omsetningsleddene. Det er store variasjoner i styrkegrad fra beslag til beslag. I 2004 var gjennomsnittelig renhetsgrad i beslaglagt heroin 29 prosent. Renhetsgraden har vist en nedadgående tendens siden 1990-tallet¹⁴ (KRIPOS 2006).

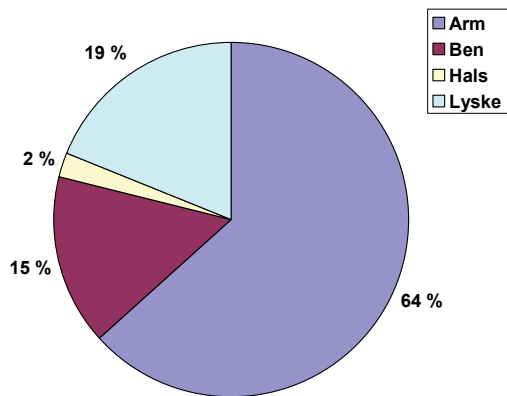
Ut fra selvrapportering blir mengden heroin som skal injiseres, notert for hver enkelt bruker ved hvert enkelt besøk. Det er ikke mulig å vite om den dosen som faktisk blir injisert, samsvarer med det brukeren oppgir som mengde. Oppgitt dose til injeksjon i løpet av de to første driftsårene varierte fra 0,025 gram som laveste til 0,75 gram som høyeste. Et gjennomsnitt av alle heroindoser oppgitt til injeksjon i den aktuelle toårsperioden¹⁵ er 0,22 gram.

¹⁴ På 1990-tallet lå renhetsgraden for beslaglagt heroin på i overkant av 40 prosent.

¹⁵ Vi har data på mengde heroin for 17 141 besøk, og mangler slike data for 85 av besøkene. Gjennomsnittet er derfor regnet ut fra 17 141 besøk.

Den mest vanlige dosen oppgitt i de første to driftsårene, var 0,2 gram, (oppgitt dose ved 43 prosent av injeksjonene). Den nest vanligste var 0,25 gram (oppgitt dose ved 37 prosent). Både 0,2 gram og 0,25 gram omtales i misbrukermiljøene som "kvartering", og "kvartingen" utgjør dermed 80 prosent av dosene som ble oppgitt til injeksjon i de to første driftsårene. Bretteville-Jensen (2005) kartla i sin undersøkelse ved sprøyteutdelingen i Oslo, hvilken mengde heroin informantene satte i siste injeksjon, og gjennomsnittlig heroindose ble i 2004 oppgitt til 0,24 gram, noe som er svært likt den gjennomsnittlige mengde brukerne av sprøyterom oppgir til injeksjon.

De fleste sprøytemisbrukere injiserer i arm. Hvor på kroppen injeksjonen fant sted er notert i 16 430 av tilfellene, og seks av ti injeksjoner ble satt i arm.



Figur 4. Hvor på kroppen man har injisert

Det er imidlertid også relativt mange som injiserer i andre kroppsdeler, noe som blant annet har bakgrunn i dårlige/ødelagte årer på armene. Av 16 430 injeksjoner var andelen satt i hals, to prosent (375) og andelen satt i lysken 19 prosent (3 108) – (figur 3). De ansatte ga veiledning til brukere med ødelagt årenett om hvordan de kan injisere intramuskulært. Dette ut fra en tanke om at "riktig" intramuskulær sprøytesetting vil medføre færre bomskudd og abscesser enn injisering i ødelagte årer. Registreringene viser

at 17 prosent¹⁶ av injeksjonene skjedde intramuskulært. Det ble registrert at 40 prosent¹⁷ av sprøyterommets brukere satte sprøyte intramuskulært en eller flere ganger.

Injeksjon i hals og lyske øker faren for styrtblødninger. Internasjonalt finner en derfor at ikke alle sprøyte-/brukerrom tillater slik injisering. Hvorvidt en skulle tillate brukere av sprøyteromsordningen å injisere i hals og lyske, ble diskutert fortløpende blant de ansatte. Ingen av injeksjonene i hals eller lyske førte imidlertid til styrtblødninger i løpet av de to første driftsårene.

5.4 Hva gjør sprøyterom attraktivt?

Allerede dagen før åpning av sprøyterommet var det kø av folk som ønsket å la seg registrere, og vi observerte en slags klondykestemning blant de som lot seg registrere i oppstartsfasen. *"Jeg lurte på om det fabelaktige sprøyterommet har åpna?"* var åpningsfrasen til en av de første brukerne, og er en god illustrasjon på stemningen også i fortsettelsen.

Pågangen av brukere til sprøyterommet er fortsatt høy, og det er ingenting som tyder på at behovet er dekket med de 610 som i november 2007 er registrert som brukere når denne rapporten går i trykken. Den nevnte undersøkelsen til Oppsøkende tjeneste viser eksempelvis at 35 av de 56 intervjuede (63 prosent) som ikke var registrert som brukere i sprøyteromsordningen, ønsket å la seg registrere (Oppsøkende tjeneste 2007).

Når vi har vært til stede i sprøyterommet underveis i prøveperioden, har det vært slående hvor fornøyde og takknemlige brukerne har vært. Dette er for så vidt ikke overraskende. En kan imidlertid undre seg over at brukerne ikke har fokusert mer på kritikk av driften, tatt i betraktning at begrensninger i åpningstider og type narkotika som aksepteres, ikke er tilpasset målgruppens bruksmønster. Når så ikke er tilfelle, må det være fordi de positive sidene ved sprøyteromsordningen overskygger de negative. Hvorfor ønsker heroinmisbrukere å bruke sprøyteromsordningen, og hvorfor er de så tilfreds med tilbudet? Har de ingen

¹⁶ Om injeksjonen er satt i intravenøst eller intramuskulært er notert i 16 402 tilfeller av 17 226 totalt

¹⁷ 40 prosent tilsvarer 155 personer

ankepunkter til driften av sprøyteromsordningen utover dette med begrenset åpningstid?

5.4.1 Hvorfor benyttes sprøyterommet?

For noen brukere vil den viktigste grunnen til å bruke sprøyteromsordningen, være at alternativet er å injisere utendørs. De som ikke har stabil bolig eller av ulike grunner ikke kan sette sprøyte der de bor, vil i større grad enn de som har slik mulighet, injisere i det offentlige rom. Som vi har sett fra brukerundersøkelsene, oppga flertallet at de bodde i egen bolig, mens 41 og 32 prosent oppga at de hadde en bosituasjon som må regnes som ustabil (tabell 8). 2/3 av de som ble intervjuet i brukerundersøkelsene, oppga at de ville satt injeksjonen ute, dersom sprøyterommet ikke hadde vært tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet (tabell 9).

Tabell 9. Sted for aktuell injeksjon hvis ikke sprøyterom, prosent

	2005	2007
Ute	69	63
Bolig	12	31
Ute eller bolig*	18	6
Annet	2	0
N	67	65

* Andel som svarte at de enten ville satt ute eller i bolig

Vi ønsket også å vite om de som hadde plass i sprøyterommet sluttet å sette sprøyter ute, men det er ingenting som tyder på at så er tilfelle. Dette sammenfaller med det som framkom i undersøkelsen fra Oppsøkende tjenestes (5.3.1). Tabell 10 viser at ca 1/3 av de som deltok i brukerundersøkelsene hadde satt sprøyter ute siste døgn i tillegg til i sprøyterommet.

Tabell 10. Hvor injisert utenom sprøyterommet siste 24 timer, prosent.

	2005	2007
Ute	27	23
Bolig	57	67
Ute + bolig	8	8
Ikke satt sprøyte	8	
Annet	-	2
N	60	52

Som omtalt i kapittel 5.2, injiserer de mest aktive heroinmisbrukerne stoffet flere ganger i døgnet. Av ulike grunner vil det derfor være mange situasjoner der det ikke er aktuelt å benytte et sprøyterom. En viktig begrensning i de første to driftsårene har selvsagt vært sprøyterommets korte åpningstid, men for mange ville det uansett ikke være aktuelt å dra til sprøyterommet hver gang de skulle injisere. I tilfeller der de har heroin for hånden vil eksempelvis mange foretrekke å sette sprøyte i egen bolig. De fleste som injiserer bruker også andre stoffer i sprøyta enn heroin, og de er dermed henvist til å finne andre steder enn sprøyterommet når de skal injisere.

De to brukerundersøkelsene viste eksempelvis at det store flertallet hadde injisert på bopel i løpet av de siste 24 timer, ved siden av at de hadde vært i sprøyterommet (tabell 10). I en spørreskjemaundersøkelse vi gjennomførte i 2005 blant 128 beboere i Rusmiddelstatens lavterskelinstitusjoner, oppga oppimot 70 prosent at de sist hadde injisert på eget rom i institusjonen, mens bare fire prosent oppga at siste injeksjon ble satt ute eller på offentlig toalett. I fokusgruppeintervjuene vi gjennomførte i de samme institusjonene ved oppstarten av sprøyteromsordningen, var de fleste av den oppfatning at sprøyterommet ville være mest attraktiv for de som ikke hadde noe sted å bo.

- *I og med at vi bor her, så har man jo ikke behov for å bruke det, annet enn hvis man tilfeldigvis kanskje er i byen og kanskje ikke gidder og dra hjem.*
- *Jeg flyttet inn her på fredag, og i en tre måneders tid så har jeg hatt kjempeproblemer med å få satt skuddene mine, for jeg har bodd ute. Det er klart at i den perioden så har jeg savna et sprøyterom.*

- *Jeg har problemer med årene, jeg kan ikke sitte ute i kulda. Hvis ikke jeg hadde hatt tak over hodet her sånn, så hadde jeg vært avhengig av å finne en plass der jeg kan sitte varmt.*

Også evalueringene av sprøyterom i andre land viser tilsvarende resultater. Eksempelvis var den hyppigst oppgitte grunnen til at deler av målgruppen for sprøyterommet i Sydney ikke ønsket å benytte tilbudet, at de foretrakk å injisere i eget hjem (MSIC Evaluation Committee 2003).

Andre resultater i våre brukerundersøkelser nedtoner viktigheten av bosituasjon for hvorfor sprøyterom foretrekkes. På direkte spørsmål om hvordan de bodde hadde betydning for hvorvidt de brukte sprøyterommet, svarte henholdsvis 60 og 66 prosent nei. Det kan med andre ord også være mange andre grunner enn bosituasjon som gjør sprøyteromsordningen attraktiv.

At heroinmisbrukere velger å gjøre bruk av sprøyterom selv om de har muligheten til å injisere der de bor, har, ifølge de to brukerundersøkelsene, først og fremst sammenheng med at injisering i sprøyterommet gir en følelse av trygghet. Av de som ble intervjuet, oppga henholdsvis 78 og 64 prosent trygghet som den viktigste grunnen til at de bruker sprøyteromsordningen (tabell 11). Noen oppgir også at det er enkelt og trivelig å komme dit og at injiseringen foregår under hygieniske forhold.

Tabell 11. Oppgitt grunn for å bruke sprøyterommet, prosent

	2005	2007
Trygghet	78	64
Enkelt/trivsel	12	19
Hygiene	6	8
Annet	5	9
N	67	67

Dette er sammenfallende med hva brukere i andre land oppgir som attraktive sider ved å injisere i sprøyterom. Det er hygienisk, det gis medisinsk rådgivning og det er tilgang på nødhjelp (Hedrich 2004). Når trygghet er den viktigste grunnen til at brukerne benytter sprøyterommet, kan det være uttrykk for flere ting. Injeksjonsveiledning sees som nyttig

for å påføre seg mindre skade, det er trygt å vite at noen passer på i tilfelle overdose, og at de slipper å frykte for å bli jaget mens de injiserer.

5.4.2 Stor brukertilfredshet

Brukerne av sprøyterommet uttrykker som sagt stor tilfredshet med tilbudet. På spørsmål om hvordan de som deltok i brukerundersøkelsen føler seg møtt av de ansatte, svarer henholdsvis 100 og 99 prosent, at de blir møtt på en positiv måte. Eksempel på slike positive utsagn: *"En veldig varm mottakelse"* og *"greie folk som jobber der"*. På spørsmål om de får den hjelp og veiledning de trenger ved sprøytesetting svarer 87 og 93 prosent bekreftende. Likeledes ble det uttrykt stor tilfredshet med utstyret de blir tildelt i forbindelse med injiseringen, hele 99 prosent sier seg fornøyde.

Det må kunne sies å være naturlig at brukerne er fornøyde med brukerstyret som tilbys. Dette fordi det har vært lagt vekt på å tilby et mer fullstendig injeksjonsutstyr enn det som er tilgjengelig ved sprøyteutdelingene i Oslo. I tillegg til pumper, kanyler og Alkotip, som også er standard ved sprøyteutdelingene, tilbyr sprøyterommet askorbinsyre for oppløsning av stoffet, filter for å filtrere oppløsningen, kokeskje, "stas" for å fremheve blodårene og stearinlys for å koke opp blandingen. Om vinteren tilbys også "varme omslag" for lettere å finne årer. En grunn til at brukerne uttrykker så godt som enstemmig tilfredshet, er også at de ansatte har praktisert "brukermedvirkning" med hensyn til hvilket utstyr som skal være tilgjengelig. I oppstarten var det for eksempel stor misnøye med de innkjøpte kokeskjeene fordi brukerne brant fingrene på dem, men ved å ta med seg brukere ut på handletur, ble det kjøpt inn nye kokekar som fungerte bedre.

5.4.3 Begrensninger ved sprøyteromsordningen

At deltakerne i brukerundersøkelsen sier seg tilfreds med sprøyteromsordningen, kan ikke sies å være noen stor overraskelse. Tilbudet er høyst frivillig og de som ikke synes det er noe for dem, kan la være å komme. I brukerundersøkelsen ba vi imidlertid om forslag til endringer dersom det var sider ved tilbudet som kunne utbedres. Det var først og fremst utvidelse av åpningstiden de tenke seg annerledes (25 prosent).

I undersøkelsen fra Oppsøkende tjeneste oppga 16 av 80 personer at de ikke ønsket å la seg registrere i sprøyterommet, og de ble bedt om å si hvorfor. Det ble oppgitt flere grunner, men skepsis knyttet til å bli overvåket var det som gikk igjen (Oppsøkende tjeneste 2007). Dette var

også grunnen til at noen av deltakerne i fokusgruppeintervjuene ikke ønsket å la seg registrere som brukere av en sprøyteromsordning. Det oppleves også som problematisk av potensielle brukere at det bare er tillatt å injisere heroin. Av deltakerne i de to brukerundersøkelsen var det omkring 15 prosent (7-8 brukere) som ønsket at det ble åpnet for å blande heroin med piller, mens en mindre andel ønsket å kunne injisere amfetamin. Det var også noen som ønsket hjelp av de ansatte til selve injeksjonen og opphevelse av røykeforbud (tobakk så vel som heroin). Det siste må delvis sees som resultat av at de ansatte i en periode tok opp diskusjon med brukerne hvorvidt det burde gis mulighet for å røyke heroin i sprøyteromsordningen. Bakgrunnen var at røyking av heroin gir mindre skader enn injisering. I undersøkelsen fra Oppsøkende tjeneste, oppga 3 av 56 personer som ikke var registrert i sprøyterom, at de ønsket å røyke heroinet (ibid.).

I fokusgruppeintervjuene kom det fram synspunkter om at rammene for sprøyteromsordningen, gjorde det mindre attraktivt å benytte det:

- *Det er ikke regler der som det er rå å overholde. Jeg mener, et tilbud som blir gitt med forbehold som ikke kan la seg realisere, det er ikke realistisk. Da er det like godt å bare gi faen å sette kroken på døra.*
- *Jeg synes det er synd med alle slike gavepakker skal være med betingelser. Jeg synes at det skulle være betingelsesløst i forhold til hver enkelts behov. Hvis det er sånn barmhjertige samaritanopplegg det skal være for oss narkomane, så bør de ikke sette sånne helevetes betingelser, for det ødelegger effekten av det.*

Selv om sprøyteromsordningen har visse rammer, kan følgende utsagn likevel stå som illustrasjon for hvorfor mange har sett sprøyterommet som et attraktivt tilbud og latt seg registrere:

- *Hadde jeg stått på gata, så hadde jeg foretrukket å bruke sprøyterommet, uansett om jeg er negativ til å bli registrert, fordi at det er så mye bedre å få satt skuddet på den måten enn å sitte å fikle nede i et garasjehus.*

5.5 Oppsummering

- I de første to driftsårene lot 409 personer seg registrere som brukere, og av disse var det 383 som brukte sprøyteromsordningen en eller flere ganger. Av de 383 var 71 prosent menn og

- 29 prosent kvinner, 23 prosent var 30 år eller yngre, 41 prosent 31-40 år og 37 prosent eldre enn 40 år.
- Det ble satt 17 226 injeksjoner, noe som gir et gjennomsnitt på 24 injeksjoner per dag.
 - Det er store variasjoner i hvor ofte de registrerte brukerne har brukt sprøyteromsordningen. 2/3 har i gjennomsnitt brukt tilbudet to ganger eller mindre per måned i den tiden de har vært registret. Det er ikke mer enn 10 prosent som har benyttet tilbudet mer enn 6 ganger i gjennomsnitt per måned.
 - 80 prosent rapporterte å skulle injisere 0,2 – 0,25 gram heroin (en "kvartering").
 - De fleste injeksjonene ble satt i arm (64 prosent). Andre kroppsdelene for injeksjon var lyske (19 prosent), bein (15 prosent) og hals (2 prosent).
 - Trygghet oppgis som den viktigste oppgitte grunn til at brukerne bruker sprøyteromsordningen. Å lære hvordan injisere mindre skadelig, at noen passer på i tilfelle overdose og at brukerne er sikre på å få gjøre injeksjonen uten å bli jaget av politi, vekter eller andre, er viktige bidrag til at de føler seg trygge.
 - Brukerne av sprøyterommet uttrykker stor tilfredshet med tilbudet som gis, det er så godt som ingen som har noe å utsette verken på den veiledning som gis ved injeksjon, hvordan de møtes av de ansatte eller det utstyr som tilbys til injeksjon. Ønskede endringer er i hovedsak utvidelse av åpningstidene og tillatelse til å injisere piller sammen med heroin.

6 Måloppnåelse

6.1 Straffrihet for en brukerdose heroin

Et formål med prøveordningen med sprøyterom er å vurdere effekten av straffri besittelse og bruk av narkotika på et avgrenset område. Evalueringen skal med andre ord bidra til å vurdere tilsiktede og utilsiktede virkninger av straffrihet for bruk og besittelse av små mengder heroin i forbindelse med sprøyteromsordningen.

I forskriftens § 5 for sprøyteromsordningen heter det at *"En bruker av sprøyteromsordningen kan straffritt kun ta med seg og bruke én brukerdose heroin i sprøyterommet"*. Hva innebærer dette i praksis? Det gjøres klart at brukerne av sprøyteromsordningen kan inneha og bruke en viss mengde heroin i sprøyterommet. Det er her viktig å notere seg ordlyden. Det sies ikke at det er *lovlig* å inneha og bruke en dose heroin; det er bare fritatt fra straffeforfølgning. Ved å gjøre det på denne måten har Stortinget unngått å *legalisere* bruk og besittelse av heroin i sprøyteromsordningen. Stortinget har bare bedt politiet om ikke å gripe inn ved bruk og besittelse av én brukerdose heroin i tilknytning til sprøyteromsordningen. Etablering av en sprøyteromsordning taler slik sett ikke for at Norge er på vei mot en generell avkriminalisering eller legalisering av narkotikabruk. Eksempelvis het det i Bondevik II¹⁸ regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer.

"Regjeringen tar klar avstand fra liberalisering og legalisering av narkotika. Regjeringen fastholder at idealet narkotikapolitikken streber mot, er et samfunn fritt for narkotika og dette inngår som en del av Regjeringens visjon. Bruk av narkotika utenom helsevesenet skal derfor fortsatt være forbudt" (Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005:13).

Som omtalt i kapittel 2, er det tilsiktede formålet med den midlertidige sprøyteromsloven, at en prøveordning med sprøyterom skal kunne drives uten å komme i konflikt med legemiddel- og straffelovens bestemmelser om bruk og innehav av narkotika. Brukere av sprøyteromsordningen skal ikke risikere å bli pågrepet av politi mens de benytter tjenesten. I

¹⁸ Midlertidig lov og forskrift om prøveordning med sprøyterom ble vedtatt under Bondevik II regjeringen.

forlengelsen kan vi se to umiddelbare effekter. Bestemmelsen om straffrihet fjerner stress fra injeksjonssituasjonen for den aktuelle bruker samtidig som det gis budskap om at selve injeksjonssituasjonen skal unndras den kontrollsfæren målgruppen ellers befinner seg i. I en studie av politiets arbeidsmetoder sier Finstad (2003) at "stopp og sjekk – metoden" som politiet hyppig benytter overfor miljøene som bruker illegale rusmidler, begrunnes ut fra ønsket om å gjøre livet mest mulig brysomt for "kjenningene". De skal vite at de er under oppsikt. *"Mennesker som befolker miljøer som sees på som problemmiljøer, vet at politiet kommer – selv om de ikke vet akkurat når. Forutsigbar og uforutsigbar, samtidig"* (ibid.:114). Straffrihetsregelen i sprøyterommet medfører et unntak fra denne "lovmessigheten". Politiet skal ikke komme. Fokus skal her være på hvordan injeksjonen kan gjøres mest mulig skånsomt for brukere av sprøyteromsordningen. Det aksepteres at kontrollaspektet i dette tilfellet må vike og gi plass for andre rusmiddelpolitiske målsettinger.

Mange har derfor vært opptatt av hvordan politiet ville forholde seg til besittelse av heroindoser i umiddelbar nærhet av, eller når brukerne er på vei til sprøyterommet. Dette diskuteres også i forarbeidene til sprøyteromsloven og det reises spørsmål om hvorvidt det er behov for en frisone rundt et sprøyterom for å hindre pågripelser av brukere på vei for å benytte tilbudet (Ot.prp. nr. 56 (2003-2004)). Høringsinstanser som tok til orde for en frisone, antok at politiet i stor grad ville komme til å drive med "stopp og sjekk" av personer i nærheten av sprøyterommet. Andre var av den oppfatning at politiet ville resignere overfor motstridende politiske signaler. Det ble framholdt at en utilsiktet konsekvens av straffrihetsregelen ville være at en brukerdose med heroin i praksis ville ble avkriminalisert (ibid.).

I fokusgruppeintervjuer med brukere av illegale rusmidler forut for åpningen av sprøyterommet, ble det sagt at situasjonen i områdene rundt sprøyterommet ville komme til å bli forvirrende. Hvordan ville politiet komme til å oppføre seg? Det framkom en forventning om at politiet kom til å benytte muligheten til å henge rundt sprøyterommet for å beslaglegge så mye narkotika som mulig:

"Når folk går ut og inn der, så er jeg sikker på at det kommer til at de kommer til å spåne, og registrere. Det tror jeg. For du kan jo ha med deg.. holdt på å si fem gram og hundre Rohypnol inn, liksom".

Utsagnet viser liten tiltro til at politiet ville komme til å forholde seg til sprøyteromsordningen på en ryddig måte. De var redde for å bli stoppet og ransaket på veien til og fra sprøyterommet. Andre så imidlertid for seg at så lenge de bare hadde mindre mengder, ville de merke lite til en eventuell spaning, men at politiet ikke ville være overbærende med større kvanta:

"Hvis de har mistanke om at noen er på vei inn i sprøyterommet for å justere [sette en injeksjon] og ta seg en pause i pushinga, og at de antakeligvis har tjue kvartinger på seg, så selvfølgelig kan politiet finne på å slå til mot de da. Det blir ikke noe fristed".

I den grad det var forventninger om at politiet skulle komme til å holde sprøyterommet og dets brukere under oppsikt for å gjøre beslag, har disse blitt gjort til skamme. Forholdet mellom sprøyteromsordningen og politiet har vært tilnærmet knirkefritt. Det har ikke blitt observert spaning ved sprøyterommet, og det har heller ikke vært pågripelser inne i sprøyterommets lokaler. Politiet har vært fullt ut lojale mot Stortingets beslutning om å prøve ut en sprøyteromsordning. Dette bør ikke være noen stor overraskelse. Selv om politiet var motstandere av å sette i gang en sprøyteromsordning, er politiet også underlagt politisk styring. Politiet skal være lojale mot politiske beslutninger og utføre sitt arbeid i henhold til disse. En annen viktig side er at Oslo politidistrikt og Oslo kommune/-Rusmiddeletaten har lang tradisjon på samarbeid. I tråd med det gode samarbeidsklimaet drøftet de to parter hvordan de skulle unngå at det ble konflikter forut for åpningen. Politiet er i tillegg representert i referansegruppa for sprøyteromsordningen i Oslo, noe som også kan ha bidratt til å forebygge eventuelle konflikter.

Det er imidlertid klart at politiet står overfor et dilemma. På den ene siden er bruk og besittelse av alle typer og mengder av narkotiske stoffer fortsatt forbudt. Politiet skal beslaglegge narkotika og brukerne bøtelegges. På den andre siden skal ikke brukerne av sprøyterommet hindres på sin vei til sprøyterommet. Hvordan har så politiet løst dette? Forskriftens § 14 avklarer politiets kontrolladgang i tilknytning til sprøyteromsordningen:

"Politiet kan ved mistanke om straffbar besittelse eller bruk av narkotika i sprøyteromslokalene og på begjæring få opplysning om hvorvidt en identifisert person er registrert bruker av sprøyterommet eller ikke. Politiet kan gripe inn for å sikre den offentlige ro og orden mv. i samsvar med politiloven §7"

Bestemmelsen gir politiet en lovfestet rett til å få avklart om bestemte personer er registrert som brukere av ordningen, noe som vil kunne være aktuelt i tilfeller der en person som pågripes med en brukerdose påberoper seg å være på vei til sprøyterommet. I de første to driftsårene har imidlertid politiet bare benyttet seg av retten til å få slik informasjon to ganger. Dette må sies å være for ingenting å regne, i og med at sprøyterommet i denne perioden lå like ved det mest sentrale omsetningsstedet for illegale rusmidler i Oslo. Et stort antall personer kjøpte her daglig sine heroindoser, og det er overveiende sannsynlig at flere enn to personer i denne perioden har blitt pågrepet med brukerdose. Det ser med andre ord ut til at i den grad en person blir tatt med enkle brukerdoser lar politiet vedkommende gå dersom han/hun hevder å være på vei til sprøyterommet. Etter alt å dømme ville det vært vanskelig å gjøre noe annet. Dersom politiet skulle sjekket hvem som var registrerte brukere for å la disse gå fri med en brukerdose, mens andre fikk en reaksjon, ville det medført en todeling av rusmiddelmiljøet i Oslo sentrum. De registrerte sprøyteromsbrukerne ville fremstått som en slags "overklasse" som fritt kunne ferdes rundt i byens gater med sin brukerdose på lommen uten innblanding fra politiet.

Som vi har sett, var noen av deltakerne i fokusgruppeintervjuene av den oppfatning at politiet ville motarbeide sprøyteromsordningen. Andre mente forholdet til politiet ville bli uproblematisk, noe som trolig har sammenheng med mange års positive erfaringer fra hvordan politiet har forholdt seg til sprøyteutdelingen i Oslo sentrum. Også her har politiet vist respekt ved å la være å ransake folk i umiddelbar nærhet av sprøyteutdelingen. I praksis kan imidlertid en slik strategi føre til at heroindosen skifter status fra ulovlig til lovlig, i alle fall i deler av byen, slik denne informanten sier:

"...å gå Skippergata og bli stoppa av politiet, så blir jeg ransaka, så finner de en brukerdose i lomma mi, og så sier jeg, nei, jeg skal bort i sprøyterommet og sette meg en justering, og det har jeg gjort kanskje de siste dagene, det kan dere bare sjekke opp. Og ergo så er den dosen jeg går med legalisert".

Dette var en utvikling Riksadvokaten forutså i sin høringsuttalelse (jmf kapittel 2). Etter at Stortinget hadde vedtatt midlertidig lov og forskrift for prøveordningen sendte Riksadvokaten derfor brev til statsadvokatembetene og landets politimestere, der det gis retningslinjer for hvordan politiet skal forholde seg:

"Selv om oppbevaring av en brukerdose heroin er straffbart umiddelbart utenfor sprøyterommet, ville det være illojalt om politiet rutinemessig tok oppstilling utenfor slike steder for derved å kunne ransake personer på vei inn. På den annen side skal det selvsagt ikke være nok til straffrihet at man hevder å "være på vei til sprøyterommet." (Riksadvokaten 2004).

Riksadvokaten sier ikke hvordan politiet konkret skal opptre. Det framkommer av brevet at de aktuelle politimestrene selv må instruere tjenestemenn i eget distrikt (ibid.).

I instruksen for tjenestemenn og -kvinner ved Grønland Politistasjon, som har ansvaret for området hvor sprøyterommet i Oslo lå i den første to-årsperioden, heter det at sjekk og kontroller av enslige personer ikke skal foregå i nærheten av sprøyterommet med mindre det oppstår konkrete salgssituasjoner eller annen kriminalitet¹⁹. Man skal med andre ord kunne ferdes i nedre deler av Oslo sentrum med en brukerdose heroin, uten å frykte for politiet.

At politiet nedprioriterer jakten på brukerdoser er imidlertid ingen ny situasjon. Allerede på "Plata" ved Oslo S. var brukerdosen ute av politiets fokus, på tross av at de via sine overvåkningskameraer var vitne til utallige kjøps- og salgssituasjoner i løpet av en dag. Selv om det lå an til en endring etter den såkalte "Plata-aksjonen" sommeren 2004, er det i lengden vanskelig for politiet å prioritere ressurser til å jakte på brukerdoser. På mange måter kan en derfor si at sprøyteromsordningen gjør noe av arbeidet til politiet som arbeider mot det illegale rusmiddelmiljøet i Oslo, enklere. Politiet slipper å ransake rusmiddelmisbrukere som ofte er både slitne og syke, for å beslaglegge brukerdoser og bøtelegge. Sprøyterom bidrar også i noen grad til mindre injisering på offentlig sted, noe som også letter arbeidet for politiet.

Effekten av straffrihetsbestemmelsen i sprøyterom er først og fremst at den gjør det praktisk mulig å drive et sprøyterom fra et legalt perspektiv og det blir lettere for målgruppa å oppsøke tilbudet. Straffrihetsbestemmelsen tydeliggjør at andre målsetninger i narkotikapolitikken i visse tilfeller kan sees som viktigere enn kontrollaspektet. Den gir signal om at hensynet til den enkelte bruker i dette tilfelle prioriteres framfor hensynet til hvilke signaler opprettelsen av et tiltak som sprøyterom kan gi til resten av befolkningen. En utilsiktet konsekvens er som vi har sett, at politiet

¹⁹ Personlig meddelelse fra leder for Ordenstjenesten ved Grønland Politistasjon.

sannsynligvis i større grad enn før ser gjennom fingrene med brukerdosen på gateplan i Oslo sentrum.

6.2 Økt verdighet?

I forskrift for prøveordning med sprøyteromsordning heter det at "Prøveordningen med sprøyterom skal bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere". I forbindelse med høringen forut for prøveordningen kom det fram ulike oppfatninger om hvorvidt sprøyterom vil være et bidrag til økt verdighet for "tungt belastede heroinmisbrukere". Mens tilhengere av en sprøyteromsordning framholdt at sprøyterom vil være en utstrakt hånd til rusmiddelbrukerne og dermed bidra til å gi dem økt verdighet, var andre av den oppfatning at det ville bidra til å gi dem mindre verdighet. Begrunnelsen var at det er uverdig å bli tilbudt tjenester som bidrar til å holde mennesker i rusmiddelbruk, og at hjelpetilbud som skal bidra til å gi økt verdighet, må peke ut av misbruket (Sosialdepartementet 2002). Det har også blitt anført at sprøyterom ikke kan føre til verdighet for sprøytemisbrukerne på grunn av at deres totale livssituasjon i seg selv er uverdig.

Det er imidlertid et spørsmål hva en i denne sammenheng skal legge i begrepet verdighet. Verdighet kan sies å hense på en unik opplevelse hos det enkelte menneske. Det er derfor i utgangspunktet vanskelig å definere hva som oppleves som verdig hos et annet menneske. Samtidig benyttes begrepet hyppig og i stadig nye sammenhenger, uten at innholdet defineres. Det tas for gitt at alle vet hva det betyr, slik Edlund hevder i boken *Människans värdighet* (2002:4):

"Ett begrepp som används ofta och i många olika sammanhang risikerar att förlora något av sin innebörd. Det kan bli till ett tomt ord. Så har i stor utsträckning skett med begreppet värdighet, där man får lita till vardagspråket om vad värdighet är. Det tas ofta för givet att alla vet vad ordet betyder. Att värdighet inte finns tillräckligt väl beskrivet utgör en kunskapslucka inom värdsvetenskapen"

Målsetningen om økt verdighet skiller seg fra de andre målsetningene med sprøyteromsordningen, ved at den ikke kan måles empirisk. Verdighet er en symbolsk størrelse, og en diskusjon om verdighet i forhold til sprøyterom kan bare gjøres når vi først har fastlagt hvordan vi i denne sammenheng skal forstå begrepet. Verdighet i sammenheng med

sprøyterom kan forstås på et *allment* og på et *individuell* nivå. På et allment nivå dreier det seg om å bidra til økt verdighet for alle "tungt belastede heroinmisbrukere", mens det på et individuelt nivå dreier seg om å bidra til økt verdighet for den enkelte bruker av sprøyterommet.

På det allmenne nivået gir opprettelsen av sprøyterom positive signaler til gruppen av "tungt belastede heroinmisbrukere" om anerkjennelse av deres verdi, og at deres livssituasjon sees på som lite verdig av samfunnet som ønsker å bedre denne. At bruk og oppbevaring av brukerdoser med heroin skjermes fra politiets inngripen i sprøyterommet, gir signal om at hensynet til brukerens helsetilstand er viktigere enn utøvelse av kontrollpolitikken. Sprøyteromsordningen kan sies å oppheve det generelle prinsippet om at når du gjør noe som ikke er lovlig, må du selv bære konsekvensene. En sprøyteromsordning kan sees på som et uttrykk for at det blir ansett som uetisk å se på at mennesker går til grunne og dør, uten at samfunnet griper inn.

At åpningen av sprøyterom oppleves som positivt for sprøytemisbrukere som selv ikke ønsker å bruke tilbudet, kom fram i fokusgruppeintervjuene med beboere på hybelhusene. Selv om ingen ga uttrykk for at de selv hadde behov for å bruke sprøyterommet, uttrykte de alle glede for at det hadde åpnet. *"Vi har fått et tilbud"* var en formulering som gikk igjen gjentatte ganger.

På det individuelle nivå er spørsmålet om og hvordan den enkelte bruker av sprøyterommet kan sies å ha oppnådd økt verdighet gjennom bruk av tilbudet. Det som sies i lovforarbeidene om verdighet i sprøyterom henspeiler på det individuelle: *"(...) sprøyterom er ment å være et alternativ til å injisere på gater og i portrom. Et sprøyterom skal tilby et avskjermet miljø der brukerne i rolige omgivelser og uten direkte innsyn fra andre, kan sette sine sprøyter. Hensikten er å kunne bidra til å bedre rusmiddelmisbrukernes livssituasjon og opplevelse av verdighet"* (Ot.prp. nr. 56 2003-2004, pkt 7.1). Ut fra det som sies her, skal verdigheten ligge i at brukerne av sprøyteromsordningen får tilbud om et avskjermet og rolig sted for injisering. De skal slippe å sitte ute i offentligheten hvor hvem som helst kan se hva som foregår. Dette skillet mellom offentlig og "privat" sfære må sies å være sentralt for hvordan en skal forstå verdighet knyttet til sprøyterom. Sprøyterommet kan her sees som privatsfære i den forstand at bare de "innvidde" er vitne til at det injiseres.

Å begrense den individuelle siden av verdighet for brukere av en sprøyteromsordning til skillet mellom en offentlig og en privat sfære, vil imidlertid være for snevert. I tillegg til de fysiske fasilitetene ordningen tilbyr, kan en eventuell økt verdighet for brukerne også knyttes til menneskelige møter mellom ansatte og brukere og den hjelpen de får. Den enkelte bruker kan gjennom dette få en individuell opplevelse av anerkjennelse ut fra sine behov.

Verdighetsbegrepet har en lang historie og har blitt forsøkt forstått av ulike filosofer opp gjennom tidene. En filosof som har en forståelse av verdighet som er svært relevant i forhold til diskusjon om sprøyterom, er Axel Honneth. Anerkjennelse er sentralt for opplevelse av verdighet. Anerkjennelsens grunnlag er ifølge Honneth gjensidighet, noe som er en forutsetning for identitetsutvikling (Honneth 1995). Han definerer tre former for sosiale fellesskap hvor vi må motta anerkjennelse for å kunne utvikle en positiv selvforståelse. Det ene er fellesskap og nærhet til omsorgspersoner som gir oss ubetinget kjærlighet og anerkjennelse. Det andre er det fellesskap som anerkjenner oss som individer med rettigheter på linje med andre samfunnsborgere, eksempelvis rettssikkerhet, stemmerett, en viss levestandard og rett til helsehjelp. Det tredje er det fellesskap der vår innsats og evner anerkjennes som betydningsfulle (ibid.). Hvordan kan vi tenke oss at den gjengse sprøyteromsbruker opplever disse tre fellesskapsformene?

Målgruppen for sprøyterom er ”tungt belastede heroinmisbrukere”, og det er velkjent at dette er en gruppe der forholdet til nære omsorgspersoner preges av brutte relasjoner. En følge av en livsstil preget av rusmiddel-misbruk er også at muligheten for å få anerkjennelse for egne evner og egen innsats er sterkt redusert. Av den grunn vil Honneths første og tredje fellesskapsarena for å motta anerkjennelse, være relativt fjerne for sprøyterommets målgruppe. Det han beskriver som den andre fellesskapsarena står derimot mer sentralt. Det å ha rettigheter på linje med andre samfunnsborgere gir grunnlag for anerkjennelse, eksempelvis rett til helsehjelp. Formelt sett er det ingen forskjell i rett til helsehjelp mellom slitne rusmiddel-misbrukere og andre borgere. I praksis opplever rusmiddel-misbrukere seg stigmatisert i det ordinære helsevesenet og mener at de ikke får den hjelp de trenger. Sprøyteromsordningen er blant annet ment å bidra til at rusmiddel-misbrukere skal få bedre helsehjelp, både ved å redusere skader ved injisering og gjennom at de ansatte kan formidle kontakt til ulike hjelpetjenester.

Et utsagn fra en deltaker i den tidligere nevnte undersøkelsen til Oppsøkende tjeneste, kan illustrere hvordan bruken av sprøyterom og injeksjonsveiledningen som gis, kan oppleves som bidrag til økt livskvalitet (Oppsøkende tjeneste 2007) :

"Jeg vil så gjerne få skryte av personalet ved Sprøyterommet, spesielt de som har vært der lenge og som ikke er redde for å bry seg "det lille ekstra". Og jeg vil understreke at livet mitt har fått en mye bedre kvalitet, fordi det gjør det mye lettere å ta vare på kroppen min, og det å bli veiledet gjør også at jeg får muligheten til å ta ekstra vare på kroppen min! (...) GLAD I DERE!"

Brukerne av det tidligere nevnte uoffisielle sprøyterommet i regi av Pro-senteret, la også vekt på at opplevelse av egenverdi økte ved at de kunne være åpne om at de injiserte, og at de ble tilbudt trygge og hygieniske omgivelser. De mente dette førte til en større aksept av dem som mennesker, slik en av dem uttrykte det: *"Man slipper å føle seg så kjeltringaktig, slipper å se deg over skulderen, ja klart det er med på å øke min selvfølelse"* (Pro-senteret 2001). Honneths teori viser at sprøyterom gjennom å tilby helsetjenester kan bidra til anerkjennelse av den enkelte bruker, og derigjennom økt verdighet.

Det som ovenfor ble sagt av deltakeren i undersøkelsen fra Oppsøkende tjeneste, uttrykker at hvordan de ansatte forholder seg overfor brukerne er viktig for å oppnå individuell verdighet i sprøyterommet. Ut fra vår observasjon er det ikke tvil om at de ansatte møter brukerne uten fordømmelse og med stor respekt, og at de strekker seg svært langt for å tilfredsstillende de behov brukerne presenterer.

6.3 Helse- og sosialfaglig oppfølging

I følge forskriften er en målsetning med sprøyteromsordningen at den skal *"gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparatet"*. Det sies også at tjenesten skal omfatte *"tilbud om rådgivning og informasjon om helsetjenester og sosiale tjenester"* og omfatte *"formidling av kontakt med helsetjenesten og/ eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det"*.

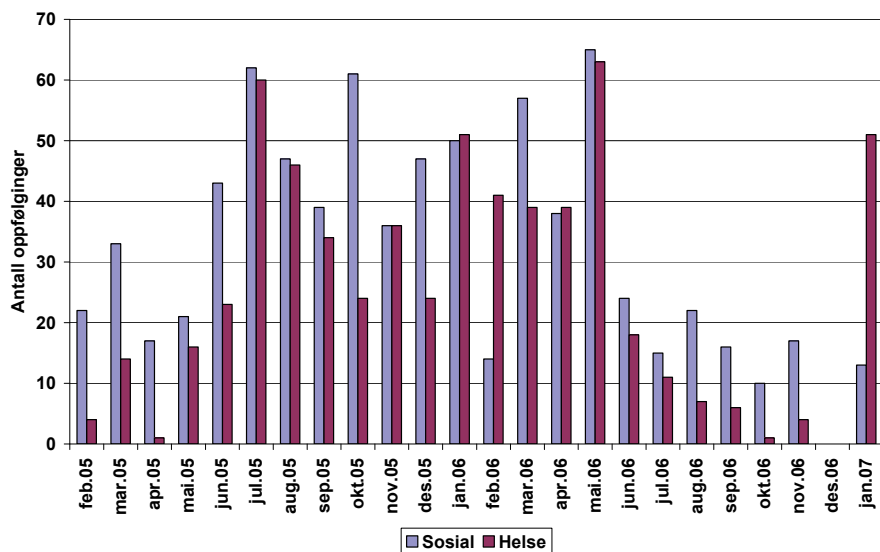
De aktuelle brukerne av sprøyteromsordningen er en gruppe som stort sett har kontakt med mange hjelpere. De fleste har kontakt med sosialtjenesten i bydel og mange har kontakt med Rusmiddeletatens ulike tjenestetilbud. Det er derfor ikke tenkt at de ansatte i sprøyteromsordningen skal overta oppgaver som tilligger det ordinære

tjenesteapparatet. Det er imidlertid store variasjoner med hensyn til kontaktens kvalitet og intensitet. I tilfeller der det framkommer at brukere av sprøyteromsordningen av ulike grunner ikke får den hjelp de ønsker og har behov for, er de ansatte eksempelvis behjelpelig med å opprette nye kontakter eller å reetablere eventuelle brutte kontakter. Det har også forekommet tilfeller der det i utgangspunktet ikke var kontakt og hvor ansatte i sprøyteromsordningen har bistått med nødvendig kontaktetablering.

I utgangspunktet skal de ansatte registrere hvorvidt det er gitt en eller annen form for helse- eller sosialfaglig oppfølging for hvert enkelt besøk. Det er imidlertid ikke notert hvorvidt det dreier seg om kontaktformidling med eksterne hjelpeinstanser eller om det er rådgiving/hjelp som er gitt av de ansatte i sprøyterommet. Det er derfor ikke mulig å si noe om omfanget av formidling av kontakt til ulike deler av helse- og sosialtjenesten. De ansatte melder ellers at de i mange tilfeller har unnlatt å registrere oppfølging ut over det som har med injisering å gjøre, og at det er stor underrapporteringen, noe som skyldes at registreringsrutiner blir skadelidende når andre arbeidsoppgaver må prioriteres. Det vil alltid være det som foregår inne i injeksjonsrommet som har førsteprioritet, og når i tillegg mange av brukerne låner telefonen og selv kontakter hjelpeinstanser, er det vanskelig å få registrert all slik aktivitet.

Registrerte data for de to første driftsårene viser at det er foretatt sosialfaglig oppfølging i 769 tilfeller og helsefaglig oppfølging i 613 tilfeller. Det vil si at det er registrert oppfølging av brukerne ved 8 prosent av alle besøk (N=17 226). Av personvern hensyn er opplysningene om oppfølging ikke koblet til brukernummer, så vi vet derfor ikke hvorvidt det er enkeltpersoner som har fått mye oppfølging eller om det er mange personer som har fått enkeltoppfølging. I de to brukerundersøkelsene oppga noe over 60 prosent at de en eller flere ganger har fått hjelp utover selve sprøytesettingen, eksempelvis til å ringe en hjelpeinstans, til stell av sår, samtale etc. Det kan imidlertid være grunn til å tro at jo oftere en bruker har benyttet sprøyterommet, jo større er sjansen for å ha fått en eller annen form for videre oppfølging, noe som også framkommer i det australske prøveprosjektet (MSIC Evaluation Committee 2003) og i Hedrichs' oppsummering av data fra europeiske brukerrum (Hedrich 2004). I store deler av de to første driftsårene var det problemer med å få fylt "vaktlagene", noe som ble særlig kritisk sommeren 2006. Som det framgår av figur 5 var oppfølging utover det som var knyttet til injisering, i

denne perioden svært begrenset. Som vist i figur 2 i kapittel 5.1 fant det også sted færre injeksjoner i den samme perioden.



Figur 5 Helse- og sosialfaglig oppfølging

Det er vanskelig å sammenlikne omfang av oppfølging i den norske sprøyteromsordningen med erfaringene fra andre land. Hedrich viser at det er liten variasjon i hvilke tilbud som er tilgjengelige i sprøyte-/brukerrom i Nederland, Sveits og Tyskland (Hedrich 2004), men vi vet likevel relativt lite om hvilken type oppfølging som registreres og hvordan registreringen foregår. Noen steder registreres oppfølging av de ansatte, andre steder baserer informasjon om oppfølging seg på selvrappotering fra brukerne. Det varierer også hvorvidt oppfølgingsprosent regnes ut fra antall besøk eller ut fra antall brukere. Selvrappoterte data fra Tyskland ser ikke ut til å skille seg vesentlig fra de norske selvrappoteringsdataene, ved at 54 prosent av brukerne oppga at de hadde fått oppfølging utover det som var knyttet til injisering (ZEUS GmbH 2003).

Rappoteringen fra sprøyteromsordningen i Canada skiller seg ut med en langt høyere oppfølgingsprosent enn i de europeiske sprøyte-/brukerrommene ved at det er registrert oppfølging i 46 prosent av besøkene (Tyndall et al. 2005). Til sammenligning rapporteres

oppfølgingsprosent utfra antall besøk fra andre sprøyte-/brukerrom å være 4,6 prosent i Zürich, 4,8 prosent i Hannover, 9,1 prosent i North Rhine-Westphalia, 10,5 prosent i Madrid, 10,5 prosent i Sydney og 6,1 prosent i Genova (Hedrich 2004). Oppfølgingsprosenten i den norske sprøyteromsordningen ser med andre ord til å ligge omtrent midt på treet (8 prosent), men det er som sagt store svakheter ved denne typen sammenlikninger mellom ulike tilbud i ulike land.

De ansatte forteller i intervjuene at å få henvist noen til avrusning, til Klinikk Motivasjon²⁰ eller skaffe noen en seng for natta, er tilfredsstillende og gir en følelse av å ha utrettet noe den arbeidsdagen. Det kan være grunn til å tro at det mer tradisjonelle hjelpearbeidet overfor klientene oppleves særlig viktig for ansatte i en sprøyteromsordning tatt i betraktning den destruktiviteten de utsettes for ved å være vitne til brukernes daglige selvskading gjennom sprøytesetting. Evalueringen av prøveprosjektet i Sydney avdekket mye av de samme mekanismene. En stressende og profesjonelt demoraliserende arbeidssituasjon medførte ønske fra de ansatte om å kunne bruke mer tid til oppfølging av den enkelte bruker (MSIC Evaluation Committee 2003).

I intervjuene med de ansatte i den norske sprøyteromsordningen framkommer det at de opplever veiledning av brukerne i hygiene og injeksjonspraksis som vellykket. Den helse- og sosialfaglige delen av arbeidet i sprøyteromsordningen ser imidlertid ut til å være vel så viktig for den enkeltes følelsen av å gjøre en meningsfull jobb, og de vil gjerne bruke mer tid på denne typen arbeid. For få ansatte på vakt angis som hovedårsaken til at det ikke foregår mer slik oppfølging:

"Det blir ikke tid til å ta noen samtaler med dem, vi får det til å gå rundt, den daglige driften så vidt det er, og bare vi klarer det så må vi være fornøyd med det og ... Ja, det faglige har jo kommet veldig i bakgrunnen, i hvert fall det siste halve året hvor vi bare har måttet få det til å gå rundt på et eller annet vis, med alt for få folk. Vi har bare skyssa dem inn og fått dem til å ruse seg og ut igjen, og bare sittet og sett på det som sånne fabrikkarbeidere, og det har vært veldig lite givende".

At de ansatte har hatt for liten tid og mulighet for oppfølging, erkjennes også av de med lederansvar for sprøyteromsordningen. Økt vektlegging av helse- og sosialfaglig oppfølging kan imidlertid innebære at en

²⁰ Lavterskel substitusjonsbehandling i regi av Oslo Kommune v/Rusmiddeletaten.

sprøyteromsordning overtar oppgaver og ansvar som tilligger det ordinære tjenesteapparatet. En mellomleder i Rusmiddeletaten framholder at ansatte som kommer i kontakt med klienter i så utsatte situasjoner som det en gjør i sprøyterommet, alltid vil ønske å gjøre mer for den enkelte, og at det er vanskelig å sette grenser for hvor langt en skal følge opp folk:

”Egentlig så vil alle ansatte i skadereduksjonsinstitusjoner gjerne følge klientene kjempelangt og ha dem veldig lenge. Fordi de får en kontakt med dem, og da vil de gjerne fortsette. Og jeg tror det er et naturlig behov, at vi ønsker å gjøre noe for folk, og vi ønsker å gjøre det selv. Vi vil gjerne følge dem helt hjem. Hvis vi skal klare å gjøre gode tiltak, så må vi ta vare på sånne lange gode relasjoner. Vi må ha anledning til det. Men jeg er ikke helt sikker på om det er ansatte på sprøyterommet som skal gjøre det, eller om de skal hjelpe til med å formidle folk som har bruk for en lang relasjon til andre ting. Og akkurat den formidlingsbiten ser jeg at de burde hatt bedre tid til å drive med. Men jeg tror at hvis man lagde veldig mye flere oppfølgingsressurser i tilknytning til sprøyterommet, så er jeg redd for at vi ville beholde klientene for lenge i sprøyterommet og ikke formidlet dem videre. Dette er kjempevanskelig. På den ene siden så skal folk ha et meningsfullt forhold til dem de jobber med, og da må de få lov til å jobbe med dem en stund, på den annen side så må folk få lov til å gjøre det de er gode til, og det som er meningen at skal foregå der. Hvis man strekker paralleller til andre sider av helsevesenet, så må pasienter på en annen avdeling, vi kan ikke gjøre alt på øre nese hals selv om du har fått en kjempegod relasjon til pleiepersonalet og leger på øre nese hals. Noen ganger trenger de helt andre spesialiteter”.

Fra et ledersynspunkt vil det være nødvendig å sette grenser for hvilke oppgaver de ansatte i ulike virksomheter skal bruke tid på. Dersom ansatte i sprøyterommet skulle fulgt opp den enkelte bruker så mye som vedkommende faktisk hadde behov for, ville det blitt liten tid til observasjon og veiledning rundt selve injiseringen. Samtidig ser sprøyterom ut til å være et egnet sted til å gripe tak i folk og gi hjelp til de som har det aller vanskeligst og er aller mest selvdestruktive.

Selv om det ikke er mulig å gi noe konkret mål for i hvilken grad sprøyteromsordningen har gitt økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparatet, må det likevel kunne sies at ordningen har hatt en slik funksjon. I de aller fleste tilfeller oppstår det et tillitsforhold mellom brukerne av sprøyteromsordningen og de ansatte. De ansatte kommer svært tett på brukerne i en sårbar situasjon. Det etableres tillitsforhold som gir grunnlag for at brukerne presenterer

hjelpebehov som faller utenfor rammene for det som tilbys i sprøyterommet, men hvor de ansatte formidler kontakt eller gir råd og veiledning om hvor de bør henvende seg.

Det synes klart at sprøyteromsordningen innehar et potensial for mer oppfølging av brukerne, men om en klarer å utnytte det vil langt på vei avhenge av størrelsen på bemanningen. Som allerede nevnt, vil det være injiseringen som står i fokus, og annen oppfølging vil foregå mer tilfeldig i den grad tiden tillater det. Hvorvidt brukerne får oppfølging utover det som angår injisering, og hvilken type oppfølging de får, avhenger også i noen grad av hvilke profesjoner som er representert i personalgruppa til en hver tid. Sosionomer kjenner eksempelvis bedre enn sykepleiere til aktuelle hjelpetilbud knyttet til sosialtjenesteloven, mens sykepleiere lettere enn sosionomer kan vurdere helsefaglige spørsmål. For å være best mulig rustet med hensyn til oppfølging utover det som dreier seg om injisering, er det derfor viktig at helse- og sosialfaglige profesjoner arbeider parallelt. Samtidig må en være bevisst med hensyn til ikke å overta ansvar som tilligger andre deler av hjelpeapparatet.

6.4 Sikrere injeksjonspraksis?

Et annet formål med sprøyteromsordningen er å forebygge infeksjoner og smitte. Dette utdypes nærmere i forskriftens § 6 a), der det sies at brukerne av sprøyterommet skal gis tilbud om *”generelle råd om injeksjonspraksis, hygiene og egenomsorg for å forebygge smitte og for å redusere risikoen for skade”* og videre i d) *”tilbud om individuell og konkret rådgivning til hver bruker i forbindelse med injiseringen”*. Målsetningen er at sprøyteromsordningen skal føre til bedre injeksjonspraksis ved at de ansatte gir brukerne råd om hvordan de kan injisere med minst mulig skadevirkninger. Konkret har dette ført til at det gis råd om håndhygiene, å la være å ta ytterst på pumpa eller kanylen, å ikke slikke på kanylen før man stikker, riktig bruk av Alkotip, å bytte kanyle mellom hver gang man stikker. I forhold til injeksjonsteknikk gis det råd om riktig valg av type kanyle ut fra hvor på kroppen man injiserer, å variere hvor på kroppen man injiserer, å injisere intramuskulært, intravenøst, å stikke mot hjertet ikke fra hjertet, og vinkel på kanylen når man injiserer. Dette er former for veiledning som gis inne i selve injeksjonsrommet, og som foregår enten ved at brukeren spør de ansatte om hjelp eller at de ansatte på eget initiativ gir brukeren råd dersom de ser at noen har et forbedringspotensial med hensyn til hvordan de injiserer. I hvilken grad rådgivningen fører til en faktisk bedring i injeksjonspraksisen er imidlertid vanskelig å måle, men egenrapportering og rapportering fra

de ansatte peker i retning av at en del brukere tar til seg råd om å injisere på en mindre skadelig måte.

At det er gitt injeksjonsveiledning er notert i 2 312 tilfeller, noe som utgjør 13 prosent av det totale antallet injeksjoner i de første to driftsårene (N=17 226). Dette kan synes som en lav andel, men dersom vi ser på hvor mange av de registrerte brukerne som noen gang har mottatt injeksjonsveiledning, finner vi at dette gjelder 309 personer, eller 81 prosent av de som benyttet tilbudet i den aktuelle perioden (N=383). En må med andre ord kunne si at en høy andel av brukerne har fått veiledning en eller flere ganger i tilknytning til injisering. Veiledning sett i forhold til antall injeksjoner gir dermed mindre mening, da vi må kunne anta at behovet for veiledning er størst i begynnelsen, men at brukerne etter hvert forbedrer sin injeksjonspraksis i samarbeid med de ansatte. Dette er i tråd med de ansattes oppfatning:

"Jeg ser effekten av den veiledningen vi gir. At de blir flinkere til hygiene, de lærer masse i forhold til hvordan man blir smittet, mange tror at man kan få HIV omtrent av å boste på hverandre. Det er mange myter i miljøet. (...) Men det er hygienens som står mest i fokus".

Hygiene har et sentralt fokus og viktigheten av håndvask fremheves:

"Fra å ha folk som ikke skjønner at de trenger å vaske hendene sine, hva er vitsen med det, jeg gjorde det for en time siden, til at å ja, akkurat. Punkt én altså rundt hygiene. Hva gjør du? Det er kanskje ikke det smarteste å bruke sølevann. Dette øker faren for abscess. Altså, vi har økt kunnskapsnivået blant de heldige som får lov til å bruke injeksjonsrommet, rundt injeksjonsprosedyrer. Hva er lurt for at du skal holde deg frisk lengst mulig?"

Brukerundersøkelsen peker også i retning av at sprøyteromsordningen har ført til at mange brukere har fått et mer bevisst forhold til hvordan de injiserer. På spørsmål om de hadde endret rutiner rundt sprøytesetting etter at de begynte å bruke sprøyterommet, svarte 72 prosent bekræftende i 2005-undersøkelsen, mens det gjaldt en noe mindre andel i 2007-undersøkelsen (54 prosent). Tabell 14 gir en oversikt over hva brukerne oppgir å ha endret. Undersøkelsen bekrefter fokuset på renslighet ved at omkring 60 prosent av de spurte oppgir at de er blitt mer opptatt av hygiene ved injiseringen etter at de begynte å gå i sprøyterommet.

Tabell 14. Hvordan endret injeksjonspraksis (hvis endret rutiner), prosent

	2005	2007
Injiserer annet sted på kroppen	13	11
Setter muskulært	13	6
Mer hygienisk	57	60
Annet	17	23
N	47	35

En studie av sprøyterom i Hamburg viser også at positive endringer i injeksjonsatferd særlig gjør seg gjeldende i forhold til hygiene. Opp i mot 2/3 av de spurte oppga her at de var blitt mer nøye med hygiene rundt injeksjonen etter at de begynte å gå i sprøyterom (Zurhold et al. 2003). En tilsvarende studie i Hannover viste at i overkant av en femtedel av de spurte oppga at de hadde blitt flinkere til å tenke hygiene når de injiserte (Stoever 2002).

Andre endringer knyttet til injisering som framkommer i brukerundersøkelsene, er at noen har begynt å injisere annet sted på kroppen (13 og 11 prosent) og noen har begynt å sette sprøyta muskulært (13 og 6 prosent). Resultatene kan sees i lys av de ansattes fokusering på uheldige måter å injisere på. Blant annet har de gitt råd til de som injiserer i hals og lyske om å injisere i andre kroppsdeler, og høsten 2006 var det en periode hovedfokus på alternative injeksjonssteder for de som brukte lysken. Tolkninger av resultater grunnlagt på få individer vil alltid være usikre, men det kan likevel påpekes at når en lavere andel oppgir å ha endret sin praksis til å injisere muskulært i 2007-undersøkelsen sammenliknet med i 2005, sammenfaller det med at de ansatte var mest aktive på muskulær veiledning i oppstarten av prøveperioden, men etter hvert stilte seg mer kritisk til slik veiledning.

Undersøkelser fra andre sprøyte-/brukerrom viser at injeksjonsveiledning gir positive resultater med hensyn til hygiene og måte å injisere på, og at sprøyterom er med på å bedre helsen blant injiserende narkotikamisbrukere mer generelt. Eksempelvis viser evalueringen av prosjektet i Sydney en bedring i klientenes helse og injeksjonspraksis. Nesten halvparten av brukerne rapporterte om mindre risikofylt injeksjonspraksis etter at de begynte å bruke sprøyterommet, og i løpet av prosjektperioden var det en liten nedgang i med hensyn til helseproblemer knyttet til

injisering blant brukerne av sprøyteromsordningen (MSIC Evaluation Committee 2003). En canadisk studie viser at de som benytter seg av sprøyterom, deler sprøyter i mindre grad enn andre injiserende narkotikamisbrukere (Kerr et al. 2005). Evalueringer av sprøyteromsordninger i Sveits og Nederland kommer med tilsvarende konklusjoner: mindre risikofylt injisering og bedret helse (Dolan & Wodak 1996, Wolf et al. 2003, Linssen 2001). Hedrich konkluderer i sin rapport med at europeiske sprøyte-/brukerrom lykkes med hensyn til redusert risiko og mer hygieniske inntak av rusmidler (Hedrich 2004). Hun vektlegger også at sprøyterom gir gode muligheter for personlig veiledning ved risikoatferd, og at slik opplæring kan være en viktig faktor for utviklingen av kunnskap om injeksjon også til sprøytemisbrukere utenfor sprøyterom (ibid.). En evaluering av sprøyterom i Hamburg viste at jo oftere brukerne benyttet sprøyteromsordningen, jo mer endret de injeksjonsatferd (Zurhold et al. 2003).

Selv om brukerne av den norske sprøyteromsordningen bare setter et fåtall av sine injeksjoner i sprøyterommet, og vi ikke kan vite i hvilken grad de tar med seg kunnskapene de tilegner seg når de injiserer andre steder, må vi kunne anta at injeksjonsveiledningen har positive helsemessige effekter.

6.5 Overdoser

I løpet av de to første driftsårene forekom det 105 overdoser i sprøyteromslokalene, noe som gir en overdoseandel på 0,6 prosent av det totale antall injeksjoner satt i sprøyterommet (N=17 226). Av disse er 49 klassifisert som "akutte" det vil si at det ble satt motgift (narcanti), mens 56 er klassifisert som "sub-akutte" (fått "liv" i brukeren uten motgift). Ingen av overdosetilfellene førte til dødsfall.

Hvorvidt en andel overdoser på 0,6 prosent er høyt er vanskelig å vurdere. Av naturlige grunner foreligger det ikke noen registrering av ikke-fatale overdoser. AMK har data på antall utrykninger i Oslo, men disse omfatter langt fra alle overdosetilfeller, da mange blir hjulpet uten at det ringes etter ambulanse. Vi kan imidlertid sammenlikne overdoseraten i sprøyterommet med en estimert overdoserate i en generell sprøytebrukerpopulasjon i Oslo. Vi har i den forbindelse brukt følgende data:

- Oversikt over antalle utrykninger til overdoser fra AMK
- Data fra undersøkelser ved den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo (Bretteville-Jensen 2005). Utvalgte data er:

- andelen av heroinbrukerne som har hatt overdose noen gang, siste år og siste måned
 - gjennomsnittlig antall overdoser for heroinbrukerne i undersøkelsen
 - gjennomsnittlig antall injeksjoner per dag for heroinbrukerne i undersøkelsen
- Estimat over antall injiserende rusmiddelbrukere i Oslo (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006).

En estimert overdoserate (i antall overdoser per 1000 injeksjoner) blant alle injiserende heroinbrukere i Oslo er beregnet å ligge et sted mellom 0,95 og 3,62. Selv om det nedre estimatet ligger høyere enn i sprøyterommet må det understrekes at det er svært usikkert. Det er for det første betydelige usikkerheter knyttet til anslagene for overdoserater i hele misbrukerpopulasjonen, og det er også høyst uvisst om brukerne av sprøyterommet i utgangspunktet har en annen overdoserisiko enn brukerne av sprøytebussen, som deler av dataene som brukes i estimatet, er innhentet fra. Vi kan heller ikke vite hvorvidt overdoseforekomsten i sprøyterommet er lavere enn når brukerne injiserer andre steder.

Hvorvidt 0,6 prosent skal vurderes som en høy eller lav andel kan også sees i forhold hva en finner i andre land. En oversikt over overdoser i tyske sprøyte-/brukerrom viser overdoseandeler på 0,15 - 0,24 prosent (Zurhold et al 2003). En oppsummering fra Madrid, Tyskland og Sydney viser en overdoseandel på 0,01 - 0,7 prosent (Hedrich 2004). Ut fra tilgjengelige informasjon ser det ut til at Sydney har hatt den høyeste andelen med 0,72 prosent (Kimber et al. 2003). De refererte studiene gir ikke svar på hvorvidt tallene bare omfatter tilfeller der det har vært nødvendig med motgift, noe vi har omtalt som "akutte" overdoser i det norske sprøyterommet, eller om også de "sub-akutte" overdosene inngår (fått liv i brukerne uten motgift). Isolert sett kan det se ut til at det er en relativt høy andel overdoser i det norske sprøyteromsordningen sammenlignet med internasjonale erfaringer, men forskjeller i overdoserater kan også relatere seg til ulikheter i klassifiserings- og rapporteringspraksis, hvilke stoff som brukes og hvordan stoffet inntas (Kimber et al. 2003). Da den norske sprøyteromsordningen bare tillater injisering av heroin, mens andre inntaksmåter og også bruk av andre stoffer tillates i sprøyte-/brukerrom i land vi sammenlikner med, kan det ikke sies å være overraskende at overdosefrekvensen i den norske prøveordningen er høyere. På denne bakgrunn er det derfor av begrenset

verdi å sammenlikne andel overdoser i den norske sprøyteromsordningen med sprøyte-/brukerrom i andre land. Som vi har vist ovenfor, er det ut fra tilgjengelige data imidlertid ikke grunnlag for å si at forekomsten av overdoser i den norske sprøyteromsordningen er alarmerende høy.

6.5.1 Reduserer sprøyterom overdoser?

En studie fra England viser at personer som injiserer i det offentlige rom, blant annet kjennetegnes av at de oftere er bostedsløse, at de injiserer oftere, og oftere sammen med andre, de tar større doser, deler i større grad injeksjonsutstyr og tar større risikoer med ukjente og farlige stoffer (Klee & Morris 1995). Videre konkluderer studien med at mangelen på et forutsigbart og trygt sted å injisere kombinert med en kaotisk og deprimerende livsstil, kan medføre en høyere tilbøyelighet til å ta risikoer. Injisering utendørs ser altså ut til å være en faktor som øker sannsynligheten for overdose, noe som også fremheves i andre studier (Kerr et al. 2006a, Van Beek et al. 2004). Sprøyterom er en type tiltak som derfor kan bidra til at færre injeksjoner settes ute, noe som igjen kan bidra til mindre risikofylt injeksjonspraksis og dermed færre overdoser. Funn fra slike internasjonale studier kan ikke direkte overføres til norske forhold. Det er likevel et faktum at mange også i Oslo injiserer utendørs, se 5.4.1.

Det er ikke mulig å vite om sprøyteromsordningen har hatt innvirkning på antall overdoser og overdosedødsfall i Oslo. Effekten av sprøyterom på overdoser og overdosedødsfall kan heller ikke sees isolert. Antall heroininjeksjoner i sprøyteromsordningen utgjør dessuten bare en svært liten andel av antall injeksjoner som settes i Oslo. Dette har sammenheng med at det er en relativt liten andel av injeksjonsmisbrukerne i Oslo som var registrert som brukere av sprøyteromsordningen og de aller fleste av disse bare satte et fåtall av sine injeksjoner der. En undersøkelse gjort ved sprøyteutdelingen i Oslo viser at gjennomsnittlig antall injeksjoner per døgn for heroinbrukere i perioden 1993-2004 var 3,6 (Bretteville-Jensen 2005). Som vist i kapittel 5.3.1 har den personen som oftest benyttet sprøytrømmet i prosjektperioden et gjennomsnittlig antall besøk på 25,5 per måned, altså mindre enn ett besøk per dag. Erfaringene fra de første to driftsårene i den norske sprøyteromsordningen peker med andre ord i retning av at de registrerte brukerne setter flertallet av sine injeksjoner andre steder enn i sprøyterømmet.

Undersøkelser om effekt av sprøyte-/brukerrom i andre land viser at det også her er vanskelig å påvise hvorvidt bruker-/sprøyterom fører til nedgang i antall overdoser i den enkelte by. Noen undersøkelser forsøker

imidlertid å gi svar på om sprøyterom påvirker omfang av overdosedødsfall. I den sveitsiske evalueringen slås det fast at sprøyterom bidrar til en reduksjon i overdosedødsfall (Dolan og Wodak 1996). En oppsummering fra 2003 om evidens i skadereduksjonsarbeid viser derimot ingen klar sammenheng, men forfatteren mener å finne indikasjoner på at slike tiltak har en positiv innvirkning på overdosedødsfall, uten at det er mulig å kvantifisere en slik innvirkning (Hunt 2003). Hedrich hevder at sprøyte-/brugerrom kan være en faktor som bidrar til reduksjon i overdoserater, men forutsetningen er tilstrekkelig kapasitet (Hedrich 2004). Det hersker en viss enighet om at det er urealistisk å forvente at sprøyte-/brugerrom i seg selv kan være den viktigste faktoren for å redusere sykkelighet og dødelighet blant rusmiddelmissbrukere (Hall og Kimber 2005, Hedrich 2004). Det er med andre ord ulike problemer som gjør at det generelt ikke kan gis noe klart svar på om og hvordan sprøyterom virker inn på overdoseraten.

Et annet spørsmål vil kunne være hvorvidt bruk av sprøyterom kan ha innvirkning på antallet overdoser hos de som benytter tilbudet. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si noe om dette, da vi ikke har informasjon om hvorvidt brukere av sprøyteromsordningen har hatt overdoser utenom sprøyterommet. Vi kjenner heller ikke omfanget av overdoser brukerne hadde før de ble registrert som brukere av sprøyteromsordningen.

6.5.2 Forebygge overdoser eller økt risiko?

Debatten forut for oppstarten av sprøyteromsordningen avdekket ulike forventninger til sprøyterommets eventuelle innvirkning på overdoser og overdosedødsfall. Mens noen hevdet at sprøyterom ville virke forebyggende, var andre av den oppfatning at en sprøyteromsordning ville være en arena for utprøving av økt dosering, og med det en økt overdosefare og økt risiko for overdosedødsfall. Det er ikke mulig å gi et entydig svar, men vi kan bidra til å belyse problemstillingen ut fra data om:

- overdosehyppigheten i de første to driftsårene
- kjennetegn ved de registrerte overdosetilfellene
- hvilke mengder heroin som er oppgitt ved injeksjon
- hvor ofte brukerne har redusert/delt planlagt dose til injisering
- mengde heroin i de aktuelle delingstilfellene
- om reduksjon/deling av dose er noe flertallet av brukerne har vært involvert i eller om det er enkeltbrukere som står for mange av delingstilfellene.

De som injiserer rusmidler har generelt en langt høyere dødelighet enn resten av befolkningen. Så langt er det imidlertid ikke rapportert om overdosedødsfall i sprøyte-/brukerrom i land som har slike. Det er over tjue år siden det første offisielle brukerrommet åpnet i Sveits, og antallet injeksjoner i de nesten nitti sprøyte-/brukerrommene fordelt på syv land, har etter hvert kommet opp i millioner. Det har forekommet mange overdoseringer i sprøyte-/brukerrommene, og det må sies å være bemerkelsesverdig at ingen av disse har ført til dødsfall. Det eneste rapporterte dødsfallet har funnet sted i Münster i Tyskland, hvor en allergisk reaksjon kombinert med dårlig helse var utslagsgivende (Gerlach og Schneider 2002).

Hva kjennetegner de 105 overdosetilfellene i de to første driftsårene i den norske sprøyteromsordningen? Det mest iøynefallende er at det bare er en liten andel av brukerne som har hatt overdoser i sprøyterommet, og at noen av disse har hatt flere overdoser. Som nevnt innledningsvis, er det 68 av de 383 personene (18 prosent) som har brukt sprøyterommet, som noen gang har hatt en overdose i sprøyterommet. Sagt på en annen måte, 82 prosent av brukerne har ikke foretatt overdoseringer ved sine besøk i sprøyteromsordningen. Av de 68 har 37 personer hatt akutt overdose, 43 personer sub-akutt overdose, og 12 personer har hatt begge typer overdoser. Om de som setter overdoser i sprøyterommet også ellers har en historie med mange overdoser, vet vi som nevnt ikke. Kunnskap om brukernes overdosehistorie kunne imidlertid gi nyttig informasjon om hvorvidt sprøyteromsordningen bidrar til at brukerne eksperimenterer med heroindoseringen eller om sprøyterom bidrar til at brukerne får færre overdoser.

Hvorvidt en sprøyteromsordning bidrar til å generere overdoser som ellers ikke ville funnet sted, er et åpent spørsmål. Som allerede nevnt, er det hevdet at en sprøyteromsordning vil kunne føre til at noen brukere i en søken etter den optimale rusopplevelse, vil komme til å sette høyere doser enn hva de ellers ville ha gjort, siden de er under overvåkning. Hvorvidt noen faktisk gjør dette kan vi ikke vite med sikkerhet, men det er sannsynlig at det skjer i noen tilfeller. Mengde heroin oppgitt til injeksjon kan i noen grad belyse denne problemstillingen. Informasjon om oppgitt mengde er imidlertid registrert på grunnlag av selvrapporing, noe som gjør at vi ikke vet hvorvidt den er i overensstemmelse med de faktiske forhold. Vurderingen av beruselsesnivå som gjøres av den enkelte bruker før hver injeksjon, foretas delvis på grunnlag av informasjonen i brukerens mappe om hvilke doser vedkommende tidligere har oppgitt å skulle

injisere. Den som foretar vurderingen av beruselsesnivå, krysser av for om dosen som ønskes injisert er "normal", mindre eller større enn vanlig. Om noen melder at de ønsker å sette større doser enn det de gjør til vanlig, er sjansen stor for at de ansatte vil reagere, noe som vil kunne oppleves som lite ønsket for den aktuelle bruker. Det kan derfor tenkes at noen oppgir lavere doser enn de faktisk injiserer.

I kapittel 5.3.2. så vi at doser oppgitt til injeksjon har variert mellom 0,025 gram og 0,75 gram, med et snitt på 0,22 gram. Med hensyn til en eventuelt økt overdoserisiko i sprøyterommet, kan det være av interesse å se på forholdene rundt det vi kan kalle "ekstremdoser". Hva som er en "ekstremdose" vil variere fra bruker til bruker alt etter toleransenivå, fysisk konstitusjon osv. Dersom vi her begrenser oss til å se på mengde heroin oppgitt til injeksjon, kan vi eksempelvis ta utgangspunkt i at doser over 0,5 gram heroin er "ekstremdoser". Så vel brukere som ansatte sier i intervjuer seg enige i at doser større enn 0,5 gram kan sees på som "ekstremdose". Av de 17 226 registrerte injeksjonene, er det da 8 tilfeller hvor oppgitt mengde heroin til injisering kan sees som "ekstremdose". I fem tilfeller har brukeren oppgitt å ville injisere 0,6 gram heroin og i tre tilfeller 0,75 gram. I to av tilfellene der brukeren ønsket å injisere 0,75 gram, ble dosen delt etter påtrykk fra de ansatte. Vi står da igjen med seks tilfeller hvor det er injisert "ekstremdoser". Ingen av disse førte til overdose.

Med bakgrunn i fare for overdose er de ansatte av den oppfatning at en dose på 0,75 gram i utgangspunktet ikke kan aksepteres. Når de ansatte i intervjuene fikk spørsmål om hvordan de ville reagere dersom noen sa at de ønsket å injisere ett gram heroin, svarte de fleste nokså kontant at det ville de aldri tillatt. De oppga at de i en slik situasjon først ville ha forsøkt å komme i dialog med brukeren om å dele dosen, og hvis vedkommende absolutt ikke lot seg påvirke ville han/hun blitt avvist. Det er med andre ord grenser for hvor mye heroin de ansatte tillater brukere å injisere. De ansatte ønsker ikke at brukerne skal bli "overstadig" påvirket, og tar derfor ofte initiativ til samtaler rundt rusnivå og overdosefare. Som tidligere beskrevet, foretar de ansatte en vurdering av beruselsesnivå hos brukeren før vedkommende får komme inn i injeksjonsrommet. Dersom det kvantum som ønskes injisert ansees som for stort, for eksempel i tilfeller der han/hun har hatt tidligere overdose eller er blitt veldig påvirket av samme dose ved foregående besøk, foreslår de ansatte at den medbrakte dosen deles.

De ansattes arbeid med hensyn til dosereduksjon er en viktig del av arbeidshverdagen i sprøyterommet. I løpet av de første to driftsårene er det registrert deling av dose i 720 tilfeller, noe som utgjør 4,2 prosent av injeksjonene. I intervjuene med ansatte var veiledningen med hensyn til deling av dosene et område som ble trukket frem som viktig og meningsfylt arbeid. De ansatte mener selv at de gjennom dette faktisk har forhindre overdoser, uten at det er mulig å tallfeste.

"Jeg er egentlig imponert over brukerne. Jeg tenker, de kommer inn hit og skal sette dosen sin, og så begynner vi å sette spørsmålsteget ved hvor mye de skal sette. Og de tar det og, i hvert fall flesteparten synes det er helt greit. Jeg tror de skjønner at vi bare bryr oss. Det er ikke for å være noe sånn der ekkel i det hele tatt, at de ikke skal få være rusa nok. Men det er bare det at vi er redd for at de skal gå i dørken".

De ansatte rapporterer at overraskende mange lar seg veilede på denne måten, og mener også at dette direkte forhindrer overdoser og overdosedødsfall. En kunne tro at deling av dosen skjedde i høyere grad jo høyere dose som ble oppgitt til injeksjon, men slik er det ikke. Gjennomsnittelig dose i delingstilfellene er 0,23 gram, og på nivå med den samlede gjennomsnittelige dose oppgitt til injeksjon (0,22 gram). Der dosen har blitt delt, har mengden stoff som var ønsket injisert i 65 prosent av tilfellene vært en "kvartering" (0,2 eller 0,25 gram). I 18 prosent av delingstilfellene har dosen blitt oppgitt til større enn en "kvartering" (over 0,25 gram). Dette tyder på at de ansattes vurderinger av beruselsesnivå baserer seg mer på antatt toleranse og antatt beruselsesnivå i øyeblikket enn den faktiske dosen som ønskes injisert. En slik individuell vurdering og veiledning med hensyn til "forsvarlig" dose er krevende, men trolig avgjørende for å forhindre overdoser og eventuelle dødsfall. Det er imidlertid ikke alle brukere som er like mottakelige for slik innblanding, og i intervjuene fortalte de ansatte om metoder som benyttes for å overtale folk til å dele dosen:

- "Det er en del tvilstilfeller, man kan ikke garantere at vedkommende går i overdose, men litt sånn at ok, hvis du går i overdose så er terskelen lav for å ringe 113, og veldig vondt i hodet og de pengene i ut av vinduet, og da er det en del som faktisk går med på å dele da.

- Vi sier vel det at vi har en nulltoleranse for å ringe til 113 og da".

Som det framgår, brukes det å ringe ambulansen som ris bak speilet for å få brukerne til å godta at de må redusere dosen de tenker å injisere. At det å ringe ambulanse for gjenoppliving kan virke avskrekkende, kan kanskje synes merkelig for utenforstående. Å få motgift innebærer imidlertid at virkningen av heroinen oppheves²¹, og at den ønskede rusopplevelsen uteblir. Paradoksalt nok er folk som har fått motgift og våkner opp etter overdose, derfor ofte aggressive mot ambulanspersonalet selv om motgiften har reddet livet til vedkommende.

Da det bare er en liten andel av de registrerte brukerne som har hatt overdose i sprøyterommet, kunne en tenke at det er blant disse vi vil finne de som eventuelt tester sin toleransegrense, og at de som har hatt overdose også er de som ofte blir bedt om å dele den oppgitte dosen. De registrerte data viser også at de som har hatt overdoser i sprøyterommet, deler den planlagte dose oftere enn de som ikke har hatt overdoser. De 18 prosent av brukerne som har hatt overdose, står således for 38 prosent av delingstilfellene. At dette er en gruppe som gjentatte ganger ønsker å teste toleransegrenser, er imidlertid ikke eneste tolkningsmulighet. Det er eksempelvis like sannsynlig at de ansatte i større grad jobber overdoseforebyggende overfor brukere som tidligere har hatt overdose i sprøyterommet.

Som det framkommer fra intervjuer med de ansatte, er mange brukere av sprøyteromsordningen positive til å ta i mot råd med hensyn til dosering av heroindose. Registrerte data viser at omkring halvparten (187/383) av de registrerte brukerne noen gang har tatt til følge råd fra de ansatte om å dele dosen de ønsket å sette. Av de 187 har 118 delt den planlagte dosen mer enn en gang. Én bruker har delt dosen hele 42 ganger (15 prosent av sine 275 besøk). Vedkommende har ikke hatt overdose i sprøyterommet. Av de som delte den planlagte dosen, forekom likevel 15 overdoser (8 akutte og 7 sub-akutte) fordelt på 13 personer. Eksemplene gir støtte til de ansattes antagelse om at de gjennom å diskutere hvor mye heroin brukeren bør injisere, kan ha forhindre overdoser. Det må antas at dette særlig må gjelde de 13 personene som fikk overdose til tross for at de injiserte mindre heroin enn de egentlig ønsket.

²¹ Ambulanspersonalet i Oslo har en forståelse for denne problematikken og har opparbeidet en kompetanse på nødvendig mengde motgift for at personen skal våkne, men at ikke all rus-effekt oppheves. På den måten gjøres oppvåkningen etter en overdose mer skånsom.

Diskusjoner med brukerne omkring heroindose forekommer mer eller mindre daglig. Det kan imidlertid være uenighet blant de ansatte om når og hvordan slike samtaler best kan gjennomføres:

"Det kan bli veldig mye hakking i døra. Det er enkelte som har tatt det der ansvaret veldig alvorlig, og på en måte maser. Jeg har irritert meg litt på det på en del av kollegaene mine, at man nærmest hakker på folk fordi at det her er for mye. Og det blir en sann krangling om hva en skal kunne sette der inne, og hva en setter, og så går vedkommende hjem og setter akkurat det samme hjemme. Altså, hva er det vi tror vi er for noe?"

I enkelte tilfeller kan det også være aktuelt å avvise brukerne med bakgrunn i uenighet om dose. De fleste ansatte er imidlertid av den oppfatning at det skal mye til for at det skal skje. Man må heller tilstrebe å få flest mulig i dialog:

"Det viktigste er jo i grunnen å slippe folk inn altså. Og man kan klare å holde en dialog og bli enig om et kompromiss hvis en opplever noen som veldig rusa, at dette kanskje er litt i overkant, å få dem til på en måte å prate litt om det. Og få en allianse med å dele dosen og se og sånne ting, isteden for at de går ut og kanskje setter hele dosen istedenfor. Men jeg syns vi var veldig flinke til det jeg altså. Og selvfølgelig ble det jo avvist noen på rusnivå. Men da var de ofte så rusa at de hadde ikke klart å lage seg en dose engang".

Noen av de ansatte omtaler slike diskusjoner med brukerne som en prosess for å komme fram til "fellesansvaret". At det er mulig å gi veiledning for å redusere "faretruende" doser, var også en erfaring Pro-senteret gjorde i sitt sprøyteromsprosjekt (Pro-senteret 2001).

Erfaringene så langt gir med andre ord ikke dekning for å si at sprøyterom bidrar til økt hyppighet av overdoser. Dette er i overensstemmelse med hva Hedrich fant i sin gjennomgang av resultater fra europeiske sprøyterom:

"There is no evidence that the use of consumption rooms contributes to an increase in the risk of morbidity or mortality among drug users. On the contrary, the fact that no overdose-related death has yet occurred at these facilities despite the fact that millions of drug consumptions have been supervised and thousands of emergencies have been treated shows that they provide a high level of safety from overdose-death for those who use them" (Hedrich 2004:55).

Mange overdosedødsfall inntreffer relativt lang tid etter at heroinen er injisert. Konsentrasjonen av opiater ved fatale overdoser vil også ofte kunne være lavere eller tilsvarende den man finner hos andre opiatmisbrukere (Darke et al. 2000, Fugelstad et al. 2003). Toleransenivå er avhengig av flere faktorer og vil variere fra person til person. Det vil også være andre risikofaktorer med hensyn til overdosedødsfall, uten at en vet hvordan disse virker i forhold til hverandre (Darke et al. 2007). Mengden heroin til injeksjon er med andre ord bare en blant flere faktorer som må tas i betraktning når en skal vurdere fare for overdose.

Det er viktig at ansatte i sprøyterom er seg bevisste at overdoser ikke nødvendigvis finner sted mer eller mindre umiddelbart etter at heroinen er injisert. Dette er forsøkt ivarettatt ved at brukerne kan oppholde seg i et såkalt hvilerom etter injeksjonen, slik at de ansatte kan observere den enkelte og vurdere overdosefare når noen blir veldig "tunge" etter å ha injisert. Lokalene i Tollbugata var imidlertid trange og det ble innført en tidsbegrensning for opphold etter injeksjonen på 30 minutter, med mindre vedkommende var spesielt "tung" og ble vurdert til å kreve ekstra overvåkning. I utgangspunktet ble 30 minutters grensen innført for å gi de ansatte bedre arbeidsforhold.

Ansatte vi intervjuet trakk imidlertid fram at det kunne være ubehagelig å se folk gå med tanke på overdoserisiko. De hadde ofte behov for lengre tid på observasjonen av "tunge" brukere. I noen tilfeller måtte de også se brukere om å gå fordi de var urolige og kranglete. Med større lokaler vil disse problemene kunne reduseres. Ansatte vil kunne variere sin nærhet til brukeren mer etter ønske, og større plass vil redusere nødvendigheten av å se brukere forlate hvilerommet før de selv vil. Å oppholde seg i hvilerommet etter injisering er imidlertid frivillig, og ansatte kan derfor bare anmode brukere de er bekymret for, om å bli værende en stund for observasjon. I noen tilfeller har derfor ansatte bedt Oppsøkende tjeneste om å se til personer etter at de har forlatt sprøyterommet. Det er vanskelige vurderinger.

6.6 Oppsummering

- Politiet har lojalt støttet opp om prøveordningen. Straffrihet for en brukerdose heroin ser i praksis ut til å ha ført til at besittelse av små kvantum heroin er ytterligere avkriminalisert i Oslo sentrum.

- I den grad det er mulig å operasjonalisere verdighetsbegrepet, kan sprøyteromsordningen sies å ha bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppen på et allment og et individuelt nivå. Opprettelsen av sprøyterom gir et signal til alle sprøytebrukere om anerkjennelse av deres hjelpebehov og likeverd. For de som bruker sprøyterom kan et avskjernet sted for injeksjon, helsehjelpen som gis og interaksjonen med de ansatte være elementer som bidrar til økt verdighet.
- Helse- og sosialfaglig oppfølging av brukerne av sprøyteromsordningen er registrert i 8 prosent av alle besøk, noe som verken er spesielt lavt eller høyt sammenliknet med oppfølgingsprosenten i sprøyterom i andre land. Slik oppfølging er imidlertid avhengig av tilstrekkelig bemanning. Hensiktsmessige lokaler som gir mulighet for separate samtaler, vil også kunne gi bedre muligheter for oppfølging.
- Det ble gitt injeksjonsveiledning i 13 prosent av det totale antallet injeksjoner, og 81 prosent av brukerne har noen gang mottatt slik veiledning. 63 prosent har endret rutiner rundt injeksjonen, og det er særlig hygienens som har blitt bedre. Internasjonalt konkluderes det med at hygiene og injeksjonspraksis forbedres i sprøyterom, og at brukerne dermed får bedre helse. Selv om et fåtall av brukernes injeksjoner settes i sprøyterommet, kan det se ut til at den norske sprøyteromsordningen har bidratt til at brukerne er mer oppmerksomme på hvordan de kan redusere helserisikoen ved injisering og at praksis i noen grad er endret.
- 0,6 prosent av alle injeksjoner i sprøyterommet medførte overdose, noe som ikke er alarmerende høyt sammenliknet med sprøyterom i andre land. 82 prosent av brukerne har aldri gjort en overdosering i sprøyterommet, noe som innebærer at det er de samme personene som får overdose gjentatte ganger.
- Metodiske problemer gjør at det ikke er mulig å avgjøre hvorvidt sprøyteromsordningen har bidratt til færre overdoser eller overdosedødsfall i Oslo.
- Om lag halvparten av brukerne har latt seg veilede av ansatte til å dele heroindosen p.g.a. overdosefare. Delingstilfellene utgjør 4,2 prosent av alle injeksjoner. I 15 tilfeller fikk personen overdose på tross av at bare halve dosen ble injisert.

7 De ansatte

Evalueringsoppdraget kom i langt større grad enn forutsatt til å dreie seg om arbeidsforholdene til de ansatte i sprøyteromsordningen. Dette har sin bakgrunn i at det etter hvert bygde seg opp stor misnøye knyttet til ulike sider ved arbeidssituasjonen, og at de ansvarlige i Oslo kommune/-Rusmiddeletaten etter de ansattes mening ikke raskt nok tok tak i problemene som oppsto. Personalgruppa som startet opp sprøyteromsordningen 1. februar 2005, var i utgangspunktet preget av stort pågangsmot og entusiasme. Etter en tid ble det imidlertid åpenbart at stemningen hadde endret seg relativt dramatisk. Fra å ha møtt engasjerte, motiverte og ivrige ansatte som sto på langt mer enn det som kunne kreves, ble vi etter hvert oppmerksom på at personalgruppa bar preg av slitasje og økende misnøye med arbeidssituasjonen. Problemene knyttet seg i stor grad til opplevelse av utrygghet i forhold til brukerne av sprøyteromsordningen, uhensiktsmessige lokaler, manglende veiledning, at overordnede ikke responderte på de meldinger om problemer som ble gitt, osv.

I den grad de ansatte klarte å sette grenser for hva de oppfattet som uakseptabel arbeidssituasjon og hva de ønsket å utsette seg for, gjaldt dette først og fremst ansatte med lang erfaring fra rusmiddelfeltet. Disse uttrykte samtidig bekymring for yngre mer uerfarne kolleger og mulige negative konsekvenser arbeidet i sprøyterommet kunne få for dem på sikt.

Datagrunnlaget for beskrivelse og drøfting av de ansattes erfaringer og opplevelse av arbeidssituasjonen, skriver seg dels fra regelmessig observasjon og samtaler i løpet av de første to driftsårene og dels fra formelle intervjuer. De ansatte vi har intervjuet kan deles inn i to grupper: 1) de som var med på oppstarten, men som sluttet underveis, og 2) de som hadde sitt arbeid i sprøyteromsordningen vinteren 2006/2007. Til sammen har vi intervjuet 22 ansatte (7 individuelle og 2 gruppeintervjuer), de fleste med relativt lang fartstid fra ulike virksomheter for den samme målgruppa. I tillegg har vi intervjuet de to som var ansatt som prosjektledere, og tre personer som hadde mellomlederfunksjoner i Rusmiddeletaten og derigjennom ansvar for drift av prøveordningen.

7.1 Bemanning

I henhold til § 8 i forskrift for prøveordningen skal sprøyterommet *"bemannes både med personer med helsefaglig utdanning og personer med sosialfaglig utdanning"*. Videre heter det at *"Sprøyteromsordningen skal være tilstrekkelig bemannet til samtidig å kunne foreta adgangskontroll, observere under injisering, gi individuell og konkret rådgivning i forbindelse med injiseringen, gi individuell helsehjelp og kontrollere forholdene i venterommet"*.

Som det framgår, sies det imidlertid ikke noe om vektinga mellom det som kalles helsefaglig og det som kalles sosialfaglig ansatte. I de 8,7 årsverk som var tilknyttet sprøyteromsordningen i de første to driftsårene, har det vært ansatt 60 personer i ulike stillingsbrøker og som ekstravakter. Fordelingen i personalgruppa med henholdsvis helsefaglig og sosialfaglig bakgrunn har vært tilnærmet lik i perioden som helhet, selv om det har vært periodiske variasjoner. Noen var uten formell helse-/sosialfaglig utdanning, men hadde bakgrunn fra universitet og/eller ulike former for relevant praksis. Kjønnfordelingen var 73 prosent kvinner og 27 prosent menn, aldersspennet var 25 – 57 år (snitt 36 år).

Prosjektleder for prøveordningen har ansvar som faglig leder. Det har imidlertid vært svært uklart hva det faglige ansvaret var ment å innebære. All den tid det helsefaglige aspektet i prøveordningen er tillagt stor vekt, ville det vært nærliggende å ansette en sykepleier med erfaring fra arbeid med den aktuelle målgruppa, som prosjektleder. De to personene som fungerte i prosjektlederstillingen i den første to-årsperioden (den første gikk ut i fødselspermisjon sommeren 2006) var imidlertid begge samfunnsvitere og hadde dermed ikke den nødvendige helsefaglige kompetansen.

Som tidligere nevnt, har åpningstiden i de to første driftsårene vært omkring seks timer per dag, syv dager i uka. Den normerte bemanning per "vakt" har utgjort seks personer som har alternert to og to mellom de tre "arbeidsstasjonene", døra, injeksjonsrommet og hvilerommet. I tillegg har prosjektleder i stor grad inngått i de daglige rutinene på linje med resten av staben.

Selv om sprøyteromsordningen må sies å være spesiell, og derfor ikke kan sammenlignes med andre tjenester rettet mot den samme målgruppa, er bemanningen i sprøyteromsordningen vesentlig høyere enn det en finner i andre tiltak for rusmiddelbrukere i regi av Rusmiddeletaten i Oslo

kommune. Med et gjennomsnittlig besøk på 24 personer per dag gir dette en personaltetthet på 0,25 per vakt. Til sammenligning har eksempelvis Ila Hybelhus med plass til 77 beboere og som huser noen av de mest nedslitte rusmiddelmissbrukerne i Oslo, seks ansatte per vakt på dagtid, noe som gir en personaltetthet på 0,08. Til tross for at sprøyterommet slik sett har relativt høy bemanning, gir de ansatte klart uttrykk for at seks personer per vakt er et minimum for at driften skal kunne sies å være forsvarlig. De ansatte framholder at de opplever stor uttrygghet på dager der de har vært færre, og at perioder hvor de har holdt åpent med færre enn seks på vakt, har ført til økt sykefravær grunnet stor belastning.

Spørsmål vi ønsket å få belyst i intervjuene med ansatte, var blant annet hvorfor de søkte seg til sprøyterommet og hvilke forventninger de hadde. De fleste som ble ansatt i oppstarten hadde lengre eller kortere erfaring fra arbeid med rusmiddelmissbrukere. Grappa som startet opp prøveprosjektet, var naturlig nok også positive til en sprøyteromsordning. De så det som utfordrende og spennende å være med på et nytt og banebrytende prosjekt. Når de så etter et par år ble bedt om å tenke tilbake på hva som fikk dem til å søke seg til sprøyteromsordningen, var de imidlertid samstemte i at de i utgangspunktet ikke hadde hatt forutsetning for å forstå hva jobben ville innebære. En av dem vi intervjuet uttrykker det slik:

"Vi ante ikke hva vi gikk til. Og det var alt i fra lokalenes utforming og hvor (u)praktisk det egentlig viste seg å være, og til hvor mange vi kunne ta inn om dagen. Jeg tror ikke jeg hadde tenkt på hvor nært det kom til å bli, og hvor tungt det var. Det gjelder både inne på injeksjonsrommet, men også ute på hvilerommet, og all denne grensesettingen hele tiden i forhold til temaer som ikke skal snakkes om, fordi de ofte tar opp temaer man ikke burde ta opp i plenum (...). Jeg tror ikke jeg hadde ventet at det skulle vært så nært, og dermed også så veldig tungt".

Det som her framkommer, står sentralt i beretningene fra ansatte. Stortingets vedtak innebærer at de ansatte skal være tilstede i selve injeksjonsrommet og gi konkret veiledning. Injeksjonsrommet slik det var utformet i Tollbugata 3, var, som vi allerede har omtalt, lite egnet til formålet (ble noe utbedret ved en ombygging vinteren 2007). Etter hvert ga de dårlige arbeidsforholdene seg utslag i utrygghetsfølelse hos de ansatte. Dette, sammen med at mange fikk hodepine på grunn av dårlig ventilasjon, førte til slitasje i personalgruppa og økt forekomst av sykemeldinger. Flere av de ansatte ga uttrykk for at de ikke ble tatt nok på

alvor av sine overordnede når de framla de dårlige arbeidsforholdene. Til sammen førte dette til unødvendig dårlige rammevilkår for prøveordningen i de første to driftsårene.

Som vi har nevnt, flyttet prøveordningen med sprøyterom i Oslo sommeren 2007 til nye og mer hensiktsmessige lokaler i Prindsenkvarartalet i Storgata 36, noe som forhåpentligvis vil føre til bedre arbeidsforhold. Det kan likevel være av verdi å belyse betydningen av så vel fysiske som de psykososiale arbeidsforhold. Dette vil kunne ha betydning når det skal tas stilling til hvorvidt en sprøyteromsordning skal inngå som et permanent tilbud til injeksjonsmisbrukere, eller om ordningen skal avsluttes etter prøveperioden.

Vi vil i det følgende gå nærmere inn på faktorer de ansatte gir uttrykk for har vært vesentlige for det de betegner som en dårlig arbeidssituasjon.

7.2 Manglende forberedelse

Stortingets vedtak om en midlertidig lov og forskrift om prøveordning med sprøyterom forelå 17. desember 2004. Som vi har sett ga Stortinget relativt detaljerte beskrivelser for hvordan prøveordningen skal organiseres og hva den skal inneholde. Det er imidlertid sagt lite om hvordan de ansatte i en sprøyteromsordning skal ivaretas. De to odelstingsproposisjonene som lå til grunn for Stortingets vedtak, vier heller ikke dette særlig oppmerksomhet. Ivaretagelsen av de ansatte begrenser seg til det som sies i forskriftens § 8 om at "*Alle ansatte skal regelmessig gjennomgå opplæring i førstehjelp til bruk ved overdoser*" og at "*Kommunen må sørge for at de ansatte gis adekvat veiledning*".

Som nevnt hadde Oslo kommune innredet et injeksjonsrom i tilknytning til feltpleiestasjonen i Tollbugata 3. Sosial- og helsedirektoratet som hadde fått fullmakt til å godkjenne søknader om å starte en prøveordning, ga Oslo kommune grønt lys til å sette i gang umiddelbart etter at Stortingets vedtak forelå.

Selv om Oslo kommune var ivrige etter å komme i gang med sprøyterom og hadde ferdigstilt et injeksjonsrom, er det likevel vanskelig å forstå at det hadde slikt hastverk. Hvorfor gikk Rusmiddeletaten som fagmyndighet god for at det bare var å åpne sprøyterommet? Var det politiske presset i Oslo kommune for å åpne en sprøyteromsordning raskest mulig så sterkt at Rusmiddeletaten følte at de ikke hadde noen valg?

Rammene for prøveordningen hadde som vi har sett, endret seg vesentlig. Fra at sprøyteromsordningen i utgangspunktet var tenkt som en sosialtjeneste der ansatte ikke skulle være tilstede i selve injeksjonsrommet eller involveres i injiseringsprosessen, endret Stortinget det til at det skulle være en helsetjeneste og at helsepersonell skulle veilede og bistå brukerne helt fram til selve injeksjonen. Naturlige spørsmål forut for igangsettingen ville derfor vært hvorvidt injeksjonsrommet i Tollbugata 3 var formålstjenlig til å "huse" både ansatte og brukere. Hvilke forberedelser måtte gjøres med hensyn til å rekruttere og skolere personalgruppa som skulle betjene sprøyteromsordningen? Hvordan sikre adekvat veiledning? Det ser imidlertid ikke ut til at Oslo kommune/Rusmiddeletaten tok noe av dette innover seg. I det tiltenkte injeksjonsrommet var de ansatte tvunget til å være fysisk svært nær brukerne under injiseringen. Det var heller ikke gjort noe i forkant med hensyn til rekruttering og skolering av personalgruppa som måtte være på plass for å starte opp. Selv om det i lov og forskrift er begrenset hva som sies om hvordan en kommune som ønsket å sette i gang prøvedrift, skal sikre en mest mulig forsvarlig drift, burde Oslo kommune på en bedre måte sikret at de som skulle betjene prøveordningen med sprøyterom, var bedre forberedt på hva de ville møte. Likeledes at en adekvat veiledningsordning for de ansatte var på plass ved oppstarten.

Det må også rettes kritikk til Sosial- og helsedirektoratet som godkjente at Oslo kommune kunne gå i gang med en sprøyteromsordning i de aktuelle lokalene i Tollbugata 3. Ut fra den vedtatte lov og forskrift burde direktoratet sett at lokalene ikke var tilfredsstillende. Direktoratet må videre tåle kritikk for at de som faginstans godkjente igangsettelse uten at det forelå noen konkret plan for nødvendig opplæring av de ansatte, eller at det var klart hvordan veiledning av personalgruppa skulle ivaretas. Adekvat veiledning er en av de få ting med hensyn til ivaretagelse av ansatte, som er konkretisert i forskriften.

Det ser med andre ord ut til at verken ansvarlige på ulike nivå i Oslo kommune eller Sosial- og helsedirektoratet forutså at de som skulle betjene sprøyteromsordningen, hadde behov for særskilt skolering eller tok konsekvensen av at det klargjorte injeksjonsrommet i Tollbugata 3 ikke tilfredsstilte forskriften. Personalgruppa ble rekruttert i hui og hast og opplæringen var begrenset til et to dagers kurs/seminar umiddelbart forut for åpningsdagen. Foruten diskusjon om rutiner og prosedyrer for

sprøyteromsordningen, ble det gitt opplæring i førstehjelp og injeksjonsteknikk.

Det er selvsagt vanskelig å forutse hva en jobb i sprøyteromsordningen vil kreve av den enkelte medarbeider. De ansatte som var med fra starten, er imidlertid samstemte i at åpningen var for dårlig forberedt. Den begrensede opplæringen ble betegnet som svært mangelfull og langt fra tilstrekkelig til å forberede dem på det de møtte i hverdagen på sprøyterommet.

Det erkjennes imidlertid også at det ville være vanskelig å sy sammen et opplæringsprogram som gjorde at de som personalgruppe var fullt ut forberedt. Utover et begrenset "pirat-sprøyterom" på PRO-senteret i 2000/2001, var det ingen norske erfaringer fra lignende virksomhet. En av de ansatte uttrykker: det slik:

"Når jeg ser på det nå, så synes jeg egentlig det (kurset) ikke hadde så veldig mye med opplæring å gjøre. Fordi det er mye bedre å kunne være der. (...) Selvfølgelig, når vi begynte så var det jo ingen som allerede var der. Så jeg skjønner at ikke det lot seg gjøre. Men det er i hvert fall en mye bedre opplæring [nå] enn den vi hadde. Fordi det var helt umulig å forstille seg hvordan det var".

"De kunne jo ikke prøve noe som ikke var der. De kunne ikke ta inn noen bare for å se åssen det skulle være".

Som det her blir påpekt, var det selvsagt vanskelig å gi fullgod opplæring all den tid det ikke var noen i Norge som hadde denne type erfaring. Personalgruppa som startet opp prøveordningen, sto slik sett i en særstilling. Det må likevel kunne sies at de ansatte kunne blitt bedre forberedt enn hva som var tilfelle. En kan eksempelvis undre seg over hvorfor ikke de som skulle starte opp prøveordningen, ble sendt på hospitering i tilsvarende virksomhet utenlands. Det hadde som nevnt vært sprøyte-/brukerrom gjennom flere år i Tyskland, Spania, Sveits og Nederland. Hospitering i sprøyterom i utlandet ville åpenbart gitt et langt bedre grunnlag for å foreberede oppstarten av den norske prøveordningen. Det er vanskelig å se at dette ikke skulle være mulig så vel praktisk som økonomisk. I årene forut for oppstarten av prøveordningen i Oslo hadde ansatte både i Oslo kommune og i berørte departementer vært på studieturer for å se hvordan sprøyterom ble drevet og fungerte i de nevnte land. Det må derfor sies å være et paradoks at de som faktisk skulle

ha sitt daglige arbeid i en så spesiell og krevende virksomhet som et sprøyterom må sies å være, ikke fikk en tilsvarende mulighet til forberedelse og innsyn i hva et slikt arbeid ville innebære i praksis.

Det ser heller ikke ut til at det nevnte to-dagers kurset/seminaret først og fremst var tenkt som skoleing. I følge en overordnet i Oslo kommune-/Rusmiddeletaten var samkjøring av personalgruppa en vel så viktig funksjon. Ved å prøve og feile sammen underveis, kunne så personalgruppa finne frem til gangbare måter å drive sprøyterommet på:

"Det var noe av det viktigste, å etablere de relasjonene og bli enige om hvordan skal vi gå løs på dette her. Og det at alle var i samme båt også. Folk visste ikke noe særlig om det, annet enn teoretisk hva de skulle gjøre. Og de måtte finne ut av det sammen".

I ettertid tok personalgruppa selv initiativ til å søke om midler for å besøke lignende virksomheter i andre europeiske land. Våren 2006 var således de fleste som da jobbet fast i sprøyteromsordningen på studietur, noen til Sveits, noen til Tyskland, noen til Spania og noen til Nederland. Det er entydig at dette ble opplevd som svært utbytterikt og noe de med fordel burde ha gjort langt tidligere.

Ansatte som har kommet til etter hvert, har naturlig nok hatt bedre muligheter til å "føle seg fram". De har kunnet se og høre hvordan de som allerede hadde erfaring, forholdt seg i ulike situasjoner og hva arbeidet konkret besto i. Det er derfor naturlig at det først og fremst er ansatte som var med i oppstarten, som uttrykker størst misnøye med mangel på forberedelse og opplæring. For ansatte som kom til underveis har praksis stort sett vært at de har hatt tre dager hvor de har gått "utenpå" det "normerte" antallet. Når en i perioder med bemanningsproblemer har måttet redusere innskoleingen, poengterer de ansatte at det medførte økt utrygghet i personalgruppa:

"Det som hele tiden har vært et minus på sprøyterommet, det har vært muligheten til å lære opp folk ordentlig. Man har hatt alt for begrenset med dager og tid for å lære opp folk, og det har vært veldig mye utbytting av personalet hele veien, som spesielt gjorde at når folk da begynte å gå ned i reduserte stillinger, og noen ble borte, så ble det utrygt for noen. Da begynte noen å føle seg utrygg, fordi da var man ikke helt sikker på hvilken kompetanse de satt på de som kom inn"

Mangel på trygghet i arbeidssituasjonen diskuteres nærmere i kapittel 7.4. Stor gjennomtrekk i personalgruppa har medført stort opplæringsansvar for de mest erfarne, noe som også har vært medvirkende til slitasje og sykemeldinger blant disse.

I intervjuer med ansatte framkommer også kritikk mot måten ansettelse og utprøving av nyansatte har foregått på. Det er naturlig nok ikke alle som passer til å jobbe i et så spesielt tiltak som sprøyterom må sies å være. Det er vanskelig å forutse både for personen selv og for de som ansetter, hvordan vedkommende vil fungere i en slik sammenheng. Det fremheves derfor at prøvetid i en slik virksomhet er ekstra viktig. Det understrekes at de ansvarlige burde bruke prøvetiden mer aktivt både til å påse at nyansatte fikk tilstrekkelig innføring i hva han/hun gikk inn i, for i større grad å unngå at personer som ikke egner seg til denne type arbeid blir værende. Det påpekes at konsekvensene av å ansette personer som ikke egner seg til å jobbe i en sprøyteromsordning, har ført til større utrygghet enn nødvendig for øvrige kolleger. Eksempelvis rapporterer ansatte at de har følt seg usikre på om sykepleiere som ikke tidligere har arbeidet med rusmiddelmissbrukere, har hatt den nødvendige kunnskapen om klientgruppa til å jobbe i et sprøyterom. Det samme gjelder unge arbeidstakere med begrenset erfaring fra slikt arbeid. Et annet problem har vært ansatte med manglende sensitivitet overfor sprøyterommets brukere, noe som har bidratt til å framprovosere trusselsituasjoner.

"Jeg tenker det er så grunnleggende så viktig at det fungerer med personalet. At driften da fungerer. For jeg føler at jeg bruker så alt for mye energi på meg selv og på mine kolleger. Du skulle hatt fokus på brukeren. Men dessverre så kommer den i andre rekke. Og det er pinlig. Det er tragisk".

Det sies imidlertid også at en mer omfattende opplæring ville kunne bidratt til at mange slike problemer kunne vært unngått. En mer omfattende opplæring vil kunne gi:

"mulighet til å resonnerer og tenke litt over hva de har lært, hva de har opplevd, stille spørsmål om det, og at de blir sett av leder som er ansvarlig for opplæringen, og få en tilbakemelding og en oppfølging i forhold til hva de trenger mer av".

Som det framkommer av intervjuene, er de ansatte tydelige i sin kritikk av kommunen/Rusmiddelstaten med hensyn til manglende opplæring-/oppfølging. Det erkjennes imidlertid også at det ikke var så enkelt å se

hvordan opplæringen burde ha vært for personalgruppa som startet opp. Det var selvsagt vanskelig å forberede og lære opp en personalgruppe til et arbeidsområde som var nytt i Norge. Som allerede påpekt, fantes det imidlertid flere sprøyte-/brukerrom med nødvendige erfaringer både i og utenfor Europa. Det burde derfor vært mulig å forberede personalgruppa som skulle starte opp den norske prøveordningen, langt bedre enn hva som faktisk ble gjort. Også lengre ut i driftsperioden er det mye som taler for at opplæring/oppfølging av nyansatte burde ha vært gitt høyere prioritet og vært bedre systematisert enn hva som faktisk har vært tilfelle.

7.3 Arbeidsoppgaver

Sprøyterommet i Tollbugata var delt inn i tre "poster": inngangspartiet eller døra, injeksjonsrommet og hvilerommet, og de ansatte rullerte to og to mellom disse i løpet av arbeidsdagen. Et innblikk i hva som foregår på de tre postene vil gjøre det lettere å forstå den videre diskusjonen.

Det som skjer i døra er at brukeren ringer på og slippes inn av en ansatt. Brukeren må oppgi brukernummer som ble gitt da han eller hun ble registrert som bruker av sprøyteromsordningen. En samtale umiddelbart innefor døra gir grunnlag for å vurdere beruselsesnivå hos brukeren (foreta en rusvurdering), jf. kapittel 5.

Intervjuene med ansatte gir et utvetydig inntrykk av at denne rusvurderingen oppleves som vanskelig, og at de ansatte lett klandrer seg for å ha gjort en for dårlig vurdering i de tilfellene personen går i overdose i sprøyterommet:

"Den viktigste jobben gjør du i inngangsdør, i forhold til rusvurdering, og det tar tid å lære. Det er den vanskeligste jobben for å si det sann. At en skal skjønne hvor mye vedkommende tåler ut fra hva han har tatt tidligere, hvordan funker metadon, piller, hvordan funker alt dette sammen, har du tatt amfetamin..., altså, så det syns jeg er den tøffeste jobben. Avvise folk, vurdere om det er greit at de setter, få dem til å dele eventuelt".

Det er altså flere faktorer som gjør en rusvurdering ved bruk av sprøyterommet vanskelig. Det er uvisst om brukerne husker/ønsker å oppgi alle narkotiske stoffer og mengder som er inntatt i forkant av besøket, og det er dessuten sjelden slik at brukeren selv vet sikkert hvor rent heroinet som skal injiseres er eller hvilken substans det er blandet ut med. Det er åpenbart at det å gjøre en vurdering av beruselsesnivå hos

brukerne, medfører at de ansatte påtar seg et ansvar i forhold til overdoser:

"Det er vanskelige vurderinger fordi du vet ikke hva folk har tatt rett før. Så det var ubehagelig på den måten at du må faktisk ha litt is i magen, høre på hva folk sier, og de kan jo gå i en overdose. Å ha den derre samvittigheten på at her har du sluppet inn noen og så viser det seg at de har tatt mye mer, så du har vanskelige vurderinger"

Et annet moment som gjør arbeidssituasjonen i døra belastende, er at det er her vedtak om utestenging formidles. Brukere som får utestenging som reaksjon på uakseptabel atferd i sprøyteromslokalene, blir meddelt dette ved neste gangs besøk. Reaksjonene på vedtakene varierer. Noen blir naturlig nok frustrerte og sinte og kan opptre truende. I tillegg skjer det også relativt ofte at personer som ikke er registrerte brukere kommer på døra og etterspør tjenester, og blir irriterte over at de blir avvist. Det er selvsagt store forskjeller i brukernes atferd og ansatte vil kunne ha ulike opplevelser av samme type atferd. Det fremkommer også av intervjuene at relasjonen mellom den enkelte ansatte og den enkelte bruker kan ha stor innvirkning på hva som utarter til truende situasjoner.

Det er ulike oppfatninger i personalgruppa om hvilken "post" som innebærer størst problemer. For noen framstår selve injeksjonsrommet som det greieste stedet å være, mens andre gir uttrykk for at de liker denne delen av jobben dårligere. De som følte seg mest vel inne i injeksjonsrommet legger vekt på at her er arbeidet konkret og gir dem følelse av å gjøre noe meningsfullt. Rammene for hva som skal skje er i større grad faste, det kreves færre vurderinger enn hva som er tilfelle i døra og på hvilerommet. Ansatte som kjente seg mindre vel inne i injeksjonsrommet, la vekt på at rommets fysiske utforming var dårlig egnet, med dårlig luft og dårlig plass, samt at blod og usikrede kanyler medfører belastende visuelle inntrykk og potensielt farlige situasjoner.

Hvilerommet framstår for mange som det mest belastende stedet å være stasjonert i løpet av arbeidsdagen. Hovedårsaken er mye grensesetting, et høyt rusnivå og at brukere forteller mye personlig om sitt liv og sin hverdag. Utfordringen for de ansatte blir slik denne informantene sier det, "å sette en grense for å beskytte dem uten å avvise dem". De ansattes oppgave blir å stoppe utleveringen av personlig informasjon i hvilerommet og eventuelt tilby samtale på enerom når det er behov for det:

De er veldig ukritiske mange ganger, og folk kan sitte og prate om overgrep og ting de har opplevd i livet, og det er andre som sitter og hører, og så skal du sitte og prøve å kanskje dempe det litt, samtidig så skal du høre, og det er ... ja, hele den settingen den er ikke bra.

Hvilerommet er stedet hvor brukerne får mest tid og rom for å prate både med hverandre og de ansatte. Hvilerommet er derfor der de ansatte har best mulighet til å fange opp hjelpebehov og tilby videre oppfølging av helse- og/eller sosialfaglig art. Høyt rusnivå, liten plass og manglende samtalerom kombinert med en målsetning om helse- og sosialfaglig oppfølging av brukerne, har medført at unødige mye informasjon av personlig karakter har blitt "allemannseie".

De ansatte gjør sitt beste for å bidra til et generelt lavere rusnivå i sprøyterommet, både gjennom samtaler med den enkelte om rusnivå og i gjennom anbefaling om å dele dose til injisering. De ansatte er generelt opptatt av at det er høyt rusnivå hos brukerne som oppholder seg i hvilerommet. Det oppleves som slitsomt å passe på at de som er mest rusa ikke går i overdose. De ansatte blir trøtte og lei av å holde på med dette, samtidig som de vet hvor viktig denne delen av jobben er:

Du blir så lei den der overstadige rusen og prøve å holde dem våken og søling av kaffe (...) Noen må du bokstavelig talt nesten kaste ut. Det hender at de [ansatte] som er på hvilerommet gjør det og. Tar dem med seg ut og går med dem ute i frisk luft for de tør ikke å sende dem ut. Du vet at det bare blir første portrom og hva skjer når de sovner?

Å holde brukerne våkne for å unngå overdose er en sentral arbeidsoppgave i hvilerommet, men også grensesetting tar mye tid og energi:

"Jenter, veldig mye utveksling av råd om kunder og ikke den og ikke den, sminking, de som sover lengst mulig på Pro-sentret eller berberger, og kommer til oss for å prøve å sminke seg og skal stelle seg og gå ferdig på gata. "Det kan du ikke gjøre, da må du gå på Pro-sentret, det, der må du hvile, ikke her". Salg av tjuvgods. Tilbud om tjuvgods".

I starten av prøveperioden var det ingen tidsmessig ramme for hvor lenge brukerne kunne oppholde seg i hvilerommet etter injeksjon. Etter en tid så imidlertid de ansatte seg nødt til å sette en grense på 30 minutters opphold etter at brukeren var ferdig med å injisere. Grunnen var rett og slett at de

ansatte ble uforholdsmessig slitne, og at de gjennom gruppeveiledninger kom frem til at de måtte sette klarere grenser for hvilken type samtaler de skulle gå inn i på hvilerommet, og at de ved behov for helse -og sosialfaglig oppfølging skulle forsøke å finne et annet ledig rom for slike samtaler. I ettertid er det tydelig at tidsbegrensningen ble opplevd som en stor lettelse. Det ble også lettere å sette grenser overfor brukerne for samtaler om personlige anliggende i alles påhør.

7.4 Arbeidsmiljø

Som allerede påpekt ved flere anledninger, er arbeidet i sprøyterommet spesielt på mange måter. Eksempelvis påhviler det de ansatte stort ansvar for at injiseringene ikke fører til overdose. En annen side er at de ansatte er så tett på de mest destruktive sidene ved heroinmisbruket som det er mulig å komme, uten selv å være misbruker. De ansatte utsettes også for gjentatte episoder der brukerne veiver rundt med usikrede sprøytespisser. Videre utsettes de for verbale og fysiske trusler. Alt dette er noe som over tid innebærer til dels store psykiske belastninger. Mens det første driftsåret var preget av pionerånd og stor innsatsvilje, oppsto det som vi har vært inne på, etter hvert slitasje i personalgruppa med påfølgende sykemeldinger og oppsigelser. Følgen av dette ble personalmangel og økt belastning på de som ble igjen. Det økte sykefraværet kan illustreres ved tabell 15 som viser sykefraværet i sprøyteromsordningen i 2005 og 2006 sammenlignet med Rusmiddeletaten som helhet. Fra et spesielt lavt sykefravær det første driftsåret, ser vi at det økte betraktelig i annet driftsår.

Tabell 15. Sykefravær i sprøyteromsordningen og Rusmiddeletaten som helhet, prosent

	Sprøyteromsordningen	Rusmiddeletaten
2005	2,4	10,6
2006	15,2	10,7
2007, jan	23,4	11,7

Det ble etter hvert også stor utskifting i personalgruppa. Av 26 personer som ble ansatt i løpet av første halvår, var det bare 10 som fremdeles var tilknyttet sprøyteromsordningen ved utgangen av toårsperioden²².

I noen perioder var det for lite bruk av vikarer ved sykefravær, og selv om personalmangelen ble forsøkt dekket opp, ble presset stort på de som var igjen, med mye opplæring av nyansatte i tillegg til den daglige driften. Det har variert hvor stort problemet med personalmangel har vært, men sommeren 2006 utmerket seg som spesielt negativ. Noen slutta, noen ble sykemeldte og andre gikk ut i permisjon. Sprøyterommet har vist seg sårbart i forhold til fravær og sykemeldinger. Å ha seks personer på vakt viste seg nødvendig for å betjene brukerne samtidig som de ansatte skulle føle tilstrekkelig trygghet. Så snart en person var borte, ble det "poster" som måtte betjenes av bare en ansatt. Selv om de i perioder med mindre bemanning slapp inn færre brukere, opplevde de ansatte stor utrygghet. Ut fra erfaring vet de at selv om en har inne få brukere, er ikke det noen garanti for at det ikke vil skje noe:

"Skjer det noe så skjer det noe, uansett hvor mange brukere som er der og uansett hvor mange personale som er der. Men hvis man er seks på jobb så har man i hvert fall flere til å samhandle med, da har man muligheten til at noen kan være i situasjonen mens andre tilkaller hjelp".

De ansattes rapporteringer om hvordan de sto på i det første driftsåret, og hvordan de etter hvert opplevde jobben i sprøyterommet, går i samme retning som økningen i fraværet viser. En sier eksempelvis følgende om grunnen til det lave sykefraværet det første året:

"De første månedene vi var der så var alt så greit, vi var på en måte med på alt og visste ikke helt hvordan det skulle være. Vi godtok så mye, at det kanskje ikke var grenser for hvor mye vi skulle tåle, eller at vi bygde opp en sånn ting alle sammen, at vi liksom var sånn superfolk som klarte det meste, selv om sikkert mange gikk og tenkte på det hjemme. (...) De første månedene, da var det sånn at alle jobbet ekstra, alle jobbet kjempemye, alle ga femti prosent ekstra hele tiden, hvert fall det første halve året. (...) Det var veldig mange som følte akkurat det der med supermennesker som aldri gjør feil. Men i forhold til det å jobbe mye og sånn, så var det selvfølgelig for å være flink pike eller at det skulle gå rundt, og det der presset om at man ikke

²² Dvs. hatt minst en vakt den siste måned i toårsperioden, januar 2007.

skulle stenge, at man ikke ville være skyld i at det ikke skulle være åpent. Og da jobbe en ekstra lørdag, var liksom greit".

Dette var naturlig nok en situasjon som ikke kunne vare over tid. Som allerede nevnt, begynte ansatte etter hvert å bli slitne, det oppsto trusselepisoder og flere begynte å stille spørsmålstegn ved ulike sider av driften. Opplevelsen av at overordnede ikke var nok lydhøre for de signaler som ble gitt, gjorde ikke saken bedre. Personalgruppa begynte i økende grad å sette ned foten for ekstravakter og prøvde å skjerme seg mot det de opplevde som rovdrift fra overordede. Sykefraværet økte og flere sluttet. Mye bruk av overtid og ansvar for gjentatt opplæring av nyansatte medførte større press og slitasje på de som ble igjen, og man kom inn i en vond sirkel. Dette ble naturlig nok et sentralt tema i intervjuene med ansatte. Årsakene ansatte framholder for de mange sykemeldingene og oppsigelsene kan oppsummeres slik:

- Manglende bevissthet hos overordnede med hensyn til **sikkerhet og trygghet** for de ansatte.
- Sprøyterom er en arbeidsplass som er særlig **psykisk utmattende**.
- **Lite egnede lokaler** med dårlig avtrekk og for liten plass.
- **Dårlig ivaretagelse av ansatte** og liten mulighet for innflytelse.

Dette innebærer imidlertid ikke at de som har sluttet nødvendigvis er negative til en sprøyteromsordning. I de fleste tilfeller er det snarere tvert i mot. Forutsatt utbedring av så vel de fysiske som de psykososiale arbeidsforholdene, er det flere av de som har sluttet, som oppgir at de kunne tenke seg å gå tilbake til jobb i sprøyterom.

7.4.1 Manglende sikkerhet/trygghet

Mange brukere av sprøyteromsordningen er psykisk ustabile. Dette sammen med at de også ofte er sterkt beruset, fører til at det i en del tilfeller oppstår farlige situasjoner. Trange lokaler med begrenset mulighet for de ansatte til å komme fysisk unna i en kritisk situasjon, ble etter hvert opplevd som en belastning. En av de ansatte uttrykker det slik:

"Jeg er sånn politisk sett veldig for sprøyterom, og syns det er et veldig bra tiltak, og tror det virkelig betyr en stor forskjell for veldig mange. Så jeg hadde vel det utgangspunktet når jeg begynte å jobbe der, og var positiv, og var veldig positiv også den første tiden. (...) Men så gikk det en periode og så begynte jeg og se alle de utrygge og farlige situasjonene som var nestensituasjoner, og som også etter hvert ble reelle situasjoner da. I forhold til utagering, altså de sitter

der med våpen rett og slett, inne på et bittelite rom hvor du har én utgang, hvor du veldig fort blir trykket opp i et hjørne. Mange av våre er veldig dårlig psykisk, de kommer inn og er pillesteine og du får ikke kontakt ordentlig, sant? Etter hvert så ser man at her er det man blir utrygg. Og fra å i utgangspunktet være kjekk og grei og trygg, og syns at dette her var både spennende og lærerikt og ... ja, pluss at man hadde en veldig positiv innstilling da, sånn i ryggmargen, så begynte jeg å kjenne på at det her er ikke bra. Lokalene er ikke bra nok og ting er ikke nok gjennomtenkt i forhold til hvordan man jobber og i forhold til å trygge de ansatte. Jeg begynte å bli mer og mer sliten etter vaktene der, og etter hvert ønsket meg bare bort".

Farlige situasjoner i sprøyterommet registreres på eget skjema (overdoser regnes ikke som "farlige situasjoner" i denne sammenheng). I løpet av den første toårsperioden er det registrert 196 tilfeller av farlige situasjoner. Dette er situasjoner som blant annet omfatter brukere som går rundt i injeksjonsrommet med usikrede kanyler og aggressiv verbal atferd. Hva ansatte opplever som farlige situasjoner vil naturlig nok variere fra person til person. Det er likevel grunn til å understreke at de ansatte i sprøyterommet generelt sett har høy tålegrense hva gjelder uortodoks opptreden fra brukerne. De fleste ansatte vi intervjuet hadde opplevd det de betegnet som konkrete trusselepisoder. For å gi et innblikk i hvilken type trusler det kan dreie seg om, gjengir vi noen av de refererte situasjonene:

Situasjon A:

To ansatte oppholder seg i hvilerommet sammen med flere brukere. En av disse tok opp et gevær og la på bordet. En annen bruker tok geværet opp for å "prøve grepet" og kom til å sikte på en av de ansatte. En annen ansatt oppfattet situasjonen og fikk vedkommende som hadde geværet til å gi det tilbake til eieren som så pakket det ned i en bag. Den ansatte som fikk vedkommende til å legge fra seg geværet sier følgende om situasjonen:

"da ble jeg helt stiv, og tenkte i alle dager, hva er dette, ikke sant. Svær, litt sånn der amfetaminspeeda type, han så jo det der geværet, og tok det og liksom skulle prøve sånn grep på det, for å holde det da. At å så stilig det her var. Og holdt det mot X. Så tenkte jeg guri..., nå smeller det! Jeg holdt jo på å daue der jeg sto, og jeg sto jo liksom i kjøkkendøra og den var lukket".

Selv om slike situasjoner ikke har forekommet hyppig, skjer det ofte at brukerne medbringer våpen av ulike slag. De ansatte forteller om store mengder og ulike typer våpengjenstander.

Situasjon B:

En jente satte såkalt "lyskeskudd" (injiserer i lysken). Hun ble svært "neddopa" etter å ha satt halve dosen og begynte å rave rundt i rommet med sprøyta i åra, og kom bort i andre brukere som var i ferd med å injisere. En ansatt spør om hun kan være så snill å ta sprøyta ut av åra (de ansatte har ikke anledning til å ta sprøyter ut av brukernes årer annet enn ved overdose). Den ansatte som var i situasjonen forteller følgende om hvordan det utviklet seg videre:

"Hun ble usannsynlig forbanna på meg, for ikke var hun rusa, og det var min skyld at hun ikke klarte å få i seg alt, for det ble så mye mas og i det hele tatt. Så til slutt så ender det med at hun river den sprøyta ut, og går mot meg med en blodig sprøyte. Og hun skulle kjøre den her i halsen på meg da. Og etter hvert så fikk jeg hjelp av en av mine kollegaer som kjenner henne bedre. Heldigvis, takk og lov for de som var på Feltpleien og kjente en del av den gruppa fra før. Ellers så er jeg usikker på hvordan akkurat det kunne gått".

Situasjon C:

To brukere hadde laget "støy" ved et besøk foregående dag og de ansatte ble enige om at disse to ikke skulle få lov til å gå sammen inn i injeksjonsrommet neste gang de kom. Da de kom tilbake dagen etter fikk de meddelt dette, og den ene ble sluppet inn først. En av de ansatte forteller følgende om hvordan den som ble bedt om å vente til den andre var ferdig, reagerte:

"Han hadde jo da fått full tenning og bare brøyt seg videre inn i lokalet, inn i injeksjonsrommet hvor jeg sto sammen med en kollega, og jeg prøvde å få ham ut, for han var jo veldig høyt oppe, hvor jeg ble pressa inn i hjørnet og han skulle knuse meg og mose meg og... ja, full pakke egentlig".

Det som her er referert, er noen av de mest alvorlige hendelsene som har forekommet i løpet av de første to driftsårene. Imidlertid forekom det situasjoner som ble karakterisert som farlige relativt ofte, selv om de var mindre alvorlige. Et registrert antall på 196 tilfeller av farlige situasjoner i løpet av toårsperioden, utgjør et gjennomsnitt på ca to i uka. I et tiltak som sprøyterom er det trolig vanskelig å unngå at det oppstår situasjoner der ansatte (og brukere) blir utsatt for trusler, voldsepisoder, farlige situasjoner med våpenlignende gjenstander, sprøytespisser ut av kontroll osv. Det må derfor være viktig å legge forholdene til rette for i størst mulig grad å unngå slike situasjoner og at de ansatte har mulighet til å komme

seg unna om de oppstår. Eksempelvis var selve injeksjonsrommet de første to driftsårene svært trangt og hadde bare en dør, slik at ansatte (og eventuelle andre brukere) ikke hadde alternative "fluktmuligheter" hvis denne ble sperret av en krakilsk bruker. De fysiske forholdene ble noe bedre da injeksjonsrommet vinteren 2007 ble utvidet og fikk to dører. Når Oslo kommune i juli 2007 flyttet sprøyteromsordningen til mer egnede lokaler i Prindsenkvarartalet i Storgata 36, vil en forhåpentligvis kunne begrense slike episoder.

I tillegg til de fysiske forholdene spiller som nevnt også måten de ansatte møter brukergruppen på, en vesentlig rolle med hensyn til å redusere muligheten for at det skal oppstå farlige situasjoner. Som vi allerede har vært inne på, er det derfor av stor betydning at personalgruppa som skal betjene en sprøyteromsordning, er egnet til å arbeide i en slik virksomhet og at de blir best mulig rustet til å møte de mange utfordringer dette spesielle tiltaket representerer. Hva som kan/bør gjøres for å bedre sikkerheten og øke trygghetsfølelsen hos de ansatte ved en eventuell permanent sprøyteromsordning, ble vektlagt i intervjuene med de ansatte og blir nærmere diskuteres i del III.

7.4.2 Stort ansvar

De ansatte rapporterer om opplevelse av psykisk stress i jobbsituasjonen. Ansvaret de påtar seg for brukerne mens de er i sprøyterommet, at injiseringen ikke fører til overdose, anføres som viktige grunner. Selv om brukerne ved inngåelse av "brukerkontrakt" (vedlegg II) skriver under på at de selv er ansvarlige for eventuelle negative følger av injiseringen de foretar i sprøyterommet, og de ansatte ikke har juridisk ansvar for hvorvidt den enkelte injisering fører til overdose, ligger det i sakens natur at de likevel føler stort ansvar for at det ikke skal skje. Som tidligere nevnt, foretas det en vurdering av beruselsesnivå (rusvurdering) når en registrert bruker kommer til sprøyterommet og ut fra resultatet av denne "godkjennes" dosen som skal injiseres. Ved en eventuell overdose (selv om den ikke er fatal), vil de ansatte som har vurdert brukerens beruselsesgrad, lett kunne få skyldfølelse for at vurderingen ikke var god nok. Dette er en side ved sprøyteromsjobben som åpenbart er mer belastende enn det en finner i andre tiltak for rusmiddelmissbrukere.

Om og i hvilken grad de ansatte kan stilles ansvarlig dersom noen dør av overdose i en offentlig sprøyteromsordning, ble inngående diskutert i høringsrundene forut for Stortingets vedtak. Det kom klart fram at en forutsetning for å sette i gang en sprøyteromsordning, måtte være at de

ansatte ikke har juridisk ansvar for hva som måtte skje med brukerne som følge av injiseringen. I prøveordningen i Oslo er dette som nevnt løst gjennom en brukerkontrakt som den enkelte må underskrive når de blir registrert som brukere. Den enkelte brukers ansvar for injeksjonen og eventuelle negative følger av denne, understrekes gjennom formuleringen: *"Det er du selv som har ansvaret for de handlingene du gjør på sprøyterommet, ikke personalet – vær forsiktig!"*. Det juridiske ansvaret for evt. overdoser og dødsfall kan derfor sies å være avklart formelt sett. Spørsmålet er imidlertid om hvordan de ansatte opplever ansvaret for hva som kan skje med hensyn til overdoser i praksis.

I intervjuene framkommer dette som noe mange av de ansatte sliter med. Selv om de formelt ikke har ansvar for brukerne i forhold til overdoser, er det naturlig nok noe de tenker mye på. En av de ansatte sier det slik:

"Jeg tror ikke det går an heller, at det fullt og helt ut er deres ansvar. Det er lett å si, men det blir jo ikke det. Vi jobber jo der. Det skal ikke dø noen der, og da sier det seg selv".

En sprøyteromsordning innebærer med andre ord at de ansatte opplever stort ansvar for å forhindre overdoser. Dette gjelder spesielt for de som er sykepleiere og som forventes å ha best kompetanse til å møte slike situasjoner. Det ser samtidig ut til at ansatte med bakgrunn fra helsevesenet jevnt over er tryggest i overdosesituasjonene, og det er oftest disse som påtar seg gjenopplivning når det er aktuelt.

Hvorvidt en i forkant har gjort en "riktig" rusvurdering i tilfeller der injeksjonen fører til overdoser, er gjennomgående i de ansattes opplevelse av ansvar. Burde brukeren blitt bedt om "å dele dosen"? Burde brukeren vært avvist når han/hun ikke ville "dele"? Burde brukerne blitt avvist siden vedkommende allerede var sterkt beruset? En av de ansatte sier dette om en slik situasjon:

"Jeg husker jeg hadde en episode hvor jeg hadde vært i inngangen og gått gjennom papirene med en bruker som fikk en overdose etterpå. Hvor jeg husker at jeg hadde en lang debriefing etterpå hvor jeg gjennomgikk mye det der med at jeg følte det var mitt ansvar, at jeg ikke hadde sett godt nok i papirene, at jeg burde ha skjont at dette skulle bli en overdose. Så det kjente jeg veldig på da".

Den ansatte som tar i mot i døra vil med andre ord i ettertid lett kunne klandre seg for å ha gjort en for dårlig vurdering av brukerens grad av beruselse dersom injeksjonen fører til overdose. Dette er en problemstilling en også har sett i sprøyterom i andre land. I det australske prøveprosjektet valgte man eksempelvis et stykke ut i prosjektperioden å alltid ha sykepleier som tok i mot den enkelte bruker, da det viste seg nødvendig med slik kompetanse for å sikre en best mulig rusvurdering (MSIC Evaluation Committee 2003).

Diskusjoner med ansatte tyder på at det er ansatte med minst erfaring som sliter mest i forhold til ansvarfølelse ved overdoser. De med lengre erfaring legger i større grad vekt på å ansvarliggjøre brukerne med hensyn til hvor stor dose de vil tåle:

"Jeg er litt opptatt av det er deres ansvar. Hvis de kommer inn og skal sette et halvt gram, og jeg har bare sett at de har satt for eksempel et kvart gram før, så ber jeg dem om de heller kan sette det i to omganger, og de ikke vil det, så sier jeg men tåler du det da? Er du sikker på at du tåler dette? Ja, jeg tåler det. Ok, så kan du si ja, men da er det ditt ansvar. Det er du som mener du tåler det og da tenker jeg da får det bare være opp til dem. Jeg tenker det er deres greie, det er ikke min greie. Jeg kan be dem om å dele. Men vil de ikke dele, så er det ikke mitt ansvar".

7.4.3 Tett på selvdestruktivitet

Ansatte i hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere har i mange sammenhenger kontakt med klient-/pasientgrupper som preges av at de er nedkjørte og selvdestruktive. Dette gjelder spesielt for ansatte i sprøyteromsordningen. Det inngår i jobben å være fysisk nær misbrukere mens de injiserer. Arbeid i sprøyterommet innebærer dermed et utall sterke visuelle inntrykk der de ansatte daglig er vitne til "skadestikking" og blodsøl. Mange brukere har store problemer med å treffe årer, de stikker om og om igjen, noen drar ned buksa og injiserer i lysken, andre injiserer i halsen og må få assistanse av andre brukere. En ansatt sier det slik:

"Når det da er sånn at han skal sette i halsen, ikke behøver speil fordi at han har styring fra åndene som fins på en annen planet, så hvis jeg bare stiller meg i den retningen mot døra, så vil han få kontakt med disse åndene som gjør at han vil treffe. Og han stikker og han stikker og han stikker i halsen på seg selv. Og han blir veldig sånn, jaha, når du ikke vil stille deg på den måten, så er det din skyld. Han er ikke noe høyrøstet, men han ser så klin gærn ut i blikket, og så går han helt oppi ansiktet på deg. Og sier noen ting om hva

slags person du er og, ja at du kommer til å dø snart og du er, altså, en annen form for trussel. Altså, han er så truende bare hele måten han er på. Han behøver ikke si noen ting, han. Egentlig, for han er på en sånn, han blir nesten som besatt altså".

Mange av de ansatte rapporterer at de gjenopplever slike situasjoner i drømmer. Blod og nåler rapporteres å være en gjenganger i "sprøyteromsdrømmene", og mange har drømt om personer som står dem nær eller andre ansatte som har injisert. En av de ansatte forteller om slike "sprøyteromsdrømmer":

"Jeg begynte å drømme om nåler og blodige nåler som kom mot meg i drømme og at jeg satt og injiserte på noen"

Andre har hatt litt mer spesielle drømmer:

"Det var litt sånn grotesk en drøm jeg hadde der en av gutta kjørte buss, kjemperusa. Kan du tenke deg en sånn situasjon? Og satt bare og prøvde å få oppmerksomhet fra han og sånn, og si et eller annet om at han måtte kjøre pent eller et eller annet sånn. "Kan du holde kjeft og sitte rolig?" (...) Og det var selvfølgelig en av de her som alltid var hinsides i rus, og blodet rant og.. ja, dårlig på injisering".

7.4.4 Ansatte som containere

De ansatte i sprøyterommet er mottakere av en uendelig rekke fortellinger om dårlige oppvekstvilkår, kritikk av ulike instanser som ikke har gitt den hjelp de har ønsket, narkotikaomsetning, andre former for kriminalitet, hva som oppleves på prostitusjonsmarkedet, osv. Den tette kontakten med brukerne bidrar til at de lett kommer med "lader" av informasjon om livet de lever. At rusmiddelmissbrukere forteller om seg selv og hvordan de lever, er selvsagt også tilfelle i andre sammenhenger der hjelpeapparatet møter denne klientgruppa. Det at de ansatte er sammen med, observerer og veileder under selve injeksjonen ser imidlertid ut til å innby til en spesiell fortrolighet. De av personalgruppa som har erfaring fra andre tiltak for rusmiddelmissbrukere, gir uttrykk for at den såkalte containerfunksjonen ansatte i hjelpeapparatet ofte opplever at de får, er spesielt framtreddende i sprøyterommet. Eksempelvis sier en av de ansatte:

"Det er mange brukere som tror at siden vi jobber i sprøyterommet så er vi for legalisering av narkotika, vi syns alt er greit, det er liksom ingen ting som er problematisk for oss i forhold til kriminalitet og rus. Så de sitter ofte og prater

om ting som om vi skulle vært kompisene deres. Det er ikke alltid at de ser på oss som at vi er ansatte og at vi kanskje ikke vil høre på alt".

Dette sammen med at det er svært begrenset hva de ansatte på sprøyterommet kan tilby av hjelp, er også noe som skiller arbeidssituasjonen fra det en finner i andre tiltak som skal betjene den samme målgruppa. Gjennom observasjon, samtaler med ansatte og intervjuer framkommer det med all mulig tydelighet at forhold som her er nevnt, fører til en form for psykisk utmattelse over tid. Dette er problemer som sannsynligvis hadde vært lettere å hankses med hvis de ansatte hadde blitt fulgt opp med adekvat veiledning. Slik sprøyteromsordningen ble drevet i de første to driftsårene, mottok personalgruppa veiledning bare i en begrenset periode og måten den var organisert på førte til at det var tilfeldig hvem som faktisk deltok.

7.5 Veiledning

Arbeid med rusmiddelmissbrukere innebærer generelt mange utfordringer. De ansatte må takle vanskelige situasjoner som de i ettertid kan ha behov for å drøfte og bearbeide. Organisert og regelmessig veiledning er den mest nærliggende måte å i vareta et slikt behov. Det sies også i forskriften at "*Kommunene må sørge for at de ansatte gis adekvat veiledning*". Som vi allerede har vært inne på, hadde imidlertid ikke Oslo kommune noe organisert opplegg for veiledning da de startet opp sprøyteromsordningen. Veiledning kom først i stand i oktober 2005 etter gjentatt press fra personalgruppa. Da veiledningen så kom i gang, var det lagt opp til at bare de i personalgruppa som var på vakt den aktuelle dagen, skulle delta. Det ble derfor tilfeldig hvem som til en hver tid inngikk i veiledningsgruppa. Personen som var engasjert for å forestå veiledningen, fant situasjonen lite tilfredsstillende og valgte å slutte ved utgangen av 2006. Ny veileder var på plass i februar 2007.

Ikke overraskende er mangelen på organisert veiledning noe de ansatte uttrykker seg svært kritisk til. I den forbindelse må det nevnes at det er ansatte som har funnet det nødvendig å gå i privat terapi for å bearbeide opplevelser de har vært involvert i, i sprøyterommet.

7.6 Kunne lært av internasjonale erfaringer

Stor gjennomtrekk av ansatte i denne type tjeneste er ikke et særnorsk fenomen. En studie fra Nederland som omfatter atten sprøyte-/brukerrom i ulike byer, viser at de hadde stor mangel på kvalifisert personal og stort gjennomtrekk (Wolf et al. 2003). Studien viser at de fleste tiltakene manglet en særskilt personalpolitikk, grunnet dårlig tid eller fordi det ikke var en prioritert oppgave. Det var heller ikke etablert en minste standard for hvilket kunnskapsnivå som skulle kreves av den enkelte ansatte, og de ansatte var selv misfornøyde med opplæringen de fikk (ibid.). Evalueringen av forsøksprosjektet med sprøyterom i Sydney viser tilsvarende resultater, de ansatte i sprøyte-/brukerrom opplevde jobben som belastende og de var utilfredse med å bare ta del i den mest negative biten av klientenes liv:

"In particular, the nature of the work (i.e. watching clients inject themselves and in some instances overdose) was described as stressful and at times professional demoralizing due to the limited continuity of care. Management highlighted that many staff would like to engage in more ongoing case-management of clients" (MSIC Evaluation Committee 2003:28).

De ansattes erfaringer i Nederland og Sydney er med andre ord de samme som de vi har dokumentert i den norske sprøyteromsordningen. Ut fra at det var tilgang på disse erfaringene, ville det vært nærliggende for Oslo kommune å sørge for en langt bedre ivaretagelse av personalgruppa enn hva som var tilfelle. Vi er igjen tilbake til spørsmålet vi tidligere har stilt, om hvorfor det var slikt hastverk med å komme i gang med prøveordningen så lenge en ikke hadde gjort de nødvendige forberedelser. Det er mye som tyder på at Rusmiddelstaten i Oslo kommune hadde bedre ivaretagelse av personalgruppa som intensjon, men at det av ulike grunner "glapp" på veien. En av de ansatte sier det slik:

"Jeg føler at vi ble lovet gull og grønne skoger med oppfølging, veiledning, massasje, samtaler, du må bare komme å si ifra, må melde behov, må ta vare på hverandre, og etter hvert så var det bare svada. Overlatt helt til oss selv".

Et av diskusjonstemaene i intervjuene med ansatte, var hvorvidt måten den norske sprøyteromsordningen drives på er mer tyngende for de ansatte sammenliknet med andre land. På dette tidspunktet hadde mange vært på studiebesøk i sprøyte-/brukerrom i Nederland, Spania, Sveits og Tyskland, slik at de hadde konkret sammenlikningsgrunnlag. Den norske

prøveordningen har en høy personaltetthet sammenliknet med sprøyte-/brukerrom i andre land, og ansatte i den norske sprøyteromsordningen driver en langt tettere rådgivning med hensyn til injisering. Det kan se ut til at den tette rådgivningen det er lagt opp til i den norske prøveordningen, medfører stor ansvarsfølelse. Flere av de ansatte framholder at en større fysisk distanse til brukerne og litt lavere "servicenivå" kan avhjelpe den tyngende ansvarsfølelsen.

Som nevnt er det erfaringer fra de første to driftsårene (1.2.2005 – 31.01.2007) som ligger til grunn for evalueringen. I ettertid har sprøyterommet i Oslo flyttet til nye og mer hensiktsmessige lokaler. Med bakgrunn i mange av de problemene vi her har belyst, er det også lagt opp til bedre ivaretagelse av de ansatte. Det kan derfor være grunn til å tro at arbeidsforholdene er blitt noe bedre enn det som her framkommer. På bakgrunn av at erfaringene fra de to første driftsårene i Oslo med all tydelighet viser at ansatte i en sprøyteromsordning opplever arbeids-situasjonen som langt mer belastende enn i andre tiltak for den samme målgruppa, har vi funnet det viktig å vie dette relativt stor plass. Etter vår vurdering må ivaretagelse av ansatte og tilfredsstillende arbeidsforhold vies særskilt oppmerksomhet i en vurdering av en eventuell videreføring av sprøyteromsordningen.

7.7 Oppsummering

- Det har vært mange ansatte innom sprøyteromsordningen. De fleste rapporterer at de ikke var forberedt på hva arbeid i sprøyteromsordningen innbar.
- Oslo kommune åpnet sprøyteromsordningen uten nødvendige forberedelser. Ut over et ferdig innredet injeksjonsrom, var åpningen av sprøyteromsordningen dårlig forberedt. Opplæringen av personalgruppa som skulle bemanne prøveordningen, var svært mangelfull.
- Det må rettes kritikk mot Sosial- og helsedirektoratet som faginstans for at de godkjente at Oslo kommune satte i gang sprøyteromsordningen slik forholdene var. Direktoratet burde sett at lokalene ikke tilfredsstilte forskriften og at den faglige forberedelsen var for dårlig.
- Etter at den første entusiasmen hadde lagt seg, førte dårlige fysiske og psykososiale arbeidsforhold til mange sykemeldinger og

oppsigelser. Mange ansatte følte seg utrygge og at de påtok seg stort ansvar for at brukere ikke skulle gå i overdose.

- Mange ansatte rapporterer om stor psykisk belastning som følge av å være tett opp til brukernes selvdestruktivitet.
- Ansatte i de to første driftsårene har følt seg dårlig ivaretatt.
- De ansatte har i begrenset grad hatt mulighet for veiledning.

Del III Dilemmaer og konklusjoner

8 Dilemmaer

En offentlig sprøyteromsordning reiser en rekke dilemmaer. Det vil være ulike oppfatninger av hva som er dilemmaene, hva de innebærer og hvor store de er. I debatten forut for igangsettingen av prøveordningen ble noen slike dilemmaer løftet fram, andre har åpenbart seg gjennom driften. Vi vil i det følgende drøfte noen slike dilemmaer.

8.1 Bare injisering?

Stortinget har gjennom lov og forskrift klargjort at prøveordningen er begrenset til *injeksjon* av heroin. Begrensningen er motivert ut fra at injisering av heroin er å anse som spesielt risikofylt med hensyn til overdoser, abscesser etc., og at en ved en sprøyteromsordning vil kunne gi tryggest mulige rammer for en i utgangspunktet svært risikofylt atferd. Heroin kan også røykes, noe som medfører langt mindre risiko for så vel overdoser som abscesser enn å injisere stoffet.

Injeksjonskulturen står sterkt blant norske heroinmisbrukere og det er trolig få som røyker heroin i stort omfang. Slik sett innebærer det ikke noe praktisk problem at injisering er den eneste tillatte inntaksmåten. Ut fra et skadereduksjonsperspektiv vil en imidlertid kunne si at heroinmisbrukere burde oppmuntres til heller å røyke heroin istedenfor å injisere. Den omfattende studien av brukere av den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo sentrum, viser også at en økende andel injiserende heroinmisbrukere har erfaring med å røyke stoffet (Bretteville-Jensen 2005). Det kan derfor tenkes at en ved å tillate røyking av heroin, kunne bidra til å svekke injeksjonskulturen og dermed på sikt bidra til å redusere de helsemessige skadene knyttet til bruk av heroin. Det vil ut fra dette være nærliggende at en eventuell permanent sprøyteromsordning, åpnet for at brukere også kan innta heroin gjennom å røyke og at de ansatte aktivt oppmuntret til dette.

8.2 Andre stoffer enn heroin?

Stortingets begrunnelse for å begrense sprøyteromsordningen til injisering av heroin, var at risikoen for overdoser først om fremst er knyttet til heroin og at overdoserisikoen øker når heroin kombineres med andre rusmidler. Det ble også vist til at det er heroin som i størst grad injiseres, noe som medfører riktighet. Studien av brukere av den sentrale sprøyteutdelingen i Oslo viser eksempelvis at 84 prosent oppgir at de hovedsakelig injiserer heroin, 12 prosent amfetamin, tre prosent injiserer både heroin og amfetamin og en prosent andre typer narkotika (ibid.).

Stortinget tillegger også signaleffekten av å tillate blandingsmisbruk vekt: *"Å tillate inntak av flere rusmidler i sprøyterommet, kan oppfattes som å legge til rette for slik praksis. ...Blandingsmisbruk står i motsetning til mange av formålene med sprøyterom, og vil være i strid med anbefalt praksis"* (Ot.prp. nr. 56 2003-2004).

Mange av høringsinstansene tok til orde for å åpne for bruk av flere narkotiske stoffer. Hensynet til prøveordningens samlede formål ble imidlertid avgjørende for at Stortinget ikke ga adgang til injisering av annet enn heroin: *"Hvis formålet utelukkende var å sikre økt verdighet for misbrukerne, kunne det tale for å åpne for bruk av flere rusmidler. Men prøveordningen skal også oppfylle andre formål, som å bidra til å redusere antall overdoser og bidra til å begrense skader som følge av sprøytesetting"* (ibid.).

Heroin er også det dominerende stoffet i andre lands sprøyte-/brukeromsordninger, men flere steder gis det også adgang for å bruke kokain (Hedrich 2004). Kokain brukes i begrenset grad i norske misbrukermiljø, mens det eksempelvis er svært vanlig å injisere Rohypnol sammen med heroin. Det er som nevnt også en gruppe som injiserer amfetamin.

At sprøyteromsordningen var begrenset til bare å omfatte injisering av heroin sto sentralt i fokusgruppeintervjuer vi hadde med beboere på Rusmiddelstatens hybelhus i forkant av åpningen. Mange var særlig opptatt av muligheten til å kunne blande heroin med Rohypnol og framholdt at det var ikke var aktuelt å benytte sprøyterommet dersom dette ikke ble tillatt. Andre så ikke denne begrensningen som et uoverkommelig problem:

- Det der med at bare heroin skal injiseres i rommet, det er greit at det står der som lov, så lenge det ikke kontrolleres hva som blir putta opp i skejen og koket, så gir jo det et lite smutthull for å putte andre ting oppi også. Og det er jo bra, da.

Informanten har som vi ser, liten tro på at de ansatte ville utføre streng kontroll med hva den enkelte bruker legger i kokekaret og drar opp i sprøyta. I praksis har det vist seg at de ansatte rett som det er avslører forsøk på å blande stoffer, særlig hvis det er snakk om Rohypnol, som ofte har en sterk farge og dermed er lett å identifisere. Når en bruker blir tatt i å blande, blir dette notert og tatt opp med vedkommende neste gang hun/han kommer til sprøyterommet. Vedkommende får da klar beskjed om at dette ikke er tillatt. Likevel er det trolig mange som blander stoffer uten at de ansatte ser det, og dette var også noe misbrukere vi intervjuet forut for åpningen forutså ville skje:

- du kan jo få skjerm Brett. Da sitter du alene og da kan du jo mikse og blande som ikke en av sykepleierne ser. Og det kommer det sikkert til å skje mye av der nede, tror jeg.

Ut fra det som her sies, framgår det at det er viktig for mange å kunne blande heroin med andre stoffer når de injiserer og at de også tenker de vil kunne gjøre dette i sprøyterommet ved å utvise kreativitet.

De to brukerundersøkelsene gir et bilde av i hvilken grad brukere av sprøyteromsordningen injiserer andre typer narkotika i tillegg til heroin. Som det framgår av tabell 16 oppga omkring halvparten at de også hadde injisert "piller" (Rohypnol, Flunipan) siste uke. Omkring 40 prosent oppga at de også hadde injisert amfetamin. Det er imidlertid ikke vanlig at amfetamin og heroin blandes i samme injeksjon, slik tilfelle er med Rohypnol og Flunipan.

Tabell 16. Injisert annet enn heroin, prosent

	2005		2007	
	Siste 24 tim.	Siste 7 dager	Siste 24 tim.	Siste 7 dager
Piller	30	49	46	55
Amfetamin	22	41	31	37
Annet	5	8	8	8
N	67	67	67	67

8.3 Sprøyterom og/eller andre hjelpetiltak?

Et åpenbart dilemma knyttet til en sprøyteromsordning er at et slikt tiltak kan gjøre det enklere å fortsette misbruket og dermed svekke motivasjonen for hjelpetiltak rettet inn mot å redusere/komme ut av misbruket. Som vi var inne på innledningsvis, er dette noe som generelt kan anføres for tiltak med sikte på skadereduksjon.

Så langt gir ikke prøveordningen grunnlag for å si at adgangen til sprøyterommet har ført til redusert motivasjon for de registrerte brukerne til å komme ut av misbruket. Som nevnt i kapittel 6, har vi på den andre siden lite grunnlag for å si at sprøyteromsordningen har ført til at brukere har søkt behandling for sitt misbruk. Vi vet imidlertid at de ansatte i sprøyteromsordningen i flere tilfeller har bidratt til kontakt med ulike hjelpetjenester.

Evaluerings av lignende tilbud i andre land viser at sprøyte-/brukerrom kan være en arena for sosialfaglig arbeid, og at mange formidles videre til ulike typer hjelpetiltak (Hedrich 2004).

8.4 Hva med de ustabile?

Sprøyteromsordningen slik den er organisert i dag, passer ikke for alle i målgruppen "tungt belastete heroinmisbrukere". Eksempelvis er noen for psykisk syke til at de klarer å forholde seg til de regler som gjelder for bruk av sprøyterommet. Dette er en problemstilling de ansatte fortløpende har diskutert og har ulike oppfatninger om.

Enkelte ansatte framholder at det må være en målsetning å legge forholdene til rette slik at de aller sykeste og dårligste personene i narkotikamiljøet kan gjøre seg nytte av sprøyteromsordningen. De fleste ansatte er imidlertid av den oppfatning at sprøyteromsordningen ikke skal ha så lav terskel. Dette på grunn av at den tette situasjonen i tilknytning til veiledning av brukerne om hvordan de bør injisere som ordningen legger opp til, fører til for stor slitasje på de ansatte når brukerne er psykisk ustabile. For å ivareta injeksjonsmisbrukere som faller utenfor sprøyteromsordningen slik den drives i dag, tar noen ansatte til orde for å opprette en egen sprøyteromsordning spesielt tilrettelagt for brukere med særskilte behov, eller eventuelt å ha et særskilt injeksjonsrom i tilknytning til den eksisterende sprøyteromsordningen for denne gruppa. At en sprøyteromsordning ikke bør utelukke de "vanskeligste" er begrunnet med

at det i stor grad er den samme gruppa av rusmiddelmissbrukere som også faller utenfor andre tiltak. Eksempelvis fører det til store konflikter å ha de mest utagerende boende i lavterskelinstitusjonene, noe som innebærer at det er en gruppe som også utestenges selv fra disse.

8.5 Kontrollaspektet

For å kunne benytte seg av sprøyteromsordningen, må den enkelte bruker underlegge seg en viss kontroll fra så vel ansatte som fra andre brukere. Konkret må den som vil bli registrert som bruker, oppgi navn, alder og signere en brukerkontrakt hvor vedkommende forplikter seg til å følge et sett av nedskrevne regler (se vedlegg II). Det hersker også uskrevne regler om hvordan brukerne skal forholde seg, både overfor ansatte og andre brukere. Rusmiddelmissbrukere vi intervjuet i oppstarten, var opptatt av at bruk av sprøyterommet medførte en viss grad av kontroll. Mange framholdt at de derfor ikke ønsket å registrere:

- *Altså, vi må vel i alle fall bli forsikra om at hvis vi skal gå der så må vi føle oss overhode ikke overvåka, men hvordan i all verden kan vi vite det når vi vet at når vi går ned i Skippergata for eksempel, for å ta et eksempel da, så vet vi at det plutselig er noen som pikker oss på ryggen og sier "hei, jeg må få sjekke lommene dine". Ja, vel.*
- *Eller at dem sitter over gata...*
- *Sitter og kikker på oss. Alt fra å filme oss til... ja, gud vet. Og det har jeg blitt flere ganger, uten at jeg var klar over det. Både på nyhetene og... her og der jeg. Og det er jo ikke noe du kan registrere. Men det er på grunn av at du er belasta, at du er i miljøet, ikke sant, og det er vi jo alle som sitter her. Og det er jo et kjemeproblem. Så aldri om jeg kommer til å gjøre det. Og jeg tenker på grunn av familien min, ikke bare på grunn av meg. At de plutselig skal se meg trappe inn på det der sprøyterommet. Da tror jeg....*
- *Så flaut, ja.*
- *Ja, fy faen.*
- *Unger og mor og far og familie.*
- *Jeg tanker spesielt på de som har barn, det har ikke jeg. Men tenk deg det, da. Så sitter de der kanskje og har halv voksne unger og ser mamma eller pappa gå inn på rommet. Tenk den følelsen der da.*
-
- *Ja, og i forhold til familie og sikkerheten min selv. I forhold til å føle deg at du er... altså hvor ydmykende det er å være rusmisbrukende fra før, tenker jeg. For den følelsen sliter i hvert fall jeg med, og gå inn der. Jeg har ikke så mye*

mer, for jeg tror dere skjønner poenget. Så akkurat det der har jeg ikke så mye mer å si om.

- *Jeg ble spurt her om jeg ville være med, for de skulle lage et sånt program på NRK, da, angående narkomane og det sprøyterommet, liksom. Og da ble jeg spurt om jeg ville være med på det, og da skulle jeg få 8000 kroner. Og da takket jeg nei på grunn av...*
- *Jeg støtter deg hundre prosent på det.*
- *Dattera mi går første gym og...liksom det er mora di, liksom.*

Det kritiske perspektivet som her framkommer står i sterk kontrast til at sprøyterommet har vist seg å være attraktivt. Vi vet imidlertid ikke om dette er på grunn av at de som faktisk har latt seg registrere som brukere har andre vurderinger av rammene enn det som her framkommer, eller om det er andre grunner. En diskusjon mellom to deltakere i en av fokusgruppene viser at mange godtar en viss form for kontroll framfor å injisere i et skittent portrom med vektere og politi rundt hvert et hjørne:

- *Hvis ikke jeg hadde bodd her (på hybelhuset) nå, så må jeg si det at jeg hadde benytte meg av det selv. Hvis alternativet var å gå ned i et møkkete garasjehus eller en annen plass. For ikke å få vektere kasta over meg.*
- *Det er nå det som er virkeligheten i dag, at vi må finne oss en plass å gjøre det. Det er kjipt, men det går.*
- *Ja, men da sitter jeg heller på et sprøyterom, selv med de kontrolltiltakene så lenge jeg vet at der kan jeg sitte i fred og ro, ingen som kaster seg over meg.*

Frykten for ”kontrolltiltak” vi finner blant rusmiddelmissbrukerne, kan sees i sammenheng med den generelle utøvelse av kontrollpolitikken i Oslo sentrum. Etter en periode med et noe lavere kontrollnivå fra politiet, ble kontrollen overfor bruk og omsetning av narkotika intensivert sommeren 2004. Før juni 2004 var omsetning og injisering av narkotika et vanlig syn på den såkalte ”Plata”. Da miljøet flyttet til Skippergata, forsvant den åpenlyse injiseringen, noe som i hovedsak kan tilskrives politiets økte kontrollinnsats (Olsen og Skretting 2006). Rusmiddelmissbrukerne vi intervjuet, var derfor svært usikre på hvordan politiet ville forholde seg til sprøyteromsordningen og brukerne:

"- Politiet kan egentlig teoretisk sett stå på utsida, og så kan de bare ta og plukke dem i tur og orden. Når folk går ut og inn der, så er jeg sikker på at det kommer til at de kommer til å spane, og registrere. Det tror jeg. For du kan jo ha med deg... holdt på å si fem gram og hundre Rohypnol inn, liksom. Det er i hvert fall en av grunnene til at jeg ikke kommer til å gå inn på det sprøyterommet."

Det som her sies, avdekker mistillit til at politiet skal håndtere samarbeidet med sprøyteromsordningen på en ryddig måte. Det er altså ikke bare den kontroll som ligger i rammene for bruk av sprøyterommet de var opptatt av, men også politiets kontroll av brukere på vei til og fra sprøyterommet. Praksis har som nevnt vist at på tross av en negativ innstilling til den kontroll som bruk av sprøyteromsordningen kan sies å medføre, er ønsket om å bruke sprøyterommet sterkere enn de negative sidene.

8.6 Tillate injeksjon i hals og lyske?

Brukerne av sprøyteromsordningen tillates å injisere i hals og lyske, selv om de ansatte fraråder dette. De ansatte gir heller ikke veiledning for hvordan dette best kan gjøres. Dette på grunn av at det i hals og lyske lettere kan oppstå blødninger, blodpropp, infeksjoner og nerveskader. Hals og lyske er nærmere hodet og hjertet, og følgene av injisering her kan derfor i større grad bli fatale enn ved injisering i andre kroppsdel. Personalgruppa har derfor ved flere anledninger diskutert hvorvidt en skulle tillate injeksjon i hals og lyske. Mange av de ansatte synes også det er spesielt ubehagelig å være vitne til at det skjer. Når det injiseres i hals hjelper brukerne ofte hverandre.

Det må påpekes at de ansatte tilbyr brukere som injiserer i hals eller lyske, hjelp til å finne blodårer andre steder, og opplæring i å injisere intramuskulært.

8.7 Hjelp eller renovasjon?

Renovasjon blir ofte brukt om politiske virkemidler der målet er å fjerne uønskede eller plagsomme individer fra det offentlige rom. Den tidligere løsgjengerlovens²³ bestemmelse om at den som var beruset på offentlig sted, kunne ilegges bøter eller fengsel framstår som et typisk eksempel. Loven ble imidlertid endret i 1970 ved at kriminaliseringen av offentlig

²³ Lov av 31. mai 1900 om "Løsgjengeri, Betleri og Drukkenskab"

beruselse og tvangsarbeid for hjemløse alkoholikere ble opphevet. Å fjerne åpenlys narkotikabruk fra offentligheten har stått sentralt i opprettelsen av sprøyte-/brukerrom i andre land (bl.a. Hedrich 2004, Reinås og Cron 1998). Renovasjonsaspektet var imidlertid ikke framme i den politiske debatten om den norske sprøyteromsordningen. En sprøyteromsordning ble her først og fremst sett på som et hjelpetiltak for den aktuelle gruppa av rusmiddelmissbrukere. Selv om hensynet til allmennheten ikke var uttalt, er det likevel nærliggende å tenke at en sprøyteromsordning også vil kunne bidra til mindre injisering i det offentlige rom. Folk som ferdes i de aktuelle områdene, vil dermed bli mindre sjenert av at sprøyter settes offentlig.

Som vi har sett, ble det gjennomsnittlig satt 24 injeksjoner per dag i de første to driftsårene av sprøyteromsordningen. Dette utgjør bare en brøkdel av antall injeksjoner med narkotika som vi må anta finner sted i Oslo per døgn. Selv om vi ikke vet hvor mange injeksjoner som settes i det offentlige rom i Oslo, er det åpenbart at sprøyteromsordningen så langt ikke ga noe vesentlig bidrag med hensyn til å redusere utendørs injisering. Det er imidlertid grunn til å tro at en økning i kapasitet vil kunne føre til at færre setter sprøyter utendørs.

Renovasjonsaspektet kom opp i fokusgruppeintervjuene vi hadde med misbrukere i forkant av åpningen, uten at dette ble nevnt av oss. En av informantene ga klart uttrykk for at motivet for hjelpetiltak i mange tilfeller var å få misbrukere vekk fra gata:

- Jeg føler veldig sterkt (...) at myndighetene prøver å få stuet oss mest mulig vekk. (..) Men de må skjønne en gang for alle, de blir aldri kvitt oss. Narkotikaen kommer til å være der for bestandig. Vi kommer alltid til å være... et inventar i gatene. De blir ikke kvitt oss. Samme soren hva dem prøver på.

Andre var imidlertid av den oppfatning at en positiv side ved en sprøyteromsordning ville være at folk flest slapp å beskue misbrukere som setter sprøyter:

-Det (sprøyterommet) er veldig flott for å skjermes det (sprøytesettingen) lite grann for... jeg tenker på turismen og folk, liksom. Jeg synes at det er fult å se på, selv om jeg bruker sprøyter selv. Å slippe å sitte i portrommene og junke der. Jeg har gjort det sjøl også, men jeg tror aldri jeg ville gjort det i dag. Så jeg håper at den situasjonen forsvinner i og med at det har blitt et sprøyterom. Det håper jeg virkelig.

8.8 Skadereduksjon versus forebygging?

Hvorvidt en skal satse på tiltak som tar sikte på reduksjon av skader knyttet til misbruk av narkotika, eller om en heller skal bruke ressursene på tiltak som sikter seg inn mot å hindre at nye og unge rusmiddelbrukere fortsetter i misbruk, vil kunne være et dilemma. Vil en sprøyteromsordning tiltrekke seg brukere som ellers ikke ville injisert heroin? Som mange har påpekt, kan en ikke komme bort fra at sprøyterom og andre skadereduserende tiltak, kan sees som en aksept av rusmiddelmisbruk fra samfunnets side. Tiltak med sikte på å redusere skader ved misbruk kan gi signal til unge i feresonen for misbruksutvikling at samfunnet godtar bruk av illegale rusmidler.

8.9 Meldeplikt

En annen problemstilling knyttet til sprøyteromsordningen, har vært meldeplikten som er hjemlet i helsepersonelloven og sosialtjenesteloven. Selv om meldeplikten er klart regulert, framstår den like fullt som et dilemma i en del situasjoner. Når skal det meldes bekymring til barnevernstjenesten og sosialtjenesten i situasjoner der dette vurderes som aktuelt? Hvor skal hovedhensynet ligge? Skal hensynet til tredjepart telle mest eller skal fokus være på brukerne?

I de ansattes samtaler med brukerne av sprøyteromsordningen kom det ved noen anledninger fram at de hadde omsorgsansvar for barn. Det skjedde også at barn ble tatt med til sprøyterommet. En kunne også få informasjon om graviditet. I andre tilfeller kom det fram at brukerne hadde bil parkert og skulle kjøre videre etter at de hadde injisert. Selv om det både ut fra helsepersonelloven og vanlig skjønn kan synes åpenbart at en i slike tilfeller skal melde fra til barnevern og politi (bilkjøring) viser erfaring at det reiser diskusjoner. Vil konsekvensen av at barnevernet eller politiet varsles, kunne være at den aktuelle brukeren ikke lenger vil gjøre bruk av tjenesten? I tilfeller hvor en setter grenser vil motargumentet ofte være at en da risikerer å støte personen fra seg, og at det derfor er bedre å beholde kontakten med særlig sårbare mennesker på deres egne premisser. "Er det tross alt ikke bedre at brukeren kommer hit enn at han/hun ikke kommer?" Spørsmålet som i slike sammenhenger diskuteres, er med andre ord: Hvor høy eller lav skal terskelen for å gripe inn i slike sammenhenger

være? Uansett valg medfører det konsekvenser for den ene eller annen part.

8.10 Hvordan velge ut hvem som skal få adgang?

Det er vanskelig å tenke seg en sprøyteromsordning slik den er skissert i midlertidig lov og forskrift, der alle som ønsker det, vil kunne ha tilgang. Dette vil kreve urealistisk store økonomiske og personellmessige ressurser. En eventuell permanent sprøyteromsordning vil trolig også være et begrenset gode. Det må derfor skje en form for utvelgning av hvem som skal få gjøre bruk av ordningen. Hvilke prinsipper skal så legges til grunn? Skal det være først til mølla for de som vurderes til å være "tyngst belastede heroinmisbrukere" og som er "fylt 18 år", slik det langt på vei har vært i prøveperioden? Skal en ut fra en vurdering av nød eksempelvis prioritere de som ikke har noe sted å bo? Eller er det andre kriterier som skal/bør legges til grunn?

8.11 Hvor langt skal samfunnet strekke seg?

En sprøyteromsordning er som vi har sett, kostbar i drift. Det vil også være snakk om relativt store investeringskostnader. Er prioritering av en sprøyteromsordning rett bruk av samfunnets ressurser? Er dette den beste måten midler avsatt til denne gruppa kan/skal brukes på? Hvor langt skal samfunnet strekke seg med hensyn til hjelpetiltak som kan sies å være med på å opprettholde misbruk av rusmidler? Bør ressursene heller satses på tiltak der målsettingen er at brukerne skal redusere eller komme ut av sitt rusmiddelmisbruk?

8.12 Oppsummering

- Med bakgrunn i at injisering av heroin innebærer større risiko for overdose enn røyking, kan det sees på som et dilemma at sprøyteromsordningen bare tillater *injisering*.
- Så lenge det er få rene heroinmisbrukere i Norge, kan det også sees på som et dilemma at det bare er injisering av *heroin* som er tillatt.
- Det vil videre kunne sees på som et dilemma at en sprøyteromsordning kan bidra til å opprettholde rusmiddelmisbruk.
- En sprøyteromsordning vil ha problemer med å ta i mot brukere som er psykisk syke og utagerende. Det vil derfor kunne være et

dilemma at noen av de som kan ha størst behov for en sprøyteromsordning, må utestenges.

- Det vil kunne sies at en sprøyteromsordning bidrar til økt kontroll av brukergruppa.
- Injisering i hals og lyske medfører større risiko for skader enn injisering i arm. Det vil derfor være et dilemma hvorvidt en sprøyteromsordning skal tillate slik injisering.
- En sprøyteromsordning vil kunne motiveres ut fra et renovasjonsaspekt, noe som vil kunne føre til at hjelpeaspektet kommer i bakgrunnen.
- Det vil kunne hevdes at tiltak som sprøyterom innebærer et signal om at samfunnet aksepterer bruk av narkotika.
- Meldeplikt til barnevern (brukere med omsorg for barn), sosialtjenesten (graviditet) og politi (bilkjøring i påvirket tilstand) vil i noen situasjoner kunne føre til at aktuelle brukere unnlater å bruke sprøyteromsordningen.
- Så lenge en sprøyteromsordning er et knapt "gode", vil en ikke kunne være sikker på at det er de som trenger det mest, som får adgang. Det vil derfor være et dilemma om en skal legge "først til mølla" prinsippet til grunn, eller om andre kriterier skal gjelde.
- Det vil også kunne stilles spørsmål ved om sprøyterom er riktig bruk av samfunnets resurser og hvor langt skal samfunnet strekke seg i å møtekomme rusmiddelmissbrukeres behov for ulike tjenester.

9 Hvilke svar gir evalueringen?

I kapittel 1.3 ble det skissert en rekke problemstillinger som evalueringen skulle søke å besvare. For noen av problemstillingene er det mulig å gi en form for svar, mens det for andre har vært vanskelig for ikke å si umulig. Dette var for så vidt forutsett, dels med bakgrunn i at målsettingene for prøveordningen er metodisk og praktisk vanskelig å belyse empirisk, dels fordi prøveordningen har vært begrenset og datagrunnlaget utilstrekkelig. Eksempelvis er det ikke gitt hva en skal legge til grunn for å vurdere hvorvidt sprøyteromsordningen har bidratt til økt verdighet for målgruppa. De data vi har gir heller ikke grunnlag for å si hvorvidt sprøyteromsordningen har bidratt til å redusere antall overdoser og overdosedødsfall.

De ulike problemstillingene er empirisk belyst i del II. I det følgende vil vi likevel gi en mer samlet oppsummering av hvilke svar vi mener å kunne gi på grunnlag av de to første driftsårene. Dette gjelder både problemstillingene som springer ut av formålene med sprøyteromsordningen, slik disse er formulert i forskrift, og de øvrige problemstillinger som er formulert i kapittel 1.3.

9.1 Evalueringen - en metodisk utfordring

Den største utfordringen med å evaluere prøveordningen med sprøyterom etter de oppsatte formålene, er at den i de første to driftsårene må sies å ha vært begrenset. Oslo var den eneste kommunen som søkte om å sette i gang en prøveordning. Lokalene var som nevnt flere ganger, lite hensiktsmessige og åpningstiden var 6-7 timer på dagtid. Dette hadde som følge at bare et relativt lite antall kunne registreres som brukere.

De to første driftsårene av prøveordningen har med andre ord ikke gitt grunnlag for å si noe om sprøyteromsordningen har ført til endringer i gruppen av injiserende rusmiddelbrukere i Oslo generelt, da bare en brøkdel er registrert som brukere. I løpet av de første to driftsårene var det registrert 383 brukere av sprøyteromsordningen²⁴. Et estimat over antall injiserende rusmiddelbrukere i Oslo tilsier at det i 2005 var $3\ 000 \pm$ (Bretteville-Jensen og Amundsen 2006). Dette innebærer at det bare

²⁴ I tillegg er det ca. 40 personer som har registrert seg, men aldri benyttet tilbudet eller sagt fra seg plassen/dødd etter kort tid.

var omkring 10-20 prosent av Oslo's injeksjonsmisbrukere som i ulikt omfang brukte sprøyterommet i perioden som omfattes av evalueringen. Data om sprøyteutdeling kan også gi grunnlag for å anslå hvor stor andel av injeksjoner i Oslo som skjedde i sprøyterommet. I 2005 delte Oslo kommune ut 2 280 400 sprøyter i Oslo (Oslo kommune-/Rusmiddeletaten), noe som gir et gjennomsnitt på 6 248 utdelte sprøyter per dag. I de første to driftsårene hadde sprøyterommet gjennomsnittlig 24 injeksjoner per dag. Både antall brukere og antall injeksjoner i prøveordningen har med andre ord vært begrenset. Vi kan derfor slå fast at sprøyteromsordningen så langt har vært et tilbud til en liten gruppe av Oslo's injeksjonsmisbrukere og at det bare var en liten brøkdel av det totale antall injeksjoner som ble satt i Oslo, som i denne perioden fant sted i sprøyterommet.

Evaluering av sprøyte-/brukerrom har vist seg å være utfordrende også i andre land. Problemene har langt på vei vært de samme som vi har sett i den norske prøveordningen (Kerr et al, 2005a, MSIC Evaluation Committee 2003, Hagan 2002, Bammer 2000, Haemmig & van Beek 2005). Sprøyte-/brukerromsordninger i andre land har imidlertid stort sett langt større kapasitet enn hva som var tilfelle i den norske prøveordningen. Det har dermed vært større mulighet til å belyse sprøyte-/brukerroms bidrag med hensyn til ulike målsettinger.

9.2 Straffrihet

En viktig målsetting med prøveordningen var å vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område. Spørsmålet i den forbindelse var derfor hvordan dette ville fungere i praksis: Hvordan ville politiet forholde seg til sprøyterommet og dens brukere, og hvordan ville de ansatte forholde seg til forskriftens bestemmelse om at brukerne bare skal tillates å ta med og injisere én brukerdose heroin?

Evalueringen viser at politiet har vært en lojal samarbeidspartner og fullt ut har respektert sprøyterommets virksomhet. Politiet har eksempelvis ikke på noe vis vært til hinder for at brukere har kunnet oppsøke sprøyterommet.

Når det gjelder bestemmelsen om at brukerne bare tillates å ta med og bruke én brukerdose heroin, har denne vært vanskelig å handtere. Dette har dels sammenheng med at størrelsen på brukerdosen vil kunne variere

og dels at de ansatte ikke kan forholde seg til annet enn det stoffet som framvises. Brukerne av sprøyteromsordningen vil derfor kunne bringe med seg mer og andre typer narkotika enn det som framvises for de ansatte.

Straffrihetsbestemmelsen må derfor kunne sies å ha hatt den effekt at det fra et legalt perspektiv er praktisk mulig å drive en sprøyteromsordning, selv om det vil være umulig for ansatte å kontrollere at det bare medbringes én brukerdose heroin.

Straffriheten har imidlertid også hatt en noe utilsiktet effekt, ved at heroin i små mengder i praksis er ytterligere avkriminalisert i Oslo sentrum.

9.3 Verdighet

Sprøyteromsordningen hadde som målsetting å bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere. Som det framgår av kapittel 6.2 er verdighet et komplisert begrep og det er ikke entydig hva som menes i denne sammenheng. Det vil også være ulike oppfatninger om hva som gir rusmiddelmissbrukere verdighet. Det er også vanskelig, for ikke å si umulig å operasjonalisere verdighet på en måte som kan "måle" hvorvidt en persons eller gruppes verdighet er økt.

Verdighet i sammenheng med sprøyterom kan forstås på et *allment* og på et *individuell* nivå. På et allment nivå dreier det seg om å bidra til økt verdighet for alle "tungt belastede heroinmisbrukere", mens det på et individuelt nivå dreier seg om å bidra til økt verdighet for den enkelte bruker av sprøyterommet. Ut fra en slik forståelse mener vi derfor å kunne si at sprøyteromsordningen på et allment nivå kan sies å gi økt verdighet til rusmiddelmissbrukere i vid forstand. Et sprøyterom kan sees på som en anerkjennelse av sprøytemisbrukeres behov for å injisere narkotika på en minst mulig risikofylt måte. På samme måte som andre tiltak for den aktuelle målgruppa, kan sprøyteromsordningen på et individuelt nivå også sies å gi en form for verdighet for den enkelte bruker gjennom hjelp som ytes og måten han eller hun blir møtt på av de ansatte.

9.4 Kontakt med hjelpeapparatet

Målgruppa for en sprøyteromsordning vil stort sett være en gruppe som har kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet. Det vil selvsagt også være

enkeltpersoner som er uten slik kontakt. Kontaktene vil dessuten ofte være av ulik kvalitet og intensitet. I tilfeller der det ikke er kontakt eller at kontakten ikke kan sies å være tilfredsstillende, vil ansatte i en sprøyteromsordning kunne være behjelpelig med å etablere eller reetablere/forbedre slik kontakt.

Erfaringene fra de to første driftsårene er at de ansatte i den grad de har anledning, griper fatt i signaler fra brukere om at de ønsker hjelp til å løse ulike problemer. Det kan være alt fra større eller mindre helsemessige forhold, at de har problemer i forhold til sosialkontoret, at de for tiden ikke har noe sted å bo eller at de ønsker å komme til avrusning. Av ulike grunner gir ikke den registrerte informasjonen grunnlag for å si noe om omfanget av slik kontaktformidling. Det framkommer imidlertid at muligheten for å bistå den enkelte bruker i kontakt med ulike hjelpetjenester, er avhengig av at sprøyteromsordningen er godt bemannet. Den registrerte informasjon viser at oppfølging utover bistand i sprøyterommet, ble redusert til et minimum i perioder med redusert bemanning.

9.5 Forebygge smitte og infeksjoner

Sprøyteromsordningen hadde som mål å bidra til å forebygge infeksjoner og smitte. Som diskutert tidligere i rapporten er det mangelfullt grunnlag for å si i hvilken grad dette faktisk har funnet sted.

Sprøyteromsordningen har klare regler for hygiene, som å vaske hendene før injisering, alltid bruke reint utstyr osv. Brukerne får også konkrete råd om hvordan de kan injisere på en måte som gir minst mulig skade med hensyn til sår og abscesser. En må kunne anta at brukerne tar noe av denne "lærdommen" med seg når de injiserer andre steder enn i sprøyterommet. Brukere opplyser også om at de er blitt mer oppmerksomme omkring hygiene når de injiserer. Det kan også tenkes at de viderefører noe av dette til misbrukere utenfor sprøyterommet.

9.6 Forebygge overdoser og overdosedødsfall

Et annet formål med sprøyteromsordningen var at den skulle bidra til reduksjon av antall overdoser og overdosedødsfall. Som det framgår av kapittel 6.5, utgjorde omfanget av injeksjoner satt i sprøyterommet i de to første driftsårene, bare en liten brøkdel av antall injeksjoner som settes i

Oslo i løpet av en dag. Uavhengig av hvordan omfanget av overdoser og overdosedødsfall har utviklet seg etter etableringen av sprøyteromsordningen, er det derfor ikke grunnlag for å si at den har bidratt til en eventuell reduksjon. I fall en sprøyteromsordning skal kunne bidra til reduksjon av overdoser/overdosedødsfall, må den ha kapasitet til å dekke en vesentlig andel av det totale antall injeksjoner som finner sted.

9.7 Brukerne

Med bakgrunn i kapasitet var det begrenset hvor mange som fikk la seg registrere som brukere i de første to driftsårene. Av de 409 registrerte, var det 383 som noen gang benyttet sprøyteromsordningen. Det ble i gjennomsnitt satt 24 injeksjoner per dag. Det er bare en liten gruppe som har brukt sprøyteromsordningen hyppig. Ikke mer enn 10 prosent benyttet sprøyterommet mer enn seks ganger i måneden i gjennomsnitt, hele 2/3 av de registrerte brukerne benyttet sprøyterommet to ganger eller mindre i gjennomsnitt per måned. Omkring seks av ti injeksjoner ble satt i arm, to av ti injeksjoner i lysken og omkring to av ti i bein eller hals.

Ikke overraskende uttrykker brukerne stor tilfredshet med sprøyteromsordningen. De sier seg svært fornøyd med måten de blir møtt på og utstyret de får til injisering. Som viktigste grunn til at de benytter sprøyteromsordningen, oppgir brukerne trygghet. Brukerne vil gjerne at åpningstiden skulle være lenger.

9.8 De ansatte

En sprøyteromsordning er en arbeidsplass som stiller spesielle krav til ansatte. De er vitne til brukernes selvdestruktivitet og mottar sterke synsinntrykk. Mange brukere er psykisk ustabile og kan opptre truende.

Oslo kommune/Rusmiddeletaten satte i gang prøveordningen uten at de som skulle bemanne den var faglig forberedt. Det var heller ikke sørget for at organisert veiledning var på plass. Det var også klart at de ferdigstilte lokalene ikke tilfredstilte sprøyteromsordningen etter forskriften.

Det må dessuten rettes kritikk mot Sosial- og helsedirektoratet som godkjente at Oslo kommune satte i gang prøveordningen under disse betingelsene.

Ansatte følte seg truet av brukere. Dette sammen med dårlige fysiske forhold gjorde at de følte seg utrygge. Mange ansatte opplevde at de ikke ble hørt når de meldte fra til overordnede om ulike typer problemer knyttet til arbeidsmiljøet.

Selv om de ansattes er svært kritiske til måten Oslo kommune/-Rusmiddeletaten forberedte åpningen av sprøyterommet og gir uttrykk for at de følte seg dårlig ivaretatt, innebærer det ikke at de er i mot sprøyterom. Med enkelte unntak uttrykte de ansatte tvert i mot at de er tilhengere av en sprøyteromsordning. Kritikken de framførte må først og fremst forstås som en understreking av nødvendigheten av at en sprøyteromsordning må vektlegge fysisk utforming av lokaler, at de som skal ha sprøyterom som arbeidsplass må få nødvendig skoling og oppfølging, og at de ansattes sikkerhet må ivaretas.

10 Hvordan bør en eventuell permanent sprøyteromsordning utformes?

I intervjuer ble så vel "vanlige" ansatte som ansatte med overordnet ansvar for sprøyteromsordningen i Rusmiddeletaten, bedt om å ta stilling til om de ville anbefale at den midlertidige sprøyteromsloven blir gjort permanent. De ble også bedt om si noe om og hva som må til for at en eventuell permanent ordning skal bli best mulig. Med ett unntak var alle ansatte vi intervjuet generelt for sprøyterom som tilbud i en lavterskel tiltakskjede. Det ble imidlertid framholdt at rammene for drift og innhold måtte endres betydelig sammenlignet med hvordan forholdene hadde vært i de to første driftsårene.

10.1 Hensiktsmessige lokaler

Som tidligere omtalt, var lokalene som huset sprøyteromsordningen i de to første driftsårene, lite hensiktsmessige. Muligheten for å foreta samtaler med brukere i enerom var blant annet svært begrenset. Hvis en sprøyteromsordning skal ha en funksjon utover selve sprøytesettingen, er det nødvendig med et separat rom for samtaler og rådgiving, slik også forskriften legger opp til. Selve injeksjonsrommet må også være stort nok til at de ansatte kan ha en viss fysisk avstand til brukerne når disse injiserer. Injeksjonsrommet må i tillegg ha to utganger. Dette for å gi de ansatte best mulig sikkerhet i situasjoner der en bruker blir aggressiv og opptrer truende. Videre må et injeksjonsrom ha spesielt god ventilasjon. I de første to driftsårene rapporterte de ansatte om hyppig forekomst av hodepine etter å ha oppholdt seg over tid inne i injeksjonsrommet. Ved koking av heroinblandingen frigjøres gass, og det er derfor nødvendig med tilstrekkelig avtrekk. Innånding av heroindamp medfører hodepine, en vet ellers ikke hva det kan føre til av mer langvarige skader.

10.2 Åpningstider

I forskriftens sies det at: *”Ved fastsettelsen av åpningstider og utformingen av sprøyteromsordningens lokaler, skal det tas hensyn til brukernes behov”*. I utgangspunktet vil hensynet til brukernes behov tilsi at en sprøyteromsordning bør være tilgjengelig store deler av døgnet. Hvor

mange timer en eventuell permanent sprøyteromsordning skal ha åpent per dag, vil selvsagt avhenge av hvor store ressurser en er villig til å bruke til formålet. Det er imidlertid åpenbart at en begrenset åpningstid på seks timer på dagtid, slik tilfelle var i de første to driftsårene, begrenser nytten den aktuelle målgruppa vil ha av et slikt tilbud.

10.3 Ivaretagelse av ansatte

På bakgrunn av det vi tidligere har sagt om stor gjennomstrømning i personalgruppa og stor utilfredshet med arbeidssituasjonen, framkommer det at ivaretagelse av de ansatte i en sprøyteromsordning må gis høy prioritet i fall en ønsker å videreføre en sprøyteromsordning. Det bør legges stor vekt på å gi de ansatte best mulig sikkerhet i arbeidssituasjonen. Det dreier seg som allerede nevnt, om fysiske tiltak, men også om nødvendig skoling og veiledning for å sikre at de er best mulig faglig rustet for oppgaven. De psykososiale sidene ved arbeidssituasjonen må med andre ord vektlegges.

De ansatte framhever at hvor godt de kjenner den enkelte bruker, har betydning for hvorvidt de føler trygghet i arbeidssituasjonen. Personlig kjennskap til brukerne av en sprøyteromsordning innebærer at det enkelte sprøyterom ikke bør ha for mange brukere. Ved en eventuell permanent sprøyteromsordning bør det derfor vurderes om en by som Oslo bør satse på flere mindre sprøyterom framfor ett stort.

Det kan også stilles spørsmål ved om det å være ansatt i en sprøyteromsordning bør være en fulltids beskjeftigelse eller om det heller bør tas sikte på ansatte i deltidsstillinger. På den ene siden vil det være ønskelig med den stabilitet en personalgruppe på heltid representerer. De vil da ha bedre mulighet til å bli kjent med brukerne. På den annen side kan det som er sagt om en spesielt krevende arbeidssituasjon, peke i retning av at fulltidsstillinger innebærer for stor belastning på ansatte.

Å trekke de ansatte aktivt inn i utforming og drift av en sprøyteromsordning, vil være viktig for å gi de som skal betjene ordningen, best mulige arbeidsforhold. I de to første driftsårene var det påfallende hvor lite ansvar de ansatte synes å ha fått med hensyn til den daglige driften og hva som må til for at de skulle kunne gjøre en best mulig jobb overfor brukerne. Dårlig kommunikasjonen mellom ansatte og de ansvarlige for sprøyteromsordningen i Oslo, førte til at det ikke fant sted nødvendige endringer eller de tok for lang tid. Kommunikasjonen mellom ansatte og

ledelse vil ofte være spesielt viktig i tiltak hvor nye ideer skal prøves ut, og hvor endringer bør kunne skje raskt og ubyråkratisk. De ansatte vil være viktige aktører med hensyn til å se behov for eventuelle endringer.

10.4 Helsehus?

Det framgår av intervjuene at de ansatte stort sett er fornøyd med den faglige sammensetningen av personalgruppa. Det understrekes at det er behov for både helsepersonell og sosialfaglig ansatte til å ta seg av de daglige gjøremålene. Likevel framkommer en viss misnøye fra ansatte med sosialfaglig bakgrunn, da disse framholder at muligheten for oppfølging av brukerne ut over det som har med selv injeksjonen, blir for dårlig ivaretatt. Sprøytesettingen har naturlig nok førsteprioritet, og dette er det som oftest sykepleiere som behersker best.

Mange av de ansatte tar til orde for at det bør opprettes en form for helsehus for rusmiddelmissbrukere og hvor det også kan være sprøyterom. Hvis en sprøyteromsordning inngår i en større sammenheng, vil de som ikke har helsefaglig bakgrunn kunne utnytte sin kunnskap bedre, og brukerne vil kunne få bedre hjelp og oppfølging utover selve injiseringen.

11 Sluttkommentarer

11.1 Sprøyterom - et paradoks?

Sprøyteromsordningen legger til rette for injisering av heroin. Som det framgår av kapittel 5, får brukerne alt nødvendig utstyr til injisering og de ansatte bistår med råd og hjelp så langt det er mulig uten å foreta selve injeksjonen. Det varierer hvor beruset den enkelte bruker er/blir, men mange er/blir svært "tunge". En viktig oppgave for de ansatte er derfor å hindre at brukerne sovner av rusen og "går i overdose". Selv om det kan synes selvsagt at slik må det være, er det vanskelig å ikke se dette som et paradoks. I det ene øyeblikket skal de ansatte bistå brukerne med å injisere heroin, mens de i det neste øyeblikket må påse at de ikke "går i overdose" av heroindosen som like før er injisert.

11.2 Ambisjonsnivå for en sprøyteromsordning

En sprøyteromsordning slik den er skissert i midlertidig lov og forskrift, legger opp til at brukerne skal få hjelp til alt omkring sprøytesetting helt fram til selve injiseringen. Dette sammen med at de i forkant også skal foreta en vurdering av brukernes beruselsesgrad, stiller de ansatte overfor store utfordringer. Formålet med den norske sprøyteromsordningen skal som vi har sett, også bidra til økt verdighet, redusere overdoser/-overdosedødsfall, forebygge infeksjoner og smitte samt gi økt mulighet for kontakt med hjelpeapparatet. Skal en permanent sprøyteromsordning kunne ivareta alle disse formålene vil det være svært ressurskrevende.

I vurderingen av hvorvidt den midlertidige sprøyteromsloven skal gjøres permanent, bør det derfor diskuteres hvor "ambisjonsnivået" for en eventuell videre sprøyteromsordning eventuelt skal/bør ligge. Hva skal det overordnede formålet med sprøyteromsordningen være? Skal formålet først og fremst være at injeksjonsmisbrukere skal ha mulighet til å sette sprøyter i skjermede omgivelser, der de får nødvendig utstyr eller skal sprøyteromsordningen være et middel til å nå mål som reduksjon i overdoser og forebygging av infeksjoner? Hvor aktive skal de ansatte være med hensyn til å gi hjelp og veiledning?

De valg en gjør med hensyn til ambisjoner ved en eventuell permanent sprøyteromsordning, vil ha konsekvenser både med hensyn til materielle og personalmessige ressurser.

Vedlegg I

Midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)

"§ 1. Kongen kan som en prøveordning bestemme at det kan etableres lokaler for injeksjon av narkotika.

§ 2. Den som med lovlig adgang til sprøyterommet

- a) injiserer narkotika i et godkjent sprøyterom, eller
- b) besitter en brukerdose narkotika til eget bruk i et godkjent sprøyterom eller tilstøtende venterom, samtalerom eller behandlingsrom, kan ikke straffes for dette etter legemiddelovens § 31, jf § 24 første ledd.

Det er tillatt for personalet i sprøyteromsordningen å gi brukerne individuell og konkret rådgivning i forbindelse med injisering av narkotika i sprøyterommet.

§ 3. En kommune som etablerer en godkjent sprøyteromsordning, kan føre helseregister og behandle helseopplysninger som nevnt i helseregisterloven § 2 nr. 1 i den grad det er nødvendig for å oppfylle reglene gitt i eller i medhold av loven her.

§ 4. En avgjørelse om adgang til bruk av sprøyteromslokalene er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Har politiet mistanke om straffbar besittelse eller bruk av narkotika i sprøyteromslokalene, skal personalet uten hinder av taushetsplikten i helsepersonelloven § 21 og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og på begjæring gi politiet opplysninger om hvorvidt en identifisert person er registrert bruker av sprøyterommet eller ikke.

Adgang til bruk av sprøyteromslokalene er ikke nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 eller pasientrettighetsloven § 7-3.

§ 5. Helsepersonelloven § 4 er ikke til hinder for at helsepersonell kan utføre de oppgaver som etter regler gitt i eller i medhold av loven her er lagt til personalet i sprøyteromsordningen.

§ 6. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av ordningen med sprøyterom og kan blant annet bestemme:

- a) hvem ordningen skal gjelde for,
- b) ordninger for adgangsregulering,
- c) type og mengde narkotika som straffriheten skal omfatte,
- d) ordninger for kontroll av type og mengde narkotika en person har med seg inn i sprøyteromslokalene,
- e) hvilken adgang politiet skal ha til sprøyteromslokalene,
- f) hvilke krav til bemanning av sprøyteromslokalene som skal gjelde,
- g) hvordan helseopplysninger i helseregisteret kan behandles, herunder hvilke opplysninger som kan behandles og formålet med behandlingen,
- h) hvilke krav som skal gjelde for å bli godkjent kommune for ordningen,
- i) at kommunene skal ha plikt til å avgi opplysninger av betydning for evalueringen av ordningen uten hinder av taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og helsepersonelloven § 21 og
- j) at reglene i helsepersonelloven §§ 39 og 40 helt eller delvis ikke skal gjelde for helsepersonell som yter helsehjelp i sprøyteromsordningen.

§ 7. Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer, og gjelder i tre år fra ikrafttredelse. Det samme gjelder endringer i lov 19. november 1982 nr 66. om helsetjenesten i kommunene § 1-3 fjerde ledd nytt annet og tredje punktum."

Med hjemmel i sprøyteromsloven § 6 vedtok Stortinget samtidig forskrift for sprøyteromsordningen. Som det framgår gir forskriften konkrete anvisninger for rammene for en prøveordning med sprøyterom.

Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)

§ 1 Formål

Prøveordningen skal legge til rette for å vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område. Prøveordningen med sprøyterom skal bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere, gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat, bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og redusere antallet overdoser og overdosedødsfall.

§ 2. Adgang til sprøyteromsordningen

En person har lovlig adgang til sprøyteromsordningens tjeneste når han eller hun er registrert som bruker av sprøyterommet. Registreringen kan bare skje etter samtykke fra vedkommende.

For å bli registrert som bruker av sprøyterommet, må en person

- a) være tungt belastet heroinmisbruker og
- b) ha fylt 18 år.

§ 3. Håndbeving av adgangskriteriene og krav til dokumentasjon

Personalet i sprøyteromsordningen avgjør om kriteriene for registrering etter § 2 annet ledd er oppfylt. Lederen av sprøyteromsordningen avgjør om en person skal nektes registrering. Hvis det er tvil om en person er fylt 18 år, kan det kreves legitimasjon/aldersbevis.

§ 4. Regler for opptreden i sprøyteromslokalene

Kommunen kan gi regler for brukerens opptreden i sprøyteromslokalene. Reglene skal forelegges departementet i forbindelse med søknad om etablering av sprøyteromsordning. Ved opptreden som er i strid med gjeldende lovgivning eller ved brudd på regler gitt av kommunen, kan en person bortvises fra sprøyteromsordningen for den tid lederen bestemmer. En avgjørelse om bortvisning fra sprøyteromsordningen er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 5. Type og mengde narkotisk stoff

Straffriheten i sprøyteromsordningen omfatter bare heroin. En bruker av sprøyteromsordningen kan straffritt kun ta med seg og bruke én brukerdose heroin i sprøyterommet. Heroin til bruk i sprøyterommet skal framvises for personalet.

§ 6. *Sprøyteromsordningens innhold og tjenester*

Sprøyteromsordningen skal inneholde et separat rom for injisering, et venterom og et samtalerom/rådgivningsrom. Tjenesten skal ha tilgang til et behandlingsrom.

Tjenesten skal omfatte:

- a) tilbud til brukerne om generelle råd om injeksjonspraksis, hygiene og egenomsorg for å forebygge smitte og for å redusere risikoen for skade,
- b) rent utstyr for injisering til hver bruker,
- c) observasjon av brukerne under og etter injiseringen,
- d) tilbud om individuell og konkret rådgivning til hver bruker i forbindelse med injiseringen,
- e) tilbud om individuell helsehjelp, som for eksempel sårstell,
- f) tilbud om rådgivning og informasjon om helsetjenester og sosiale tjenester og
- g) formidling av kontakt med helsetjenester og/eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det.

Sprøyteromsordningen skal være samlokalisert med lavterskel helsetjeneste. Ved lokaliseringen skal det tas hensyn til avstand og framkommelighet for ambulansetjeneste.

Ved fastsettelse av åpningstider skal det tas hensyn til brukernes behov.

§ 7. *Personalet*

Sprøyteromsordningen skal bemannes både med personer med helsefaglig utdanning og personer med sosialfaglig utdanning. Leder av sprøyteromsordningen skal ha helsefaglig utdanning som minst tilsvarer høghskolenivå. Alle ansatte skal regelmessig gjennomgå opplæring i førstehjelp til bruk ved overdoser. Kommunen skal sørge for at de ansatte gis adekvat veiledning. Sprøyteromsordningen skal være tilstrekkelig bemannet til samtidig å kunne foreta adgangskontroll, observere under injisering, gi individuell og konkret rådgivning i forbindelse med injiseringen, gi individuell helsehjelp og kontrollere forholdene i venterommet.

§ 8. *Plikt til å føre journal i sprøyteromsordningen*

Den som yter helsehjelp i sprøyteromsordningen plikter å føre journal etter reglene som er gitt i eller i medhold av helsepersonelloven § 39 og § 40 med mindre noe annet følger av reglene i annet ledd. Det er ikke plikt til å føre journal for helsehjelp som nevnt i § 6 annet ledd bokstav a-d, f og g.

§ 9. *Opplysninger til statistiske formål*

Kommunen plikter etter anmodning å avgi helseopplysninger og andre opplysninger til departementet til bruk for statistiske formål og for evaluering av prøveordningen.

§ 10. *Helseopplysninger som kan behandles*

Kommunen kan behandle helseopplysninger som er nødvendig for å oppfylle regler gitt i sprøyteromsloven eller forskriften her. Kommunen kan ikke registrere andre helseopplysninger enn navn, alder, kjønn og tidspunkt for bruk av sprøyterommet. Registreringen kan bare skje etter samtykke fra vedkommende, jf. § 2 første ledd.

§ 11. *Formål med behandling av helseopplysningene*

Formålet med disse opplysninger er til evaluering av prøveordningen. Dersom personalet er i tvil om en person er registrert som bruker av sprøyterommet, kan personalet innhente opplysning om dette fra registeret.

§ 12. *Sletting av helseopplysninger*

Kommunen kan ikke lagre helseopplysninger lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre formålet med behandlingen av helseopplysningene, jf. helseregisterloven § 27 første ledd.

§ 13. *Tilsyn med helseregisteret*

Datatilsynet fører tilsyn med helseregistre som føres i sprøyteromsordningen, jf. helseregisterloven § 31.

§ 14. *Politiets kontrolladgang og håndheving av den offentlige ro og orden mv.*

Politiet kan ved mistanke om straffbar besittelse eller bruk av narkotika i sprøyteromslokalene og på begjæring få opplysninger om hvorvidt en identifisert person er registrert som bruker av sprøyterommet eller ikke. Politiet kan gripe inn for å sikre den offentlige ro og orden mv. i samsvar med politiloven § 7.

§ 15. *Godkjenning*

Departementet bestemmer om en kommune kan etablere prøveordning med sprøyterom.

§ 16. *Ikrafttredelse*

Den forskrift trer i kraft 17. desember 2004."

Vedlegg II

Brukerkontrakt

Rutiner ved første besøk:

Personalet registrerer personalia og vurderer bruker etter følgende kriterier:

- Over 18 år.
- Tungt belastet opiatmisbruker.

Alle som blir godkjente brukere får tildelt et brukernummer og registreres i databasen.

Regler for sprøyterommet:

- Kjøp og salg av rusmidler i og rett utenfor Sprøyterommet er forbudt.
- Våpen, vold og trusler om bruk av vold er forbudt og medfører umiddelbar utestengelse fra Sprøyterommet.
- Diskriminerende uttalelser i forhold til kjønn, religion, etnisitet eller seksuell legning er ikke tillatt.
- Kun en (1) brukerdose heroin er tillatt, ingen andre rusmidler!
- Sprøyterommet er bare åpent for registrerte og godkjente brukere. Registrering og godkjenning skjer ved første besøk.
- Brukere som vurderes som for ruspåvirket kan nektes adgang til Sprøyterommet.
- Den som forlater venterommet er ute av køen og må vente til det er ledig kapasitet igjen.
- Mobiltelefoner skal være skrudd av i Sprøyterommets lokaler.
- Sprøyterommet er et helsetiltak og derfor røykfritt.
- Det er ikke tillatt å dele stoff med andre, det er heller ikke tillatt å gi eller ta imot noe fra andre.
- Ferdig preparerte sprøyter og koking av dotter tillates ikke på grunn av smitterisiko og kontroll av hva som skal injiseres.
- Dersom en bruker skal hjelpe en annen bruker med å injisere, må dette være avklart på forhånd. Begge må være godkjente brukere, og den som skal hjelpe en annen må injisere på denne før man

injiserer på seg selv. Grundig håndvask, riktig bruk av alkotip og bruk av hansker anbefales.

- Brukeren skal rengjøre plassen etter seg med godkjent desinfeksjonsmiddel.
- Tidsrammen per besøk er 30 minutter på injeksjonsrommet, og også 30 minutter på hvilerommet.
- Brukeren skal kunne forlate injeksjonsrommet for egne ben innen den gitte tiden.
- Personalet avgjør om en bruker skal utestenges for videre bruk av sprøyterommet, og evt hvor lang utestengelsesperioden skal være. Myndighet er delegert fra institusjonsleder. Utestengelsen begynner å løpe når bruker får formidlet vedtaket skriftlig.

Rutiner for besøk i injeksjonsrommet:

- Brukeren identifiserer seg og tildeles et konenumber.
- Besøket registreres bla med brukernummer, dato og klokkeslett.
- Brukeren oppgir mengde heroin han/hun skal injisere, om dette er mer, mindre eller ca det vanlige han/hun pleier å sette, og hva og hvor mye rusmidler brukeren har inntatt før han/hun kom til oss. Personalet spør også om det er lenge siden brukeren av en eller annen grunn har ruset seg.
- Det ferdig utfylte skjema og brukerens individuelle mappe leveres til personalet inne i injeksjonsrommet.
- Grundig håndvask skal foretas før man begynner å tilberede dose og injisere.
- Injeksjonsutstyr utdeles. Kun utdelt utstyr kan benyttes.
- Det skal være ro i rommet.
- Alt brukt utstyr kastes.
- Det føres journal over den enkelte bruker.

Ved å undertegne denne kontrakten blir du godkjent bruker av Sprøyterommet. Du forplikter deg samtidig til å følge reglene som til enhver tid gjelder for Sprøyterommet. Brudd på reglene vil kunne føre til utestengelse for kortere eller lengre periode. Det er du selv som har ansvaret for de handlingene du gjør på sprøyterommet, ikke personalet – vær forsiktig! Personalet har generell taushetsplikt i henhold til lov om helsepersonell, men har også meldeplikt i spesielle tilfeller til sosialkontor, barnevern og politi.

Vedlegg III

Ordensregler:

- Det er kun tillatt å lage til og injisere en (1) brukerdose heroin, ikke noe annet.
- Det er kun tillatt å benytte seg av utdelt utstyr.
- Det skal være ro i rommet, ikke forstyrr sidemann.
- Trenger du nytt utstyr, råd eller veiledning, bli sittende og vent på at den ansatte kommer til deg.
- Husk alltid å ha hetta på kanylen før du reiser deg fra stolen.
- Det er ikke tillatt å ta med seg noe ut fra injeksjonsrommet igjen.
- Rydd det brukte utstyret forsvarlig og rengjør plassen etter deg.

Referanser:

Baklien, B. (2004). *Følgforskning*. Sosiologi i dag 34, nr. 4 s 49-66

Bammer, G.(2000). *What can a trial contribute to the debate about supervised injecting rooms?* Australian and New Zealand Journal of Public Health, **24**, 214-215.

Bretteville-Jensen, A-L. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993-1994*. SIRUS rapport nr 4/2005.

Bretteville-Jensen, A-L. og Amundsen, E.J. (2006). *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. SIRUS rapport 5/2006.

Brev av 9.4.2003: *Til spørsmålet om forsøk med sprøyterom*. URL:
<http://www.fmr.no/index.php?id=75509> [lesedato 19.11.2007]

Darke, S., Hall, W., Weatherburn, D., and Lind, B. (2000). *Heroin-related deaths in New South Wales , Australia, 1992-1996*. Drug and Alcohol Dependence, 60, 141-150.

Darke, S., Degenhardt, L., and Mattick, R. (2007). *Mortality amongst Illicit Drug Users*. New York: Cambridge University Press.

Dokument nr. 7A (1999-2000). *Svar på forslag oversendt fra Stortinget uten realitetsvotering til Regjeringen 1. halvår 1999*.

Dok.nr.8:73 (2000-2001). *Forslag fra stortingsrepresentantene May Britt Vihovde, Lars Sponheim, Odd Einar Dørum og Gunnar Kvassheim om kriseprogram mot "overdoseepidemien"*.

Dolan, K., and Wodak, A. (1996). *Final Report on Injecting Rooms in Switzerland*. URL:
<http://www.drugpolicy.org/library/dolan2.cmf?printpage=1> [lesedato 21.05.2007].

Edlund, (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Finstad, L. (2000). *Politiblikket*. Oslo: Pax Forlag.

Fugelstad, A., Ahlner, J., Brandt, L., Ceder, G., Eksborg, S., Rais J., and Beck, O. (2003). *Use of morphine and 6-monoacetylmorphine in blood for the evaluation of possible risk factors for sudden death in 192 heroin users*. *Addiction*, 98, 463-470.

Gerlach, R. and Wolfgang, S. (2002). *Consumption and Injecting Room (CIR) at INDRO, Münster, Germany*. URL: <http://www.indro-online.de/cir.htm> [lesedato 21.5.2007].

Haemmig, R. & Van Beek, I. (2005). *Supervised Injecting Rooms*. I: *Injecting Illicit Drugs*. Pates, Richard, Andrew McBride & Karin Arnold (red.) Blackwell Publishing.

Hagan, H. (2002). *Supervised injection rooms – prospects and limitations*. *International Journal of Drug Policy* 13, 449-451.

Hall, W. and Kimber, J. (2005). *Being realistic about benefits of supervised injecting facilities*. *The Lancet*, 366/9482, 271-272.

Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA)

Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition. The moral grammar of social conflicts*. Cambridge: Polity Press.

Hunt, N. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. URL: <http://66.102.1.104/scholar?hl=no&lr=&q=cache:gMPedSOvXNgj:forward-thinking-on-drugs.org/docs/Hunt-exec-summary.pdf> [lesedato 8.5.07]

INCB (1999): *Brev til det danske Sundhedsministeriet*.

Innst. S. nr. 255 (2001-2002). *Innstilling fra Finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*.

Inst. S. nr 260 (2002-2003). *Innstilling fra Finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2003*.

Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., Montaner, J.S.G. and Wood, E. (2005a). *Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users*. The Lancet, 366, 316-318

Kerr, T., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J.S.G., and Wood, E. (2006a). *Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility*. International Journal of Drug Policy, 17 (5), 436-441

Kerr, T., Stoltz, J.-A., Tyndall, M., Li, K. et. Al. (2006b). *Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study*. BMJ, 332 (7535): 220 - 222.

Kimber, J., Dolan, K., Van beek, I. (2003). *Drug consumption facilities: an update since 2000*. Drug and Alcohol Review, **22**, 227-233

Klee, H., and Morris, J. (1995). *Factors that characterize street injectors*. Addiction, 90, 837-841.

Kripos (2006). *Årsmelding*.

Linssen, L., de Jong, W., and Wolf, J. (2001). *Gebruikersruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Series: Resultaten Scoren. Utrecht: Trimbos Institute.

Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) (1999).

Lov om legemidler (legemiddeloven) (1992).

MSIC Evaluation Committee (2003). *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. Sydney: autors.

NOU 2003:4. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*.

Olsen og Skretting (2006). *Ingen enkle løsninger. Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. SIRUS rapport 2/2006.

Oppsøkende tjeneste (2007). *Injisering i det offentlige rom. Oppsøkende tjenestes rapport fra Oslo sentrum sommer 2007*. Upublisert.

Oslo kommune (2002). *Prosjektbeskrivelse for etablering av 2-årig forsøksprosjekt med sprøyterom*. Upublisert.

Ot.prp. nr 56 (2003-2004). *Om midlertidig lov om prøveordning for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)*

Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) *Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli. 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) m.m.*

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. USA: Sage Publications, Inc.

Pro-Senteret (2001). *Prosjekt "Sprøyterom". Evalueringsrapport*. Oslo: Oslo Kommune, Pro-Senteret.

Regjeringens handlingsplan mot rusmidler 2003-2005.

Reinås og Cron (1998). *Tysk og Sveitsisk narkotikapolitikk sett med norske øyne*. Oslo: Forbundet mot Rusgift.

Riksadvokaten (24.1.2002). *Brev til Sosial- og helsedepartementet*.

Riksadvokaten (4.4.2003). *Sprøyterom – høring*.

Riksadvokaten (22.12.2004). *Sprøyterom*.

Sosialdepartementet (2001). *Høring. Anmodning om uttalelse til spørsmålet om etablering av sprøyterom for narkomane*.

Sosialdepartementet (2002). *Høringsuttalelser vedrørende etablering av sprøyterom for stoffmisbrukere*.

Stoever, H. (2002). *Consumption Rooms – A Middle Ground Between Health and Public Order Concerns*. The Journal of Drug Issues, 02, 597-606

Straffeloven (1902).

Stortinget Sesjon 2002-2003. *Vedtak nr 642*

St.prp.nr 63 (2001-2002). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2002*.

St. prp. nr 1 (2002-2003). *For budsjetterminen 2003. Sosialdepartementet.*

St. prp. nr 65 (2002-2003). *Tilleggsbevilgning og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2003.*

Tyndall, M.W., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J.S.G. and Wood, E. (2005). *Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility.* Drug and Alcohol Dependence, 83, 193-198.

Van Beek, I., Kimber, J., Dakin, A., and Gilmour, S. (2004). *The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: reducing harm associated with heroin overdose.* Critical Public Health, 14 (4), 391-406.

Wolf, J., Linssen, L., and de Graaf, I. (2003). *Drug consumption facilities in the Netherlands.* The Journal of Drug Issues, 33/3, 649-661.

Wood E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D.C., J.S.G. Montaner, J.S.G. and Tyndall, M.W. (2004). *Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injection facility for illicit injection drug users.* The Canadian Medical Association journal, 171 (7), 731-734.

ZEUS GmbH, Centre for Applied Psychology (2003). *Evaluation of the work of drug consumption rooms in the Federal Republic of Germany.* Bochum, Tyskland.

Zurhold, H., ALLE INN m.fl. (2003). *Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance.* Journal of Drug Issues, 22, 663-688

English summary

A proposal to pilot a public injecting room was put before the Norwegian parliament (Stortinget) for the first time in 1999. The idea went back and forth between different governments and parliaments. The Director General of Public Prosecutions warned legislators that before a supervised injecting room could be established, the law would have to be amended. A provisional act sanctioning the pilot scheme was adopted by parliament (Drug Injection Rooms Act),²⁵ together with a set of regulations in December of 2004. SIRUS was asked to evaluate the scheme.

Oslo City Council was authorized by the Directorate for Health and Social Affairs to pilot the supervised injecting centre. Oslo City Council opened the centre, located in the centre of Oslo, on February 1, 2005.

A specific group of injectors was singled out as the centre target group, "heavy heroin users aged 18 and over". The objectives of the scheme were:

- to assess the effect of impunity for possession and use of drugs in a certain area defined elsewhere;
- to help heavy drug users build a sense of self-esteem (dignity);
- to facilitate contact between the social and health services and drug users;
- to prevent the spread of infectious diseases; and
- reduce overdose rates and overdose fatalities

Two years later, 409 persons had registered as clients of the centre, of whom 383 used the facility on one or more occasions. Of these 383, 71 per cent were male and 29 per cent female; 23 per cent were 30 or younger, 41 per cent 31–40 and 37 per cent 40 or above.

In these two years, 17,226 injections were administered, that is, an average of 24 injections every day. There is wide variation in the frequency with which registered clients used the facility. Only 10 per cent used the centre more than six times per month. Two thirds used it only once or twice per month after registering as clients.

²⁵ *Midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika* - Provisional act relating to a trial scheme for premises for drug injection.

Injection doses of 0.2–0.25 grams were reported by 80 per cent of the clients. The drug was predominantly injected into the arm (64 per cent), followed by groin (19 per cent), leg (15 per cent) and neck (2 per cent).

Clients reported safety as their primary reason for using the facility. Other important reasons included the sense of security at the facility, learning how to inject more safely, supervision in the event of an overdose, and knowledge that they could administer the drug without worrying about the police or security guards moving them on.

The clients of the injecting centre express in the main satisfaction with the facilities provided. Virtually none have any complaints about advice on how to inject, how they were treated by staff or about the equipment provided. They would like to see opening hours extended, and an opportunity to inject pills with the heroin.

The police have given their full support during the trial. Impunity has undoubtedly worked insofar as it, in legal terms, is actually possible to run the injecting facility, despite the inability of staff to satisfy themselves that clients are only bringing one heroin dose onto the premises. Impunity has had an unintended side effect however, in that possession of small quantities of heroin is decriminalised even further in the centre of Oslo.

Insofar as it is possible to operationalize the concept of dignity, it could be said that the injecting room has had a positive effect on the dignity of the group in question. The pilot scheme has enhanced the dignity of drug users in a wider sense, by acknowledging the need to inject drugs in as risk free an environment as possible. The courteous manner of the staff has also been beneficial in that sense as well.

Healthcare and welfare counselling have been provided in 8 per cent of all visits. This care depends, however, on adequate staffing. Suitable premises where staff and clients can talk privately would improve the centre's ability to provide care.

Given the limited data it is difficult to say whether the scheme reduced infection or contamination rates. Clients are obliged to follow strict rules of hygiene, however. They are also given practical advice on the best way of administering an injection, with least risk of developing physical problems such as inflammation and abscesses. Injection training was

given in 13 per cent of all injection visits, and to 81 per cent of the clients on one or more occasions. One would expect clients to practice what they learned when they inject outside the facility. Clients became more aware of the need for good standards of hygiene, they said.

0.6 per cent of injections resulted in an overdose, and 18 per cent of clients experienced an overdose while at the injecting room. None of these incidents were fatal. There is no evidence that the scheme has caused a general reduction in overdose rates or overdose fatalities. To avoid risk of overdose, there would have to be sufficient capacity to supervise most of the injections administered in the city.

Staff turnover has been high. After an initial period of enthusiasm, poor physical and psycho-social working conditions resulted in high levels of sick leave absence and resignations. Many members of staff felt at risk and that responsibility for preventing overdoses was too onerous. It was also exhausting having to observe at close quarters clients' self-destructive behaviour. They felt let down by their employer, and have had limited access to professional advice and counselling.

Oslo City Council and Alcohol and Drug Addiction Service started the scheme without the necessary preparations, according to the staff. Personnel training was inadequate. The Directorate for Health and Social Affairs is blamed for giving the City authorities the green light. The Directorate should have realized that the premises were below the standards required in the regulations, and that personnel lacked appropriate training.

If the scheme becomes a permanent fixture, more suitable premises must be found. The injecting room must be large enough to allow a certain amount of space between staff and injecting clients. The facility must have two exits, and an effective ventilation system. Opening hours should cater to the needs of the clients. Care of staff must be given high priority. More should be done to ensure as safe an environment as possible for staff. This includes not only the architectural layout of the facility, but the psycho-social aspects of working conditions. Consideration should be given, if the facility becomes a permanent service, to locate it in a "health centre" for drug users.

Supervised injecting rooms come with their own set of paradoxes/dilemmas

Several issues need to be addressed:

- Since injecting heroin is more likely to result in an overdose than smoking it, it could be seen as a paradox that the Norwegian trial only allows the drug to be *injected*.
- As long as the number of exclusive heroin users in Norway is so low, it could be a paradox that the only drug clients may inject is *heroin*.
- It could also be a paradox that the injecting facility may in fact be contributing to the perpetuation of drug abuse.
- An injecting facility will find it difficult to cope with clients suffering from mental illness and aggressive behaviour. It could therefore be a dilemma that the people most in need of a drug injecting facility may have to be kept out.
- Administering an injection in the neck or groin is more likely to cause physical injury than in the arm. Whether a future injecting facility centre should allow clients to administer injections in the neck or groin is therefore something of a dilemma.
- A desire to keep drug addicts off the streets could be an argument in favour of an injecting facility, but it might put the health aspect in the shade.
- By running an injecting facility, the authorities may indirectly be seen as condoning drug use.
- The Health Personnel Act requires staff in a public injecting room to notify the child welfare authorities when clients are caring for children, the social services if clients are pregnant, and the police if clients have been driving while impaired by drugs/alcohol. This may create a dilemma for staff, because by notifying the authorities they risk alienating the client.
- As long as the public injecting room is a scarce “commodity”, there is no guarantee that users with the greatest need will be admitted. Whether the “first come, first served” principle should be applied, or other criteria, is yet another dilemma.
- And is it wise to spend public resources on an injecting centre, and how far should society go in attending to the various types of assistance needed by drug users?

Sirus rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001. Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001. Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001. Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingsstradisjonene i Norge bebyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001. Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002. Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002. Horverak, Øyvind: *Selvbetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002. Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002. Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.
- 1/2003. Berg, Elin: *Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003. Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.

- 3/2003. Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.
- 4/2003. Melberg, Hans Olav, Grethe Lauritzen & Edle Ravndal: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. 163 s. Oslo 2003.
- 5/2003. Skretting, Astrid & Elin K. Bye: *Bruk av rusmidler blant norske 15-16 åringer. Resultater fra den norske delen av de europeiske skoleundersøkelsene - ESPAD, 1995, 1999, 2003*. 62 s. Oslo 2003.
- 1/2004. Holth, Per & Elin K. Bye: *B Evaluering av 'Ansvarlig Vertskap' i Bergen 2000-2003, 80 s.* Oslo 2004.
- 2/2004. Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbøe: *Rusreformen – Noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. 62 s. Oslo 2004.
- 3/2004. Horverak, Øyvind: *Da Vinmonopolet kom til Trysil. En evaluering*. 115 s. Oslo 2004.
- 4/2004. Alver, Øyvind Omholt: *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*. 65 s. Oslo 2004.
- 1/2005. Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll: *Evaluering av alkoholkampanjen 'Alvorlig talt'* 128 s. Oslo 2005.
- 2/2005. Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla: *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003* 44 s. Oslo 2005.
- 3/2005. Østhus, Ståle: *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken – en analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden 1962 og fram til i dag* 120 s. Oslo 2005.
- 4/2005. Bretteville-Jensen, Anne Line: *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidle. En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004*. 176 sider. Oslo 2005.
- 5/2005. Solbakken, Bjørn H., Lauritzen, Grethe & Lund, Marte K. Ødegård: *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 sider. Oslo 2005.

- 6/2005. Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol En empirisk analyse basert på intervjudata 1990-2004*. 58 sider. Oslo 2005.
- 1/2006. Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 sider. Oslo 2006.
- 2/2006. Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: evaluering av Tiltaksplane for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 sider. Oslo 2006.
- 3/2006. Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenbenger. En litteraturstudie*. 165 sider. Oslo 2006.
- 4/2006. Buvik, Kristin & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer for vi stenger? – evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 113 sider. Oslo 2006.
- 5/2006. Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge* 83 sider. Oslo 2006.
- 1/2007. Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 sider. Oslo 2007.
- 2/2007. Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004* 245 sider. Oslo 2007.
- 3/2007. Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen* 54 sider. Oslo 2007.
- 4/2007. Tefre, E.M., Amundsen, A., Nordlund, S., Lund, K.E *Studenter og rus. Resultater fra en undersøkelse av studenter ved Universitetet i Oslo høsten 2006 om deres bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill*. 139 sider. Oslo 2007.
- 5/2007. Lauritzen, Hege Cesilie & Baklien, Bergljot *Overskjenking i Bergen – en oppfølging av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 sider. Oslo 2007

6/2007. Baklien, B, Pape, H., Rossow, I. & Storvoll, E. *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 sider. Oslo 2007.

Sirus skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien:

- 1/2002. Brofoss, Knut and Julia Ferkis (ed.): *Alcohol Policy – Epidemiology-Primary Health Care*. 161 s. Oslo 2002
- 1/2004. Lund, Karl Erik og Jostein Rise: *Mediekampanje om røykfri serveringssteder våren 2004*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 36 s. Oslo 2004.
- 2/2004. Lund, Marianne og Rita Lindbak: *Tall om tobakk 1973-2003*. 39 s. Oslo 2004.
- 1/2005. Hetland, Hilde og Leif Edvard Aarø: *Hva kan forbedres i VÆR røykFri- programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 59 s. Oslo 2005.
- 2/2005. Hetland, Jørn og Leif Edvard Aarø: *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen- en prospektiv panelundersøkelse*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 76 s. Oslo 2005.
- 3/2005. Hetland, Jørn og Leif Edvard Aarø: *Røykfrie serveringssteder: Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 46 s. Oslo 2005.
- 4/2005. Lund, Karl Erik: *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 60 s. Oslo 2005.
- 5/2005. Amundsen, Ellen J.: *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn?* 89 s. Oslo 2005.

- 6/2005. Larsen, Elisabeth, Marianne Lund og Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 33 s. Oslo 2005.
- 1/2006. Lund, Karl Erik: *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 121 s. Oslo 2006.
- 2/2006. Lund, Karl Erik: *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003-2007. 110 s. Oslo 2006.
- 3/2006. Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise: *Evaluering av tobakkskampanjen "Røyken tar pusten av deg"*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 116 s. Oslo 2006.
- 4/2006. Larsen, Elisabeth, Jostein Rise og Pål Kraft: *Evaluering av tobakkskampanjen "Hver eneste sigarett skader deg"*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 53 s. Oslo 2006.
- 5/2006. Rise, Jostein: *En sosialpsykologisk analyse av et fryktsvekkende budskap: en kvasiexperimentell undersøkelse*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 68 s. Oslo 2006.
- 1/2007. Melberg, Hans Olav: *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 29 s. Oslo 2007.
- 2/2007. Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Karl Erik Lund, Sidsel Graff-Iversen og Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

3/2007. Lund, Marianne og Rita Lindbak: *Norwegian Tobacco Statistics 1973-2006*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007. Frøyland, Kjetil. *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskapsbehov i arbeidsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007