

Til Helsedepartementet

Oslo 12-12-2008

Actis' svar til sprøyteromshøringen

Første del er en oppsummering av våre synspunkter, andre del er subsidiære anbefalinger om endringer i lovforslaget. Deretter følger en mer utfyllende vurdering av noen sentrale momenter i høringen.

Actis takker for anledningen til å kunne spille inn våre synspunkter til Departementets høringsnotat.

Actis anbefaler ikke sprøyterom

Actis anerkjenner de mange gode målsetninger som ligger bak forslaget om sprøyterom, som å bidra til økt verdighet, legge til rette for bedre kontakt, forebygge smitte og infeksjoner og å redusere antall overdoser. Sprøyterom vil trolig gi noe større verdighet for brukerne. Det kan også bidra til å nå noen av de andre målsetningene selv om vi mener dette er langt mer usikkert og begrenset.

Disse målsetningene kan likevel bedre oppnås gjennom styrking og utbygging av andre lavterskeltiltak og ved å styrke det helhetlige behandlings og hjelpeapparatet slik Rusreformen og Opptrappingsplanen forutsetter.

Sprøyterommet vil dekke en svært liten del av injeksjonene som settes og er derfor ikke en resursmessig god prioritering siden det kan fortrenge andre og mer effektive tiltak.

Vår fremste innvending er likevel at det ikke er forsvarlig å åpne for sprøyterom i en situasjon der det øvrige behandlingsapparatet har store svakheter, noe flere store offentlige reformer og planer den siste tiden er uttrykk for. Dette berører både prioriteringen av ressursene men også den helse- og sosialfaglige sammenhengen sprøyterommet må være en del av, og som Rusreformen og Opptrappingsplanen legger avgjørende vekt på. Til sist må sprøyterommets kriterier, inntak og tilbud vurderes og bestemmes ut fra et fungerende helhetlig tilbud. Det trengs et fungerende behandlingsapparat for å kunne identifisere brukerne og deres behov både før, under og eventuelt i oppfølging. Det kan i dag reises spørsmål om vi har dette apparatet.

Et sprøyterom vil trolig bidra til noe større verdighet, slik evalueringsrapporten fra SIRUS bemerker. Det som virkelig ødelegger verdigheten er likevel selve avhengigheten og de underliggende psykososiale problemene. En bekymring for de gatenarkomanes verdighet trenger derfor en helhetlig respons over tid fra det forebyggende, til tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering.

Sprøyterommet kan sies å svare på noen av de dilemmaer vi har med de tyngste misbrukerne. Men det reiser også nye etiske dilemmaer, knyttet særlig til personalets ansvar, ikke minst ligger det en tendens til klientifisering og passivisering som ikke styrker brukernes verdighet og ansvarsfølelse.

Til sist, Oslo byråd som har hatt det eneste prøveprosjektet i Norge har registret enkelte positive erfaringer med sprøyterommet med trekker i all hovedsak en negativ konklusjon. Verken lederen for Rusmideletaten i Oslo, byrådet eller forskningssjefen ved SIRUS mener dermed at et sprøyterom er en god prioritering av resursene.

Actis mener derfor at dette lovforslaget ikke styrker tilliten til en erfarings- og evidensbasert politikkutvikling.

Actis foreslår

Dersom regjeringen likevel velger å åpne for sprøyterom er det viktig å sikre at det er et supplement og ikke alternativ, slik Helsedepartementet selv skriver i høringsnotatet. Dersom det skal være et reelt supplement til eksisterende tilbudet må det legges tydeligere føringer på hva dette innebærer.

Sosial- og helsefaglig oppfølging

Actis mener at for kommuner som ønsker å etablere sprøyterom er det en reell mulighet for at de store kostnadene vil kunne føre til at andre tilbud i rusomsorgen rammes. I realiteten vil en dermed kunne komme i en situasjon der en persons verdighet går på bekostning av en annens, og at helhetlige tiltak svekkes.

Kommunene vil måtte stå fritt, det er likevel viktig å legge faglige føringer slik at målsetningen med regjeringens politikk sikres, ikke minst de sentrale målene i Opptappingsplanen og Rusreformen.

I første rekke gjelder det å presisere at sprøyterommet er en del av det helhetlige tilbudet. Dette må bety at et langsiktig mål for sprøyterommet er å legge til rette for videre behandling og sosial integrasjon. Dette ligger allerede implisitt i målsetningen om å "gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukerne og hjelpeapparatet" (min uthv). Vi mener det ville være en styrke om dette ble presisert slik at eventuelle kommuner som ønsker å åpne sprøyterom bedre forstår hensikten med formuleringen om at sprøyterommet skal være "et supplement".

Det forekom helse- og sosialfaglige oppfølging i 8% av alle enkelte besøk ved sprøyterommet, skriver evalueringsrapporten fra SIRUS. Dette inkluderer stell av sår og samtaler så vel som formidling til hospits og behandling. En vet lite om hva slags type hjelp og hvem som har fått denne.

Rapporten skriver at helse- og sosialfaglig delen av arbeidet ser ut til å ha vært viktig for personalets følelse av å gjøre en meningsfull jobb. Vi tror dette skyldes at slik hjelp bidrar vesentlig til brukerens og personalets verdighet og at personalet ser potensialet hos brukeren til å bedre sin situasjon ytterligere.

Samtidig går det fram av rapporten at rådgivningen rundt selve injiseringen og situasjonen rundt disse har førsteprioritet. Gitt den iboende risiko i injiseringen er ikke dette unaturlig. Det må likevel stilles krav om at oppfølging gis tilsvarende prioritet og resurser.

Paragraf § bør også styrke vektleggingen av den psykososiale oppfølgingen. Slik det framstilles nå stilles det ingen krav til at brukerne også skal møtes med videre tilbud fra helse- og sosialtjenesten. At oppfølgingen er frivillig er selvsagt og det er derfor en unødvendig presisering å legge til at "formidling av kontakt med helsetjenesten eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det". Frivillighet er selvsagt for alle sider av sprøyterommets tilbud og denne formuleringen kan oppfattes som en nedprioritering av den helse- og sosialfaglige oppfølgingen.

Actis foreslår at den aktuelle målformuleringen i § 1 "å gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukerne og hjelpeapparatet" gis følgende tillegg "og sikre en helse- og sosialfaglig oppfølging og behandling" og at formuleringen "dersom brukeren ønsker det" i §6 i) strykes.

Aldersgrense og samhandling

Kriteriene for å kunne bruke sprøyterommet er at en har "en langvarig heroinavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis og ha fylt en 18 år". Actis mener en bruker på 18 år ikke er en langvarig heroinavhengig eller "tungt belastet narkotikamisbruker" på samme måte som en 40-åring med 20 års bruk og 5-10 behandlingsforsøk. En vurdering av kriteriene overlates riktignok til personalet, men dette mener vi ikke er tilfredsstillende. Personalet er knyttet til sprøyterommet og ikke primært til den helhetlige helse- og sosialfaglige tjenestene. Det blir dermed ikke en tilstrekkelige helhetlig vurdering.

Utover dette er det rimelig gitt premissene bak sprøyterommet at det er en lav terskel for hvem som skal kunne registrere seg som bruker og at en i stor grad vil måtte basere seg på en egenerklæring om bruk. Det er likevel vesentlig at de følger en vurdering fra helse- sosialtjenesten siden det er relevant å bli kjent med hvilke andre relasjoner vedkommende har til for eksempel behandlingsapparatet.

Dersom vedkommende bruker allerede er inne i en prosess om videre behandling eller det foreligger planer og samtaler om dette, bør det ikke oppstå uklarhet eller en "konkurransesituasjon" om brukeren mellom andre helse- og sosialtjenester og sprøyterommets personale. Sistnevnte skal arbeide tett med andre tjenester og dette må begynne helt fra registreringen. Vi mener ikke at dette betyr at brukere skal kunne utestenges, men at alle aktører er informert og bidrar til at veiledningen fra et helhetlig og langsiktig perspektiv tar til fra første stund.

Actis mener at aldersgrensen på 18 år er for lav og må heves til minst 25 år og at det innhentes en vurdering fra relevante kontakter i helse- og behandlingsapparatet.

Lavterskel-samlokalisering

Actis mener at et bedre alternativ til sprøyterom er en bredere tilrettelegging av lavterskeltilbud. Dette kan gjøres ved at eksisterende tilbud samlokaliseres og slik skaper synergier og effektivisering av helse- og sosialfaglig oppfølging, jf Opptappingsplanen for rusfeltet.

En slik løsning må ikke være samlokalisert med et sprøyterom. Det er flere grunner til dette. De som søker hjelp til å komme ut av rusmisbruket bør ikke være i umiddelbar nærhet av aktive brukere, narkotika og bruk av narkotika. Vi presiserer derfor at den planlagte Rusakutten i Oslo må holdes adskilt fra et sprøyterom.

Vi ser også at en samlokalisering vil kunne ha den motsatte effekten på de aktive brukerne av sprøyterommet. De vil lettere kunne nyttegjøre seg av hjelpeapparatet på et slikt sted og kanskje slik bidra til å ta skrittet over i behandling.

Actis mener likevel det er et viktig prinsipp at hjelpeapparatet i en slik situasjon først må sikre forholdene for dem som aktivt ønsker og søker behandling. Denne adskilles bør skrives inn i forskriften.

Erfaringsbasert politikk

Helsedepartementet framstiller i realiteten evalueringsrapporten fra SIRUS som i hovedsak positiv. Dette overser sentrale betenkeligheter i rapporten, mener vi. Departementet vektlegger rapportens momenter på en annen måte enn det forskerne gjør.

SIRUS skriver at "Det er begrenset grunnlag for å si hvorvidt sprøyteromsordningen har bidratt til å forebygge infeksjoner og smitte". Helsedepartementet sier dette på en litt annen måte, nemlig at "det er vanskelig å si i hvilken grad den påviste helsegevinsten kan sies å ha hatt en signifikant effekt overfor målgruppen som sådan." Høringsnotat innleder dette avsnittet tvert om med at "Evalueringen viser at det blir gitt god veiledning om smitteforebygging og hygiene".

En annen omskrivning er i synet på "helse- og sosialfaglig oppfølging", som er begrepet SIRUS bruker. Departementet bruker ikke denne beskrivelsen, men holder seg til forskriften som formulerer dette som å "gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparatet". Det sies også at tjenesten skal omfatte "tilbud om rådgivning og informasjon om helsetjenester og sosiale tjenester" og omfatte "formidling av kontakt med helsetjenesten og/eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det".

SIRUS gir disse målene samlebetegnelsen "helse- og sosialfaglig oppfølging" mens HOD kaller gir det samlebetegnelsen "Bidra til økt kontakt og samtaler med hjelpeapparatet" (mellomtittel 6.3.1.3). Dette er en noe mindre ambisiøs målsetning selv om Helsedepartementet også legger vekt på at sprøyterommet skal være en viktig "inngangsport" til det øvrige hjelpeapparatet.

Dette forklarer kanskje hvorfor SIRUS sier dette målet er oppnådd kun i "begrenset grad" mens departementet velger ikke å referere evalueringen på dette punktet, men peker tvert om på at helse- og sosialfaglig oppfølging ikke var vesentlig grunn til at brukerne søkte til sprøyterommet – naturlig nok.

Actis mener Helsedepartementet her ser ut til å omskrive to sentrale punkter i evalueringen av sprøyterommets formål om forebygging av smitte og infeksjoner og om oppfølging.

Evalueringen fra SIRUS viser liten effekt på enda et annet avgjørende punkt. Det er ikke grunnlag for å si om prøveordningen har bidratt til færre overdoser eller overdosedødsfall.

Det en i realiteten står igjen med er at sprøyterommet har bidratt til økt verdighet slik brukerne har rapportert. I seg selv kan ikke dette være godt not resultat for en så omfattende og kontroversiell satsning.

Dessuten peker SIRUS-rapporten på en rekke dilemmaer som sprøyterommet reiser, bla om dette er riktig prioritering av samfunnets resurser, at det kun vil være et tilbud til noen få, at personellet stilles i etiske problematiske situasjoner, at sprøyterommet kan bidra til å opprettholde et rusmisbruk m.m.

Basert på prøveprosjektet er det derfor ikke sterke grunner for å fortsette ordningen. Det er likevel riktig at noen av svakhetene som evalueringsrapporten fra 2007 peker på er bedret i tiden etter, men i hovedsak ligger rapportens kritikk fast, slike forskningssjefen i SIRUS har uttalt (Actis fagkonferanse 19 sept).

Den naturlige progresjonen etter prøveprosjektet i Oslo ville derfor være enten å legge det ned, eller subsidiært først videreføre prøveprosjektet for å kunne nyttegjøre seg funnene i evalueringsrapporten før det gjøres vedtak om permanente ordninger.

Det er også bemerkelsesverdig at direktøren for Rusmiddelstaten i Oslo og Byrådet i Oslo mener sprøyterommet ikke er en god prioritering av resursene, selv om deres innstilling ble omgjort i budsjettforliket. Rusmiddelstatens direktør peker på at en får mer igjen for pengene om en satser på andre, bedre og mer helhetlige lavterskeltiltak. Det er også verdt å merke seg at etatsjefen i Norges rikeste kommune er bekymret for at en videreføring vil ramme tilbudet i andre deler av rusomsorgen.

Actis mener det er viktig at bruk av forskningsresurser og evalueringer brukes aktivt og tett på politikkkutviklingen. Det er videre betenkelig at prøveprosjekter som gir dårlige resultater likevel videreføres permanent uten at en går veien om en faglig vurdert forbedringsprosess. Dette kan underminere tillit til en evidens- og erfaringsbasert politikkkutvikling.

Gitt at regjeringen mener sprøyterom er hensiktsmessig foreslår Actis at den midlertidige loven og forskriften ikke videreføres på permanent basis men forlenges i en ny prøveperiode slik at en kan evaluere de nødvendige forbedringer før en endelig beslutning foretas; og

Actis foreslår at det skrives inn et krav om ekstern og regelmessig evaluering av sprøyterommene for å få mer kunnskap om de områdene det fortsatt knytter seg usikkerhet til.

En ytterligere vurdering av noen momenter ved sprøyteromsaken

Effektivt?

Det settes i sprøyterommet i Oslo ca 66 injeksjoner i måneden sammenlignet med minst 10.500 daglig i Oslo. Samtidig er bare husleia på 4.167.000 kr (Aftenposten 5.12.089) av et totalt budsjett på 12 millioner kroner årlig.

Tross disse kostnadene som etter 2009 må bæres av kommunene i sin helhet, kan ikke prøveprosjektet vise til spesielt gode resultater på de håndfaste områdene som kanskje betyr mest, nemlig å redusere overdoser, smitte og infeksjoner og bidra til oppfølging.

Sirusrapporten er klar på at sprøyterommet ikke kan ha bidratt til en reduksjon i antall overdoser. "I fall en sprøyteromsordning skal kunne bidra til reduksjon av overdoser/overdosedødsfall, må den ha kapasitet til å dekke en vesentlig andel av det totale antall injeksjoner som finner sted." (Sirus 2007; kap 9,6)

Det er heller ikke mulig å si ut fra prøveprosjektet i Oslo at sprøyterommet har bidratt til mindre smitte og infeksjoner. Årsakene er nok flere, at veldig få sprøytesituasjoner foregår inne i rommet er nok hovedårsaken, samt det grunnleggende faktum at den narkomane fortsatt er narkoman og prioriterer ikke sin egen helse foran bruk av narkotika.

Vi merker oss også at direktøren for Rusmiddeletaten i Oslo skriver at Sprøyterommet er "et kostbart tiltak som bare kommer en begrenset gruppe til gode". Hun anbefaler derfor at det legges ned og at "frigjorte midler etter en nedleggelse av sprøyterommet vil sette oss i stand til å gi et bedre og bredere tilbud til mange flere. Vi mener dette er en mer fornuftig bruk av pengene våre." Dette er også konklusjonen i Byrådets innstilling men som i budsjettforliket ble omgjort (Aften Aften 24.11).

Verdighet og viktighet

Helsedepartementet mener selv at verdighet skapes best andre steder enn i sprøyterommet.

"Departementet vil samtidig understreke at tjenester som kan sies å gi verdighet først og fremst ytes gjennom andre helse- og sosialtjenestetilbud, herunder tilgang til bolig, lavterskel helsetiltak, ernæringstiltak, tannhelsetjenester, oppfølging og rådgivning mv". Dette er vi enige i.

Verdighet er det som gjenstår som det mest tydelige resultatet fra prøveprosjektet. Men som nevnt over så er manglende verdighet i første rekke knyttet til avhengigheten og de underliggende problemene. En sosialfaglig oppfølging vil dermed være avgjørende, noe som trolig skjedde i liten grad i prøveprosjektet og som synes å være lite prioritert i de nye forskriftene.

Det andre å bemerke i forhold til verdighet er at de fleste av brukerne har et sted å bo. Bare 12 prosent var UFB og hele 67 hadde egen bolig. SIRUS-rapporten skriver at hele 67 prosent av brukerne oppgir at de satte forrige skudd der de bor. Det foregår selvsagt injeksjoner "på gata" (23 prosent oppgir at forrige skudd foregikk utendørs) men langt mindre enn det som debatten gir inntrykk av. Dette betyr at tanken om at sprøyterommet gjør noe med "gatesituasjonen" og uverdigheten knyttet til dette er overdrevet.

Det faktum at 67 prosent av brukerne brukte sprøyterommet kun ved to eller færre anledninger i måneden kan tyde også på at sprøyterommet ikke anses som veldig viktig for brukerne selv om brukerundersøkelsen viser en positiv tilbakemelding. Det reflekterer nok det faktum at de fleste har bolig.

En annen årsak er trolig åpningstidene, slik også SIRUS rapporten peker på. Dette kan løses ved å sette inn større personalresurser. Men skal alle ha like god sikring, service og oppfølging vil dette selvsagt bli svært kostbart.

Det er likevel sannsynlig at sprøyterommet gir økt verdighet, og at dette må tas alvorlig. Men det er også sannsynlig at dette kunne oppnås med et værested, et brukerhus, et strakshus, en rusakutt osv og at et sprøyterom i seg selv ikke er avgjørende.

Grunnen til dette er jo også at personalet fører liten kontroll med hva som injiseres og hva som skjer med vedkommende etter at brukeren forlater sprøyterommet, om det oppstår komplikasjoner eller om brukeren tar andre stoffer som igjen skaper komplikasjoner. Personalet sjekker ikke kvaliteten på stoffet eller om stoffet faktisk er heroin. Det er også spekulert i om noen brukere tar høyere doser enn de normalt ville tatt siden sprøyterommet gir spesielt god sikkerhet.

Alt dette peker på at en med et 12 millioners sprøyterom i Oslo fortsatt ikke har vesentlig kontroll med hva som injiseres, og ikke oppnår vesentlige resultater i forhold til overdose, smitte og infeksjoner som ikke de andre lavterskeltilbudene vil kunne bidra med minst like effektivt.

Helhetlig politikk

Sprøyterom er ikke kun et spørsmål om hvordan dette tiltaket fungerer men om hvordan det helhetlige tilbudet ser ut.

Actis mener at sprøyterom representerer en avsporing i forhold til satsningene i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2008-2010). Opptrappingsplanen legger vekt på at "de som ønsker det, får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusning, må sikres videre oppfølging med en gang". Vi er i dag langt fra en slik situasjon. Vi skulle derfor ikke opprette et nytt kostbart tilbud som vil kunne forverre denne situasjonen både ved at de i praksis vil kunne trekke resurser fra nettopp oppfølging, rehabilitering og sosial integrasjon samtidig som en forplikter seg til å tilby oppfølging av en ny og vanskelig gruppe brukere.

Til syvende og siste handler dette om at en i et folkehelseperspektiv prioriterer de brede tiltakene, ikke bare fordi de når flest der og da, men fordi de også forebygger og på ulike måter også kommer spesielle grupper til gode.

Regjeringen har med dagens massive utfordringer i rusbehandlingen når det gjelder samarbeid og kapasitet forpliktet seg til å prioritere dette. Actis mener at en likevel må satse på spesielt utsatte grupper, men da innenfor satsingen i opptrappingsplanen.

En helhetlig politikk krever ledelse. Rusreformen, Opptrappingsplanen, Rehabiliteringsstrategien, Samhandlingsmelding m.m er store planverk som har til felles at de peker på behovet for helhet, langsiktighet og koordinasjon. Fra rusfeltet oppleves det som om vi i dag har en massiv krise i tilbudet til rusmisbrukerne.

Det etterspørres derfor ledelse og tydelige prioriteringer. Med hensyn til sprøyterommet har regjeringen laget et utkast til forskrift som gir utydelige signaler. For det første virker det som om Helsedepartementet ikke synes grunnene for et sprøyterom er gode nok til at de vil gjøre sprøyterom til en nasjonal ordning. I stedet overlates vurderingen til kommunene. Med den i beste fall svært forsiktige rapporten fra SIRUS og negative anbefalinger fra Rusmiddeletatne i Oslo samt andre tunge faginstanser som Den Norske Legeforening stilles kommune i en vanskelig situasjon.

For det andre, hele den ambisiøse satsningen som en leser i departementets andre planverk om prioritering av samhandling, helhet, langsiktighet osv er knapt synlig i forslaget om sprøyterom. Dette ambisiøse problemkomplekset som dreier seg om en bred oppfølging av pasienten er redusert til å "formidle kontakt med helsetjenesten eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det" (vår understr.)

Dette handler også om troverdighet. Opptrappingsplanen skriver at "Målet må være at de som ønsker det, får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusning, må sikres videre oppfølging med en gang. Oppfølging, rehabilitering og inkludering skal integreres i den enkeltes behandlingsopplegg".

Med 5000 i behandlingsskø og tusener i LAR uten god oppfølging er dette målsetninger vi i dag er milevidt fra å nå. I den situasjonen er det å spre satsningen til et nytt kostbart og smalt tiltak i seg selv et tankekors. Men enda mer betenkelig er det at mens oppfølging av de som *ønsker* behandling er uhyre mangelfull kan den jo neppe kunne forventes å bli bedre for dem som bruker sprøyterommene. Her lover regjeringen derfor langt mer enn de kan holde.

Dette vet mange i rusfeltet, både fagfolk, frivillige, pårørende og brukerne. Likevel er det marginale tiltak som sprøyterom og heroinforskrivning som i den siste tiden dominerer rusfeltets nyhetsbilde uten at Helsedepartementet setter disse diskusjonene inn i sin rette sammenheng og helhet. Tvert om har Helseministeren, mens de tunge prosessene synes å stå i stampe, gitt begge sakene prioritet slik at begrensede faglige og administrative resurser nå brukes på dem.

Rettslige og formelle sider

Helsedepartementet oppgir at International Narcotics Control board (INCB) er kritiske. INCB står ikke alene. Heller ikke UNODC gir grønt lys for sprøyterom. Det finnes heller ingen uttalelser fra Commission on Narcotic Drugs (CND), FNs retningsgivende organ, som tyder på at disse åpner for eller anbefaler sprøyterom.

Likevel skriver Departementet at det er deres "oppfatning at etablering av sprøyterom skjer med det samme formål som ligger til grunn for narkotikakonvensjonene, nemlig å redusere de lidelser og problemer ulovlige narkotiske stoffer forårsaker."

Departementet kan forstås som at de tolker konvensjonene som i hovedsak retningslinjer for å bedre helsetilstanden. Dette er i så fall ikke riktig. Konvensjonene har en rettslig natur dvs de fokuserer i første rekke på forbudspolitikken.

Regjeringen gir inntrykk av at det kun er INCB sin fortolkning av konvensjonene, men dette er ikke riktig. Konvensjonene er bl.a. klare på at innehav er forbudt. Sprøyterom er derfor i strid i med FNs narkotikakonvensjoner, dette er også UNODCs oppfatning.

Hvordan kan politiet håndtere en slik uklarhet i praksis? Det skrives i SIRUS rapporten at sprøyterommet har vært lojalt fulgt opp av politiet. Det er jo positivt i seg selv. Men dette er jo ikke så rart i dagens situasjon siden politiet i realiteten tillater en åpen omsetning av narkotika i Oslo sentrum. Enkelte instanser i Oslopolitiet bedriver ansvarsfraskrivning når de sier dette er et problem for behandlingsapparatet og ikke politiet. Det er åpenbart et ansvar for begge.

Den dagen politiet velger å håndheve forbudet mot kjøp og salg av narkotika slik Norge er forpliktet til, da vil konflikten med sprøyterommet aktualiseres. Sprøyterom og andre tiltak som for eksempel heroinforskrining vil kunne gjøre det vanskeligere for politiet å håndheve forbudet og ha handlingsrom for sine strategier og arbeid.

Flere dilemmaer

Sirus-rapporten peker selv på en rekke dilemmaer. Vi vil legge til og understreke følgende.

Som sagt over vil sprøyterom kunne få konsekvenser for politiets framtidige arbeid. Dessuten vil Kommunenes prioriteringer kunne endres ved at resursbruken forskyves bort fra helhetlige tilbud til et eventuelt sprøyterom.

Hva med helsepersonalets Hippokratiske ed? De bistår med livsfarlige injeksjoner. Er de ansattes i en umulig situasjon? Hvordan kan de for eksempel vurdere brukernes beruselsesgrad både før og etter injisering med tanke på faren for overdose? Dette er uhyre vanskelig og medfører et urimelig ansvar gitt at de ikke har kontroll over hva de faktisk injiserer og hva de tar av rusmidler før og etter besøket på sprøyterommet.

Naturlig nok settes personalet i en situasjon der de alltid vil prioritere rådgivning og hjelp rundt selve injiseringen og ikke den sosialfaglige oppfølgingen. En hver begrensning i tid og resurser vil derfor sannsynligvis gå ut over det langsiktige og den sosialfaglige oppfølgingen.

På den andre siden skal sprøyterommet bli virkelig mer effektivt, må det bli mindre sprøyterom og mer oppfølging. Dette gjenspeiles også i SIRUS rapporten som refererer de ansattes stor tilfredsstillelse ved å kunne hjelpe brukerne videre som står i kontrast til deres engstelse for brukernes ve og vel i forbindelse med usikkerhetene rundt injiseringen og tiden etter.

Sist men ikke minst er det grunnleggende dilemmaet at sprøyterommet ikke bidrar til å løse den dominerende problemstillingen i rusfeltet, nemlig de mange i LAR og i behandlingsskø som ikke får den oppfølgingen de ønsker, men tvert er med å begrense ressursene i rusfeltet ytterligere.

/s

Anne Karin Kolstad

Generalsekretær

Actis – rusfeltets samarbeidsorgan