

Oslo, 12.12.2008

Til
Helse og omsorgsdepartementet
Boks 8011 Dep

0030 OSLO

Journalnr 53/08
Arkivnr V1-03.2

HØRINGUTTALELSE FRA BLÅ KORS NORGE– FORSLAG TIL PERMANENT SPRØYTEROMSLOV

Vi viser innledningsvis til vår høringsuttalelse fra 2004 vedr forslaget om prøveordningen og vi viser til SIRUS rapport 7/2007: «Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom» (Olsen/Skretting).

Vi forstår det slik at departementet tenker som sprøyterommets målsettinger overdosereduksjon, å forebygge infeksjoner og smitte, økt kontakt med hjelpeapparat og økt verdighet.

SIRUS-rapporten slår fast at en ikke har grunnlag for å si at sprøyteromsordningen har bidratt til å redusere antall overdoser og overdosedødsfall. En vet ikke overdoseraten til brukerne av tiltaket **før** sprøyterommet og overdoseraten **utenom** sprøyterommet. Det er i følge rapporten begrenset grunnlag for å si om en har bidratt til å forebygge infeksjoner og smitte. En antar at fokus på hygiene og injeksjonsveiledning har hatt en viss effekt på atferd utenfor sprøyterommet. Men helse- og sosialfaglig oppfølging har kun nådd ut til 8 prosent av brukerne. Dette viser, etter vår vurdering, at målsetting om økt kontakt og samtaler mellom brukere og hjelpeapparat i svært beskjeden grad er oppfylt.

Verdighet er et vanskelig begrep å operasjonalisere. Brukerne opplever en aksept for sin situasjon; det er en type verdighet. Samtidig sier departementet i sitt høringsnotat at tjenester som kan sies å gi verdighet, først og fremst ytes gjennom andre tiltak enn sprøyterommet, herunder tilgang til bolig, lavterskeltiltak, ernæringstiltak, tannhelsetjenester, oppfølging og rådgivning mv.

I følge SIRUS-rapporten fra 2007 er heroin i små mengder blitt ytterligere avkriminalisert i kjølvannet av sprøyterommet, og vi må spørre er dette en ønskelig utvikling? Vår konklusjon etter lesning av evalueringsrapporten: Målsettingene med sprøyterommet er i svært liten grad blitt oppnådd. Samtidig er dilemmaene med et slikt tiltak mange. Andre lavterskeltiltak som feltpleie, oppsøkende tjenester, helseteam, oppfølging etter overdose, bolig med oppfølging, case management, aktiviseringstiltak kan ivareta sprøyterommets målsettinger med unntak av direkte tilrettelegging for injisering. Det vil kunne ivareta smitteforebygging, veiledning, endring av risikoadferd og etablering av kontakt med øvrig hjelpeapparat uten de store etiske dilemmaene sprøyteromstiltaket innebærer.

Noen flere momenter

SIRUS-rapporten forteller oss at det er en fare for at tryggheten brukerne rapporterer om medfører at brukerne inntar større doser. Vi vet at de fleste overdoser ikke skjer akutt. Overvåkningstiden i sprøyterom er kort. Bakgrunnen for at dette spørsmål kan være riktig å stille er erfaringene fra Frankfurt hvor flere brukere tar større doser i sprøyterommet fordi de føler seg tryggere på å bli fanget opp ved en overdose. Det ultimate «kicket» er målet. Dette er ikke overraskende ut fra generell kunnskap om risikoadferd. Siden sprøyterommene etableres som overdoseforebyggende tiltak, er det naturlig at brukerne føler seg tryggere.

Evalueringsrapporten slår fast at det ikke er grunnlag for å si at sprøyterommet har medført en reduksjon i overdoser/overdosedødsfall. Vår bekymring er at økte doser i sprøyterommet kan lede til økte doser ute på sikt, m.a.o. økt overdoserisiko.

Et viktig mål i bekjempelsen av overdoser er endring i inntaksmåte, d.v.s. få ned andel som injiserer. I sprøyterommet skal en lære å injisere «mindre skadelig». Samtidig blir dette et klart dilemma: Aktiv veiledning fra helsepersonell i injisering er et dårlig signal om å endre inntaksmåte. Et særskilt dilemma er at injisering i hals og lyske, som er særlig skadelig, også tilrettelegges i sprøyterommet. Det er videre et dilemma at sprøyterommet ikke tillater en klart mindre skadelig inntaksmåte, nemlig røyking.

Brukerne ønsker å injisere piller med heroin

Det er ikke oppmuntrende lesning at brukere etter to års sprøyteromsdrift, ytrer at de etterlyser å kombinere heroin med piller. Denne kombinasjonen er den hyppigste kombinasjonen for overdosering. I forhold til sentral helseopplysning, har sprøyterommets personell ikke nådd fram med et livsviktig budskap: Ikke kombiner heroin med piller. I en situasjon hvor brukeren er motivert for rusing, er det likevel ikke overraskende at helserådgivning ikke når fram. Brukeren har et helt annet fokus i sprøyteromssituasjonen.

Terskelsenking

«Det kan vanskelig tenkes at noen begynner med å injisere heroin eller andre stoffer fordi samfunnet tilbyr en sprøyteromsordning» heter det i Evalueringsrapporten (s24). Dette er vi uenige i. Det er et legitimt spørsmål om en senker terskelen fra oral inntaksmåte/sniffing til injeksjon ved etablering av sprøyterom. Fra klinisk praksis er det kjent kunnskap at misbrukere «holder igjen» mht å starte injisering. Har en helsepersonell som veileder mht injisering og som overvåker akutte overdoser, er det ikke urimelig at sprøyterommet kan bli en arena for første injeksjon. Det er interessant å merke seg at høringsnotatet tar opp problemstillingen i punkt 3.5.1: «*Personalet har adgang til å avvise personer som de mener klart faller utenfor målgruppen, blant annet for å unngå at personer som ønsker å prøve ut heroin for første gang under trygge omgivelser, gis tilgang til sprøyterommet*». I andre land som har sprøyterom ekskluderes også førstegangsbrukere. Dette gjenspeiler nettopp vårt poeng, tilbudet om trygg injisering kan senke terskelen for å gå fra f.eks. røyking til injisering.

Det er grunn til å forvente at rusfokus forsterkes i lavterskeltiltakene ved økt andel nyrusede personers tilstedeværelse, og at mulighetene for dialog om livssituasjonen for øvrig forstyrres. Vi viser her til erfaringene fra Varmestua til Prosenteret i den perioden Prosenteret drev eget sprøyterom. Her ble det rapportert om uheldige miljøendringer i form av større rusfokus.

FNs anbefalinger

FNs kontrollorgan for gjennomføring av narkotikakonvensjonene INCB, er klart negativ til sprøyterom. Organet ber regjeringer i land som opererer med sprøyterom å stenge disse. Departementet argumenterer mot dette. Departementet sier at norske sprøyterom ikke legger tilrette for inntak av ulovlig ervervet narkotika. Sprøyterommet skal ikke være et fristed, men en skal tillate én dose inntil flere ganger daglig. Norsk sprøyteromsmodell skiller seg ikke fra andre mht målsetting og forbud mht omsetting av narkotika, så det er rimelig at FN's anbefaling faktisk retter seg mot også den norske modellen. Norge er også konkret nevnt fra INCBs side.

KONKLUSJON

Blå Kors vil hevde at sprøyterom er et svært uheldig veivalg i norsk narkotikapolitikk. Det er isteden behov for en langt større og mer framtidsrettet satsning for å gi de tyngste misbrukerne tiltak som kan være en vei ut av en tung avhengighet og en belastende livssituasjon. Det vil alltid være en grense for hvor langt en skal strekke seg i den hensikt å nå marginale grupper. **Sprøyterommet representerer en svært høy involveringsgrad i tilrettelegging for selvdestruktiv atferd med marginal måloppnåelse mht bedring av situasjonen for brukere.**

Dilemmaene er klart større enn de mulige gevinstene. De evt gevinstene kan en i større grad nå ved satsning på andre lavterskeltiltak. Vi må spørre: Hvorfor har en ikke heller satset på å bygge ut lavterskeltiltak som en har god erfaring med mht infeksjons- og smitteforebygging? Vi vil foreslå en langt større satsning på etablerte tiltak som feltpleie, oppsøkende tjenester, helseteam, oppfølging etter overdose, bolig med oppfølging, case management og aktiviseringstiltak. Dette vil, etter vår mening, være mulige alternative veier å gå i bekjempelsen av overdoser. Flere av disse oppsøkende tiltakene når misbrukere som en ikke når i de ordinære helse- og sosialtiltak, og som kanskje også har villet vegret seg for bruk av sprøyterom. I tillegg til disse lavterskeltiltak, må en i tillegg sikre større satsning på behandling og forbygging i videste forstand.

Med hilsen
for Blå Kors Norge



Geir Gundersen
generalsekretær