

Astrid Skretting og Hilgunn Olsen

Nye lokaler – andre resultater?

– videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo

SIRUS-Rapport nr. 7/2009
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2009

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 2009

ISBN 978-82-7171-326-3 (trykt)

ISBN 978-82-7171-327-0 (pdf)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 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>

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2009

www.07.no

Forord

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) publiserte i desember 2007 evaluering av prøveordningen med sprøyterom (SIRUS-rapport nr 7/2007). Vinteren 2009 ga Rusmiddeletaten/Oslo kommune SIRUS i oppdrag å videreføre evalueringen.

Den foreliggende rapporten følger stort sett samme struktur som den foregående.

Narkotikapolitikken er et ideologisk felt, og mye av debatten preges av «skyttergravsdiskusjoner». Spørsmålet om en offentlig sprøyteromsordning inngår som en del av dette, og mange har klare oppfatninger om hvorvidt sprøyterom bør være en del av hjelpetilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det kan derfor stilles spørsmål ved om hvorvidt holdninger til de som står for evalueringen påvirker resultatene. Objektivitet i forskning er som kjent en umulighet, og dette gjelder kanskje særlig på narkotikafeltet. Som forskere kommer vi inn i et felt med egne verdier, holdninger og oppfatninger. Vi kan så langt det er mulig prøve å ikke la dette påvirke resultatene. Likevel vil både problemstillingene, hvordan vi tolker informasjonen vi får og det endelige produktet påvirkes av egne verdier og oppfatninger. Hvilke utfallsmål som skal ligge til grunn for vurdering av «effekt» av sprøyterom er derfor ikke entydig.

Forfatterne av rapporten har ulikt utgangspunkt for evalueringsoppdraget ved at den ene har en mer positiv grunnholdning til sprøyterom enn den andre. Dette har forhåpentligvis ført til at flere elementer og nyanser er kommet med, og bidratt til mer balanserte fremstillinger enn det hver og en av oss kunne fått til alene.

Vi takker ansatte i sprøyterommet for stor imøtekommenhet i forbindelse med evalueringsoppdraget. Det samme gjelder brukerne vi har vært i kontakt med.

Vi vil også takke våre kolleger på SIRUS, Anne Line Brettville-Jensen, Ragnar Hauge, Øystein Skjælaaen og Jostein Rise for verdifulle kommentarer.

August 2009

Astrid Skretting og Hilgunn Olsen

Innhold

Sammendrag	7
1 Bakgrunn	10
1.1 Rusmiddeletaten ønsker ikke fortsatt prioritering av sprøyterom.....	11
1.2 Problemstillinger.....	13
1.3 Data, metode, gang i rapporten	13
2 Lokaler og økonomi	16
2.1 Nye lokaler.....	16
2.2 Økonomi	18
2.3 Oppsummering.....	18
3 Bruk av sprøyterommet	19
3.1 Alder og kjønn.....	19
3.2 Bruksfrekvens	20
3.3 Bruksmønster	22
3.4 Mengde heroin og hvor på kroppen injisert	24
3.5 Oppsummering.....	26
4 Nye lokaler – endringer i måloppnåelse?	27
4.1 Straffrihet.....	27
4.2 Verdighet	28
4.3 Kontakt med hjelpeapparatet	29
4.4 Forebygge smitte og infeksjoner	33
4.5 Forebygge overdoser og overdosedødsfall.....	35
4.6 Oppsummering.....	39
5 Langt bedre arbeidsforhold.....	41
5.1 Personalgruppa	41
5.2 Ivaretagelse fra overordnede.....	44
5.3 Opplæring og veiledning av ansatte.....	45
5.4 Rom for ytterligere forbedringer.....	47
5.5 Oppsummering.....	49

6	Dilemmaer og avveininger	51
6.1	Avgrensingen til injisering av heroin	51
6.2	Må noen utelukkes?	53
6.3	Tillate injeksjon i hals og lyske?	54
6.4	Kontrollaspektet	54
6.5	Meldeplikt	54
6.6	Oppsummering	55
7	Hva viser den oppfølgende evalueringen?	56
7.1	Har flere brukere ført til endringer i hvordan sprøyterommet brukes? ..	56
7.2	Er det faglige innholdet i sprøyterommet blitt bedre?	57
7.3	Endring i andel overdoser?	57
7.4	Har flyttingen ført til bedring i de ansattes arbeidssituasjon?	57
7.5	Gjelder de samme dilemmaene?	58
7.6	Måloppnåelse – «kost- nytte»	58
	Referanser	63
	English summary	64

Sammendrag

De nye lokalene fungerer tilfredsstillende. De ansattes sikkerhet er godt ivaretatt. Kostnadene ved sprøyteromsordningen er imidlertid langt på vei doblet etter flyttingen. Veksten i kostnader må ses i sammenheng med avskrivning av de nye lokalene.

På samme måte som i den foregående evalueringen, var det stor forskjell i hvor ofte de registrerte brukerne benyttet sprøyteromsordningen. Det var en noe større andel som brukte det oftere (i gjennomsnitt 6 ganger + per måned), men det var også en større andel som brukte det sjeldnere (0–2 ganger per måned i gjennomsnitt). En nærmere studie av de ti som hadde brukt sprøyterommet mest, viser imidlertid store variasjoner fra måned til måned.

Mengde heroin brukerne oppgir å skulle injisere viste stort sett samme fordeling som i den foregående evalueringen. Det var en noe større andel injeksjoner som ble foretatt i lyske sammenlignet med hva som var tilfellet i de første to driftsårene.

På samme måte som i den første toårs perioden, har det heller ikke etter flyttingen vært problemer med at politiet har «jaktet» på brukere av sprøyterommet eller på annen måte bidratt til å gjøre det vanskelig å drive sprøyterom i Oslo.

Som det ble sagt i den foregående evalueringen, kan sprøyteromsordningen sies å ha bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppen, både på et allment og på et individuelt nivå. Selv om det ikke er mulig å operasjonalisere verdighetsbegrepet på en måte som lar seg måle, må en kunne si at sprøyterom gir et signal om anerkjennelse av sprøytemisbrukeres menneskeverd og hjelpebehov. For brukerne av sprøyterommet kan tilbudet som gis og interaksjonen med de ansatte være elementer som bidrar til økt verdighet. De nye lokalene har gitt bedre arbeidsforhold, og dermed bedre trivsel for så vel ansatte som brukere, noe som igjen kan sies å bidra til at brukerne føler seg mer verdsatt i det nye sprøyterommet enn tilfellet var i det gamle.

Etter flyttingen til Prindsenkvartalet er helse- og sosialfaglig oppfølging registrert i 14 prosent av alle besøk, mens den tilsvarende andelen i de første to driftsårene var åtte prosent. Sårbehandling og samtaler er det som oftest går igjen. Selv om økningen i noen grad kan skyldes bedre registreringsrutiner, er det grunn til å tro at økt fokus og bedre bemanning har spilt en vesentlig rolle.

Det har vært en økning i andel besøk hvor det er gitt veiledning ved injeksjon, fra 13 prosent i de første to driftsårene til 17 prosent i det nye sprøyterommet. Samtidig har det imidlertid vært en nedgang fra 81 prosent til 76 prosent i andel brukere som noen gang har mottatt slik veiledning.

Etter flyttingen har 0,68 prosent av injeksjonene ført til overdose, sammenlignet med 0,61 prosent i de første to driftsårene. Det har imidlertid vært en nedgang i andel brukere som noen gang har hatt overdose, fra 18 prosent i de første to driftsårene til 11 prosent etter flytting.

Sykefraværet i personalgruppa er betydelig redusert og det rapporteres om godt arbeidsmiljø.

De ansatte gir uttrykk for stor tilfredshet med sine nærmeste overordnede, men føler seg motarbeidet av ledelsen i Rusmiddeletaten. Opplæring av nye ansatte og veiledning ser ut til å fungere tilfredsstillende. Selv om de ansatte stort sett er tilfreds med arbeidssituasjonen, gir de samtidig uttrykk for at det er behov for utvidelse av lokalene, lengre åpningstid og flere ansatte.

Et skadereduksjonstiltak som sprøyterom innebærer ulike dilemmaer og avveininger. Det vil imidlertid være uenighet om hva som er slike dilemmaer, og hvor store de er. En vil også kunne si at noen mer er å betrakte som utfordringer, valg og begrensninger på linje med det som gjelder andre hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere. Andre må kunne sies å være mer grunnleggende dilemmaer for narkotika-/rusmiddelpolitikken generelt sett, selv om de i denne sammenhengen ses i lys av en offentlig sprøyteromsordning. De fleste av dilemmaene og avveiningen som ble drøftet i den foregående evalueringsrapporten må fortsatt sies å gjelde, men enkelte ser ut til å være eliminert.

Med bakgrunn i at injisering av heroin innbærer en større helserisiko enn å røyke stoffet, må det eksempelvis fortsatt kunne sies å være et dilemma at sprøyteromsordningen bare omfatter injisering. Så lenge det i Norge er få eller ingen reine

heroinmisbrukere, kan det også sies å være et dilemma at ordningen bare omfatter injisering av heroin.

Injisering i hals og lyske foregår i et visst omfang. Slik injisering medfører større risiko for skade enn injisering på andre kroppsdelene. Det vil derfor være en avveining hvorvidt en sprøyteromsordning skal tillate dette.

De ansattes meldeplikt til barnevern (brukere med omsorg for barn) og sosialtjeneste (brukere som vurderes ikke å kunne ta var på seg selv, graviditet) ble innledningsvis opplevd som et dilemma, da det kunne føre til at brukere lot være å komme til sprøyterommet. Det synes nå å være avklart at meldeplikt slik det framkommer i helsepersonelloven, skal overholdes.

De ansatte ga tidligere uttrykk for at brukere som er psykisk syke og derfor hadde problemer med å innordne seg rutineene i sprøyterommet, vanskelig kunne innpasses i sprøyteromsordningen selv om disse kanskje trengte det mest. Etter at så vel de fysiske som de psykososiale arbeidsforholdene er blitt langt bedre, synes det enklere å ta i mot brukere som i utgangspunktet har en problematisk atferd. Dette understreker nødvendigheten av at en sprøyteromsordning må ha lokaler som er egnet til formålet og at forholdene må legges til rette for at de ansatte har den nødvendige kompetanse og trygghet som et slikt arbeid krever.

En «kost-nytte» vurdering av sprøyteromsordningen i Oslo må ses i forhold til hvorvidt de oppsatte formål kan sies å være nådd, selv om disse ikke alltid er målbare. Av de oppsatte formål må sprøyterommet i Oslo sies å ha bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppen. Likeledes må det kunne sies at sprøyterommet har bidratt til økt mulighet for helse- og sosialfaglig oppfølging, og trolig også til bedre sprøytehygiene. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si at ordningen har hatt noen innvirkning på omfanget av overdoser og overdosedødsfall. Et overordnet formål med sprøyteromsordningen var å gi tungt belastede narkotikamisbrukere skjermede og rene omgivelser for å sette sprøyter under veiledning av helsepersonell. Dette kan imidlertid ikke sies å være oppnådd i den forstand at dagens sprøyterom bare har kapasitet til å dekke en liten brøkdel av de injeksjoner som settes i Oslo i løpet av et døgn. En kan imidlertid ikke se bort i fra at brukere som bare har vært i sprøyterommet noen få ganger, ikke ønsker å bruke tilbudet regelmessig. Det kan tenkes at de først og fremst oppsøker tilbudet for å få råd om hvordan de bør injisere heroin på en måte som medfører minst mulig helsemessig skade.

1 Bakgrunn

Midlertidig lov og forskrift om en prøveordning med sprøyterom ble endelig vedtatt av Stortinget 17. desember 2004 (Lov 2004 – 07.02 nr 64, FOR 2004 – 12 – 17 nr 1661). Helse- og omsorgsdepartementet ga SIRUS i oppdrag å evaluere prøveordningen.

Formålet med å prøve ut en ordning med sprøyterom for tungt belastede narkotikamisbrukere i Norge var 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 rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat
- bidra til å forebygge infeksjoner og smitte, og redusere antall overdoser og overdosedødsfall.

Oslo kommune åpnet sprøyterom i Tollbugata 3 1. februar 2005. Åpningstiden var seks timer om dagen alle ukens dager. Evalueringsrapporten som tok utgangspunkt i de første to driftsårene (01.02.2005 – 31.01.2007), ble overlevert departementet i november 2007 (Olsen & Skretting 2007). Så langt har ingen andre norske kommuner satt i gang en ordning med sprøyterom.

Ut fra formålet var prøveordningen en tjeneste for brukere av illegale rusmidler som kan sees ut fra ulike perspektiver. Ut fra et lovmessig perspektiv skulle den gi grunnlag for å vurdere om, og hvordan det i praksis ville fungere at brukere av sprøyterommet straffritt kunne besitte og bruke et illegalt rusmiddel. Sprøyteromsordningen 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 sprøyteromsordningen har som mål å bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere, kan den også sees fra et humanistisk perspektiv. Ved at den innebærer en anerkjennelse av rusmiddelmissbrukeres behov for å kunne injisere narkotika/

heroin med minst mulig risiko, vil den symbolske siden ved etablering av en slik tjeneste være sentral.

Med bakgrunn i de oppsatte formålene med prøveordningen tok evalueringen, så langt det var mulig, sikte på å besvare om, og i hvilken grad målene kunne sies å være nådd.

- Hvordan forholdt politiet seg til at besittelse og bruk av narkotika (heroin) i tilknytning til sprøyteromsordningen var gjort straffritt?
- Hvordan ble forskriftens bestemmelse om at brukerne bare skal tillates å ta med og injisere én brukerdose heroin håndtert i praksis?
- Bidro prøveordningen til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere?
- I hvilken grad ga prøveordningen mulighet for økt kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparatet?
- Var det mulig å si noe om hvorvidt prøveordningen bidro til å forebygge infeksjoner og smitte?
- Var det mulig å si noe om hvorvidt prøveordningen bidro til reduksjon av antall overdoser og overdosedødsfall?

Den midlertidige loven opphører 17. desember 2009. Ved framleggelse av statsbudsjett for 2009 varslet Regjeringen at forslag om å gjøre sprøyteromsloven permanent ville bli sendt ut på høring i løpet av høsten 2008 (St.prp. nr 1 (2008–2009)). Dette ble gjort 31. oktober 2008, med høringsfrist 12. desember samme år (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Regjeringens lovforslag om en permanent sprøyteromslov ble lagt fram for Stortinget 3. april 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), og vedtatt av Odelstinget 10. juni 2009 (Odelstinget 2009).

1.1 Rusmiddelstaten ønsker ikke fortsatt prioritering av sprøyterom

Evalueringen viste at de ansattes fysiske og psykososiale arbeidsforhold var lite tilfredsstillende. Lokalene i Tollbugata 3 var for små og lite hensiktsmessige, noe som førte til stor belastning på de ansatte. De var svært tett på brukerne når disse injiserte, og de ansattes sikkerhet var dårlig ivaretatt. Det viste seg imidlertid vanskelig å finne alternative lokaler, men etter en lengre prosess ble det satt opp midlertidige brakker i Prindsenkvarteret i Storgata 36. Sprøyterommet tok de nye lokalene i bruk 1. juli 2007.

I etterkant av evalueringsrapporten ga administrasjonen i Rusmiddeletaten/Oslo kommune en redegjørelse til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester om driften av sprøyterommet (brev 29.02.08). Det vises her til at brakkene i Storgata 36 er en midlertidig løsning, og at det må finnes andre lokaler hvis sprøyteromsordningen skal gjøres permanent. Det påpekes at dette vil være en kostnadskrevende prosess. Likeledes poengteres det at en utvidelse av åpningstid utover dagens seks timer vil føre til økte kostnader. Rusmiddeletaten kommenterer også evalueringsrapporten fra SIRUS, og sier seg enig i de dilemmaer som rapporten reiser (se Olsen & Skretting 2007). Rusmiddeletaten sier videre at nytten for de få som bruker sprøyterommet, ikke kan forsvare den økonomiske kostnaden tilbudet medfører. I en kronikk i Aften høsten 2008 følges dette opp av direktøren i Rusmiddeletaten (Fauske 2008). Hun henviser til at mens staten til nå har gitt tilskudd til sprøyteromsordningen, må en framover forvente at kommunen selv må dekke alle utgiftene, noe som innebærer at en ordning med sprøyterom vil gå på bekostning av andre tilbud til den samme målgruppa. Det trekkes også fram at det er en begrenset gruppe som bruker sprøyterommet daglig.

Byrådet fulgte opp synspunktene fra Rusmiddeletaten, og foreslo i budsjettforslaget for 2009 at sprøyterommet i Oslo skulle avvikles. I bystyrets budsjettforlik ble det imidlertid vedtatt at Oslo kommune viderefører sprøyteromsordningen for 2009. I den forbindelse ble det også vedtatt at: «Byrådet bes videreføre evalueringen knyttet til driften av og erfaringene med sprøyterommet. De mangler og svakheter som ble avdekket i forbindelse med SIRUS-rapporten sammenholdes med erfaringer som er gjort etter at virksomheten ble flyttet til Prindsen».

På denne bakgrunn ba Oslo kommune v/Rusmiddeletaten SIRUS om å foreta en oppfølgende evaluering. I oppdragsbrevet bes det om at SIRUS sammenstiller og analyserer tidligere og nye data om:

1. Bruken av sprøyterommet:
 - Utvikling/endring i antall registrerte brukere
 - Målgruppe og bruksfrekvens
 - Brukerperspektiv
 - Faglig innhold i tilbudet i et smittevernperspektiv
 - Helse- og sosialfaglig oppfølging
 - Overdoser
2. De ansattes situasjon med hensyn til:
 - Arbeidsforhold generelt

- Sikkerhet for de ansatte i nye lokaler
- Opplæring og veiledning

Det bes også om at den oppfølgende evalueringen setter søkelys på:

3. Sprøyteromsordningen i et «kost- nytte»-perspektiv,
4. Hvorvidt dilemmaene som ble drøftet i den foregående evalueringen er endret?
5. Måloppnåelse sett i forhold til de opprinnelige formål med prøveordningen.

1.2 Problemstillinger

Med utgangspunkt i oppdraget fra Oslo kommune v/Rusmiddeletaten vil den oppfølgende evalueringen søke å belyse:

- Hvordan har utviklingen når det gjelder bruk av tilbudet vært i de nye sprøyteromslokalene sammenlignet med de gamle? Har økningen i antall registrerte brukere ført til endringer i hvordan tilbudet brukes?
- Har det faglige innholdet i sprøyterommet blitt bedre med hensyn til injeksjonsveiledning samt helse- og sosialfaglig oppfølging?
- Har andel overdoser i sprøyteromslokalene endret seg?
- Har flyttingen til nye lokaler ført til bedring av de ansattes fysiske og psykososiale arbeidssituasjon?
- Hva kan sies om eventuelle endringer i måloppnåelse etter flyttingen til nye lokaler, slik disse var formulert i lov og forskrift for prøveordningen?
- Hva med dilemmaene og avveiningen som ble drøftet i den foregående evalueringsrapporten, heriblant «nyttene» av sprøyteromsordningen i lys av de økonomiske kostnadene?

1.3 Data, metode, gang i rapporten

Data og metode for den oppfølgende evalueringen er stort sett de samme som i den foregående. Av kvantitative data har vi systematisert og analysert informasjon som var blitt registrert ved hvert enkelt besøk i de nye sprøyteromslokalene. Dette er data om hvor ofte den enkelte registrerte bruker har besøkt sprøyteromsordningen, hvor stor dose heroin som brukeren oppgir å skulle injisere, om de ansatte anbefaler deling av oppgitt dose, hvor på kroppen injeksjonen settes, om brukeren får hjelp av andre brukere til å injisere, om de ansatte har gitt injeksjonsveiledning, om brukeren er gitt noen form for helse- og sosialfaglig oppfølging og innhold i slik

konkret oppfølging samt om injeksjonen fører til overdose. Vi har også informasjon om alder og kjønn for hver enkelt bruker.

Data for hvordan den enkelte registrerte bruker har benyttet det nye sprøyterommet gjelder perioden 1. juli 2007 – 31. januar 2009, det vil si 19 måneder. Dataene fra de to første driftsårene, 2005 – 2007, omhandles i den foregående evalueringsrapporten (Olsen & Skretting 2007) og tjener som sammenlikningsgrunnlag (tabell 1). For enkelte variabler mangler det noen registreringer, men det er så få at det ikke har noe å si for resultatene.

Tabell 1. Tidsperioder for datagrunnlaget

	Antall måneder
Periode 01.02.2005 – 31.01.2007 Gammelt sprøyterom	24
Periode 01.07.2007 – 31.01.2009 Nytt sprøyterom	19

Data for helse- og sosialfaglig oppfølging mangler for juli, august og september 2007, slik at datagrunnlaget her er fra 16 måneders drift. Da disse registreringene ikke er knyttet til brukernummer, vet vi ikke hvilke brukere oppfølgingen gjelder.

Av kvalitative data har vi observasjon og fokusgruppeintervjuer med ansatte og brukere. I april og mai 2009 var vi flere ganger til stede i inngang/mottak, i selve injeksjonsrommet og på hvilerommet for å danne oss inntrykk av hvordan sprøyteromsordningen fungerte i de nye lokalene, og for å observere samhandling mellom ansatte og brukere. Fokusgruppeintervjuer med ansatte og brukere ble foretatt i mai 2009. Ett intervju ble gjort med ansatte som også jobbet i det gamle sprøyterommet, ett med ansatte som bare har jobbet i det nye og ett med brukere. Intervjuene hadde 5–7 deltakere og foregikk i sprøyterommets lokaler.

Rapporten følger samme struktur som den foregående evalueringsrapporten. Formålet med å videreføre evalueringen var «å sammenholde mangler og svakheter som ble avdekket i de første to driftsårene med erfaringer som er gjort etter flyttingen». For hvert av temaene som omhandles, har vi derfor innledningsvis valgt å kort oppsummere det som kom fram i evalueringsrapporten fra de to første driftsårene (01.02.2005 – 31.01.2007) (se Olsen & Skretting 2007), for så å sammenholde dette med hva vi fant i den oppfølgende evalueringen våren 2009.

Narkotikamisbrukere som ønsker å bruke sprøyterommet må la seg registrere. De får utdelt et brukernummer som de så må oppgi ved hvert besøk. Vi skiller i det følgende mellom brukere som bare har registrert seg i ordningen, og de som faktisk har brukt den. I beskrivelse av alder og kjønn legger vi til grunn data om alle registrerte brukere. Når vi presenterer data om bruken av sprøyteromsordningen, tar vi utgangspunkt i de som faktisk har brukt tilbudet.

2 Lokaler og økonomi

2.1 Nye lokaler

Som nevnt innledningsvis, ble ledelsen i Rusmiddeletaten/Oslo kommune tidlig klar over at lokalene i Tollbugata 3 ikke fungerte tilfredsstillende for sprøyteromsordningen. Det ble derfor satt i gang arbeid med å finne mer egnede lokaler. Dette viste seg vanskelig, men etter mye fram og tilbake ble det satt opp en midlertidig brakkerigg på Prindsenområdet i Storgata 36. De ansatte ble tatt med på råd om hvordan denne skulle utformes for best mulig å kunne dekke de ulike funksjonene: mottak, injeksjonsrom, samtalerom, rom for sårstell etc, hvilerom der brukerne kan oppholde seg etter at de har injisert og lunsj-/møterom for de ansatte.

Selv om den fysiske plasseringen av brakkene gjorde at heller ikke de nye lokalene kan sies å være optimale, brukerne må for eksempel gjennom en lang korridor før de kommer inn i sprøyteromslokalene, er de klart bedre enn i Tollbugata 3. Mens de ansatte der var tvunget til å være fysisk tett på brukerne i så vel mottaket som i selve injeksjonsrommet, har de nå skranker de kan oppholde seg bak. Injeksjonsrommet er også langt større enn i Tollbugata. Mens det tidligere var fire plasser til injisering, er det nå seks. Dette inkluderer en skjermet plass for brukere som injiserer i hals og lyske, eller som trenger spesielt lang tid. Hvilerommet er også større enn i de gamle sprøyteromslokalene med en utendørs terrasse der brukerne kan røyke.

Videre er de ansattes sikkerhet ytterligere ivaretatt ved at alle rom har to utganger. De ansatte bærer alltid med seg callingsutstyr og det er videoovervåkning av inngangskorridoren. Det er også alarm tilknyttet toalettet som lyser hvis den som er der ikke beveger seg etter en viss tid. Ansatte som har erfaring fra sprøyterommet i Tollbugata 3, gir følgende uttrykk for at de fysiske arbeidsforholdene er blitt langt bedre. Momenter som vektlegges er at lokalene er større, lysere, har bedre lufting og at det er mulighet for å skjerme seg fra brukerne når det er ønskelig. At det er mer plass gir større avstand til brukerne, noe som trekkes fram som konfliktdempende:

...det var noen som synes det er ubehagelig at vi sto og hang og var så innmari nærme innpå i det gamle rommet. Og at vi liksom kan... vi er der men vi kan være litt tilbaketrukket og hvis noen klikker og er litt sånn der (...) ja da føler man seg litt skjerma ... Og større plass det gjør jo... jeg tror jo at det gjør at man ikke går hverandre på nervene.

De ansatte trekker også fram at brukerne ser ut til å trives bedre i de nye lokalene, og at dette letter jobben for de ansatte. Det sies eksempelvis at et større og bedre hvilerom trolig gjør at brukere blir værende lenger etter at de har injisert, og at de ansatte dermed har mulighet til å «overvåke» de som er svært beruset:

Og det at du har en hvileromsterrasse hvor de kan røyke, det gjør det kanskje litt mer attraktivt å gå fra injeksjonsrommet til hvilerom de gangene hvor de helst vil sitte igjen å slappe av på injeksjonsromme. Og det gjør det også tryggere for oss når vi vet at de er tungt rusa, så er det mye bedre for oss at de heller setter seg på terrassen enn at de går ut i gata og ut til trikken for å ta seg en røyk.

Også de ansatte som bare har vært i det nye sprøyterommet gir uttrykk for tilfredshet med lokalene.

... det er jo lagt opp til at det er jo minst to utganger fra ethvert rom. Til og med samtalerommet har jo ekstra utgang. ... jeg har i hvert fall aldri tenkt på det at jeg har følt meg fanga noen plass.

Et større injeksjonsrom gir mer alburom og bedre arbeidsforhold når brukere går i overdose.

Så den store plassen utpå gulvet er veldig greit i overdosesituasjon. At man har plass til å jobbe og plass til å skjerme den brukeren som er i overdose og de andre brukerne som sitter på plassene sine. At man får fred til å jobbe med den brukeren. Og med tilrettelagt ambulanseinngang er veldig ok.

Å få nye lokaler har med andre ord medført langt bedre forhold både for ansatte og brukere. I kapittel 5 ser vi nærmere på hvordan bedre fysiske arbeidsforhold har hatt betydning for de psykososiale arbeidsforholdene.

2.2 Økonomi

Tabell 2 gir oversikt over økonomien i sprøyteromsordningen i Oslo for årene 2005–2009. Den store veksten i kostnader i 2007 må ses i sammenheng med den nye brakkeriggen i Prindsenkvartalet som ble spesielt innredet for å huse sprøyterommet. Kostnadene for oppføringen er avskrevet over årene 2007, 2008 og 2009. Tidligere hadde sprøyterommet tilhold i lokaler som på kveldstid blir brukt til sprøyteutdeling og feltpleiestasjon. Det ble derfor ikke regnskapsført kostnader til lokaler spesielt for sprøyterommet. Husleiekostnadene ved en eventuell videre drift av sprøyterommet i Oslo, vil avhenge av kostnadene til lokalene som stilles til disposisjon. Det statlige tilskuddet har ligget stabilt på omkring fem millioner per år, og tilsvarer beløpet som i disse årene ble avsatt på statsbudsjettet til prøveordningen.

Tabell 2. Økonomisk oversikt (millioner kroner)

	2005	2006	2007	2008	2009
Statlig tilskudd	4 500	4 500	4 500	5 500	5 000
Kommunal andel	1 659	2 100	5 583	6 423	7 031 (budsjett)
Regnskap	6 159	6 600	10 083*	11 923*	12 031*(budsjett)

* Ca Beregnet husleie utgjør ca 4 millioner kroner.

Kilde: Oslo kommune/Rusmiddeletaten

2.3 Oppsummering

- De nye lokalene fungerer tilfredsstillende.
- De ansattes sikkerhet er godt ivaretatt.
- Kostnadene ved sprøyteromsordningen er langt på vei doblet etter flyttingen. Veksten i kostnader må ses i sammenheng med avskrivning av de nye lokalene.

3 Bruk av sprøyterommet

Ettersom sprøyterommet i Tollbugata hadde begrenset kapasitet, ble det i perioder satt stopp for registrering av nye brukere. Etter flyttingen ble det igjen åpnet for nye inntak og det har vært en jevn tilstrømning. Det viser seg imidlertid at ikke alle som lar seg registrere kommer tilbake for å bruke tilbudet. I den første to-årsperioden var det således registrert 409 brukere, og av disse var det 383 som faktisk hadde brukt tilbudet. Likeledes var det per 31. januar 2009 registrert 1 276 brukere, hvorav 1 052 faktisk brukte sprøyterommet i de 19 foregående driftsmånedene.

Vi vet ellers svært lite om hvem brukerne av sprøyterommet er med hensyn til bakgrunn og rusmiddelkarriere. Dette fordi Stortinget har understreket at sprøyteromsordningen skal være et lavterskeltilbud, og at det derfor bare er kjønn og alder som skal registreres.

3.1 Alder og kjønn

Aldersgrense for å bli registrert som bruker er 18 år. Andel nyregistrerte brukere over 40 år er noe høyere i det nye sprøyterommet sammenlignet med det gamle (tabell 3). De som lot seg registrere i det gamle sprøyterommet hadde en gjennomsnittsalder på 37 år, mens den var 38 år når en tar med de som lot seg registrere i det nye. Kjønnfordelingen for registrerte brukere per 31.01.2009 var 26 prosent kvinner og 74 prosent menn, mens det i den første toårsperioden var 29 prosent kvinner og 71 prosent menn.

Tabell 3. Antall registrerte brukere, alder og kjønn i gammelt og nytt sprøyterom

	Antall registrerte brukere	Snittalder	Kjønn	
			%M	%K
Gammelt sprøyterom	409	37	71	29
Nytt sprøyterom	1276	38	74	26

Tabell 4 viser aldersfordeling for registrerte brukere i henholdsvis det gamle og det nye sprøyterommet. I begge tidsperiodene var den yngste registrerte brukeren 19 år. I den første perioden var den eldste 56 år, og i den siste 63 år.

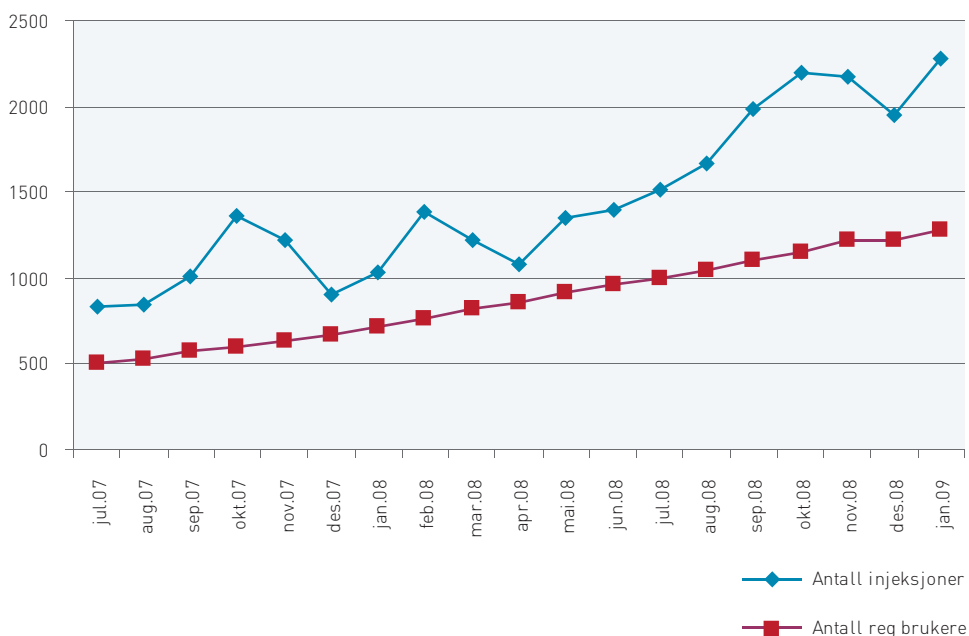
Tabell 4. Aldersfordeling i prosent, nytt og gammelt sprøyterom

Aldersfordeling	Gammelt sprøyterom	Nytt sprøyterom
-30	23	22
31 – 40	41	36
41+	37	41
Antall	409	1 276

3.2 Bruksfrekvens

En nærmere tredobling av antall registrerte brukere, har naturlig nok ført til en økning i antall injeksjoner, om enn i noe lavere takt. I perioden 01.07.2007 – 31.01.2009 ble det registrert til sammen 27 384 injeksjoner, noe som gir et gjennomsnitt på 47 per dag (580 åpne dager). Dette er dobbelt så mange som de første to driftsårene, da det i gjennomsnitt ble satt 24 injeksjoner per dag (totalt 17 226 injeksjoner).

Figur 1. Antall registrerte brukere og antall injeksjoner per måned, nytt sprøyterom

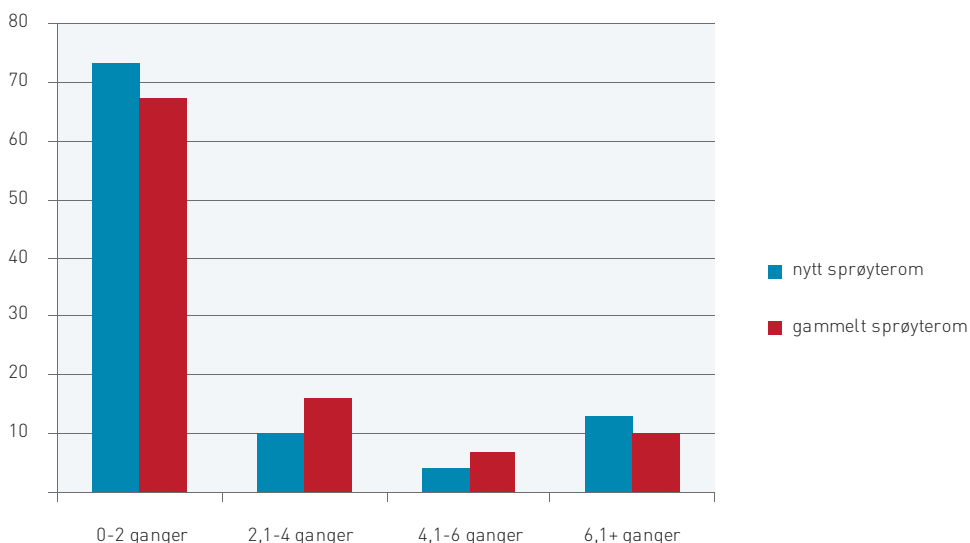


Som det framgår av figur 1, har det vært en jevn økning i antall injeksjoner i det nye sprøyterommet, fra 834 i juli 2007 til 2 278 i januar 2009. På grunn av kapasitetsproblemer var det stopp i inntak av nye brukere i halve oktober 2007, halve februar 2008 og hele desember 2008. I perioder hvor det kommer mange nye på kort tid, har både ansatte og brukere behov for en «innkjøringsperiode». Ansatte må lære de nye å kjenne, og de nye brukerne trenger tid for å lære seg regler og rutiner. Ut fra observasjoner og intervjuer med ansatte (se kapittel 5) ser det ut til at kapasiteten per dags dato (juni 2009) er sprengt. Særlig ved overdoser bygger det seg opp kø ved inngangen, og siden det da blir for lang tid å vente, er det mange som går uten å ha injisert. Fra september 2008 ble det tatt i bruk et nytt registreringsskjema hvor det også registreres hvor mange som går på grunn av kø. I perioden september 2008 – januar 2009 var det i gjennomsnitt 48 brukere per måned som gikk av denne grunn (totalt ble det registrert 238 besøk hvor brukeren gikk uten å ha injisert), og ca halvparten av disse var i forbindelse med overdose. I intervju med brukerne var ønske om økt kapasitet det de så som viktigst for å bedre sprøyteromstilbudet:

Jeg synes det virker helt på jordet jeg, å sitte og diskutere om dette skal være eller ikke være. Jeg synes det burde diskuteres om det å lage et rom til jeg, utvide både åpningstider og antall plasser og eventuelt fått et nytt rom også på en annen kant i byen for det er jo sprengt her. Du skal ha flaks om du kommer hit og bare kan gå rett inn altså. Det er sjelden du kommer og går rett inn her, du må sitte kanskje et kvarter, halvtime, tre kvarter i kø. Jeg har jo opplevd å komme, spesielt den siste tida nå, komme og fått beskjed om at du må komme igjen om en halvtime for nå er det så lang kø at vi kan ikke ta flere inn i gangen her. Og da synes jeg... da blir det veldig dumt og sitte og diskutere om rommet fortsatt skal være.

Evalueringen fra de første to driftsårene viste at det var store forskjeller i hvor ofte de registrerte brukerne brukte sprøyteromsordningen. Omkring 2/3 brukte tilbudet to ganger eller mindre i gjennomsnitt per måned, mens 10 prosent brukte det mer enn seks ganger. Som det framgår av figur 2 har ikke dette bildet endret seg stort, selv om det totale antall injeksjoner i nye lokaler har økt. Vi ser imidlertid at det var en noe større andel enn i den første toårs perioden som benyttet tilbudet oftere i gjennomsnitt (mer enn 6,1 ganger i gjennomsnitt per måned), mens det også er en større andel som benytter det sjeldnere (0–2 ganger i gjennomsnitt per måned).

Figur 2. Gjennomsnittlig antall ganger brukt sprøyterom per mnd, gammelt og nytt sprøyterom



Det kan imidlertid stilles spørsmål ved hvorvidt gjennomsnitt er et godt mål når materialet er skjevfordelt slik som her. Ser vi nærmere på bruksmønstre for enkelte av brukerne, finner vi at det er store variasjoner fra måned til måned i hvor mange ganger disse har brukt sprøyterommet.

3.3 Bruksmønstre

I intervju med brukere ba vi om mulige forklaringer på at det er mange registrerte brukere som sjelden bruker sprøyterommet. Grunner som ble anført var at ikke alle bruker heroin daglig, eksempelvis pasienter i substitusjonsbehandling og de som kommer til sprøyterommet ved en såkalt sprekk. En av brukerne vi intervjuet sier det slik:

Jeg har jo faktisk vært borte en stund og sprekk i igjen nå, og dem [ansatte] synes ikke det var så veldig ålreit at jeg kom tilbake, at jeg brukte rommet igjen nå, men likevel, de var mye mer glad for at jeg kom hit og satte det... altså hadde trygge rammer rundt meg enn at jeg kanskje fikk meg en overdose aleine. (...) Jeg gikk også hit for å sette meg det for det var jo tryggest sånn her, enn å sitte aleine og setta meg et skudd når jeg ikke hadde satt meg noe på lenge.

Mange har perioder der de ikke bruker heroin, enten fordi de selv velger å ta en pause, eller at de er i behandling/fengsel. Fordelingen som framkommer i figur 2 kan ut fra dette tolkes på ulike måter. En kan si at en lav gjennomsnittlig bruksfrekvens gir inntrykk av at sprøyterommet ikke er så viktig for en stor gruppe av de registrerte brukerne. En kan imidlertid også se det slik at sprøyteromsordningen er spesielt viktig for de som bruker heroin sjelden, da disse har lavere toleranse og dermed løper større fare for overdose.

Vi har sett nærmere på bruksmønsteret til de ti brukerne som har høyest gjennomsnittlig bruksfrekvens, hvor mange ganger de har brukt sprøyterommet i ulike måneder og hvor mange overdoser de har hatt (tabell 5).

Tabell 5. Bruksmønster for de 10 hyppigste sprøyteromsbrukerne

	Min. besøk per måned	Maks. besøk per måned	Antall overdoser
Bruker 1	8	26	0
Bruker 2	8	59	2
Bruker 3	2	34	0
Bruker 4	1	31	10
Bruker 5	2	47	0
Bruker 6	6	40	0
Bruker 7	4	47	5
Bruker 8	1	41	1
Bruker 9	1	41	0
Bruker 10	1	44	0

Det som framkommer i tabell 5 bekrefter det som er sagt om at bruk av sprøyterommet for den enkelte bruker kan variere over tid, og at gjennomsnittlig bruk per måned derfor ikke gir et fullgodt bilde av hvordan sprøyterommet brukes. De ti hyppigste brukerne har som vi ser store variasjoner med hensyn til hvor ofte de benytter sprøyterommet. Enkelte måneder er de så vidt innom, mens de andre måneder kommer daglig, og ofte flere ganger om dagen. Det kan være nærliggende å tenke at sprøyterommet benyttes mindre i gode perioder der det brukes mindre heroin, og oftere i perioder hvor han eller hun bruker heroin hyppigere. At det varierer hvor ofte den enkelte bruker kommer til sprøyterommet, kan også illustreres ved følgende observasjon: En bruker kom inn, og ble stående ved disken i inngangen og snakke med de ansatte. Det var lenge siden han hadde vært der, og de synes åpenbart det er hyggelig å se ham. Han forteller at han har flytta hjem, tar det roligere og har det bedre nå. Det er tydelig at det er en som det har gått dårlig

med tidligere. Han forteller at han har fått metadon, og bruker derfor ikke sprøyterommet så ofte som tidligere. Det kan gå flere uker mellom hver gang. Til de ansatte sier han:

Dere ble jo lei av meg tidligere, da var jeg her flere ganger om dagen.

Også en av brukerne vi intervjuet, forteller om pauser i heroinbruken. På spørsmål om hva det er som gjør at han har slike opphold, svarer han:

Jeg har hatt pause rett og slett fordi jeg har vært på behandling for eksempel, og det hender også at jeg har korte pauser hvor jeg kanskje klarer meg i to tre uker da. Og når jeg da skal ha meg en sprekk, da er det ikke store greia som skal til før jeg sitter med pæra i bordet altså.

En slik ujevn bruk av sprøyterommet forteller trolig noe om omskiftelige liv med store variasjoner i intensitet på rusmiddelbruk over tid. En gjennomsnittlig bruksfrekvens slik det framkommer i figur 2, viser ikke dette.

3.4 Mengde heroin og hvor på kroppen injisert

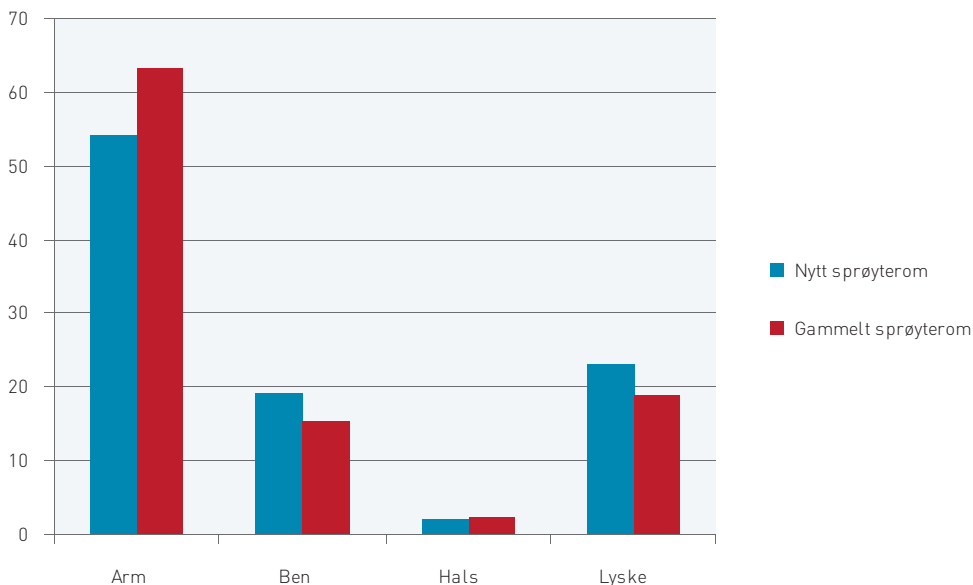
Brukere av sprøyterommet angir ved ankomst hvor mye heroin som skal injiseres, og mengden noteres for den enkelte bruker ved hvert besøk. Oppgitt heroindose til injeksjon i det nye sprøyterommet varierte fra 0,05 – 1 gram med et gjennomsnitt på 0,23 gram. Det er ikke mulig å vite om mengden heroin brukeren oppgir til injeksjon faktisk stemmer. En omfattende studie av brukere av sprøyteutdelingen i Oslo der en også har data om mengde heroin ved injeksjon, viser imidlertid samme resultat (Bretteville-Jensen 2005 + upubliserte nyere data), noe som tilsier at registrerte data om mengde heroin i sprøyterommet kan anses som pålitelige. Den oppgitte mengde vil stort sett tilsvare størrelsen på dosen de har kjøpt, så en eventuell usikkerhet om oppgitt dosestørrelse er knyttet til hvorvidt brukerne faktisk har fått den mengden de har betalt for. Den vanligste dosen oppgitt til injeksjon var 0,2 gram i begge evalueringsperiodene, mens den nest vanligste var 0,25 gram (tabell 6).

Tabell 6. Mengde heroin oppgitt til injeksjon, prosentandel av alle injeksjoner

Gram heroin	Nytt sprøyterom	Gammelt sprøyterom
← 0,2	10	12
0,2	49	43
0,25	24	37
0,3–0,4	9	5
0,5	5	2
→ 0,5	0	0
SUM	97	99

De fleste injiserer i arm, men det er også en relativt stor andel som injiserer i andre kroppsdeler. Mens det i den første toårs perioden var nærmere 2/3 av injeksjonene som ble satt i arm, er dette redusert til drøyt halvparten i den siste evalueringssperioden. Dette innebærer at det er en økning i andel injeksjoner som settes i lyske og ben (figur 3), uten at dette kan knyttes til at sprøyterommet er flyttet. Når det injiseres i andre kroppsdeler enn arm, har det stort sett bakgrunn i ødelagte årer. Økende alder blant brukere av sprøyterommet kan således være en mulig forklaring på at det er noe endring i hvor på kroppen det injiseres.

Figur 3. Hvor på kroppen injisert, andel i prosent



Når brukere ønsker å injisere i hals og lyske, prøver de ansatte å få dem til å sette injeksjonen andre steder på kroppen, fordi slik injisering medfører spesiell risiko for styrtblødninger. Som figur 3 viser, ble likevel 25 prosent av injeksjonene i det nye sprøyterommet satt i lyske-/hals (23 prosent i lyske og 2 prosent i hals). Av det totale antall injeksjoner var 81 prosent intravenøse, mens de resterende 19 prosent ble satt intramuskulært.

3.5 Oppsummering

- På samme måte som i den foregående evalueringen var det stor forskjell i hvor ofte de registrerte brukerne benyttet sprøyteromsordningen. Det var en noe større andel som brukte det oftere i gjennomsnitt (6 ganger + per måned), men det var også en større andel som brukte det sjeldnere (0–2 ganger per måned i gjennomsnitt). En nærmere studie av de ti som hadde brukt sprøyterommet mest, viser imidlertid store månedlige variasjoner.
- Mengde heroin brukerne oppgir å skulle injisere, viste stort sett samme fordeling som i den foregående evalueringen.
- Det var en noe større andel injeksjoner som ble foretatt i lyske sammenlignet med hva som var tilfellet i de første to driftsårene.

4 Nye lokaler – endringer i måloppnåelse?

Den foregående evalueringen drøftet hvorvidt prøveordningen kunne sies å ha nådd de oppsatte mål. I lys av to nye driftsår og nye fysiske rammer, vil vi ta en fornyet drøfting av måloppnåelse for å se om vi kan spore om noe av det som framkom etter de to første driftsårene har endret seg etter at sprøyterommet i Oslo flyttet til nye lokaler.

4.1 Straffrihet

En viktig målsetting med prøveordningen var å vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område. Den foregående evalueringen viste at politiet fullt ut respekterte sprøyterommets virksomhet, og ikke på noe vis var til hinder for at brukere kunne oppsøke sprøyterommet. Heller ikke etter flyttingen til nye lokaler har det vært noe tilløp til at politiet har lagt hindringer i veien for sprøyteromsdriften, eller at politiet har «tatt» brukere på vei til eller fra sprøyterommet.

Som det også ble sagt i den foregående evalueringen, har imidlertid bestemmelsen om at brukerne bare tillates å ta med og bruke én brukerdose heroin, vist seg vanskelig å håndtere. Dette har dels sammenheng med at størrelsen på brukerdosen varierer og dels at de ansatte ikke kan forholde seg til annet enn det stoffet som framvises. Per i dag foregår det heller ikke en systematisk «inspeksjon» av heroindosen brukerne oppgir å skulle injisere. Brukerne vil derfor kunne bringe med seg mer, og andre typer narkotika enn én brukerdose heroin.

Den tidligere konklusjonen om at straffrihetsbestemmelsen gjør det praktisk mulig å drive en sprøyteromsordning, må fortsatt sies å gjelde. Dette selv om brukerne nok i mange tilfeller medbringer mer enn én brukerdose heroin, og andre typer narkotika. Det samme gjelder det som ble sagt om at straffriheten har hatt en noe utilsiktet effekt ved at heroin i små mengder i praksis langt på vei er avkriminalisert i Oslo sentrum.

4.2 Verdighet

En annen målsetting er at sprøyteromsordningen skal bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere. Som det ble påpekt i den foregående evalueringen, er verdighet et komplisert begrep, og det er ikke entydig hva det innebærer i denne sammenheng. Det vil også være ulike oppfatninger om hva som gir rusmiddelmissbrukere verdighet. Videre er det vanskelig, for ikke å si umulig, å operasjonalisere verdighet på en måte som kan «måle» hvorvidt en persons eller gruppes verdighet har økt.

Vi gjentar imidlertid det vi tidligere har sagt om at verdighet i sammenheng med sprøyterom kan forstås på et *allment* og på et *individuell* nivå (Olsen & Skretting 2007). På et allment nivå vil det dreie 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. Ut fra en slik forståelse kan sprøyteromsordningen på et allment nivå sies å gi økt verdighet til rusmiddelmissbrukere i vid forstand ved at den kan ses på som en anerkjennelse av behovet for å injisere narkotika på en minst mulig risikofyllt måte. På et individuelt nivå kan sprøyterom sies å gi en form for verdighet for den enkelte bruker gjennom den hjelp som ytes og måten han eller hun blir møtt på av de ansatte. Slik sett må sprøyterommet i Oslo kunne sies å bidra til å øke brukernes verdighet. Som påpekt i den foregående evalueringsrapporten, gjelder dette også andre hjelpetiltak for den aktuelle målgruppen. Ut fra intervjuer med brukere kan det imidlertid se ut til at verdighetsaspektet blir tydeligere i en sprøyteromsordning enn i andre hjelpetiltak.

Når folk veit at du er en narkoman så har du det stempelet i panna – narkoman – og ferdig med det. Dette tror jeg er omtrent den eneste plassen som man faktisk føler at man har faktisk et menneskeverd altså, ikke blir sett ned på «der er det en narkoman» liksom. For det er det til og med på behandlingsplasser.

At det negative stempelet som narkoman ikke følger med over dørstokken til sprøyterommet vektlegges også av en annen bruker:

Men det hvert fall som skjedde når jeg meldte meg på sprøyterommet (...) så følte jeg hadde fått mye mer respekt. (...) At jeg blir møtt med en form for respekt da. At du er narkoman men ok.

Mens brukerne i andre hjelpetiltak som regel ikke blottlegger de ulike sidene ved det å injisere narkotika, kan de her vise frem sine ritualer og sin sprøyteatferd uten

å møte noen form for «skrå blikk» eller fordømmelse. Det vil også være brukere som har liten kontakt med andre hjelpetilbud, og hvor sprøyterommet derfor blir et fast holdepunkt i tilværelsen, slik en ung gutt ga uttrykk for da han ble spurt om hva det var som gjorde at han oppsøkte sprøyterommet:

Det minner meg om at jeg ikke er alene i verden.

Utover det som her er sagt, vil det som nevnt ikke være mulig å finne noe mål for hvorvidt sprøyterommet har bidratt til økt verdighet for målgruppen. De nye lokalene har imidlertid ført til bedre trivsel for så vel ansatte som brukere, noe som igjen kan sies å bidra til at brukerne føler seg mer verdsatt i det nye sprøyterommet enn hva som var tilfellet i det gamle.

4.3 Kontakt med hjelpeapparatet

En tredje målsetting er at en sprøyteromsordning skal gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat. Stort sett vil målgruppen allerede ha kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet, selv om det også kan være enkeltpersoner som er uten slik kontakt. Kontaktene vil dessuten ofte være av varierende kvalitet og intensitet. Ansatte i sprøyterommet vil derfor kunne være behjelpelig med å forbedre/retablere eller opprette slik kontakt.

Erfaringene fra de to første driftsårene var at de ansatte i den grad de hadde anledning, grep fatt i signaler fra brukere om hjelp til å løse ulike problemer. Det gjaldt alt fra større eller mindre helsemessige forhold, at de hadde problemer med sosialkontoret, at de for tiden ikke hadde noe sted å bo, eller at de ønsket å komme til avrusning. Den registrerte informasjonen ga ikke grunnlag for å skille mellom problemer som ble løst på stedet og formidling av kontakt til andre hjelpeinstanser. Da registreringen var lite systematisk, er det også grunn til å tro at ikke all aktuell oppfølging ble notert. Det framkom imidlertid at muligheten for å bistå den enkelte bruker i kontakt med ulike hjelpetjenester var avhengig av tilstrekkelig bemanning. Oppfølging utover bistand omkring injisering ble derfor redusert til et minimum i perioder der det var færre enn «normert» på jobb.

Etter flyttingen har det vært mer fokus på ulike former for oppfølging, og registreringsrutinene har blitt bedre. Det har ut fra dette vært en økning i ulike former for helse- og sosialfaglig oppfølging, fra åtte prosent av besøkene i det gamle sprøyterommet til 11 prosent i det nye (tabell 7). Samtidig økte antall brukere, slik

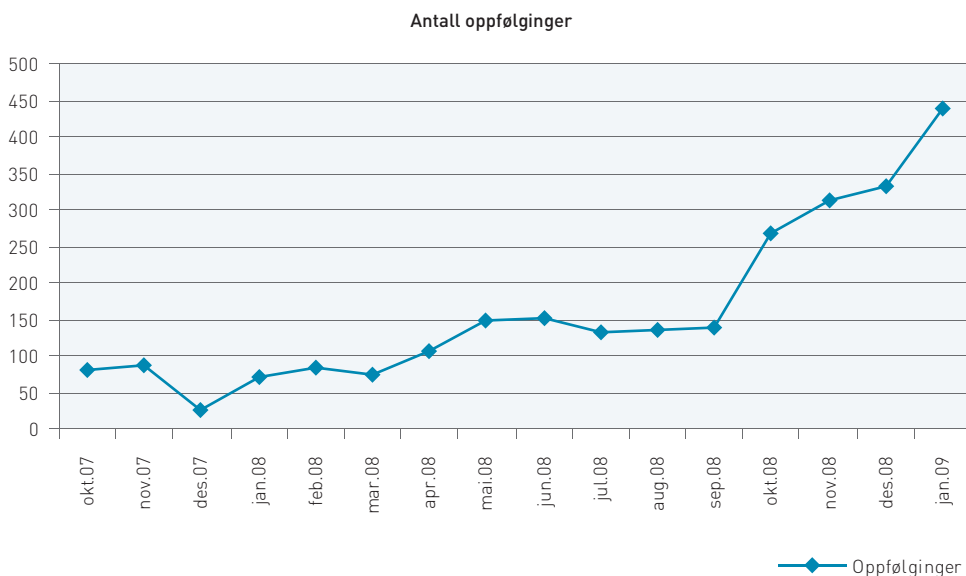
at økning i det totale antall oppfølginger ikke nødvendigvis betyr at den enkelte bruker mottar mer oppfølging enn tidligere. Oppfølging utover det som omhandler injiseringen vil heller ikke alltid være et mål da behovet vil variere fra situasjon til situasjon, og fra individ til individ. Når en bruker har fått en eller annen form for hjelp, kan det eksempelvis tenkes at det som framsto som mest akutt ble avhjulpet – i alle fall en periode. Eksempelvis vil hjelp til kontaktetablering med sosialtjenesten sannsynligvis ikke være noe som stadig gjentar seg.

Tabell 7. Helse- og sosialfaglig oppfølging

Oppfølging	Antall	%
Gammelt sprøyterom N= 17 226	1 382	8
Nytt sprøyterom (16 mnd) N= 24 645	2 588	11

I september 2008 ble det tatt i bruk et nytt registreringsskjema for helse- og sosialfaglig oppfølging. Dette sammen med et økt fokus på denne delen av virksomheten forklarer trolig økningen vi ser fra september 2008 til januar 2009 i figur 4. I de fem månedene fra september 2008 – januar 2009, ble det registrert helse- og sosialfaglig oppfølging i 14 prosent av besøkene

Figur 4. Helse- og sosialfaglig oppfølging i det nye sprøyterommet



Et mer spesifisert registreringsskjema gjør trolig også at registreringen blir bedre ved at ulike former for oppfølging konkretiseres. Tabell 8 viser kategoriene i det nye registreringsskjemaet, og hvilke former for oppfølging som oftest forekom i perioden september 2008 – januar 2009.

Tabell 8. Former for helse- og sosialfaglig oppfølging, sept 08-jan 09

Type oppfølging	Antall
Sårbehandling	452
Henvist fastlege	14
Henvist tannbehandling	4
Bekyringsmelding barnevern/bruker	6/6
Formidling legevisitt/helsetjeneste	89
Formidling rusomsorg	84
Formidling psykisk helsevern	21
Sykehusinnleggelse	6
Kontakt sosialtjeneste	80
Samtale/telefon	397
Intern legevisitt	204
Medikamenter	16
Annet (møte/ansvarsgruppe etc)	50
Sum oppfølginger (5 mnd)	1429

Utover det som omhandler selve injeksjonen, er sårbehandling den langt vanligste hjelp som gis (tabell 8). Slik hjelp ble gitt i 452 tilfeller i perioden september 2008 – januar 2009, det vil si i gjennomsnitt tre per dag i de 152 dagene sprøyterommet holdt åpent i den aktuelle perioden. I den samme perioden har formidling til lege/helsetjeneste foregått i gjennomsnitt hver annen dag (89 tilfeller). Formidling til andre tiltak for rusmiddelmissbrukere (84 tilfeller) og sosialtjeneste (80 tilfeller) har omtrent samme omfang.

Andre typer av oppfølging er utdeling av medikamenter, kontakt med lege som i en periode var tilgjengelig på sprøyterommet, henvisning til «Oppsøkende» og «annet». «Annet» innebærer ulike møter på vegne av brukerne, eksempelvis ansvarsgruppemøter. Til sammen har det foregått ulike former for helse- og sosialfaglig oppfølging i 1 429 tilfeller i perioden september 2008 – januar 2009, det vil si et daglig gjennomsnitt på 9,4. Tidsforbruk per oppfølging er ikke notert, men det er hevet over tvil at dette er tidkrevende. Det tar eksempelvis tid å stille sår. Kontakt med andre deler av helse- og sosialtjenesten krever ofte gjentatte henvendelser og mye tidkrevende venting i telefon. Ulike møter, ansvarsgrupper og liknende forekommer mer sjelden, men når det er påkrevd tar det naturlig nok mye tid.

Det økte fokuset på å følge opp brukerne ut over selve injeksjonen har ført til at sprøyterommet f.o.m. 9. juni 2009 har etablert en egen feltpleiestasjon som skal ha åpent mandag til fredag i sprøyterommets åpningstid. Sykepleier fra Feltpleien i Rusmiddeletaten skal bemanne denne i halv stilling, og de resterende vaktene skal dekkes opp innefor gjeldende turnus av ansatte i sprøyterommet. Antall helsefaglige oppfølginger vil trolig øke ved at kapasiteten på dette området utvides. Som vi påpekte i den foregående evalueringen, er omfanget av oppfølging utover selve injeksjonen avhengig av at det er tilstrekkelig antall ansatte på jobb.

Det at det nå ofte er syv personer som jobber i miljøet mens det tidligere var seks, har trolig også vært en viktig faktor for at det foregår mer oppfølging av ulike art. En av de ansatte sier det slik:

Det gjør jo at vi får mer å gjøre både helse- og sosialfaglig, men det er jo på en måte verdt det synes jeg, eller jeg synes, det er jo en av de virkelig store forbedringene som har vært de siste åra at vi har fått mye mer struktur på det, og at vi har fått gjort så mye mer av det, og at det liksom blir av den nærmeste ledelsen vi har nå, så blir det satt veldig pris på at vi gjør det. Og det blir også satt av ressurser som oftest til at vi skal få gjort det. Det øker jo verdien på et sprøyterom synes jeg.

Samtidig har den store økningen i antall brukere som skal betjenes på en dag ført til at ansatte nok en gang framholder at tida ikke alltid strekker til:

På søndager nå så er det like mange injeksjoner som det var på en god dag i januar i fjor, og det er jo helt rart at vi faktisk kjører med samme bemanninga som dem gjorde på T3. Jeg som ikke er sykepleier, merker at det går utover den viljen og det ønsket jeg har om å gjøre det sosialfaglige med brukerne. Det å hjelpe dem videre i systemet, og sjekke opp i systemet. Det å bare kunne høre med dem om status quo i dag, det er det ikke rom for å gjøre, og en føler kanskje ofte at man ikke har tida, for det er så mye folk at det blir sånn litt brannslukning overalt.

Jo flere brukere som er innom sprøyterommet per dag, jo mindre tid blir det naturlig nok til å bistå hver enkelt av dem. Da det som er knyttet til injiseringen er det sentrale, vil det alltid være den helse- og sosialfaglige oppfølgingen som i travle perioder gis mindre prioritet.

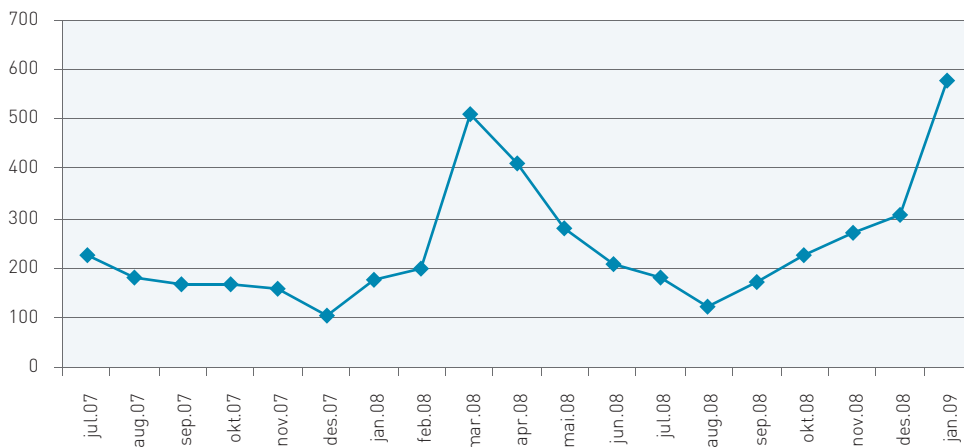
4.4 Forebygge smitte og infeksjoner

Et fjerde formål med sprøyteromsordningen er å bidra til å forebygge infeksjoner og smitte. De ansatte driver utstrakt veiledning i injeksjonsteknikk og hygiene knyttet til sprøytebruk. Brukerne oppfordres til helst å injisere i arer på arm, eventuelt bein. Hvis ikke dette går på grunn av ødelagte arer, oppfordres de til å injisere muskulært. Brukerne frarådes som nevnt å injisere i lyske og hals.

I evalueringsperioden 01.07.2007 – 31.01.2009 er det registrert 4 651 veiledninger ved injeksjon. Sammenliknet med foregående evalueringsperiode ser vi en økning fra 13 prosent av det totale antallet injeksjoner (N=17 226) til 17 prosent i det nye sprøyterommet (N=27 384). Det har imidlertid vært en liten nedgang i andel brukere som noen gang har mottatt veiledning i forbindelse med injeksjon, fra 81 prosent (N=383) i det gamle til 76 prosent (N=1 052).

I det nye sprøyterommet ble det i den aktuelle perioden i gjennomsnitt gitt veiledning i injeksjonsteknikk åtte ganger per dag. I følge de ansatte blir imidlertid ikke alltid veiledninger i forbindelse med injisering registrert. Å gi råd og tips om hygiene og injeksjonsteknikk er en så integrert del av arbeidshverdagen at det ofte gjøres uten at de tenker over det. Når det er travelt med mange brukere som spør om mye, og bare en ansatt kan sitte foran PCen i sprøyterommet, fører dette lett til at ikke alt som gjøres blir registrert. Det gis også råd om hygiene og injeksjonsteknikk i inngangspartiet, heller ikke dette blir alltid registrert.

Figur 5. Antall injeksjonsveiledninger per måned i nytt sprøyterom



Som vi ser av figur 5, er det til dels store variasjoner fra måned til måned med hensyn til omfang av injeksjonsveiledning. Hva som er grunnen til at enkelte måneder skiller seg ut med spesiell høy veiledningsaktivitet er uvisst, men det kan tenkes at det er ekstra vanskelig å få satt injeksjon i vintermånedene når det er kaldt ute, og at behovet for assistanse derfor da er større. Vi gir et eksempel på en typisk samtale mellom bruker og ansatt i en veiledningssituasjon:

Eksempel – injeksjonsveiledning

Bruker: Er dette en åre?

Ansatt: Ja, men du bør nok ikke sette der, dette ser ut som en begynnende abscess.

Bruker: Hvor skal jeg sette da?

Ansatt: Sett der. (Hun peker på en annen åre lengre ned på armen).

Bruker: Den var jo gulle god den

I brukermiljøene er det vanlig å bruke bomullsdotter, sigarettfilter eller liknende til å filtrere den oppkokte heroinen, noe som gir økt helserisiko ved at fibre fra bomull/sigarettfiltere følger med blandingen inn i årene. Dette kan føre til betennelse i årer og hjerteklaffer, og i verste fall til blodpropp. For å forebygge denne type infeksjoner får brukerne av sprøyterommet utdelt sterile filtre som ikke har løse fibre.

Brukerne gis også veiledning i å bruke såkalt stas på en mest mulig hensiktsmessig måte. Stas er en type band som strammes rundt armen for at årene skal bli tydeligere og lettere å injisere i. Her følger eksemplet på veiledning i bruk av stas.

Eksempel – bruk av stas

En jente har stas på underarmen mens hun reiser seg fra plassen sin for å hente papir.

Ansatt: *Det er ikke så lurt å stase så lenge fordi årene blir ødelagt. Dessuten kommer årene til overflaten men forsvinner igjen om du staser for lenge.*

Bruker: *Men jeg føler at jeg må det for å få frem årene.*

Ansatt: *Det er nok bare en vanesak.*

Bruker: *Ok, da skal jeg prøve.*

Sprøyterommet har klare regler for hygiene. Brukerne må vaske hendene før injisering, de må alltid bruke reint utstyr osv. Det gis som nevnt 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, og at sprøyterommet slik sett generelt bidrar til smitteforebygging blant brukerne slik at de får mindre sår som har sammenheng med injisering av narkotika. Ut over det som her er sagt, har vi imidlertid ikke data som kan bekrefte eller avkrefte hvorvidt sprøyterommet har bidratt til å forebygge smitte og infeksjoner.

4.5 Forebygge overdoser og overdosedødsfall

Et femte formål var at sprøyteromsordningen skulle bidra til reduksjon i antall overdoser og overdosedødsfall. I de første to driftsårene endte 0,61 prosent av injeksjonene foretatt i sprøyterommet i overdose. Den tilsvarende andelen i den oppfølgende evalueringsperioden var 0,68 prosent (tabell 9). Overdosene som betegnes som sub-akutte håndteres av de ansatte, mens ambulanspersonell sørger for gjenoppliving ved overdoser som blir sett på som akutte. Ingen av overdosene har ført til dødsfall.

Tabell 9. Overdoser, prosentandel av injeksjoner

	Antall injeksjoner	Akutte ringt 113	Sub-akutte Overdoser	Overdoser totalt	Andel overdoser
Gammelt sprøyterom	17 226	49	56	105	0,61
Nytt sprøyterom	27 381	127	60	187	0,68

Ser vi nærmere på overdosetilfellene, finner vi som ved den foregående evalueringen at overdosene gjelder en mindre gruppe. Mens det i de første to driftsårene var 18 prosent av brukerne som hadde hatt en eller flere overdoser, gjaldt dette 11 prosent av brukerne i perioden 01.07.2007 – 31.01. 2009. Av de 111 brukerne som hadde hatt overdose i sprøyterommet i den aktuelle perioden etter flyttingen, var det 25 som hadde mer enn én.

Forebygging av overdosering er en viktig del av arbeidet i sprøyterommet. Ansatte har også etter hvert bygget opp mye kunnskap om når det er fare for overdose, og det jobbes aktivt overfor brukere som vurderes å ha spesielt stor risiko. Ved observasjon har vi sett noe på hvordan dette foregår i praksis. Når brukerne eksempelvis spør om ekstra vannampuller medfører dette ofte at ansatte får ekstra interesse for hva som skal injiseres. Selv om det i utgangspunktet er registrert hvor mye han eller hun har oppgitt å skulle injisere, spør de ansatte på nytt, eller ser på blandingen og vurderer mengden. At de trenger mer vann enn «standardmengden» som vanligvis deles ut, *kan* bety at mengden heroin som skal løses opp er større enn vanlig, men det kan også være andre grunner, eksempelvis at stoffet er ekstra vanskelig oppløsbart. De ansatte har gjennom erfaring fått kunnskap om hvor mye en «ferdigmekka» sprøyte kan inneholde av heroin. En vanlig kommentar som starter en dialog med brukeren om mengde som skal injiseres, og som uttrykker bekymring for at det er fare for overdose, er eksempelvis:

Men skal du sette alt det der?

I perioden for den oppfølgende evalueringen er det registrert at 322 brukere i 1 199 tilfeller har blitt bedt om å dele den planlagt heroindose (4,4 prosent av alle injeksjoner). Andelen brukere i det nye sprøyterommet som har delt dose etter oppfordring fra de ansatte, er imidlertid lavere (31 prosent) enn i det gamle (49 prosent). En mulig tolkning kan være at overdoseforebyggingen er blitt mer målrettet. Bedre kunnskap om når det er risiko for overdoser, gjør at de ansatte ikke ser behov for å gripe inn like ofte som tidligere. Bedre kjennskap til den enkelte bruker og dens bruksmønster er trolig også viktig. Følgende eksempel kan illustrere dette:

Eksempel – overdoseforebygging

En bruker har «mekka» ferdig sprøyta og går til vasken for å kjøle den ned i vannstrålen. Ansatt kaster et blikk bort og synes åpenbart dette ser mye ut:

Ansatt: *Skal du sette den der?*

Bruker: *Jeg skal kanskje det.*

Ansatt (med litt streng stemme): *Du kan godt dele den der frøken.*

Brukeren injiserte først bare halvparten av innholdet slik den ansatte hadde tilrådd, og blir ganske så rusa. Hun sitter litt, men i stedet for å gå gjør hun seg klar til å injisere resten av innholdet i sprøyta. Den ansatte prøver med ny dialog:

Ansatt: *Skal du virkelig sette hele den der?*

Bruker: *Ja, det er ikke noe å spare på.*

Den ansatte går nå bort til henne og sier at hun ble blå på leppene etter første dose, så hvis hun setter resten er det 10 minutter, så poff, så er rusen borte (ambulansen vil gi motgift). Brukeren argumenter tilbake at det er risikabelt å gå ut fra sprøyterommet med dosen på seg i tilfelle politiet tar den (det er en periode med høy politiaktivitet overfor brukerne i nedre del av sentrum). Den ansatte er imidlertid tydelig i sin beskjed:

Jeg fraråder deg å gjøre det, men i så fall kan du sette muskulært. Om du setter den, får du sette deg ut her på hvilerommet etterpå.

En annen ansatt forsøker også å intervensere ved å si at hun har brukt opp den tilmålte halvtimen inne i injeksjonsrommet, og at det er flere som venter på tur for å komme inn.

Overdoseproblematikken har som nevnt høy prioritet, og det arbeides målrettet mot den relativt lille gruppa som erfaringsmessig har størst risiko. Eksempelvis har de ansatte regler for hvordan de skal forholde seg når de ut fra en vurdering av risiko for overdose, gir brukere beskjed om at de må dele heroindosen de planlegger å injisere.

Instruks til ansatte når bruker får beskjed om å dele dose

De brukerne som skal dele, skal i inngangen få følgende beskjed:

Du må dele i to pumper og vi skal se at du gjør det. Om dette ikke skjer, vil det føre til umiddelbar bortvisning.

Dette begrunnes med en økt oppmerksomhet mot forebygging av overdoser. Om vedkommende allerede i inngangen ikke vil gjøre dette, får han/hun ikke benytte oss (denne gangen).

Dersom avtalen ikke opprettholdes, gis vedtak om bortvisning når vedkommende forlater lokalene etter besøket. Vurder lengden ut fra individuelle hensyn.

I perioden som omfattes av den oppfølgende evalueringen, har brukere i 19 tilfeller fått overdose til tross for at den planlagte dosen ble delt i to. Ikke overraskende er mange av de som har hatt mer enn en overdose også av dem som oftest blir fortalt at de må dele den planlagte dosen. En håndfull av brukerne i sprøyterommet kan betegnes som «ekstrembrukere», og det blir fortløpende vurdert hvordan disse skal håndteres.

Brukerne kan også gå i overdose etter at de har forlatt sprøyterommet. I tilfeller der svært berusede brukere ønsker å forlate sprøyteromslokalene i en tilstand hvor ansatte vurderer at det kan være fare for at det kan skje, prøver de ansatte å få dem til å bli sittende på hvilerommet slik at de kan overvåkes. Eksempelet under illustrerer hvordan denne type situasjoner kan håndteres.

Eksempel – overdoseforebygging

En mann ble veldig rusa etter injeksjonen og subber seg fremover med stor knekk i knærne. Ansatt spør:

Er du sikker på at du skal ut nå?

Hun spør videre flere ganger på ulike måter. Videre spør hun:

Hva annet har du tatt?

Mannen svarer at han ikke har tatt noen ting siden dagen før.

I den foregående evalueringen framkom det at de ansatte følte ansvar for at brukere kunne gå i overdose etter at de hadde forlatt sprøyterommet, og at dette var noe som bidro til psykisk stress. Når vi tok opp denne problemstillingen i intervjuene med de ansatte våren 2009, så det imidlertid ut til at dette ikke ble opplevd som en psykisk belastning på samme måte som tidligere. Mer erfaring og en personalgruppe som gir uttrykk for langt større trygghet enn tidligere, er trolig vesentlig i denne sammenheng.

Man blir flinkere etter hvert som man jobber her. At man skjønner hva som er mitt ansvar eller... og ikke. At man blir flinkere til å se at det er jo faktisk ikke vårt ansvar. Når det er sagt så kjennes det jo aldri greit å sende ut rusa folk rett ut på gata. Skulle ønske at vi hadde en eller annen observasjonsstue eller noe. Hvert fall de som er aller, aller slitnest og som... ikke bare det at de er rusa, men at de er så slitne at de har problemer med liksom...

Selv om det ikke har forekommet overdosedødsfall i sprøyterommet, har vi ikke grunnlag for å si at det har bidratt til å redusere antall overdoser og overdosedødsfall generelt sett. Omfanget av injeksjoner som settes i sprøyterommet i Oslo utgjør bare en liten brøkdel av antall injeksjoner som settes i Oslo i løpet av en dag (se 7.6). Det er derfor ikke mulig å si om sprøyterommet har hatt innvirkning på omfanget av overdoser og overdosedødsfall. Som det tidligere er framholdt, må en sprøyteromsordning, hvis den skal kunne bidra til reduksjon av overdoser/overdosedødsfall, ha kapasitet til å dekke en vesentlig andel av det totale antall injeksjoner som finner sted. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt til etterretning at en sprøyteromsordning vanskelig vil kunne forebygge overdoser generelt sett, og i den permanente sprøyteromsloven er formålet om å hindre overdoser og overdosedødsfall tatt ut (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

4.6 Oppsummering

- Det har heller ikke etter flyttingen vært problemer med at politiet har «jaktet» på brukere av sprøyterommet. Politiet har heller ikke på annen måte bidratt til å gjøre det vanskelig å drive sprøyterom i Oslo. Som tidligere sagt, har straffriheten for én brukerdose gjort det mulig å drive en sprøyteromsordning. En noe uttilsiktet effekt er imidlertid at besittelse av små kvantum heroin i Oslo sentrum langt på vei er avkriminalisert.
- Som det også ble sagt i den foregående evalueringen, kan sprøyteromsordningen sies å ha bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppen på et allment og på

et individuelt nivå. Selv om det ikke er mulig å operasjonalisere verdighetsbegrepet på en måte som lar seg måle, må en kunne si at sprøyterom gir signal om anerkjennelse av sprøytemisbrukeres menneskeverd og hjelpebehov. For brukerne av sprøyterommet kan tilbudet som gis og interaksjonen med de ansatte være elementer som bidrar til økt verdighet. De nye lokalene har gitt bedre arbeidsforhold og dermed bedre trivsel for så vel ansatte som brukere, noe som igjen kan sies å bidra til at brukerne føler seg mer verdsatt i det nye sprøyterommet enn tilfellet var i det gamle.

- Etter flyttingen til Prindsenkvarartalet er helse- og sosialfaglig oppfølging registrert i 14 prosent av alle besøk, mens den tilsvarende andelen i de første to driftsårene var åtte prosent. Det som oftest går igjen er sårbehandling og samtaler. Selv om økningen i noen grad kan skyldes bedre registreringsrutiner, er det grunn til å tro at økt fokus og bedre bemanning har spilt en vesentlig rolle.
- Vi finner en økning i andel besøk hvor det er gitt veiledning ved injeksjon fra 13 prosent i de første to driftsårene til 17 prosent i det nye sprøyterommet. Det har imidlertid vært en nedgang i andel brukere som noen gang har mottatt slik veiledning fra 81 prosent til 76 prosent.
- Etter flyttingen har 0,68 prosent av injeksjonene ført til overdose, sammenlignet med 0,61 prosent i de første to driftsårene. Det har imidlertid vært en nedgang i andel brukere som noen gang har hatt overdose fra 18 prosent i de første to driftsårene til 11 prosent av de som har brukt sprøyterommet etter flytting.

5 Langt bedre arbeidsforhold

Evalueringen av de første to driftsårene viste at det fysiske arbeidsmiljøet og ivaretagelse av de som skal betjene en sprøyteromsordning er viktig. Sprøyterom er en arbeidsplass som stiller spesielle krav til de ansatte. De er tett opptil brukernes selvdestruktivitet og mottar sterke synsinntrykk. Mange brukere er psykisk ustabile, og enkelte kan opptre truende.

Som det framkommer i den foregående evalueringsrapporten, var trusler fra brukere en belastning for de ansatte. Dette sammen med dårlige fysiske arbeidsforhold gjorde at mange følte seg utrygge. Videre opplevde ansatte at de ikke ble hørt når de meldte fra til overordnede om ulike typer problemer knyttet til arbeidsmiljøet. Dette var forhold som bidro til stort sykefravær og gjennomtrekk i personalgruppa.

Selv om de ansatte var svært kritiske til måten Oslo kommune/Rusmiddeletaten forberedte åpningen av sprøyterommet, og ga uttrykk for at de følte seg dårlig ivaretatt, var ikke dette ensbetydende med at de var kritiske til sprøyteromsordningen. Kritikken må først og fremst forstås som en understreking av nødvendigheten av at en sprøyteromsordning må vektlegge fysisk utforming av lokalene, at de som skal ha sprøyterom som arbeidsplass må få nødvendig skolering og oppfølging underveis samt at de ansattes sikkerhet må ivaretas på en mest mulig tilfredsstillende måte.

Hvordan vurderer så de ansatte situasjonen våren 2009 – to år etter tidsrommet for den foregående evalueringen?

5.1 Personalgruppa

I de første par årene var det en normert bemanningen på seks ansatte per arbeidsøkt, pluss prosjektleder. Grunnbemanningen er fremdeles seks, men i tillegg til prosjektleder er det også kommet til en faglig leder (sykepleier). Slik turnusen er lagt opp, er det også slik at det mange dager er syv på vakt i tillegg til prosjektleder

og faglig leder. De som går i turnus fordeler seg på to i mottaket, to i selve injeksjonsrommet og to i hvilerommet, mens den syvende bistår med ulike former for oppfølging når dette er aktuelt, og avløser på de ulike «postene» ved pauser. I visse situasjoner deltar også faglig leder og prosjektleder i det praktiske arbeidet med å bistå brukerne. Åpningstiden er seks timer på dagtid, det samme som tidligere.

Mens det i de første to driftsårene var 8,7 årsverk knyttet til sprøyteromsordningen, har antall årsverk økt til 10,7 i 2007 og 11,2 i 2008. Økningen har sammenheng med den økte bemanningen både i miljøet og i den nærmeste ledelsen. På samme måte som tidligere, har det vært en viss utskiftning i personalgruppa både i 2007 og 2008, uten at dette knyttes direkte til arbeidsforholdene slik tilfellet var i de første to driftsårene. At arbeidsforholdene er blitt betydelig bedre, gjenspeiles også i at sykefraværet er redusert (tabell 10). Mens sykefraværet i det første året, 2005, var langt lavere blant de ansatte i sprøyterommet enn Rusmiddelletaten for øvrig, var det motsatte tilfelle i 2006. Dette må sees i sammenheng med det som er sagt i den foregående evalueringsrapporten om at den første tida var preget av pionerånd og stor innsatsvilje, men at det etter hvert oppsto stor slitasje i personalgruppa med påfølgende sykemeldinger og mange som valgte å slutte.

I løpet av 2007 endret imidlertid dette seg, og sykefraværet ble redusert til samme nivå som resten av Rusmiddelletaten. En viktig grunn var trolig at det ble klart at sprøyterommet skulle få nye lokaler, og at dette førte til ny optimisme blant de ansatte. Det ble også foretatt utskiftning i den nærmeste ledelse. I 2008 ble sykefraværet ytterligere redusert, og var klart lavere enn i Rusmiddelletaten som helhet.

Tabell 10. Sykefravær i sprøyteromsordningen og Rusmiddelletaten som helhet, prosent

	Sprøyterommet	Rusmiddelletaten
2005	2,4	10,6
2006	15,2	10,7
2007	10,9	10,9
2008	5,4	9,5

De mange sykemeldingene og den store gjennomtrekken av ansatte i den første toårsperioden gjorde det nødvendig å engasjere sykepleiere fra vikarbyråer. Disse hadde liten eller ingen erfaring fra arbeid med rusmiddelmisbrukere. Stadig nye ansatte gjorde at personalgruppa i mange tilfeller følte seg utrygge på hverandre i kritiske situasjoner, noe som utgjorde en ekstra belastning. Alt peker i retning av at

dette er noe som har endret seg i positiv retning. I motsetning til hva som kom fram i den foregående evalueringen, rapporterer de ansatte våren 2009 om trygghet i arbeidssituasjonen og i personalgruppa:

Jeg har aldri vært redd eller vært nervøs på jobb, altså vi er trygge på hverandre vi som jobber sammen. At du på en måte veit at du har folk hvis det skjer ett eller annet så kommer dem, du slipper å stå aleine i en eventuell vanskelig situasjon.

Selv om det er sjeldent forekommende, skjer det imidlertid fortsatt at det oppstår vanskelige situasjoner der ansatte føler seg truet av brukere. At de som personalgruppe er trygge på hverandre i slike situasjoner er derfor avgjørende. Personalgruppa er liten og sammenspleiset, de ansatte «leser» hverandre godt, og vet når alvoret inntre, slik en av de intervjuede her forteller:

Jeg har blitt rimelig heftig trua her.. (...) De gangene det har vært noe så ber du om hjelp i callingen som vi alltid har med oss, og da hører man på stemmen at nå er det noe på gang. Jeg var trua på at vi tok en person på identiteten, hvor han hadde vært utestengt for trusler og vold tidligere. Så registrerte han seg på nytt med en annen identitet så tok vi han på fersken. Så det var kanskje ikke helt heldig, men der igjen så sto jeg og hadde tre fire kolleger bak meg og to nødutganger og en disk imellom oss. Det var i inngangen men disken er jo litt smal så... Det kunne ha blitt en truende situasjon, men jeg følte meg overhodet ikke redd, det verste som kunne ha skjedd var at han kunne ha slått meg, men det man har lært om egen sikkerhet sitter rimelig godt spikra og forankra. Og jeg tror at når man jobber på en sånn plass som sprøyterommet, så blir man kynisk rolig i sånne situasjoner, det blir samtlige her. Med overdoser og sånne ting så blir vi så rolig, for det er det vi kan takle. Vi er drilla på det. Så det er ikke noe som henger igjen på meg i ettertid sånn i hele tatt.

I tillegg til tett samarbeid er økt kompetanse en faktor de ansatte framholder som viktig for at de i dag ikke føler seg utrygge i arbeidssituasjonen. De legger vekt på at kollegaene er spesielt interesserte og engasjerte i jobben, og at dette bidrar til en bedret kompetanse:

Også ser man at alle er så reflektert og opptatt av det de gjør og ønsker å øke kompetansen sin. Veldig godt å jobbe i et sånt miljø. Sånn var det ikke tidligere.

Økt kompetanse kan også føre til økt refleksjon i arbeidet som gjøres, noe som også vil komme brukerne til gode:

Også synes jeg man har blitt mye flinkere og bevisst til å reflektere over hvorfor man gjør ting, selv om vi har fått veldig bra rutiner og ikke bare gjør ting fordi det er rutine, men om det har en effekt i akkurat den situasjonen, og vurderer andre tiltak som vi kan bruke. Jeg synes det var mye mer utestengelser i fjor for eksempel.

Inntrykket de ansatte gir av arbeidssituasjonen i intervju, bekreftes av våre egne observasjoner. Kompetente og profesjonelle ansatte gjør en upåklagelig innsats for å bistå brukerne på best mulig måte. Samhold og samarbeid er stikkord som synes å gi en god beskrivelse av forholdene i personalgruppa – noe som igjen legger grunnlag for større utveksling av kompetanse de ansatte imellom.

5.2 Ivaretagelse fra overordnede

Mye av frustrasjonen fra ansatte som kom fram i den foregående evalueringen, hadde sammenheng med at de ikke følte seg ivaretatt av overordnede og ikke nådde fram med synspunkter om negative sider ved det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet. Dette gjaldt så vel ivaretagelse fra mellomledernivå som fra ledelsen i Rusmiddeletaten. Da det så våren 2007 ble klart at sprøyterommet skulle få nye lokaler, ble de imidlertid tatt med på råd om hvordan lokalene skulle utformes. Det har også kommet nye mellomledere som personalgruppa i langt større grad enn tidligere opplever som «sine». Ut fra dette gir de i dag uttrykk for at de føler seg langt bedre ivaretatt enn i de første to driftsårene.

«Nærledelsen» opplever vi at vi har hatt et fantastisk godt forhold til. Veldig, veldig godt forhold til... godt samarbeid og... kunne nesten ikke vært bedre.

Som nevnt innledningsvis, har ledelsen i Rusmiddeletaten både overfor Byrådet og i dagspressen gitt uttrykk for at sprøyterom ikke bør gis prioritet i Oslo, og at ressursene heller bør brukes på andre tiltak rettet mot den samme målgruppen. Dette har naturlig nok ført til frustrasjon og en viss aggresjon blant de som jobber i sprøyterommet. De mener sprøyterom er et viktig og nødvendig tiltak, og at Rusmiddeletatens ledelse derfor bør gjøre det de kan for at tilbudet skal kunne fortsette. I stedet føler de seg dolket i ryggen, slik det her gis uttrykk for:

Ledelsen lengre opp, den er det vel litt verre med... føler vel egentlig aldri at de har støtta oss på noen som helst slags måte, de har mer gått aktivt ut hele veien og sagt at de ikke er interessert i å drifte sprøyterommet videre og da er det jo vanskelig å ha et positivt forhold til de...

Så lenge det har vært en prøveordning, har de ansatte gått på midlertidige kontrakter, noe de ansatte opplever som lite tilfresstillende. Dette har også påvirket synet på ledelsen i Rusmiddeletaten:

Nå ble vi jo systematisk, regelmessig, bevisst og overlagt motarbeida av vår egen etat daglig. Rusmiddeletaten ville jo helst ikke ha oss i det hele tatt, og det legger de jo ikke skjul på, og det er jo litt vanskelig. I hvert fall når man har en sånn periode der man ikke veit om man har en jobb om to måneder og hva det blir til.

Det kan ikke sies å være overraskende at ansatte er negative til hvordan ledelsen i Rusmiddeletaten har forholdt seg til sprøyterommets framtid, all den tid de selv er av den oppfatning at sprøyterom er et positivt og nødvendig tiltak, mens ledelsen ønsker en avvikling. At Rusmiddeletaten tar til orde for å avvikle, kan av de ansatte tolkes som kritikk, at de ikke gjør en god nok jobb, eller at deres innsats ikke er verdifull. På denne måten kan trusselen om nedleggelse av de ansatte tolkes som en underkjenning av kompetanse og innsats.

5.3 Opplæring og veiledning av ansatte

Hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere er stort sett innrettet mot å bistå sine klienter/ pasienter ut av et destruktivt misbruk. Rene skadereduksjonstiltak, det vil si tiltak der målet ikke er at bruken av rusmidler skal opphøre, men at skader knyttet til misbruket skal bli minst mulig, får imidlertid stadig større plass. Sprøyterom må sies å befinne seg i en ytterkant av skadereduksjon ved at brukerne her får alt utstyr de har behov for til injisering av heroin, og ved at de ansatte bistår med å finne passende årer for injisering osv. De ansatte kommer som sagt spesielt nær brukernes destruktive atferd, og slik sett er sprøyterom en særegen arbeidsplass. Dette tilsier at adekvat opplæring og veiledning er spesielt viktig. I den foregående evalueringen framkom det at de ansatte opplevde opplæringen som mangelfull. Dette gjaldt både de som startet opp prøveordningen og de som ble ansatt underveis. De ansatte vi intervjuet i det nye sprøyterommet, og som også hadde jobbet i den gamle, framholdt at noe av problemet den gangen var at de var mange som begynte mer eller mindre samtidig, mens nyansatte nå kommer mer enkeltvis.

Dette gir naturlig nok en helt annen mulighet for opplæring og ivaretagelse. De som er ansatt etter flytting til Prindsenkvarartalet gir da også uttrykk for at de jevnt over får god opplæring, og at samarbeidet mellom de ulike faggruppene fungerer upåklagelig:

Jeg var kjempefornøyd med opplæringa og... det igjen fordelene med at vi har liten personalgruppe så en blir egentlig sånn rimelig godt kjent med hverandre veldig fort, terskelen for å spørre hverandre er veldig lav. Det er ikke den profesjonskampen man tror at man skulle hatt, det føler ikke jeg hvert fall.

Brukerne vi intervjuet nevnte også at de hadde observert at opplæring av nye ansatte fungerte godt, og at en grundig opplæring inngår tillitt:

Men så ser jeg også det at når det kommer nye folk som begynner å jobbe her så opplever jeg at de får en veldig god opplæring, jeg føler meg trygg på dem. Jeg ser at de er nye og at de følger veldig godt med, de setter seg veldig godt inn i rutiner på ting, de lærer seg veldig fort i alle fall navnet mitt, og får en veldig god opplæring i hvordan det fungerer her, så det tar ikke mer enn kort tid før jeg ser at de er veldig trygge her på egen hånd uten å gå sammen med den læringspartneren».

Et annet ankepunkt i den første evalueringssperioden var manglende tilbud om veiledning. I lange perioder hadde personalet ingen slike fora der de kunne ta opp episoder og problemstillinger de måtte ha behov for å diskutere. I den grad det var et veiledningstilbud, var det begrenset til det «vaktlaget» som var på jobb på det aktuelle tidspunktet. Situasjonen har imidlertid endret seg i positiv retning også på dette punktet. De ansatte har regelmessig veiledning der alle som ønsker kan delta selv om de ikke er på jobb den aktuelle dagen. Våren 2009 gir de ansatte følgende kommentarer om veiledning av personalgruppa:

Nå føles det jo veldig bra. Nå har vi jo til og med selv bestemt at vi skulle ha veiledning lite grann sjeldnere enn det vi opprinnelig hadde, så nå synes jeg det er veldig bra. Jeg synes vi får det vi har behov for, og at den veiledning vi får er god. Den dekker i hvert fall det behovet jeg har for veiledning.

I den foregående evaluering ble det fra flere ansatte gitt uttrykk for at de mange belastningsfaktorene knyttet til å jobbe i sprøyterom tilsa at ingen burde ha dette som full stilling. På samme måte som i de første to årene, har de som jobber i

sprøyterommet også nå ulike stillingsbrøker. Noen har full stilling, mens andre kombinerer arbeid i sprøyterommet med stilling i andre deler av hjelpeapparatet. Det synes som om den enkelte har funnet fram til stillingsbrøker de er komfortable med, enten dette er hel- eller deltidstilling, slik at dette ikke lenger framstår som en problemstilling.

5.4 Rom for ytterligere forbedringer

Selv om de ansatte jevnt over gir uttrykk for at de per i dag er tilfreds med så vel de fysiske som de psykososiale arbeidsforholdene, ser de like fullt at det er rom for forbedringer. Det gjelder eksempelvis utforming av lokalene, åpningstid og flere ansatte for å gi mer rom for oppfølging av ulik art. Brukere og ansatte er samstemte i ønsket om større lokaler og flere injeksjonsplasser. De ansatte har også formeninger om hvordan lokalene kan utformes bedre enn hva som er tilfellet i dag:

Det er jo kø her veldig ofte. Det er det i større eller mindre grad, så hvis vi hadde hatt enda flere plasser, enda flere ansatte, og så kunne lokalene utformes på enda bedre måte ved og hatt et slags slusesystem hvor man hadde inngang, injeksjonsrom, hvilerom og så ut. Så slapp man det at mange brukere går litt inn og ut av injeksjonsrommet og forstyrrer de som sitter der og konsentrerer seg, og det hadde gått enda mer smertefritt. Selv om lokalene nå er veldig bra, så kunne de blitt enda bedre.

Dårlig luftkvalitet var et ankepunkt i det gamle sprøyterommet, og selv om de nye lokalene har redusert disse problemene, ser de likevel ikke ut til å ha blitt eliminert:

Samtidig på injeksjonsrommet at du får den heroinlukta, den gir meg hodepine hvert fall. Enkelte ganger så eimer det heroin der, og så tenker du at du faktisk sitter og lukter inn det der hele tida. Og så sette på vifta så bråker det, så da får du det der støyet, da mister du kontakt med brukerne igjen. Så det er liksom... så lokalene er ikke bra her enda, og vi er alt for lite folk på jobb. Og det skulle ha vært åpna på kveldstid, behovet er der.

Utformingen av inngangspartiet får heller ikke toppkarakter. Særlig når mange sitter i kø for å komme inn i injeksjonsrommet kan det være trettende for ansatte å overvære all samtale og samhandling brukerne imellom, og støynivået blir lett høyt:

Jeg kom til å tenke på nå at det er på inngangen så er det et enormt støynivå som fører til hodepine. For brukerne er ute og skal gjerne prate og kauke og rope og dere har sett det sjøl innimellom. Sitte der en time uten å ha muligheten til å gå fra er veldig tungt.

Etter at sprøyterommet flyttet, og det igjen ble åpnet for registrering av nye brukere, har det som nevnt vært en jevn økning både i antall registrerte brukere og antall besøk pr dag. Som vi også har vært inne på, innebærer dette at presset på de ansatte har økt, både ved at det til tider er kø for å injisere, og at det etter hvert er et stort antall brukere de ansatte må forholde seg til. En som har jobbet i sprøyterommet en stund sier dette om endringene:

Det er mye mer folk,..... Det er det at det ender ut i å forholde meg til sytti-åttiistedenfor tjue-tretti forskjellige brukere i løpet av en dag. Så en blir litt sånn... får litt bakoversveis av og til, og det kan bli litt tungt rett og slett så... Det handler om at lokalene faktisk er underdimensjonert i forhold til behovet, og at vi faktisk burde ha hatt hvert fall en til. Jeg tenker at vi burde ha vært åtte stykker, seks som rullerer og to som jobber med sosialfaglige ting, som et minimum i de lokalene her..(...) Du får ikke tid til noe annet enn å sitte i inngangen og sitte på hvilerommet og sitte på injeksjonsrommet nesten så det... men vi prioriterer det helsefaglige da, det er vi jo nødt til å ta.

At det er flere brukere per dag, fører ikke bare til at det blir mye å gjøre og at oppfølging av brukerne må nedprioriteres, det gjør også at de som er på jobb ikke alltid får pausene de har behov for.

... det er de femten som står og kauker til deg som får oppmerksomheten din for dem står og kauker. Så den ene som faktisk bare er stille går deg hus forbi. Så bemanningssituasjonen synes jeg er helt horribelt. Det går utover lunsjpausene. Og jeg tenker hvis jeg går og tar en samtale nå som kanskje vil ta femogførti minutter, så vil det gå utover mine kolleger.

Selv om de fleste brukerne trolig har en rekke hjelpere både i sosialtjenesten og i helsevesenet, vil det som nevnt være store variasjoner i hvor «gode» disse kontaktene er. Etter det de ansatte erfarer, møter de mange brukere som ikke får den nødvendige hjelp og der de ansatte i sprøyterommet på ulike måter vil kunne bistå. De trekker blant annet fram ønskeligheten av en avrusningsenhet i tilknytning til sprøyterommet.

Det som kunne vært veldig fint og hatt, er en sånn type avrusningsenhet som man har i Vancouver. For der er det sånn: «du vil på avrusning, her har vi tilbudet». Pang, rett inn, der og da. Er brukeren motivert er det rett inn, så får han prøve, så får han være der på frivillig basis, også får han bare stikke av hvis han har lyst til det, men hvis han fullfører da sju, åtte, ni dager, så er han jo hvert fall restituert kanskje. Jeg veit ikke hvor tøft det er de greiene, men i hvert fall så hadde han fått i seg noe mat kanskje, etter at han hadde kommet over de verste abstinensene og sånne ting. Jeg tror det kunne ha vært glimrende, for da veit hvert fall brukerne at hvis dem går hit så har dem det tilbudet.

Det gis uttrykk for at sprøyterom, på grunn av relasjonene som bygges opp, gir en spesiell mulighet for å påvirke brukerne, og da kanskje særlig overfor de som har vansker med å fungere i andre typer hjelpetiltak:

Jeg tror vi har en påvirkningsmulighet der altså, for at det er veldig mange av dem som stoler på oss. Mange av dem som er psykisk... veldig psykisk dårlig som ikke fungerer nesten noen andre plasser. Hører at dem blir kasta ut fra hybelhusa og alt sånn som det der og dem kommer hit og fungerer på sin måte og har enkelte personer i personalet som dem støtter seg til. Som dem stoler på, å komme i den posisjonen i forhold til mange av dem og kunne overtale dem eller... overbevise dem om at avrusning hadde vært en fin ting det, hadde vært bra det. Eventuelt fått hjulpet dem der.

Påpekningene ansatte har kommet med handler som vi ser delvis om å forbedre arbeidsforholdene for de som jobber i sprøyterommet, men også om å bedre tilbudet til brukerne. Det ene kan ikke sees uavhengig av det andre. Hvis arbeidsforholdene blir bedre, kan ansatte yte bedre hjelp, og når brukerne får bedre hjelp, blir ansatte mer tilfreds med sin innsats.

5.5 Oppsummering

- De nye sprøyteromslokalene i Prindsenkvartalet fungerer langt bedre enn de som var i Tollbugata 3, både når det gjelder kapasitet og ivaretagelse av sikkerhet for de ansatte.
- Sykefraværet er betydelig redusert. Det rapporteres om godt arbeidsmiljø.
- De ansatte gir uttrykk for stor tilfredshet med sine nærmeste overordnede, men føler seg motarbeidet av ledelsen i Rusmildeletaten.
- Opplæring av nye ansatte og veiledning ser ut til å fungere tilfredsstillende.

- Selv om de ansatte stort sett er tilfreds med arbeidssituasjonen, gir de uttrykk for at det er behov for utvidelse av lokalene, lengre åpningstid og flere ansatte.
- De ansatte ser behov for en avrusningsenhet tilknyttet sprøyterommet.

6 Dilemmaer og avveininger

Den foregående evalueringsrapporten drøftet ulike dilemmaer ved en sprøyteromsordning. Som nevnt innledningsvis, ber Rusmiddeletaten/Oslo kommune om at den oppfølgende evalueringen ser på hvorvidt de omtalte dilemmaene fortsatt kan sies å gjelde.

De aktuelle dilemmaene er av ulik karakter, og det vil være ulike oppfatninger av hva og hvor store de er. En vil også kunne si at mange av de dilemmaene som ble drøftet mer er å se på som avveininger, valg og begrensninger på linje med hva som gjelder andre hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere.

Dilemmaene som her løftes fram, er avveininger og valg som dels er resultat av lov og forskrift vedtatt av Stortinget, dels er det valg og avveininger som er foretatt av de ansvarlige for sprøyterommet i Oslo.

6.1 Avgrensingen til injisering av heroin

Straffriheten i sprøyteromsordningen omfatter som kjent bare besittelse og bruk av heroin. Videre er det bare gitt adgang til injisering slik at det eksempelvis ikke er anledning til å røyke heroin, jmf. sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav a. Som påpekt i den foregående evalueringsrapporten, er det vanskelig å se at ikke denne avgrensningen representerer en begrensning i bruk av sprøyterommet, all den tid det er få eller ingen «reine» heroinmisbrukere i Norge. Injisering av heroin er også sett på som mer risikofyllt enn å røyke/innhalere stoffet. Dette er forhold som også ble påpekt av flere instanser i forbindelse med høringsrunden som gikk forut for at sprøyteromsloven ble gjort permanent (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Helse- og omsorgsdepartementet uttrykker forståelse for innvendinger mot sprøyteromsordningens snevre rammer for type narkotisk stoff, og at stoffet bare kan inntas ved injisering, men sier at departementet har valgt å fastholde denne avgrensningen (ibid.). Det framholdes at en utvidelse til inntak av andre typer narkotika enn heroin og andre inntaksmåter enn injisering påkrevder en utvidelse

av straffrihetsunntaket i sprøyteromsloven § 2 første ledd. Videre vises det til at det først og fremst er heroin som injiseres i Norge. Det pekes på at blandingsmisbruk er svært skadelig og øker faren for overdoser. Slik departementet ser det, må et formål med veiledningsfunksjonen i sprøyteromsordningen derfor være å advare mot og begrense blandingsmisbruk. Etter departementets syn vil en avgrensning til heroin også være best i samsvar med de internasjonale konvensjonsforpliktelsene.

Det foreligger ikke informasjon som kan si hvorvidt begrensningen til bare å injisere heroin har ført til at brukere av sprøyterommet har redusert sitt blandingsmisbruk. Mens de tidligere ga klart uttrykk for at det var et problem at de ikke kunne blande heroin med andre stoffer (Olsen & Skretting 2007), var dette mindre framtreddende i intervjuene våren 2009. Det kan ikke utelukkes at dette har sammenheng med at det er mindre kontroll med hvorvidt heroinen blandes med andre stoffer enn tilfellet var i de første årene, slik at brukere ikke lenger ser på det som en reell begrensning. På den andre siden kan det også være uttrykk for at brukerne etter hvert disiplineres av de reglene som gjelder, og forholder seg til dem.

Som tidligere nevnt, vil det i praksis være vanskelig for de ansatte å gjennomføre kontroll med type og mengde stoff som tas med inn i sprøyteromslokalene. Mens det i de første årene var fast rutine at brukerne måtte framvise stoffet de skulle injisere, skjer dette nå mer tilfeldig. En ansatt som har vært med fra starten, sier dette om kontroll:

For å være helt ærlig så tror jeg ikke vi har så god oversikt over hva de putter i det kokebegeret lengre. Før så sto vi som sånne hauker over det begeret. Vi har ikke sjans. Seks, syv brukere til enhver tid og en (ansatt) sitter bak pc-en og andre fyker ut på gulvet att og frem og veileder litt og er borte og finner et filter og... vi har ikke helt kontroll på det, nei. Hvis du ser oppi kokebegerne etter bruk kan du godt se at det ligger en graut igjen innimellom, det kan du. Også tror jeg ikke vi er så opptatt av det heller lengre... koker de en pille så koker de en pille. Jeg kan ikke huske sist gang jeg har utestengt noen for det. Sist (tidligere) fikk de utestengelse hver gang det var pillekoking.

Selv om det langt på vei er «fritt fram» for brukere av sprøyterommet å bringe inn og injisere andre stoffer enn heroin, føres det strengere kontroll med et utvalg av brukerne med hensyn til hvor mye de injiserer. Dette gjelder de vi i kapittel 4 omtalte som «risikobrukere» med hensyn til fare for overdose. Med henvisning til det som er sagt om at få eller ingen injeksjonsmisbrukere bare bruker heroin, gir imidlertid de

ansatte generelt uttrykk for at det er problematisk at sprøyteromsordningen ikke omfatter andre narkotiske stoffer.

Ja... jeg synes det er litt synd at vi må ekskludere en gruppe som ønsker å ha den pillen i kokebegeret. Og det skjer nok her også at det blandes i... uten tvil, men vi ekskluderer nok ganske mange også. Vi hører jo andre brukere som sier det at: «nei jeg må ha den pillen i, så jeg orker ikke det å lure liksom, drive å lure og trikse og mikse hele tiden». For de vet jo at vi følger noe med. Og de som bruker amfetamin.

At sprøyteromsordningen er avgrenset til injisering av heroin, innebærer med andre ord dilemmaer som fortsatt må sies å gjelde.

6.2 Må noen utelukkes?

I den foregående evalueringsrapporten ble det pekt på at sprøyteromsordningen slik den var organisert i Tollbugata 3 ikke passet for alle i målgruppen «tungt belastede heroinmisbrukere». Eksempelvis var de daværende lokalene lite egnet til å ta i mot psykisk syke som ikke var i stand til å forholde seg til de regler som gjelder for bruk av sprøyterommet. Dette hadde sammenheng med de før omtalte trange lokalene hvor de ansatte var fysisk tett på brukerne, og der de hadde begrenset mulighet til å unnsnippe i truende situasjoner. Som vi har sett, er mye av dette endret etter flyttingen. Våren 2009 trekker personalgruppa også fram den gjensidige tryggheten ved at de jobber tett sammen og at kolleger alltid kan tilkalles via calling. Dette gjør at de i liten eller ingen grad opplever truende situasjoner som farlige. De ansatte gir også uttrykk for at større lokaler ser ut til å ha hatt en positiv innvirkning på de mest ustabile brukerne.

Jeg tror at den store plassen gjør at det er mindre utagering. Det som jeg tenkte på, de der som er psykisk ganske dårlige, egentlig de funker bra her. Jeg tror ikke de føler seg pressa inne i rommet, her får de mer plass.

At de ansatte nå gir uttrykk for at de ikke lenger ser det som problematisk med brukere som er psykisk syke og derfor kan ha problemer med å innordne seg rutinene i sprøyterommet, understreker nødvendigheten av at en sprøyteromsordning:

- a. må ha lokaler som er egnet til formålet
- b. forholdene må legges til rette for at de ansatte skal oppnå den nødvendige kompetanse og trygghet som et slikt arbeid krever.

6.3 Tillate injeksjon i hals og lyske?

Som det framkommer av kapittel 3, ser det ut til å ha vært en økning i injisering i hals og lyske i de siste par årene. Injisering i hals og lyske gjør at det lett kan oppstå blødninger, blodpropp, infeksjoner og nerveskader, og kan derfor i større grad få fatale konsekvenser enn injisering i andre kroppsdelene. De ansatte gir derfor ikke veiledning i hvordan injisering i hals og lyske best kan gjøres, men tilbyr brukere hjelp til heller å finne andre blodårer og opplæring i å injisere intramuskulært. Selv om de ansatte kan synes det er spesielt ubehagelig å være vitne til at injisering i hals og lyske finner sted, ser de det likevel som en fordel at brukere som foretar slik injisering gjør det i sprøyterommet. Dette fordi de her tilbys rammer som gir minst mulig stress ved spesielt risikofylt injisering.

At blandingsmisbruk er spesielt farlig med sikte på abscesser og overdoser er, som vi har sett, et viktig argument for at straffriheten i sprøyteromsordningen ikke skal omfatte blanding av heroin med andre stoffer. På samme måte vil det kunne anføres at injisering i kroppsdelene som medfører spesielt stor risiko ikke bør tillates i en sprøyteromsordning. På den annen side vil en kunne si at siden slik injisering er spesielt skadelig, er det en fordel at de som skal injisere i hals og lyske får veiledning fra helsepersonell.

6.4 Kontrollaspektet

Den enkelte bruker av sprøyteromsordningen må underlegge seg en viss kontroll fra så vel ansatte som fra andre brukere. Konkret må den som vil bli registrert oppgi navn og alder, og signere en brukerkontrakt hvor vedkommende forplikter seg til å følge nedskrevne regler. Det hersker også uskrevne regler om hvordan de 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, og at de derfor ikke ville la seg registrere som brukere. Sprøyterommet har imidlertid vist seg å være stadig mer attraktivt, og det er lite som tyder på at kontrollaspektet er til hinder for at målgruppen oppsøker tilbudet, selv om noen kanskje ekskluderes med bakgrunn i bestemmelsen om at det ikke er tillatt å blande heroin med piller.

6.5 Meldeplikt

Sprøyteromsordningen er definert som en kommunehelsetjeneste, og de ansatte er å anse som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2. Etter loven skal helsepersonell varsle aktuell myndighet i gitte situasjoner. Eksempelvis

barnevernet ved alvorlig omsorgssvikt og sosialtjenesten når det er alvorlig bekymring for en brukers helsetilstand eller det er grunn til å tro at en gravid kvinne bruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Like fullt ble dette sett på som et dilemma i de første driftsårene. Det ble framholdt at å melde fra i slike situasjoner kunne medføre at brukere unnlot å oppsøke sprøyterommet. «*Er det ikke bedre at brukeren kommer hit enn at han/hun ikke kommer?*».

Diskusjonen om hvorvidt de ansatte skal melde fra til aktuelle myndighet har først og fremst vært knyttet til situasjoner der det framkommer at brukere har daglig omsorg for barn. Det synes imidlertid nå å være avklart at meldeplikten slik det framkommer i helsepersonelloven, skal overholdes.

6.6 Oppsummering

- Med bakgrunn i at injisering av heroin innbærer en større risiko enn å røyke stoffet, må det kunne sies å innebære et dilemma at sprøyteromsordningen bare omfatter injisering. Det samme gjelder avgrensningen til heroin så lenge det er få eller ingen reine heroinmisbrukere i Norge.
- De ansatte ga tidligere uttrykk for at brukere som er psykisk syke, og derfor hadde problemer med å innordne seg rutinene i sprøyterommet, vanskelig kunne innpasses i en sprøyteromsordning, selv om det kanskje var de som trengte det mest. Etter at så vel de fysiske som de psykososiale arbeidsforholdene er blitt langt bedre, synes ikke dette lenger å gjelde. Det understreker imidlertid nødvendigheten av at en sprøyteromsordning må ha lokaler som er egnet til formålet, og at forholdene må legges til rette for at de ansatte skal oppnå den nødvendige kompetanse og trygghet som et slikt arbeid krever.
- Injisering i hals og lyske foregår i et visst omfang. Slik injisering medfører større risiko for skade enn injisering på andre kroppsdelene. Det vil derfor være en avveining hvorvidt en sprøyteromsordning skal tillate slik injisering.
- De ansattes meldeplikt til barnevern (brukere med omsorg for barn) og sosialtjeneste (brukere som vurderes ikke å kunne ta var på seg selv, graviditet) ble innledningsvis opplevd som et dilemma da det kunne føre til at brukere lot være å komme til sprøyterommet. Det synes nå å være avklart at meldeplikt slik det framkommer i helsepersonelloven, skal overholdes.

7 Hva viser den oppfølgende evalueringen?

Oppdraget fra Oslo kommune/Rusmidlelestaten var å sammenstille og analysere data fra den foregående evalueringen (Olsen & Skretting 2007) med tilsvarende data fra perioden etter at sprøyterommet flyttet til Prindsenkvartalet. Vi har i kapittel 1.2 skissert de problemstillinger som videreføringen av evalueringen av sprøyteromsordningen i Oslo skulle søke å besvare. De to første driftsårene i Tollbugata 3 – 01.02.2005 – 31.01.2007, er sammenlignet med perioden 01.07. 2007 – 31.01.2009.

7.1 Har flere brukere ført til endringer i hvordan sprøyterommet brukes?

Selv om antall registrerte brukere har økt etter flyttingen til nye lokaler, er bruksmønsteret av sprøyterommet mer eller mindre det samme som tidligere. Som i den foregående evalueringen, er det stor forskjell i hvor ofte de registrerte brukerne benytter sprøyteromsordningen. Det var en noe større andel som etter flyttingen brukte det oftere (6 ganger + per måned i gjennomsnitt), men samtidig var det en noe større andel som brukte det sjeldnere (0–2 ganger per måned i gjennomsnitt). En nærmere studie av de 10 som hadde brukt sprøyterommet mest, viser imidlertid store individuelle variasjoner i bruken fra måned til måned. Fra så vidt å ha vært innom sprøyterommet i enkelte måneder, har de i andre måneder kommet flere ganger om dagen.

Mengde heroin brukerne oppgir å skulle injisere viste stort sett samme fordeling som i den foregående evalueringen. Ellers var det en noe større andel injeksjoner som ble foretatt i lyske sammenlignet med hva som var tilfellet i de første to driftsårene.

7.2 Er det faglige innholdet i sprøyterommet blitt bedre?

Det ser ut til å ha vært en økning i så vel injeksjonsveiledning som helse- og sosialfaglig oppfølging. Andel injeksjoner hvor det er gitt veiledning, har økt fra 13 prosent i de første to driftsårene til 17 prosent i det nye sprøyterommet. Det har imidlertid vært en nedgang i andel brukere som noen gang har mottatt slik veiledning, fra 81 prosent til 76 prosent.

Mens det i de første to driftsårene var registrert helse- og sosialfaglig oppfølging i åtte prosent av besøkene, har slik oppfølging økt til 14 prosent etter flyttingen. Selv om økningen i noen grad kan skyldes bedre registreringsrutiner, er det grunn til å tro at økt fokus og bedre bemanning har spilt en vesentlig rolle.

7.3 Endring i andel overdoser?

Andel injeksjoner som fører til overdose i sprøyterommet viser en liten økning fra 0,61 prosent i de første to driftsårene til 0,68 prosent i den aktuelle perioden etter at sprøyterommet flyttet. Det har imidlertid vært en nedgang i andel brukere som noen gang har hatt overdose, fra 18 prosent i de første to driftsårene til 11 prosent av de som har brukt sprøyterommet etter flytting. Ingen av overdosene har ført til dødsfall.

7.4 Har flyttingen ført til bedring i de ansattes arbeidssituasjon?

De nye sprøyteromslokalene i Prindsenkvartalet fungerer langt bedre enn de som var i Tollbugata 3, både når det gjelder kapasitet og ivaretagelse av sikkerhet for de ansatte. Det rapporteres om godt arbeidsmiljø, og sykefraværet er betydelig redusert. De ansatte gir uttrykk for stor tilfredshet med sine nærmeste overordnede. De føler seg imidlertid motarbeidet av ledelsen i Rusmiddelstaten da en der har tatt til orde for å avvikle sprøyterommet. Opplæring og veiledning av ansatte ser ut til å fungere tilfredsstillende. Selv om de ansatte stort sett er tilfreds med arbeidssituasjonen, gir de uttrykk for at det er behov for utvidelse av lokalene, lengre åpningstid og flere ansatte.

7.5 Gjelder de samme dilemmaene?

Den foregående evalueringen drøftet ulike dilemmaer knyttet til en offentlig sprøyteromsordning. Som vi har sett, fungerer den daglige driften etter flyttingen på alle måter langt bedre enn i det gamle. Det er imidlertid fortsatt dilemmaer knyttet til dagens sprøyteromsordning selv om noen ser ut til å være ryddet av veien. Eksempelvis synes spørsmålet om hvorvidt de ansatte har meldeplikt til barnevern og sosialtjeneste i gitte situasjoner, slik det framkommer i helsepersonelloven, å være avklart. Tidligere ble det også opplevd som et dilemma at det var vanskelig å håndtere psykisk syke og ustabile personer i sprøyterommet, selv om disse kanskje var av de som trengte det mest. I de nye lokalene er disse problemene langt mindre, noe som ser ut til å ha sammenheng med mer hensiktsmessige lokaler og økt kompetanse blant de ansatte.

Noe som fortsatt må sies å innebære dilemmaer, er at sprøyteromsordningen er avgrenset til bare å omfatte injisering av heroin. Det samme gjelder hvorvidt sprøyteromsordningen skal tillate injisering i hals og lyske, noe som foregår i et visst omfang.

7.6 Måloppnåelse – «kost- nytte»

Rusmiddeletaten/Oslo kommune ba om at den oppfølgende evalueringen satte fokus på problemstillinger knyttet til «kost-nytte» ved sprøyteromsordningen i Oslo. En vurdering av kostnader ved sprøyteromsordningen opp mot nytteverdi må sees i lys av i hvilken grad de oppsatte målsetningene kan sies å være nådd. Som tidligere påpekt, kan imidlertid ikke alle formålene med sprøyteromsordningen operasjonaliseres på en måte som kan måles. Eksempelvis er ikke målsetningen om at sprøyterom skal bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere noe som er målbart. Som det framkommer i kapittel 4.2 mener vi likevel å kunne si at en sprøyteromsordning bidrar til å gi målgruppa økt verdighet ved at den gir et signal om anerkjennelse av sprøytebrukeres behov for å injisere heroin på en minst mulig risikofyllt måte.

Formålet om økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat er i større grad målbart. I den siste evalueringsperioden ble det gitt helse- og sosialfaglig oppfølging i 11 prosent av alle besøk sammenlignet med åtte prosent i de første to driftsårene. Omfanget av slik oppfølging vil langt på vei avhenge av de ansattes kapasitet utover å bistå ved injisering, men de ansatte bistår så langt det er praktisk mulig i slike spørsmål. Her vil det også være et spørsmål

hvor langt ansatte i sprøyterom skal følge opp den enkelte bruker, og når andre instanser bør overta.

Mye av arbeidet i sprøyterommet er innrettet på forebygging av smitte og infeksjoner. Ut fra foreliggende data er det imidlertid ikke mulig å si i hvilken grad det bidrar til at slik forebygging faktisk finner sted. I siste evalueringsperiode ble det imidlertid gitt injeksjonsveiledning i 17 prosent av alle besøk sammenlignet med 13 prosent i de første to driftsårene. Rådgivning om hygiene inngår som en del av arbeidshverdagen til ansatte, og det er grunn til å anta at slik rådgivning ikke alltid registreres. Den enkelte bruker vil heller ikke ha behov for rådgivning med hensyn til injisering hver gang han eller hun besøker sprøyterommet.

Det var også et formål med prøveordningen å forebygge overdoser og overdosedødsfall. Dette er noe som står i fokus i de ansattes arbeid, men hvorvidt sprøyterommet faktisk bidrar til reduksjon i antall overdoser og overdosedødsfall kan ikke besvares. Andel injeksjoner som førte til overdose var 0,68 prosent i den oppfølgende evalueringen sammenlignet med 0,61 prosent i de første to driftsårene. Andelen overdoser er på størrelse med det en finner i sprøyterom i andre land. Ingen av overdosene har imidlertid ført til dødsfall. Det er en liten gruppe brukere som har hatt gjentatte overdoser i sprøyterommet, og de ansatte følger disse tett opp når de er i sprøyterommet. Flere av dem det gjelder blir eksempelvis pålagt å dele planlagt dose, noe som trolig bidrar til færre overdoser i sprøyteromslokalene.

I hvilken grad sprøyterommet i Oslo møter brukernes behov må kunne sies å inngå i en «kost – nytte» vurdering. Selv om de nye lokalene gir plass til langt flere brukere enn tilfellet var i Tollbugata 3, er kapasiteten begrenset. Dette er noe som ble understreket i intervjuer med så vel ansatte som brukere. Begge parter ga klart uttrykk for at dagens sprøyterom ikke møter brukernes behov når det gjelder kapasitet og at tilbudet derfor bør utvides både med hensyn til flere plasser og utvidelse av åpningstid.

Sprøyteromsordningen er ment å gi tungt belastede narkotikamisbrukere skjermede og hygieniske omgivelser for å sette sprøyter under oppsyn av kvalifisert personell (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Den skal slik sett være med på å redusere skader knyttet til injisering av narkotika, både for de som setter sprøyter i privatsfæren og de som gjør det i det offentlige rom. Et aktuelt spørsmål i den sammenheng vil derfor være i hvilken grad en slik ordning skal ta sikte på å kunne dekke flest mulig av injeksjonene som settes i et gitt geografisk område, eller om

det er «godt nok» at tilbudet har en mer begrenset målsetting med hensyn til kapasitet.

Da sprøyterommet var i Tollbugata 3, ble det ut fra en vurdering av hvor mange en ville kunne klare å betjene satt en grense på ca 400 registrerte brukere. Etter flyttingen ble det som nevnt åpnet for å ta inn nye, og per 31.01.2009 var antall registrert brukere 1 276. Sprøyterommet er åpent seks timer på dagtid (kl 09.00 – 15.00) alle ukens syv dager. Det har vært en jevn økning i antall injeksjoner, slik at det i perioden 01.07.2007 – 31.01.2009 i gjennomsnitt ble satt 47 injeksjoner per dag sammenlignet med 24 i de første to driftsårene (se 3.2). Våren 2009 ble det enkelte dager satt opp i mot 100 injeksjoner i løpet av den seks timer lange åpningstiden. Ut fra de ansattes vurdering er kapasiteten nå i ferd med å bli sprengt.

Ut fra beregninger som bygger på data fra 2006, var det dette året i Oslo et sted mellom 2 500 og 3 700 sprøytebrukere som i gjennomsnitt satte 5 500 – 8 200 injeksjoner per dag (Bretteville-Jensen upublisert). Hvis vi tar utgangspunkt i det nedre gjennomsnittet på 5 500 injeksjoner per dag, tilsvarer dette ca 2 millioner injeksjoner i året, noe som omtrent tilsvarer antall sprøyter som i 2006 ble delt ut fra Rusmiddeletaten i Oslo. Det injiseres som kjent også andre narkotiske stoffer enn heroin, men heroin antas å utgjøre ca 90 prosent av injeksjonene, det vil si ca 5 000 heroininjeksjoner i døgnet (jf. Bretteville-Jensen 2005).

Et gjennomsnitt på 47 injeksjoner i sprøyterommet per dag tilsvarer ut fra dette ca 1 prosent av alle injeksjoner som i den aktuelle perioden ble satt i Oslo i løpet av et døgn. Selv ved 100 injeksjoner pr dag, slik det ble registrert enkelte dager våren 2009, vil injeksjonene i sprøyterommet bare representere en liten brøkdel av det totale antall injeksjoner som daglig settes i Oslo. Undersøkelsen av brukere av sprøyteutdelingen i Oslo sentrum som har pågått siden 1993 viser at heroinmisbrukere i gjennomsnitt setter mer enn tre injeksjoner per dag (Bretteville-Jensen 2005). Dette indikerer at de fleste injeksjoner settes utenom sprøyterommets åpningstid (kl 09.00 – 15.00). Selv om vi ikke har nødvendig informasjon om når på døgnet flertallet av injeksjonene finner sted, må det stilles spørsmål ved om sprøyterommet i Oslo, slik det fungerer i dag, først og fremst når fram til de som klarer å komme seg til sentrum i «kontortida» og som orker å vente i kø når det er stor pågang.

Ut fra det som her er sagt, innebærer det et åpenbart dilemma at dagens sprøyterom bare har kapasitet til å dekke en liten brøkdel av de injeksjoner som settes i Oslo i løpet av et døgn. Selv om en relativt stor andel av sprøytemisbrukerne i Oslo er registrert som brukere, og det vil variere hvor ofte den enkelte ønsker å bruke sprøyteromsordningen, vil behovet for gruppen som sådan trolig være langt større enn dagens ordning kan tilby. Dette gjelder først og fremst begrensningen i dagens åpningstid, men det er også behov for økt kapasitet innenfor dagens åpningstid. Det må i den forbindelse sies at i følge sprøyteromsforskriftens § 6 skal det ved fastsettelsen av åpningstid ta hensyn til brukernes behov.

Å utvide tilbudet vil nødvendigvis medføre økte kostnader. Da direktøren i Rusmiddelstaten høsten 2008 foreslo å legge ned sprøyterommet, ble de økonomiske hensynene tillagt stor vekt (Fauske 2009). Ikke overraskende er imidlertid de ansatte sterkt kritiske til at Rusmiddelstaten legger økonomiske kriterier til grunn for hvorvidt sprøyterom bør være et tilbud til rusmiddelmissbrukere i Oslo.

Men jeg tror ikke at vi kan måle... Resultatet av sprøyterommet er jo på en måte en utgiftspost men på sikt så vil vi nok... altså det er ikke målbart men det er ingen som har dødd her, og jeg vil tro det at antall sår vil gå ned litt på sikt for at dem får en bedre injeksjonsteknikk, rent utstyr og ikke sølevann og vann fra Akerselva og sånne ting. Du kan ikke starte med en bruker som var registrert i går å gi veiledning i injeksjonsteknikk. Da må dem være rimelig trygge på oss for at vi får komme og gjøre noe med den lille helligdom og ritualer dem holder på med, så det tar jo veldig lang tid å få en intervensjon på sånne ting, og da vil jeg jo tro at det tar veldig, veldig lang tid for å se resultatene av det. Og vi møter jo sykt mye mennesker da... vi møter jo flere mennesker her enn dem gjør noen andre plasser i systemet. Så vi hjelper flere folk vil jeg påstå.

De som jobber i sprøyterommet er naturlig nok av den oppfatning at det er et viktig tiltak, både ved at brukerne får hjelp til å injisere på en mindre risikofylt måte, og ved at de får mulighet til sårpleie og bistand til å kontakte ulike hjelpetiltak.

Det er jo ikke bare trøkket som viser at vi har en plass i rusomsorgen, det er jo det vi faktisk får til. At vi ser at de blir flinkere til å injisere, de blir mer bevisst på injeksjonspraksisen sin og at vi har muligheten til å gjøre både de sosialfaglige og helsefaglige tiltakene som vi får til nå som vi kanskje ikke har fått til tidligere. De henvisningene og bekymringsmeldingene vi gjør og... det har en stor verdi.

Som det også ble påpekt i den foregående evalueringen, er en sprøyteromsordning med mye oppfølging av, og hjelp til den enkelte bruker nødvendigvis kostnadskrevende. Lokalene må være hensiktsmessige og spesielt utformet til formålet. Bemanningen må være forsvarlig, og åpningstidene skal som nevnt tilpasses målgruppas behov. Kostnadene må imidlertid vurderes opp mot nytten en sprøyteromsordning kan sies å gi. Eksempelvis ser det ut til at sprøyterommet i Oslo trolig kan sies å gi nytte til brukere gjennom den veiledning som gis, og at de injiserer narkotika på en mindre helseskadelig måte enn de ellers ville ha gjort. De gis også tilbud om sårpleie, samtaler osv.

Det må bemerkes at å gjøre en tradisjonell kost-nytte-studie av sprøyterom er vanskelig, for ikke å si umulig. I Canada er det imidlertid nylig gjort et forsøk på å beregne «hva en får igjen for pengene» ved etablering av sprøyterom. Det konkluderes her med at sprøyterom ser ut til å være en effektiv og nyttig bruk av offentlige midler (Andresen og Boyd 2009). Slike studier vil imidlertid alltid kunne kritiseres for ikke å ta alle nødvendige hensyn med i betraktning. I en engelsk kunnskapsgjennomgang gjøres det eksempelvis ingen forsøk på å lage økonomiske estimater. Det sies her at det ikke er mulig å si noe sikkert om forholdet mellom kostnader og nytteverdi i sprøyterom:

While it has been concluded from the research evidence that DCRs have an impact on a range of outcome measures, the size of this impact is much harder to ascertain. As a result, at this stage, it is impossible to say anything certain about cost-effectiveness

(The Independent Working Group on Drug Consumption Rooms 2006:64).

Vi har forsøkt å gi et lite innblikk i problemer knyttet til en vurdering av «kost-nytte» når det gjelder sprøyterommet i Oslo. Det vil imidlertid være et politisk spørsmål å vurdere hvorvidt «gevinsten» ved sprøyterom kan sies å stå i forhold til kostnadene. Likeledes vil det være et politisk spørsmål hvorvidt en sprøyteromsordning bør/skal inngå som tilbud til rusmiddelmissbrukere når de økonomiske midlene som avsettes til denne gruppa skal prioriteres.

Referanser

Andresen M og N Boyd (2009). *A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's Safe Injection Facility*. International Journal of Drug Policy, in press.

Bretteville-Jensen, Anne Line. *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. SIRUS-rapport nr 4/2005.

Fauske, Lilleba. *Sprøyterommet bør stenges*. Aften 24.11.2008.

FOR 2004–12–17 nr 1661: *Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)*.

Helse- og omsorgsdepartementet. Ot.prp. nr. 59. *Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.*

Helse- og omsorgsdepartementet. *St. prp. nr. 1 (2008–2009)*

Helse- og omsorgsdepartementet. *Høring – forslag til permanent sprøyteromslov*. 31.10.2008

LOV 2004–07–02 nr 64: *Midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)*.

Odelstinget. 10.juni 2009. *Sak nr 13*.

Olsen, Hilgunn & Skretting, Astrid. *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. SIRUS-rapport nr 7/2007.

Rusmiddeletaten. *Brev til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester*. 29.02.2008.

The Independent Working Group on Drug consumption rooms (2006). *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption rooms*. York. Joseph Rowntree.

English summary

The new premises are satisfactory. Staff security is well attended to. Operating costs have virtually doubled since the injecting room moved to a new home, however. Higher outlays must be seen in light of the depreciation of the new premises.

Consistent with the findings of the former evaluation, frequency of use by registered clients varies widely. The 'frequently' percentage (on average 6 or more visits per month) rose slightly, but so did the 'rarely' category (0–2 visits per month on average). A detailed examination of the ten clients with the highest visiting frequency reveals, all the same, large fluctuations from month to month.

The amount of heroin the users report to inject shows more or less the same distribution as at the former evaluation. Percentage of injections in the groin was slightly higher compared the first two years of operations.

Again compared with that period, the move to new premises has not caused problems in the sense of the police «chasing» injecting room clients away or making it difficult to run the Oslo-injecting facility in any way.

As was said in connection with the last evaluation, the supervised drug injection scheme can be said to have promoted the dignity of the group in question, both generally and for the individual. Although it is impossible to operationalise dignity as a concept in a measurable way, one can say that the injecting room communicates an acknowledgement of injecting drug users' basic human value and need of help. For the clients, the services and contact with staff doubtless go some way to underpinning a sense of dignity. Working conditions at the new premises are better, increasing staff and client satisfaction, which again can be said to help clients feel more valued than was the case in the old facility.

After the move to the new premises, somatic and psycho-social health matters were raised in 14 per cent of all visits, while the corresponding percentage during the first two operating years was 8 per cent. Treatment of wounds and consultations

with staff are the most frequent forms of assistance. Although the rise can be put down to an improved registration procedure, there is reason to believe that increased focus and better staffing have played a not inconsiderable role.

There was a rise in the number of visits during which the clients receive advice about injecting the drug, from 13 per cent in the first two years to 17 per cent in the new injecting room. At the same time, advice was given to a smaller percentage of clients, from 81 to 76 per cent.

Following the move, 0.68 per cent of injections have resulted in overdose incidents, compared with 0.61 per cent during the first two years. There was, however, a fall in the percentage of clients suffering from an overdose, from 18 per cent in the first two years to 11 per cent after the move.

Staff sick leave fell significantly and reports attest to a good working environment. Staff express great satisfaction with their immediate superior, but feel dogged by the senior management at the Alcohol and Drug Addiction Service. Training of new staff and support meetings appear to work in a satisfactory way. While staff are generally happy with the working environment, they would like more space, longer opening hours and more staff.

Harm reduction programmes such as the injecting room will raise numerous dilemmas/problems for staff and decision makers. Having said that, opinions on what exactly constitutes a dilemma and how seriously it should be taken will vary. Some dilemmas/problems are largely similar to the challenges, choices and constraints in other services for drug users. Others are issues addressed under general drug and alcohol policy, but seen here through the lens of a public injecting room facility. Most of the dilemmas and choices discussed in the last evaluation report still apply; some, however, appear to have been eliminated.

Insofar as injecting heroin poses a greater risk to health than smoking the drug, restricting the permitted method of administration to injecting is clearly a dilemma for the injecting room. As long as the number of people in Norway who use heroin as their only drug remains small or even non-existent, forbidding other substances than heroin in the injection room must also be characterised as a dilemma.

Injecting in the neck and groin does occur, and is more risky than injecting at other sites. Whether an injecting room should allow clients to inject in these areas ought therefore to be given some consideration.

The duty of staff to alert the child welfare authorities (concerning clients with children in their care) and social services (about clients whose ability to look after themselves is questionable or clients who are pregnant) was experienced a difficult choice in the beginning, because the effect of reporting could be to dissuade clients from using the injecting room altogether. Today, however, staff appear to act in accordance with the rules of disclosure laid out in the Health Personnel Act.

Staff noted on a previous occasion the problem of coping with mentally ill clients whose conduct violates the rules of the establishment, although they probably have more need of help than any other group. Given the significant improvement in physical and psycho-social working conditions, dealing with potentially problematic clients has become easier. This serves to accentuate the need for premises that are fit to purpose and to ensure that staff have the necessary training, qualifications and security required by the job.

A «cost-benefit» analysis of Oslo's injecting room scheme should be seen in light of the facility's success in meeting its objectives, even though these objectives are not always quantifiable. Among these objectives, Oslo's injecting room can be said to have enhanced the dignity of the group in question. Similarly, it has facilitated intervention in the field of somatic and psycho-social health, and probably also improved syringe hygiene. There is no evidence, however, that the scheme has made any inroads in the number of overdose incidents or overdose mortalities. One of the primary objectives of the scheme was to provide a secluded, hygienic setting where clients could inject drugs under the supervision of qualified health personnel. This, however, cannot be said to have been achieved insofar as the injecting room's current capacity covers only a fraction of all the injections made in Oslo in the course of a day. Some clients, it should be noted, use the injecting room intermittently and may not want to do so on a regular basis. They may simply have wanted to learn to inject heroin with the least risk to health.

SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008.* 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser.* 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007.* 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon».* 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser.* 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006.* 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom.* 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storvoll *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging.* 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Laurizen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»*. 128 s. Oslo 2005.

SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & 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.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasieksperimentell undersøkelse.* 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg».* 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg».* 116 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.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse.* 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene.* 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001.* 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument.* 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.

