

Prosjekt "Sprøyterom"

Evalueringsrapport

Pro Sentret

Innholdsfortegnelse:

- Hva er Pro Sentret s. 4
- Bakgrunn for sprøyteprosjektet s. 5
- Målsetting s. 7
- Beskrivelse av gjennomføringen s. 8
- Presentasjon av funn og resultater s.10
- Offentlighetens lys s.21
- Oppsummering og konklusjon s.25

Reise seg

Den som aldri har lege oppskrubba i utforbakkar,
aldri har halta med gips rundt ankelen,
aldri falle for smil frå lepper
som løynde hoggtenner og blitt oppgnaga nær inntil døden
aldri har vandra i glede mot utstrekke hender
som greip hardt og slo – funne seg liggande i blod
einsam på jorda,
aldri har gått seg vill i skremmande skogar
på leiting etter ein blome med ukjent namn
aldri har stupt i trapper av rusgifter
og svimla i svermar av ukjende stjerner,
har aldri kjent den umåtelege glede
ved å kunne reise seg att, falle og reise seg att,
finne att den første veldige siger langt, langt
tilbake i ein barndom som tida har raka oske over.

Som eingong langt tilbake i urtida, kravlar
eg meg opp på jorda att, først på hender og kne
så står eg på egne føter og kan gå!

Marie Takvam

Hva er Pro Sentret?

Pro Sentret er et nasjonalt kompetansesenter for prostitusjon. Vi skal systematisere viten og formidle kunnskap og veiledning til hjelpeapparat, myndigheter og publikum. Pro Sentret skal ha kompetanse på området prostitusjon i vid forstand, det vil si både barneprostitusjon, kvinnelig og mannlig prostitusjon.

Vi skal videre ha generell kompetanse på:

- fenomenet prostitusjon
- arbeidsmetoder i sosialt arbeid med personer som prostituerer seg
- hvorledes ulike deler av hjelpeapparatet kan samarbeide om løsninger for å bringe dem det gjelder ut av prostitusjon

Vi skal også:

- yte veiledning på forespørsel fra ansatte i hjelpeapparatet i Norge
- svare på telefonhenvendelser fra hele landet fra personer med prostitusjonsproblemer
- bistå aktuelle universiteter og høyskoler med materiell og undervisning
- ta imot studenter og hospitanter
- drive informasjons- og holdningsarbeid
- initiere forskning

Vi skal tenke forebygging og likestillingsperspektiv og holde oss ajour med fagutviklingen i Norge og internasjonalt.

Som basis for kompetansearbeidet ligger vårt sosiale arbeid med kvinner og menn i prostitusjonen. Det sosiale arbeidet består av:

Arbeid med enkeltpersoner: Et individuelt rettet arbeid står sentralt i vårt tilbud. Utgangspunktet er den enkelte brukers ønske om råd og veiledning, det være seg om økonomiske, juridiske eller sosial- og helsemessige spørsmål. Vi tilbyr også hjelp til bearbeiding av problemer og personlig vekst.

Varmestue: Varmestua er et møtested basert på omsorg og motivasjon. Vi ønsker brukernes deltakelse i driften. Vi igangsetter miljøtiltak og har fokus på bedret helse. En skadereduserende profil samt rehabilitering er metoder i arbeidet.

Oppsøkende arbeid i prostitusjonsmiljøene: Hovedmål er helseopplysning og forebygging. Et særlig fokus på unge i prostitusjonen er viktig.

Mannlig prostitusjon: En egen innsats overfor menn og gutter i prostitusjonen er nødvendig. Målsettinger i arbeidet er både å yte sosial hjelp, men også arbeide for å avmy(s)tifisere mannlig prostitusjon og erstatte tabuer og fordommer med innsikt og viten.

Prosjekter/gruppearbeid: Siden Pro Sentret startet i 1983 har vi sett det som viktig å være åpne for prosjekter og gruppevirksomhet, både for å undersøke/kartlegge et område eller prøve ut nye metoder.

Vår ideologisk plattform

Vi mener at: Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd. (Etter menneskerettighetserklæringen)

Pro Sentret ønsker å bygge sitt arbeid på det beste i vårt samfunns humanistiske tradisjon. Prostitusjon er ikke en egenskap ved mennesker, men en handling. Vi ønsker å se på enkeltmennesket i et helhetlig perspektiv.

Samfunnet trenger å vise solidaritet med kvinner og menn som selger sex. Vi må se dem som subjekter i egne liv og ha respekt for deres valg.

Vi ønsker å bryte ned myter og fordommer med innsikt og viten og vil arbeide for at samfunnet ikke brennmerker de som deltar i prostitusjonen.

Prostitusjon foreligger når minst to parter kjøper, respektivt selger seksuelle tjenester.

Samfunnet bør ha en betydelig forebyggende innsats mot prostitusjon og et godt sosialt tilbud til de som vil ut av det. Arbeidet må være basert på en ikke - fordømmende holdning.

Pro Sentret drives av Oslo kommune og staten. Vår adresse er:

Pro Sentret
Tollbugt. 24
N-0157 Oslo

Phone: + 47 23 100 200

Fax: + 47 22 410 544

e-mail: [prosentret @bgo.oslo.kommune.no](mailto:prosentret@bgo.oslo.kommune.no)

Bakgrunn for sprøyteromsprosjektet

Pro Sentret mener at ethvert menneske har rett til et verdig liv og søker å gi våre brukere et tilbud som reflekterer denne grunnidéen.

Pro Sentret har årlig mellom 700 og 800 brukere av begge kjønn. Noen av disse prostituerer seg fra det såkalte innemarkedet, et marked som utgjør den langt største delen av prostitusjonsarenaen. Men mange av brukerne våre er knyttet til gateprostitusjonsmiljøet og er injiserende rusmiddelbrukere. Oftest er de henvist til gater, portrom, parker, offentlige toaletter og naturligvis egen bopel for å utføre den handlingen som ligger til grunn for så mange av deres problemer. De injiserer ofte under forhold som er uverdige og meget uhygieniske, de jages og støtes vekk fra offentlige rom og risikerer å være alene når dosen viser seg å være for stor. De har omfattende helseplager som en direkte konsekvens av sprøytebruken.

Vi har de siste 9 årene fokusert mer og mer på helsetilbud for denne gruppen. Da vi startet vår varmestue i 1992 var det med statlige straksmidler hvor vi bl. a. skulle utvikle tiltak for **”stoffmisbrukere som er i fare for overdoser og som ikke benytter seg av det stoffrie behandlingsapparatet i øyeblikket”**. Varmestua er et tilbud basert på omsorg i vid forstand. Gjennom vårt daglige arbeid og brukerundersøkelser ser vi at de kvinner og menn vi har kontakt med har store behov for tilpassede helsetilbud. Helseplagene er omfattende og de er ikke i en situasjon der de gjør bruk av de ordinære helsetjenester.

Da Rusmiddeletaten i 1999 etablerte "Feltpleien" var Pro Sentret en naturlig samarbeidspartner i kraft av den kontaktflaten vi hadde og ved at vi allerede var i gang med å utvikle et helsetilbud. "Feltpleien" har en sykepleier i full tid på Pro Sentret og vi har ukentlig besøk av lege.

Ved siden av vår deltakelse i "Feltpleien" har vi styrket vårt eget helsetilbud, bl. a. ved ansettelse av helsefaglig personell.

Helsetilstanden hos rusmisbrukere er generelt meget dårlig. Problemene som "Feltpleien" har avdekket hos våre brukere, er mangeartede og alvorlige. Flere er direkte forbundet med injisering av stoff slik som abcesser, blodpropp og hepatitt. Vanlig er også andre sårskader og sår som ikke gror. Videre er tannhelsetilstanden gjennomgående svært dårlig. Dette skyldes flere ting som syren de tilsetter kroppen i forbindelse med oppløsningen av heroinkrystallene samt dårlig kosthold, spiseforstyrrelser, vold og forhold direkte knyttet til prostitusjonshandlinger, for.eks. etter hyppige "sugeturer". Brannskader forekommer, ofte som en følge av at de har ruset seg kraftig og blir liggende med ansiktet eller andre deler av kroppen inn mot panelovner. De plages av lungebetennelser og andre infeksjoner som er resultat av svekket immunforsvar og mangelfull eller manglende medisiner.

Pro Sentrets helsetilbud

Gjennom flere år har sentret bygget opp helsetilbud til våre ulike klientgrupper

Arbeidet har overskriften: **Helhet – dialog – endring.**

I dette ligger at vi skal se brukeren som et helt menneske, at utviklingen skal skje i samråd med brukeren og at vi har et felles mål om positiv endring av situasjonen til den enkelte. Vi anser ethvert framskritt som en terapeutisk suksess.

Her er de viktigste punktene som inngår i vårt helsetilbud:

- **HIV/AIDS/SOS forebygging.** Vi har siden 1988 delt ut kondomer og glidekrem, samt gitt rådgivning om forebygging av seksuelt overførbare sykdommer.
- **Mat, ernæring, hygiene og spiseforstyrrelser.** Målgruppa har klare tegn på feilernæring. Viktige mål i arbeidet på varmestua er å kunne tilby variert og riktig sammensatt kost samt vitaminer. Vi er konsultert av kliniske ernæringsfysiologer ved Høyskolen i Akershus og vil trolig inngå i et prosjekt de igangsetter i år. Vi arbeider med brukernes daglige hygiene, ikke minst med tanke på hvor utsatt de er for hepatitt. Spiseforstyrrelser og tannhelse er områder som vi ikke har kunnet prioritere ennå, men vil arbeide med, forhåpentlig i samråd med "Feltpleien".
- **Vold og sikkerhet.** Vår målgruppe er mer voldsutsatt enn gjennomsnittsbefolkningen. Vi har blant annet dokumentert dette ved en undersøkelse om voldsutsatthet som er gjennomført i samarbeid med Natthjemmet, Kirkens Bymisjon. Vi arbeider både med brukernes muligheter til å forebygge vold og med å gi dem gode behandlingsalternativer når de har vært utsatt.
- **Infeksjoner og sykdommer spesielt i forhold til sexsalg.** Det er mye uvitenhet om seksuelt overførbare sykdommer og om underlivsplager hos våre brukere. Vi har i år inngått et samarbeid med Olafiaklinikken for å nå brukere som ikke benytter seg av deres tilbud, samt å utvikle kunnskapen på dette området. I samarbeid med "Feltpleien" og Folkehelsa vaksinerer vi mot hepatitt A og B. Som ledd i vår deltakelse i europeiske nettverk, har vi igang et helseprosjekt rettet mot kvinner som arbeider i innendørsprostitusjon. Prosjektet tar for seg både veiledning i helsespørsmål og vaksiner. Prosjektet er finansiert med EUMidler.

- **Alternativ behandling.** Vi har over tid hatt tilbud om massasje. Vi er åpne for å gi flere tilbud om alternativ behandling og hjelp til velvære. Her arbeider vi med å knytte til oss frivillige eller fagfolk på honorarbasis. En frisør klipper hår gratis hver 14. dag hos oss.
- **Mental helse.** Svært mange av brukerne har alvorlige psykiske lidelser i tillegg til sine rusproblemer. Det kan være angstproblemer, psykoser, depresjoner og suicidalproblematikk. Å arbeide for at disse får et godt behandlingstilbud inngår i vårt helsetilbud.
- **Metadon.** Flere av brukerne får metadonbehandling, men sliter med å nyttiggjøre seg den etter de intensjonene som er satt. Vi er kjent med at man vurderer å desentralisere noe av tilbudet til metadonpasienter og anser at vi bør inngå i slike tiltak.
- **Injeksjonskultur.** Gjennom å ha en løpende dialog med våre brukere om hvordan de injiserer og forholdene omkring injeksjonene, har vi kunnet avdekke en rekke smitteveier og feilaktige injeksjonspraksis. Derigjennom har vi kunnet forebygge abcesser, tromboser og en rekke andre plager. Direkte observasjon av injeksjonspraksis gir oss imidlertid mye bedre muligheter til rådgivning. Disse erfaringene sammen med en stadig stigende uro over hvor marginalisert hele misbrukergruppa er, hvordan deres verdighet blir neglisjert og undertrykket, var årsaker til at vi ønsket et forsøk med sprøyterom.

På denne bakgrunn valgte Pro Sentret å utvide det eksisterende helsetilbudet og gi våre brukere et tilbud om å injisere i våre lokaler under tilsyn i en tidsbegrenset periode.

Målsetting

Hovedmålsettingen for prosjektet var formulert slik:

Vi ønsker å bidra til at Pro Sentrets brukere får en mer verdig hverdag og en bedre helse gjennom å la dem injisere i våre lokaler. Således vil vi også motvirke marginaliseringen av våre brukere.

Delmål:

- **Tilby veiledning om sprøytebruk og hygiene**
- **Gi tilgang på rent utstyr**
- **Forebygge infeksjoner og (forhåpentligvis) overdoser**
- **Få kunnskap om sprøytepraksis**
- **Styrke dialogen med brukerne**

Beskrivelse av gjennomføringen

Definisjon av målgruppe, varighet og organisering av prosjektet

Målgruppen er alle Pro Sentrets brukere, det vil si kvinner og menn med prostitusjonserfaring, og som ønsket et slikt tilbud.

Prosjektperioden var planlagt å vare fra desember 2000 til juni 2001.

Prosjektet er drevet av de ansatte i sentrets varmestue.
Ansvarlig for prosjektet er leder ved Pro Sentret, Liv Jessen.

En referansegruppe har bestått av ansatte ved varmestua, leder og nestleder ved sentret pluss sykepleier Rolf Dieter Cron og dr. Ivar Øye UiO.

Evaluering

Prosjektet var planlagt evaluert halvveis og ved forsøkets slutt. Fordi prosjektet ble stanset 19.02.01, vil denne rapporten foreløpig utgjøre hele evalueringen.

Evalueringen baserer seg i hovedsak på å beskrive dem som benyttet tilbudet, deres sprøytepraksis i våre lokaler og innhenting av opplysninger om praksis utenfor våre lokaler. Å beskrive eventuelle endringer i sprøytevaner blir vanskelig da prosjektet har vart i så kort tid.

Vi har også tatt med en beskrivelse av offentlighetens reaksjon på prosjektet, samt en redegjørelse for de viktigste elementene som har blitt gjenstand for debatt.

Forberedelser og tilrettelegging

Brukere som konsulenter.

I forkant av prosjektet ble 4 potensielle brukere – alle kvinner - intervjuet med den hensikt å kartlegge ulike sider knyttet til rusmisbruket deres, den enkeltes sosiale situasjon og for å utdype hennes opplevelse av å få et tilbud om å sette sprøyter på et trygt sted. Begrepet ”verdighet” ble drøftet med disse kvinnene.

Videre ble brukerne bedt om råd i forbindelse med den praktiske gjennomføringen. Stoler, lamper og lignende ble kjøpt inn etter ”konsulentuttalelser”. Prosjektet ble diskutert både under formelle brukermøter, men også fortløpende i miljøet.

Trening av ansatte.

Helse- og sosialfaglig personell ansatt ved Pro Sentret skulle betjene tilbudet. Konkret innebar personalets rolle å samtale med brukeren om tema som overdoseerfaringer, inntak av rusmidler tidligere på dagen, hva vedkommende planla å innta under besøket, øvrig helsetilstand, dagsform m.v. samt gi råd og veiledning knyttet til injeksjonsteknikk og hygiene. For øvrig bisto personalet med praktiske gjøremål som tilpassing av stolhøyde, lyssetting og håndtering av propanapparat. Personalet skulle ”bry seg om” til forskjell fra å ”bry seg”. Det ble ikke gitt assistanse ved selve sprøytesettingen.

Før prosjektstart fikk personalet opplæring i 1. hjelp med fokus på respirasjons- og hjertestans, og motgiften Narcanti var tilgjengelig i lokalene. Prosedyren ved en eventuell overdose avvek imidlertid ikke fra Pro Sentrets vanlige prosedyre i slike tilfeller. Hovedregelen er å tilkalle ambulanse, og etterse åndedrett samt puls i påvente av ambulansen.

Et av Pro Sentrets kontorer ble innredet til prosjektet med hensiktsmessige møbler og nødvendig utstyr til forberedelse av stoff for injeksjon. De hygieniske aspektene ble tillagt stor vekt, men det var av betydning for oss at rommet også skulle oppleves som lunt og trygt. Vi tilrettela for best mulig hygiene ved å tilby rent utstyr; pumper og kanyler som er de to komponentene i en sprøyte – pumpen er ”beholderen” med et stempel i, kanylen er selve sprøytespissen, ascorbinsyre, sterilt saltvann, ren bomull for filtrering, Alcotip injeksjonstørk for desinfisering av huden før nålen stikkes inn, rene kokeskjeer og en sotfri varmekilde ble stilt til disposisjon. Rommet har avfallsbøtter for risikoavfall og sprøytespisser. Et bord med glassplate og stoler av hard plast er enkle å gjøre rene. Stolene var i tillegg justerbare, og en kraftig arbeidslyskilde var plassert på bordet.

Organisering av tilbudet, prosedyrer og regler

Tilbudet var åpent fra klokken 12.00 til klokken 14.00 alle hverdager, og fra klokken 17.00 til 19.00 noen tirsdager. Den begrensede åpningstiden var begrunnet i bemanningssituasjonen på varmestua, samt at det var uvisst hvor stor pågangen ville bli.

Brukerne henvendte seg til de ansatte i varmestua og ba om å få bruke sprøyterommet, på lik linje med andre tjenester som etterspørres hos oss. Dersom rommet allerede var i bruk, eller flere henvendte seg på en gang, ble det dannet en køordning.

Som hovedregel skulle bare én person kunne bruke tilbudet ad gangen, og det ble beregnet ca 30 minutter per besøk med en absolutt ramme på 45 minutter. I tilfeller der brukeren var helt avhengig av hjelp fra en annen person for å injisere i halsen, kunne vedkommende ta med seg en de stolte på. Imidlertid ble den ansatte som skulle være tilstede, gitt myndighet til å avvise en slik løsning dersom situasjonen føltes uoversiktlig eller utrygg.

Få og enkle regler for adferd inne i rommet ble utformet:

- Du må vaske hendene dine før injeksjonen, og vaske over bordet, rydde m.v. etterpå slik at rommet er klart til neste besøk.
- Vi anbefaler at Pro Sentrets engangsutstyr benyttes, men det er anledning til å bruke eget utstyr. Det deles kun ut utstyr til det skuddet som skal settes i rommet, dette av økonomiske årsaker.
- Det er kun anledning til å ”mekke” det ene skuddet som skal settes her og nå.
- Det er ikke lov å røyke på sprøyterommet.

- Forberedelse av skuddet i varmetua eller lignende steder er ikke tillatt.
- Tidsrammen for et besøk er cirka 30, maksimum 45 minutter.
- Vold, trusler om vold eller omsetning i rommet medfører utestenges. Hvor lang utestengelsesperioden skal være vurderes av den som fulgte deg, i samråd med tiltaksleder.
- NB! Personalet har ikke lov til å hjelpe med annet enn propanbrenneren, justering av stolen og lignende.

Ved en persons første besøk i sprøyterommet, ble reglene gjennomgått muntlig og utlevert i skriftlig form. Videre ble det innhentet samtykke fra brukeren som ga Pro Sentret anledning til å oppbevare opplysninger om deres rusbruk/-vaner i prosjektperioden. Deretter, og ved de kommende besøk, ble følgende opplysninger registrert:

- Alder
- Hvor lenge har vedkommende injisert
- Hva, og hvor mye skal vedkommende injisere her
- Hva og hvor mye kommer vedkommende til å injisere i løpet av dette døgnet
- Har vedkommende spist tabletter før hun/han kom hit, hvor mange og hva
- Har vedkommende drukket alkohol før hun/han kom hit og hvor mye
- Hvor mange overdoser siste måned/uke/siden siste besøk
- Hvor geografisk har vedkommende satt sprøyter siste uke
- Hvor mange injeksjoner per døgn
- Bruker vedkommende egne sprøyter
- Bruker vedkommende noen gang andres sprøyter
- Hvor på kroppen skal vedkommende injisere nå (intravenøst/intramuskulært)
- Hvor på kroppen pleier vedkommende å injisere
- Pleier vedkommende å ha abcesser, hvor og hvor mange
- Har vedkommende andre helseplager (psykisk – fysisk)

Hvilke opplysninger som skulle innhentes og i hvilket øyemed, ble grundig diskutert i forkant av oppstart og ble videre gjenstand for revisjon underveis. Til dels skulle opplysningene danne grunnlaget for evalueringen av prosjektet, til dels skulle de gi personalet utgangspunktet for rådgivningssamtalen med brukeren og indikasjoner for å kunne være forberedt på en eventuell overdoseutvikling.

Presentasjon av funn og resultater

Antall brukere og besøk i perioden 11.12.00 til og med 19.02.01.

Sprøyterommet har i prosjektperioden vært åpent for besøk førtitre virkedager, alle dagene fra 12.00-14.00 samt sju tirsdager fra 17.00-19.00.

Brukere fordelt på kjønn:

48 kvinner

2 menn

Alder ved bruk av sprøyterommet

Yngste 18 år

Eldste 57 år

Gjennomsnittsalder var 33.5 år

Median 33.8 år

70% var mellom 26 og 38 år

Antall besøk i sprøyterommet:

158 kvinnelige besøk

2 mannlige

Av de 48 kvinnene har:

1 brukt rommet 36 ganger

1 " " 14 ganger

1 " " 9 ganger

1 " " 7 ganger

3 " " 6 ganger

2 " " 5 ganger

2 " " 4 ganger

5 " " 3 ganger

9 " " 2 ganger

23 " " 1 gang

2 menn har brukt tilbudet 1 gang hver.

De følgende tall og opplysninger er basert på intervjuer og samtaler gjort med kvinnene som har brukt helsetilbudet.

Hva og hvor mye ble injisert

Gjennomsnittlig dose var på 0.16 gram heroin pr. person pr. besøk. På amfetamin var dosen 0.125 gram. I tillegg ble det injisert tabletter av typen Flunipan og Rohypnol. Mange av kvinnene opplyste også at de hadde tatt tabletter på forhånd. Ved ca. halvparten av besøkene opplyste kvinnene at de hadde tatt tabletter før de kom. I tillegg til Flunipan og Rohypnol, hadde de tatt Valium og Stesolid.

Der hvor kvinnene har oppgitt å bruke "en kvarting" beregner de det til mellom 0.2 og 0.225 gram heroin.

Ved tre besøk ble det også varmet opp gamle "dotter". Hva de inneholdt er det umulig å fastslå.

Om disse injiseringene er "mye" eller "lite" har vi for liten erfaring for å si. Vi har heller ikke kunnet følge utviklingen over lengre tid. Utsagn fra våre kollegaer ved KFUKs sosiale arbeid i København som tillater sine brukere å sette sprøyter i deres lokaler, går ut på at klientene etter hvert satte mindre stoff fordi de ikke behøvde å stresse. Dette hadde vi ønsket å etterprøve, men tiden ble for knapp. Det vi derimot erfarte var at den samme mengde stoff kunne gi mer rus hos oss enn ute nettopp fordi man ikke stresse.

Hvor mange injeksjoner per døgn

På spørsmål om hvor mange injiseringer de stort sett hadde i løpet av et døgn, fikk vi svar som sprikte en del naturlig nok. Det laveste var fra 1 til 2 ganger og opp til så mye som 8 ganger i døgnet. Gjennomsnittet lå på 3 – 4 injiseringer i døgnet.

Deling av sprøyter

6 personer svarte av de delte sprøyte med kjæreste eller ektefelle.

9 svarte at de tidligere hadde delt sprøyter med andre, men at de ikke lenger gjorde det.

33 opplyste at de aldri delte sprøyte med noen.

Inntak av alkohol før besøk på sprøyterommet

Ingen av kvinnene som besøkte sprøyterommet svarte ja på spørsmål om hvorvidt de hadde drukket alkohol før de kom. Sprøyterommets tidlige åpningstid, kan være forklaringen på dette. Imidlertid svarte flere av kvinnene at de overhodet aldri drakk alkohol, mens noen svarte at de gjerne tok en øl eller et glass Bailey`s senere på kvelden.

Inntak av piller før besøk på sprøyterommet

Nesten halvparten av brukerne oppga at de hadde spist piller før de kom for å bruke sprøyterommet. Gjennomsnittlig hadde de spist 4,5 piller, men noen hadde tatt opptil 10 piller av typen Rohypnol, Flunipam, Valium eller Stesolid.

Debutalder for bruk av sprøyter

Eldste debuterte 41 år gammel

Yngste 11 år gammel

Median debut 16 år

Gjennomsnitt 19 år

38 av kvinnene har brukt sprøyter i 10 år eller mer. Korteste injeksjonskarriere var 2 år.

Overdoser

I prosjektperioden har ambulanse blitt tilkalt to ganger grunnet fare for overdose etter bruk av sprøyterommet. Den ene av kvinnene fikk motgift (Narcanti), den andre kom til seg selv før ambulansen nådde fram, etter smertestimulering fra ansatte på Pro Sentret. To overdoser på tre måneder er ”normalt” på sentret.

I den samme perioden opplyste sju av brukerne av sprøyterommet at de hadde hatt én eller flere overdoser den siste måneden. Overdose ble definert til å være de gangene kvinnen måtte ha hjelp av andre for å få de vitale funksjoner i gang etter å ha injisert en dose som viste seg å være for stor. Tolv av brukerne sa at de aldri hadde hatt overdose, mens 36 hadde hatt.

Hvor eksakt rapporteringen om overdoser er, er usikkert. Vi har flere ganger opplevd at brukere som har hatt overdose på varmestua i ettertid ikke har husket noe av hendelsen. I tillegg kan det også være slik at de som har valgt å benytte seg av sprøyterommet, og dermed injisere i trygge omgivelser, generelt er spesielt opptatt av å være forsiktige.

Hvor setter kvinnene sprøyter?

Vi har lenge visst at våre rusmisbrukere ”setter skudd” på mange ulike geografiske steder. I prosjektperioden har vi fått mer og grundigere informasjon om hvor. For de fleste varierer dette fra dag til dag, alt ettersom hvor de befinner seg når tiden for et nytt skudd nærmer seg. Om lag halvparten av kvinnene som brukte sprøyterommet hadde på registreringstidspunktet ingen fast bopel. Disse kvinnene sover på Natthjemmet som er drevet av Kirkens Bymisjon, hos kunder, på akuttplaner i kommunale hybelhus, hos bekjente eller de går ute om nettene.

De forteller at de setter sprøyter alle disse stedene, samt at de må finne andre steder å injisere på dagtid. Resten av kvinnene har enten egen leilighet, hospitsrom eller fast plass på kommunalt drevne hybelhus. Flesteparten av disse sier at de stort sett prøver å få satt sprøytene sine hjemme, men da de tilbringer store deler av døgnet i sentrum, for å skaffe penger til stoff, er de også avhengige av å finne andre steder de kan få "satt skudd". De fleste av brukerne sier at de ønsker å være inne når de skal sette sprøyter fordi det er vanskelig å finne årer å injisere i når de er ute, spesielt i kuldeperioder. Mange har fortalt at de setter sprøytene sine på offentlige toaletter. Dette kan være i Rådhuset, i Universitetsbygget på Karl Johan, på Deichmanske bibliotek, på Oslo S, på restauranter på Aker brygge eller på Burger King for å nevne noen. Kvinnene sier at de opplever dette som svært utrygt og uverdigg, de opplever ofte å bli jaget bort av vektere eller andre, også når de kun skal bruke toalettet. En kvinne sa til oss: *"Altså, ofte får jeg ikke komme inn en gang (på offentlige toaletter, vår anm.), vaktene passer på. Jeg ser jo ganske streit ut, men også jeg er blitt nektet"*. Flere har også sagt at de er redde for å injisere alene på toaletter, i tilfelle de skulle sette en for stor dose. Som en kvinne uttalte: *"Jeg er redd for å være aleine, tenk om jeg skulle få overdose. Jeg hater å sette på doer. Tenk om foreldrene mine fikk beskjed, nei, ho daua av en overdose på en dass i Oslo. Det måtte være det verste"*. En annen av kvinnene forteller oss at hun gjerne betaler 30 kroner for en solariumstime, ikke for solas skyld, men der er det varmt, godt lys og hun vet at noen finner henne hvis hun blir for lenge.

De fleste av kvinnene sa at de også måtte sette sprøyter utendørs fordi det kan være vanskelig å finne steder der de kan gjøre det inne. De stedene de oppga som mest brukt var området rundt Oslo S, havneområdet og Akershus Festning, samt T- banestasjoner, parkeringsplasser, portrom og parker. Kvinnene ga uttrykk for at det å måtte sette sprøytene sine ute, var noe av det mest nedverdiggende de kunne tenke seg. De forteller at de er redde for å bli sett av "vanlige" folk, og ikke minst for å bli tatt av politiet. En kvinne sa: *"Det er ikke verdigg å sitte ute i parker – folk ser på deg. Eller du må trygle vaktene på parkeringsplasser. Det er nedverdiggende. Også er du livredd for at politiet skal komme. Du har kanskje ligget å brekt deg over en kunde, og så tar de fra deg dopet. Det er nedverdiggende for mennesker å sette (sprøyter, vår anm) ute"*. Den samme kvinnen sa også: *"Å sitte og gjemme seg, det ser jo helt jævlig ut, jeg prøver å holde en streit linje, men det er mange som ser deg, det er ikke kult. Jeg bruker mange kanyler, kanskje ti, for å finne årene, blodet renner, jeg har panikk når jeg sitter ute, hjemme også ofte. Jeg syns det er ekkelt når folk ser på det"*.

Vårt inntrykk er at langt de fleste ønsker å være sammen med noen når de injiserer. Dette gjelder både de som har brukt sprøyterommet og andre vi har diskutert spørsmålet med. De er redde for overdoser. De forteller blant annet at det hender de betaler andre misbrukere for å være til stede når de selv setter sprøyter. Betalingen er oftest heroin.

Diskusjoner om verdigg og marginalisering.

En del av hovedmålsettingen med prosjektet var å bidra til at brukerne skulle få en mer verdigg hverdag, og å motvirke marginalisering. Dette var begreper vi drøftet med alle brukerne i forkant, men spesielt med de fire kvinnene vi gjennomførte dybdeintervjuer med.

De intervjuede var samstemte i at å slippe og gjemme seg av frykt for å bli sett av andre mennesker eller politiet, slippe å være redd for å bli jaget vekk av vektere, ikke måtte sitte aleine på et offentlig toalett eller et hospitsrom når de skulle "sette skudd" selvfølgelig ville bidra til å øke deres verdigg. Én sa: *"Man slipper å føle seg så kjeltringaktigg, slipper å se deg over skuldrene, ja klart det er med å øke min selvfølelse. Det burde vært sprøyterom for narkomane for lenge siden"*. En annen uttalte: *"Det å drive og planlegge ute, som en forbryter - hvor er jeg trygg?? – folk går forbi og ser på deg som om du er verre enn dritt"*

under skoa dems, pluss at du er bekymra for politiet, selvfølgelig vil det (å få sette sprøyter hos oss, vår anm.) øke følelsen av verdighet”.

Som sagt ønsket vi gjennom prosjektet også å være med på å motvirke marginalisering. Vi stilte i intervjuene spørsmål relatert til om kvinnen trodde at det å få sette sprøyter hos oss ville bidra til større aksept av henne og narkomane generelt. Én av kvinnene sa da: *”Vi får jo så mye respekt på dette stedet uansett, men det er jo et skritt videre for rusavhengige folk å få sette skuddene inne. Jo mindre vi må sitte ute, jo mindre blir vi stemplet og sett ned på”.* En av de andre kvinnene var mer usikker på om forsøk med sprøyterom ville ha noen ringvirkning på holdningene til narkomane i samfunnet generelt, men mente likevel at det å få sette sprøyter hos oss ville gi henne en større opplevelse av å bli godtatt for den hun er: *”Akseptert, ja i forhold til dere på Pro, definitivt, samfunnet rundt, jeg vet ikke. Men, Pro Sentret, det er jo litt staten og kommunen, at de sier ja til dette, da sier de jo indirekte på en måte at de godtar oss og det har vi jo ikke opplevd før. Det første skrittet var jo å få gratis sprøyter, da ble vi jo litt godtatt, men ikke helt”.*

Vårt inntrykk er at kvinnene, som det siste utsagnet også viser, skiller mellom aksept av narkotika som sådan, og aksept av dem som mennesker med et rusproblem. Derfor var reaksjonene tilsvarende sterke da rommet ble strengt. Sinne, vantro og fortvilelse vekslet. Det ble også tydelig for oss at de kanskje var vant med at slike goder ikke kunne være. Resignasjonen kom ganske fort.

Den farlige dialogen

Et av målene med sprøyteromsprosjektet var å få styrket dialogen med brukerne, både generelt og når det gjaldt sprøytebruk spesielt. Vi har aldri opplevd det som unaturlig å snakke med brukerne om nesten alt som de har slitt med i livene sine. Alt fra oppbrudte familieband, tap av egne barn, seksuelle overgrep, prostitusjon, vold og voldtekt. Det er forunderlig at slike vanskelige temaer er vanlig å ta opp, men ikke tema injisering av heroin. Kanskje i allmenne ordelag, men sjelden helt konkret. Vår påstand er at dette ennå er et tabuisert område i rusomsorgen. Brukerne er også usikre på om vi ville ”tåle” å høre om det. Det siste kom tydelig fram på møter vi hadde med dem i forkant, der de ga uttrykk for at dette var noe de trodde de måtte skåne oss for. Én sa blant annet: *”Dere må huske på at dette her kan bli mye blod og gørr og sånn, er dere sikre på at dere vil se på det?”*

Dialogen på sprøyterommet

Sykepleiere på Pro Sentret hadde snakket med brukerne om bruk av sprøyter før prosjektet starta. Vi oppdaget likevel at det er noe helt annet å diskutere og veilede på dette området kun ut fra hva brukerne forteller oss, enn det er å være med på hele prosessen og da kunne diskutere underveis. De aller fleste hadde i forkant fortalt oss at de kunne sette sprøyter, men som vi har beskrevet oppdaget vi mange hull i kunnskapen både når det gjaldt hygiene og injeksjonsteknikk. Vi fikk i prosjektperioden tilbakemelding fra de fleste brukerne om at de synes det var fint å få råd og veiledning som gjorde at de kunne unngå abcesser og andre infeksjoner. Som en sa det: *”Etter 25 år som narkoman trudde jeg at jeg kunne alt om det å sette sprøyter, men jammen har jeg litt å lære”.*

Vi la i tillegg stor vekt på at vi også var ute etter å lære av dem, noe vi i fullt monn gjorde. De fleste ga uttrykk for at de satte pris på at det var noen som ønsket å få del i deres kunnskap og erfaring.

I tillegg til å diskutere hygiene og injeksjonsteknikk med brukerne, var mengden stoff og hva de skulle injisere alltid et tema på sprøyterommet. Vi spurte blant annet om dette var det de pleide å injisere, om de brukte å bli veldig rusa av dette og så videre. Med de kvinnene som hadde brukt sprøyterommet tidligere, kunne vi snakke om hvorledes hun hadde reagert på samme mengde dagen før dersom vi da hadde opplevd henne som svært rusa. Etter slike diskusjoner hendte det, om enn ikke som hovedregelen, at kvinnene valgte å redusere mengden stoff de skulle sette eller å ikke injisere piller sammen med heroin. De fleste av kvinnene ga uttrykk for at de ikke oppfattet dette som utidig innblanding, de så på det som ”å bry seg om ” ikke ”å bry seg ”. Vi var likevel alltid helt tydelige på at hva og hvor mye de injiserte til sjuende og sist, var deres eget ansvar

Noen av kvinnene var abstinente og/eller utålmodige etter å få injisert stoffet når de kom inn på sprøyterommet, og samtalen rundt sprøytebruken ble derfor ikke alltid like god. Vi opplevde likevel stort sett at dette var noe vi kunne komme tilbake til ved en senere anledning, enten i samtaler på varmestua eller rundt for eksempel sårstell. Det at vi hadde vært til stede under prosessen ga oss en mulighet til å ta diskusjonen også andre steder enn inne på sprøyterommet.

Vi oppdaget at det å være med en kvinne inn på sprøyterommet ofte førte til en god samtale om andre temaer enn selve sprøytesettingen. Med utgangspunkt i spørsmålene vi stilte fikk vi mye informasjon om andre sider ved livene deres, som for eksempel barndom, familieforhold, ruskarriere, prostitusjonserfaring, helseplager og lignende. Ønsker om å slutte med rus og prostitusjon og hvilke muligheter som her fins, ble også ofte diskutert. Dette er naturligvis temaer vi snakker med kvinnene om ellers også, men det kunne virke som om det å være til stede og sammen med kvinnen under sprøytesettingen skapte et spesielt tillitsforhold som gjorde at hun ble ekstra trygg på oss. Kanskje dette kom tydeligst fram i forhold til de kvinnene vi ikke hadde så god kontakt med på forhånd. Det opplevdes tidvis som vanskelig å måtte avslutte slike samtaler på grunn av den knappe tiden som var til rådighet per besøk på sprøyterommet, men vi kunne alltid komme tilbake til temaene ved en senere anledning..

Flere av kvinnene ga uttrykk for at det føltes rart at en ”*hjelperson*” så på at de satt sprøyter, det hadde de ikke opplevd før. Nesten alle kvinnene synes likevel dette var uproblematisk. Noen få ønsket ved første besøk at vi ikke skulle se på dem akkurat når de satte inn nåla. De ga uttrykk for at dette handlet om at de synes det var ”*ekkelig*” at vi skulle se akkurat dette, når vi sa eller hadde vist at vi ”*tålte*” det, var det stort sett helt greit.

Problemer i miljøet på varmestua.

Tilbudet om å injisere heroin i våre lokaler preget miljøet på varmestua i sin helhet. Diskusjonene dreide seg om hvem som stod hvor i køen, og om hvor lang tid den enkelte hadde brukt på sprøyterommet. Noen av kvinnene var svært rusa etter å ha injisert, og brukte tid på å ”våkne” igjen. Flere av de andre brukerne reagerte negativt på dette, spesielt de av kvinnene som ikke ruser seg eller de som grunnet tidsbegrensningen ikke fikk bruke rommet og var abstinente. De mente at varmestua mer enn tidligere var prega av tung rus. Selv er vi ikke helt sikre på om dette stemmer, da tung rus har vært gjenstand for stor diskusjon helt siden varmestua åpnet.

I tillegg opplevde vi nok at samtalene på varmestua både mellom oss og kvinnene, og brukerne i mellom, oftere handla om rus enn prostitusjon som jo er Pro Sentrets hovedfokus.

Vi syns i perioder også at brukerne av sprøyterommet i mindre grad etterspurte våre andre sykepleie- og sosialfaglige tjenester.

I forkant av prosjektet tenkte vi at den roen et sprøyterom representerte for kvinnene, kunne føre til at de fikk mer tid og ro til å kontakte sosialkontor, avrusingssteder, familie og andre. I løpet av den korte tiden prosjektet varte syns vi ikke at vi oppnådde denne målsettingen. Brukerne brukte vel så mye energi på kørdning og diskusjon av organiseringen av tilbudet. Vi tror at dette kunne vært annerledes dersom det hadde vært større kapasitet og lengre åpningstider på sprøyterommet, samt at det trolig ville ha "gått seg til" når sprøyterommet var blitt mer etablert som en naturlig del blant våre andre tilbud. Også for brukerne var sprøyterommet selvsagt noe helt nytt, som de måtte lære å forholde seg til.

Beskrivelse av hvordan sprøytene settes

Det er to hovedprinsipper ved sprøytesetting. En sprøyte kan settes i en muskel, intramuskulært (IM) eller den kan settes i en blodåre, såkalt venøst eller intravenøst (IV). Muskulære injeksjoner kan settes i alle kroppens store muskler, og de vanligste stedene er lår, rumpe og armer. I prinsippet kan alle venene i kroppen brukes. Venene er de overflatiske blodårene, som vanligvis er synlige.

Blant brukerne av sprøyterommet setter flertallet venøst, og de vanligste stedene å sette er armer og lysken. Blodårene blir etter flere års injiserende misbruk ødelagte og kan ikke brukes lengre. De siste venene som blir tatt i bruk er de store blodårene i halsen og lysken. Det bør legges til at for de fleste sprøytenarkomane er det et mål å få satt heroinet venøst, da dette gir en umiddelbar effekt av stoffet.

Beskrivelse av forberedelser og gjennomføring av en injeksjon

"Mekke-prosessen", som dette kalles blant brukerne, bør begynne med grundig håndvask. Brukerdosen med heroin er vanligvis pakket i plastfilm eller plastbelagt folie. Denne pakken åpnes og tømmes ut i en kokeskje eller tilsvarende. Heroinet ligner finmalt brunt sukker. Ascorbinsyre og vann tilsettes for å løse opp heroinet, og blandingen varmes opp over åpen flamme til den koker. På Pro Sentret skjer oppvarmingen over en propanbrenner som ikke soter. Oppløsningen må filtreres, slik at partikler som ikke har løst seg opp ikke trekkes opp i sprøyta. Bomulldotter, sigarettfiltre eller lignende brukes til dette formål. Mange kjøler stoffet ned ved å holde sprøyta under vann fra springen. Det sies at dersom løsningen er for varm kan man få hodepine. Heroinet er nå klart til å injiseres. Det er svært vanlig å kombinere heroinet med piller i sprøyten. Piller som Valium, Rohypnol og Flunipam knuses og varmes opp på samme måte som beskrevet ovenfor og blandes med heroin.

Observasjoner og kommentarer til brukernes sprøytesetting

De fleste brukerne av helsetilbudet har dårlige rutiner for håndhygiene. Flertallet måtte minnes på å vaske hendene før de begynte å "mekke".

I direkte kontakt med utstyret (pumpa og kanylen), er de fleste i berøring av kanylen og koplingspunktet mellom pumpe og kanyle, disse områdene er inngangsporter for bakterier. Ute har brukerne sjelden en servant tilgjengelig. Pro sentret oppfordrer til bruk av et desinfiserende skum i kombinasjon med håndvask, eller som et substitutt der rent vann og såpe ikke er tilgjengelig.

Nålen blir ofte slikket på før den stikkes inn under huden. Munnhulen inneholder normalt mange ulike bakterier som kan være skadelige dersom de kommer inn i blodbanen. Det er mange som ikke desinfiserer huden med f eks Alcotip injeksjonstørk og av dem som bruker det, er det mange som bruker den feil; et tørk er nok. En skal ikke gni frem og tilbake, da dette kun flytter bakteriene rundt på huden.

Brukte filtre inneholder rester av heroin. Det er vanlig at brukerne tar vare på disse ”dottene”, for senere å kunne koke dem opp på nytt og få ut det som skulle være igjen av heroin. De brukte filtrene er fulle av bakterier og avfallsstoffer, og enkelte oppgir at de blir syke av ”å sette dotter”.

Som nevnt tidligere, fikk brukerne tilgang på rene skjeer, og et propanapparat som er en softri brenner. På gata og hjemme brukes en lighter, stearinlys eller brennende papir for å varme opp heroinet. Skjeen eller kokebegeret, samt det andre utstyret blir fullt av sot. Sykepleierne på Pro sentret har sett abcesser som har inneholdt sotpartikler.

Ute har brukerne ofte ikke tilgang på rent vann eller de bryr seg lite om kvaliteten på vannet. Det sies at enkelte bruker vann fra Akerselva og sølepytter.

Våre erfaringer så langt tilsier at mange av brukerne har dårlige kunnskaper både om hygiene og injeksjonsteknikk. Vi har registrert tilfeller der feil kanyle ble brukt til muskulære injeksjoner, der vedkommende valgte en kort sprøytespiss egnet til intravenøse injeksjoner. Ofte brukte de samme kanyle til å stikke flere ganger før det lykkes dem, noe som medfører at blodrester og bakterier overføres til en rekke steder under huden. Gjentatte ganger har vi observert at venen perforeres tvers igjennom, før stoffet forsøkes presset inn.

Injeksjoner i lysken og halsen er forbundet med en betydelig større risiko med tanke på blant annet blodpropp og infeksjoner. I lysken går venene direkte til hjertet, og en blodpropp i denne banen vil kunne ha dødelig utgang. Svært mange injiserer nettopp her. Selvom vi påpeker hvor ekstremt farlige slike injeksjoner er, opplever de ikke at de har noen alternativer.

Hva er en abcess:

Abcess er en betent lomme under huden som er fylt med puss/verk og er det samme som en verkebyll. Abcesser kan bli på størrelse med en håndball, og kan inneholde opptil en halv liter puss (gulgrønn illeluktende og tyktflytende væske).

Risikoen for å få abcesser er stor både ved intramuskulære og intravenøse injeksjoner.

Hvordan kan en abcess oppstå:

Som tidligere nevnt kan abcesser forekomme både etter muskulære, subkutane (i fettvevet) og venøse injeksjoner. I tillegg til de hygieniske fallgruvene, er det andre faktorer som kan føre til abcessdannelse. Enkelte risikofaktorer er det lite en kan gjøre noe med, som for eksempel at heroinet i seg selv kan inneholde partikler og urenheter. Det samme gjelder dottene som brukes. Ved muskulære injeksjoner antas det at det er større risiko for å få abcesser dersom det i tillegg injiseres piller. Heroinet som kjøpes på gata inneholder vanligvis 20 – 60% ren heroin, amfetaminet har vanligvis 20-40 % renhet (opplysninger fra KRIPOS laboratorium). Det øvrige innholdet i stoffet som kjøpes er ofte uidentifisert. Urent stoff gir derfor ofte abcesser, særlig dersom det ikke kokes lenge nok.

De vanligste feilene som gjøres ved intramuskulære injeksjoner, er at det brukes for korte kanyler slik at løsningen blir satt under huden i fettvevet og ikke i muskelen. I tillegg blir

stoffet injisert for fort og i for store mengder, noe som fører til stort trykk i muskelvevet og stoffet blir liggende. Ofte blir samme muskel brukt til flere injeksjoner i løpet av et døgn. Ved venøse injeksjoner oppstår abcesser vanligvis dersom det blir satt et ”bomskudd”. Et ”bomskudd” er når blod som er trukket inn i sprøyten blir injisert utenfor blodåren. Heroinet og blodet blir liggende i vevet og det vil etter hvert utvikles en betennelse. Kroppen kan kvitte seg med abcesser selv, mens i mange tilfeller vokser de og må behandles. De kan ødelegge muskler og dette fordrer sykehusinnleggelse der deler av muskelen og omkringliggende vev må fjernes kirurgisk. I verste fall må kroppsdeler amputeres.

Forekomst av abcesser hos kvinnene som brukte sprøyterommet

14 av kvinnene rapporterte at de på tidspunktet for besøket hadde abcesser, og at de pleide å ha slike. 9 kvinner oppga at de hadde hatt abcesser, men at de ikke hadde noen der og da. De øvrige var ikke plaget av abcesser.

Injeksjonspraksis blant brukerne av sprøyterommet:

Det var som nevnt 160 injeksjoner i prøveperioden, derav 158 kvinner og 2 menn:

Muskulære injeksjoner	(IM)	19	(11.9 %)
Intravenøse injeksjoner	(IV)	141	(88.1 %)
Derav	12 i hals (8.5 %) 43 i lyske (30.5 %)		

Det er antatt at de er forbundet med særlig stor helsefare å injisere i hals, lyske eller muskulært (se over). Til sammen var 74 av injeksjonene (46.6 %) slike.

En bruker fortalte at når hun injiserte ute ble det ofte til at hun satte muskulært fordi det var vanskelig å finne årer hvis det var kaldt eller hvis hun var stressa. Vi antar at dette gjelder for flere.

Registrering av andre helseplager hos kvinnene som brukte sprøyterommet

Hepatitt A:	3 kvinner
Hepatitt B:	4 kvinner
Hepatitt C:	24 kvinner
HIV:	2 kvinner
Mistenkt blodpropp (lysk):	3 kvinner
”Drop foot/hand”:	2 kvinner
Depresjon/psykiske plager:	16 kvinner

Videre oppga 4 at de hadde epilepsi, en at hun hadde såkalt MBD-diagnose, to hadde astma og en emfysem. Fem sa de var forkjøla, to hadde bronkitt eller begynnende lungebetennelse og fire oppga at de hadde ”dårlig allmenntilstand og redusert matlyst”. En har underlivskreft, en har en cyste i halebeinet og fem oppga andre skader i rygg, bein eller lignende.

Dilemmaer og begrensninger

Frykt for å rekruttere

Et argument mot sprøyterom har vært at et slikt tilbud vil kunne gjøre det ”lettere”, eller mer attraktivt for folk å prøve å sette sprøyter med heroin. Dette var også diskusjonstema hos oss i forkant av prosjektet, og det ble arbeidet med å lage systemer for å ”sile” i tilfelle vi skulle få en tilstrømning av mennesker som henvendte seg til oss kun for å bruke sprøyterommet. At dette skulle være et tilbud til vår målgruppe og et supplement til våre øvrige tjenester, var svært viktig.

I løpet av prosjektperioden var det 3 kvinner som kom til varmestua for første gang og primært ba om å få bruke sprøyterommet. En av dem kjente vi fra vårt oppsøkende arbeid på prostitusjonsstrøket. Alle tre hadde prostitusjonserfaring. Alle tre etterspurte siden andre tjenester så som mat, bistand til å kontakte sosialkontor og hjelp til å reise hjem til kommunen hun tilhørte. Disse tre hadde vært misbrukere fra 4 til 9 år.

Ansvar for egen rus

Vi diskuterte i forkant av prosjektet hvorvidt de ansatte skulle ”legge seg opp i” hvor mye eller hva den enkelte planla å injisere i sprøyterommet, og hvorvidt det skulle settes noen form for grense fra vår side. Videre diskuterte vi muligheten for at brukerne skulle ”spekulere” i den trygge rammen og således sette mer enn de ellers ville ha gjort.

De som skulle betjene rommet konkluderte med at de ikke ønsket å utøve noen form for kontroll av hva den enkelte skulle innta. Vi mente at dette mest sannsynlig ville signalisere et ansvarsfritak for brukerne, og dialogen ville bli basert på andre forutsetninger enn hva vi ønsket. Imidlertid besluttet vi at den ansatte som hadde dagansvar for rommet hadde myndighet til å avvise å følge en bruker inn, dersom vedkommende ble vurdert som svært påvirket eller i dårlig forfatning på det aktuelle tidspunktet. At Narcanti var tilgjengelig, ble ikke formidlet til brukerne.

Ingen av brukerne meddelte til oss at de under besøk på sprøyterommet satt større doser enn ellers, men at de satt ”det vanlige”. Det som skulle bli en ny erfaring både for brukerne og oss, var at effekten av det såkalte ”vanlige” ble beskrevet som sterkere enn normalt, når de injiserte på Pro Sentret. En forklaring på dette fenomenet kan være at stress og produksjon av adrenalin motvirker effekten av opiater. Den trygge atmosfæren, vissheten om at ambulanse ville bli tilkalt og at ingen ville rane en, kunne altså vise seg å forsterke rusvirkningen.

Kan ikke flere bruke rommet samtidig?

Fordi Pro Sentret ønsket å ha ro og anledning til å gjennomføre rådgivende samtaler med den enkelte om sprøytesettingen, bestemte vi at kun én person skulle kunne bruke rommet ad gangen. Imidlertid visste vi at enkelte var helt avhengig av hjelp fra en annen person for å sette sprøyter, hovedsakelig i halsen. Derfor åpnet vi for unntak i slike tilfeller. Det viste seg imidlertid raskt at dette ikke var ukomplisert, blant annet i det ”hjelperen” ble anklaget for å stjele stoff av den som trengte hjelp. Sågar den ansatte som var tilstede fikk denne beskyldningen, da situasjonen framsto som uoversiktlig for alle inne i rommet. Videre ble denne tjenesten ved flere anledninger ”betalt” med deler av stoffet. Personer som var i stand til å hjelpe en annen, benyttet også dette som en strategi for å hoppe fremover i køen. Etter å ha gjort disse erfaringene, innførte vi prosedyrer som avverget de fleste problemene. Den som skulle ha hjelp måtte ”mekke” ferdig og rydde opp, før ”hjelperen” kom inn på rommet. Den som hjalp måtte uansett vente på sin tur, før vedkommende kunne sette sin andel.

Tidsbruk

Vi hadde anslått hvert besøk til å vare ca 30 minutter, og satt en tidsramme på maksimalt 45 minutter per besøk. Anslaget var basert på det brukerne hadde fortalt var vanlig, samt at vi

beregnet tid til registrering av opplysninger og samtale. Det viste seg at brukerne ikke hadde en realistisk forestilling om hvor lang tid de bruker på å forberede og injisere. Forberedelsene tar naturligvis lengre tid når det er en person til stede som stiller spørsmål og kommenterer det man gjør. Videre tar det ekstra tid dersom man både skal koke opp heroin og piller, da dette gjøres separat. Selve injeksjonen viste seg også for manges vedkommende å ta betydelig tid og anstrengelser, all den tid manges vener er brukt opp. De ansattes opplevelse av å være sammen med et menneske som i opptil tre kvarter – uten hell – stikker seg igjen og igjen, var meget ubehagelig og frambragte et sterkt ønske om å kunne hjelpe.

Køordning og krangel

Sprøyterommet ble meget populært og kapasiteten vår var begrenset. Gjennomsnittlig fikk fire personer brukt rommet i løpet av to timer. Med noen få unntak, måtte vi daglig avvise folk som ønsket å komme inn på rommet fordi tiden var ute. Dette resulterte blant annet i at det oppsto krangling og ”hakking” brukerne i mellom. Spesielt var presset stort på den som var på vei inn, om at hun ikke skulle bruke ”lang tid”. Personalet i varmestua måtte bruke mye tid på å administrere køen, og dempe gemyttene. Forslag fra brukerne om at flere måtte kunne bruke rommet samtidig, ble trukket tilbake når vi beskrev problemstillingene som er nevnt ovenfor.

”Røykeforbud”

Vi ønsket ikke at sprøyterommet skulle være en forlengelse av varmestua, og det var avgjørende for avvikling av køen at folk kom seg ut etter injeksjonen. Det skulle ikke være lov å røyke på rommet. Det gikk kun kort tid før vi fikk den første forespørselen om det var lov å røyke heroin der. I hovedsak hadde vi fokusert på ønsket om å redusere skadene forbundet med injeksjoner, med et hovedmål var jo også å bidra til at brukerne fikk en mer verdig hverdag. Heroinrøykere beskrev tilsvarende situasjoner der de gjemte seg og ble jagd. Røyking krever også tid og ro og ikke minst at det er vindstille. Røyking av heroin er foreslått som et alternativ til sprøytesetting. Argumentet mot denne muligheten er at det er mye svinn når man røyker, og dette derfor vanligvis blir en for kostbar løsning for våre brukere. Videre vil en ikke oppnå samme ”kick” ved røyking som ved venøs injeksjon. Imidlertid får ikke de som er henvist til muskulær injeksjon etter å ha ødelagt venene sine dette ”kicket” heller, slik at for denne gruppa kunne røyking vært et reelt alternativ dersom rett teknikk ble anvendt. Det skal finnes spesialutstyr for røyking av heroin som er utviklet i andre europeiske land. I dette perspektivet ble vi på sentret interessert i å lære mer om dette. Flere av våre brukere som per i dag røyker kunne tas med på råd. Dessverre ble prosjektet stanset før vi fikk forfulgt ideen.

Erfaringer fra diskusjoner med menn som injiserer narkotika.

Pro Sentret har årlig kontakt med et snaut hundretalls gutter og menn som selger sex. Drøyt halvparten av dem vet vi injiserer narkotiske stoffer. Helseplagene deres er omfattende, og de er også lite i stand til å bruke det ordinære helsetilbudet slik vi fant hos de kvinnelige brukerne.

Vi hadde tidligere en tro på at erfarne sprøytebrukere kunne injisere på en riktig og hygienisk måte. Det er det flere som ikke kan. Dette er for oss en erfaring på linje med bruk av kondom. Det er flere som trenger undervisning i dette for også her å oppnå en størst mulig sikkerhet. Både i forkant av prosjektet og etter at det startet har vi hatt fortløpende diskusjoner med de mannlige besøkende. Vi understreket at det kun var Pro Sentrets brukere som hadde mulighet

til å benytte seg av sprøyterommet og at de måtte ha en samtale med en av de ansatte som kjente dem på forhånd.

Disse diskusjonene førte også til at vi fikk en bedre oversikt over hvor de geografisk injiserte narkotikaen til daglig.

Utsagn fra diskusjoner:

- *”Jeg tror ikke jeg vil benytte meg av det (sprøyterommet). Jeg vil at rusbruket mitt skal være mer privat. Jeg pleier å sette skuddet hjemme, enten alene eller sammen med kompiser. Det er greit å diskutere hvordan vi bruker sprøyta, men rusen vil jeg ikke ha sammen med noen ansatte.”*
- *”Det skulle vært flere sprøyterom. Om vinteren er det nesten umulig å sette skudd ute. Årene forsvinner. Det blir så jævlig kaldt. Så blir det å bruke en oppgang eller et parkeringshus eller noe.”*
- *”Jeg trodde jeg kunne dette her jeg. Jeg visste ikke at det var nødvendig å vaske på forhånd.”*
- *”Det er bra å kunne sitte her i fred. Særlig når du ikke har årer igjen og må sette i lysken og må konse ekstra. Det tar lenger tid også”.*

To av våre brukere fikk prøve å injisere i våre lokaler før tilbudet ble stengt. I praksis kom vi senere i gang med å gi tilbudet til menn. Kanskje var de mer usikre på å sitte sammen med personale og injisere.

I diskusjoner ble vi fortalt at det å injisere narkotika blir for dem oppfattet som en intim og privat situasjon som deles med venner. Det kan være vanskelig å vise fram eventuell mangelfull kunnskap og dårlige praksis. Samtidig kan en sprøytesettingssituasjon være en unik situasjon til å snakke helse og hva man kan gjøre for å gi minst mulig skade på egen kropp. Det var et stort ønske at vi skulle fortsette med dette tilbudet.

Mens de kvinnelige brukerne gjerne ville ha tryggheten ved et personal tilstede, argumenterte de mannlige brukerne med at dette er privat og intimt. Vi fikk dessverre for liten tid til å utforske denne forskjellen dypere.

Offentlighetens lys

Mandag 19.2. ble Pro Sentret kontaktet av TV 2 som ville ha bekreftet et tips de hadde fått om at vi hadde åpnet et sprøyterom. De fikk komme samme dag og laget en reportasje til kveldens nyhetssending. I en kommentar til nyhetsinnslaget sa Sosialminister Guri Ingebrigtsen at tiltaket kunne være i strid med internasjonale konvensjoner som Norge er forpliktet av.

Morgenen etter fikk vi vite av TV 2 at kommunen ville stenge tilbudet. Dette ble senere på dagen bekreftet ved at vi fikk beskjed fra vår administrasjon om å stenge og å redegjøre for opprettelsen. Det vil si: *”...hvorledes et slikt tiltak har kunnet bli etablert i strid med overordnede politiske vedtak, hvorledes dette har vært vurdert juridisk, hvem som har iverksatt dette og hvordan dette har vært organisert.”* En slik redegjørelse ble gitt samme dag og vi informerte våre brukere at de fra og med den 20.2. ikke lenger hadde anledning til å injisere i det lokalet som var avsatt.

Den etterfølgende debatten har, så vidt vi vet, hovedsakelig vært holdt i media. Det har vært en debatt som har gått mellom politikere, oss og ”mannen/kvinnen i gata” (representert ved journalister og kommentatorer i pressa). I forbausende liten grad har andre fagpersoner i

rusfeltet vært på banen. Unntakene har vært: Helge Waal i dagsnytt 18, Knut Reinås og Erling Pedersen i TV 2 samt Helen Bjørnøy/Johannes Heggeland i Dagsavisen.

De mediene som særlig har fulgt opp saken er:

- TV 2 i nyhetssendinger og frokost-tv.
- AftenAften
- NRK Østlandssendinga (både radio og TV)
- P 4
- Dagsavisen
- På Blå kors hjemmeside har dr. Hans Olav Fekjær en spennende diskusjonsgruppe som også har befattet seg med Sprøyterommet : www.bks.no

Dessuten har sprøyterommet vært gjenstand for positive ledere i Dagbladet, Dagsavisen, AftenAften og VG, samt kommentarartikler.

Vi skal være forsiktige med å generalisere en så omfattende debatt, men det er noen forhold som vi mener peker seg ut:

- Negative reaksjoner på forsøket har kun kommet fra politisk ledelse i kommunen og sosialdepartementet og i noen grad fra administrasjonen som sitter nærmest denne ledelsen.
- Positive til forsøket har vært brukere, presse og store deler av fagmiljøet (mest ved uformelle henvendelser om at det var på høy tid at noen laget et forsøk)
- En del sentrale politikere, både Tom Pape i kommunens helse- og sosialkomite og Odd Einar Dørum/John Alvheim i Stortingets sosialkomite og Venstres leder Lars Sponheim har uttrykt at de vil ha forsøket og legaliteten utredet, med tanke på å vinne flere erfaringer.
- De som er negative til forsøket gjør dette til en **narkotikapolitisk debatt** og til en **debatt om lovgrunnlaget**. Det henvises til den generelle norske politikken og til de internasjonale forpliktelsene vi har. Innholdet i argumentene har i hovedsak knyttet seg til bekymring for at dette skulle åpne for en narkotikaliberal politikk og for at det skulle føre til en økt sprøytebruk.
- De som har vært positive til forsøket har i hovedsak knyttet dette til **brukernes verdighet og helsesituasjon** samt risiko for **overdoser**.

Framover vet vi at Sosialministeren vil ta initiativ til å utrede de juridiske sidene av saken og vurdere om det kan være aktuelt å igangsette et forsøksprosjekt. Helse- og Sosialkomiteen i Oslo vil drøfte vårt tiltak på neste møte. Partiet Venstre inviterer til høring i Stortinget. Videre vet vi at TV 2 trolig vil følge opp saken i en annen form enn ren nyhetsdekning.

Om ”sprøyteromsdebatten”

Debatten om sprøyterom er ikke ny. I etterkant av de første tiltakene mot HIV epidemien blant rusmisbrukerne fikk vi et økende fokus på helse, injeksjonspraksis og skadereduksjon. Allerede i forarbeidene med ”Oslo kommunes handlingsplan mot vold, prostitusjon...1996-1999” var spørsmålet oppe til drøfting uten at det nedfelte seg i noen plan.

På oppdrag av ”Forbundet mot Rusgift” laget R.D.Cron og K.Reinås i 1997 en rapport om forskjellige skadereduserende tiltak i Sveits og Frankfurt, deriblant injeksjonsrom.

Omtrent på samme tid – 21 november 1997 arrangerte Kompetansesenter-Rus, Oslo og Akershus et kunnskapsseminar om helsefremmende tiltak for rusmisbrukere. Dette er dokumentert i et *Erfaringshefte*.

Stortingets Sosialkomite behandlet i 1999 Narkotikameldingen. Flertallet i komiteen, representert ved Øyangen og Alvheim, henstilte til regjeringen å utrede etableringen av et sprøyterom. Statsråden bekreftet i svarbrev 25. mars at departementet ville utrede de faglige og rettslige sidene ved et sprøyterom. Denne utredningen ble stilt i bero i september samme år.

Bergen kommune søkte i september 1999 om å opprette et prøveprosjekt med sprøyterom. Departementet avviste dette med henvisning til en uttalelse fra FN's Narkotikaråd til danske myndigheter 18. mai samme år.

Om de juridiske aspektene

Spørsmålet om forsøk med injisering er først og fremst et spørsmål om politisk vilje. Det er flere land som har underskrevet de samme avtaler som Norge. De har likevel slike tilbud, enten i offentlig eller privat regi, uten at det har ført til reaksjoner.

Likevel kan det være greit å se på de viktigste lovaspektene:

- **FN konvensjonene.** Det er tre FN konvensjoner om narkotika hvorav to er særlig aktuelle. Både 1961 konvensjonen og 1988 konvensjonen forplikter underskriftslandene til å kriminalisere innehav og omsetning av narkotika. Norge har ratifisert disse konvensjonene og er således forpliktet til å følge dem. Det er imidlertid forskjellig hvordan lovene håndheves i forhold til innehav til personlig bruk. Her er det langt på vei opp til lokale myndigheter hvordan de håndhever reglene. Dette er også bakgrunnen for at en rekke land som har ratifisert konvensjonene (eks. Tyskland, Sveits) likevel kan ha sprøyterom i offentlig eller privat regi. På Poupidougruppens ministerkonferanse 12.-13. oktober i fjor la den belgiske jusprofessoren Brice de Ruyver fram en betenkning om blant annet dette spørsmålet. Hans konklusjon er at det ikke er en klar motsetning mellom internasjonal lov og sprøyterom. Hvis påtalemakten har handlefrihet til å vurdere (etter hensiktsmessighet og lignende) offentlig påtale eller ikke (opportunitetsprinsippet), så er det fullt mulig å akseptere injeksjonsrom uten å bryte med internasjonal lov. Han henviser også til at så lenge injeksjonsrommet oppfattes som et skadereduserende tiltak, vil det være i tråd med den Europeiske Handlingsplanen for Narkotikabekjempelse (henvisning til Treaty of Amsterdam 1997, art. 152).
- **Statlig og kommunal politikk.** Spørsmålet om sprøyterom er ikke utredet på statlig hold, jfr. at den rettslige vurderingen ble stilt i bero i 1999. Det går heller ikke entydig fram av Narkotikameldingen eller av kommunale planer at et sprøyterom skulle være i strid med gjeldende politikk. Fra Byrådsavdelingen er det henvist til Oslos engasjement i ECAD og ECADs forpliktelse til å arbeide mot en legalisering av narkotika. Til dette er å si at vårt forsøk med å gi et utvidet helsetilbud ikke på noen måte bryter med en slik målsetting. Narkotikameldingen advarer mot å forstå skadereduksjonstiltak som legalisering eller liberaliseringstiltak. Er det noe som har preget de siste årenes utvikling i narkotikapolitikken, så har det vel vært økt vekt på helsetiltak og utvikling av mer differensierte behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukerne.
- **Smittevernslov.** I *Erfaringsheftet* fra kunnskapsseminaret 21. november 1997 er det en artikkel av Lasse Warberg ved Institutt for Rettssosiologi, UiO. Hans utgangspunkt er at personer som er i en smitteutsatt situasjon har en lovfestet *rett* til tiltak som kan fjerne eller dempe smittefaren (§ 6.1, jfr. §§ 1-1 & 7.1). Konklusjonen til Warberg vedrørende et kontakt – og helsesenter med injeksjonsmulighet er ”..at det vil være lovlig og ønskelig å opprette et slikt senter.” Denne utredningen har vært kjent siden 1998 og vi har ikke sett at den har vært imøtekommet noe sted.

- **Lov om kommunehelsetjeneste.** I samme artikkel henviser Warberg til kommunehelsetjenestelovens § 2.1 som fastslår pasienters rett til hjelp i forhold til den enkeltes situasjon og behov. Det dreier seg altså ikke bare om spesifikke smitteforebyggende tiltak som kondomer, tilgang på sprøyter og vaksiner. I tråd med dette er Pro Sentrets tilbud bare en del av vårt samlede helsetilbud som er tilpasset rusmisbrukernes behov. Også WHO-strategiene for ”**Helse for alle 2000**” legger vekt på helse som en menneskelig rettighet og betydningen av ”..å slå vakt om hälsan hos sårbara grupper och fattiga och peka ut vilka principer och praxis som gynnar eller skadar hälsan.” Videre peker WHO på sosial utstøting og fordommer som helserisiko.
- **Forsøk.** Uavhengig av de nevnte lovhjemlene kan man, hvis det er ønsket, sikre legaliteten til et slikt tiltak gjennom å definere det som et forsøksprosjekt. Vi har sett på det som et svært avgrenset forsøk både i tid og omfang. Det er også behovet for å vinne noen erfaringer som ligger bak Dørums forslag i Stortingets spørretime om å åpne for forsøk på området. Igjen er vi tilbake til om det er politisk vilje.

Om sprøytebruk, overdoser og røyking av heroin

I den etterfølgende debatten er det noen momenter som må kommenteres særskilt:

- **Vil et forsøk med injisering under tilsyn fremme omsetting og bruk av narkotika?** Et slikt synspunkt lanseres av Knut Reinås i Dagsavisen 5.3. Han henviser til ”den ekstreme sprøytekulturen blant heroinbrukere i Norge”. Vi trekker fram dette eksemplet fordi det synes å være representativt for én posisjon i debatten. Argumentasjonen synes å være som følgende: det er en ekstrem sprøyte/kick-kultur i Norge som er hovedårsaken til de mange overdosene – et tilbud som fokuserer på injeksjon vil trolig legitimere og fremme sprøytebruk – dette kan igjen føre til flere overdoser. Den prinsipielle forskjellen på **å dele ut sprøyter** (og lukke øynene for hvordan de blir brukt) og **å se på at sprøyter blir brukt** (under forhold som oppfyller minimumskrav til hygiene og verdighet), er vanskelig. I begge tilfeller anerkjenner vi at sprøytebruk – selv om det ikke er ønskelig – er en del av rusmisbrukernes dagligliv som vi må forholde oss til. Pro Sentrets tilbud er verken en masseutdeling av sprøyter eller en legitimering av sprøytesetting. Ei heller er vårt tilbud et ”fristed” fra loven: Vi er fortsatt like strenge mot ulovlige handlinger, som omsetning og vold (det har heller ikke vært et problem i de tre månedene forsøket var i gang). Tilbudet har heller ikke så langt virket rekrutterende i forhold til nye brukere eller yngre brukere. Hvis så var tilfelle ville vi umiddelbart revurdere hele tilbudet.
- **Vi burde heller arbeide med å endre bruksvanene – fra injeksjon til røyking.** Dette er et naturlig skritt hvis man antar at det er sprøytekulturen som er hovedproblemet, og det har særlig blitt hevdet av byråden. I og for seg ingen dårlig ide, men vi endrer ikke folks vaner ved å gi gode råd over en kaffekopp. Når vi har en slik etablert kultur må vi nettopp tørre å gå tett inn på deres nåværende praksis, diskutere det de gjør helt konkret, ha respekt for deres evne til løsning og se på alternativer sammen med dem. Men vi må hele tiden ta utgangspunktet i det som er brukernes virkelighet. Det var to av brukerne som vanligvis røyker heroin og som ønsket å gjøre det der. Det ble også diskutert med et par andre som ønsket mer informasjon om røyking, bl. fordi de hadde problemer med injeksjonene sine. Vi står likevel igjen med et prinsipielt spørsmål. I et Narkotikafritt-Norge-perspektiv: Hva er forskjellen på et sprøyterom og et røykerom?

- ***Et sprøyterom vil ha liten eller ingen effekt i forhold til overdoser med dødelig utgang.*** Nå er ikke vårt tilbud primært et overdoseforebyggende tiltak, men et ledd i vårt helsearbeid. Så et slikt argument kunne avvises med at det ikke forholder seg til vårt utgangspunkt. Vi har ingen illusjoner om at vårt injeksjonstilbud er svaret på overdoseproblematikken i Oslo, like lite som røyking ville være det. Men tilbudet har avdekket at det er betydelige helsegevinster å hente ved å gå tett inn på sprøytepraksisen til våre brukere. Vi har hatt noen av de samme illusjonene som fortsatt ser ut til å prege store deler av ekspertisen: At langtkommende misbrukere er så flinke til å injisere. Som det framgår av oppsummeringa så langt har de fleste (og de er langvarig injiserende) en uheldig, risikofylt og uhygienisk injeksjonspraksis som får alvorlige helsekonsekvenser for dem. Denne erkjennelse lå også bak opprettelsen av ”Feltpleien”. Det er vår mening at debatten har lagt for lite vekt på det ***pedagogiske*** i situasjonen: vi har en unik sjanse til å diskutere åpent forhold som:
 - hvordan gjør du det?
 - hvor mye har du tatt tidligere i dag?
 - er det så fornuftig å blande?
 - kunne en mindre dose ha like god effekt siden du ikke behøver å stresse?
 - må du sette i lysken?
 - er det alternative måter å gjøre dette på?

Vi tror at disse diskusjonene vil kunne føre til endring på sikt og dermed virke overdoseforebyggende også. Dessuten er almenhelsetilstand og toleranse viktige hensyn å ta når vi skal forebygge overdoser.

Og: Vi har en rekke andre overdoseforebyggende tiltak som førstehjelpskurs for ansatte og brukere, diskusjoner om ikke å sette alene/ sette mindre når du har vært rusfri en stund, en bevisst kostholdspolitik i varmestua osv.

Pro Sentrets sprøyterom er ikke som andre sprøyterom: og en norsk modell behøver ikke å kopiere Frankfurt. Det har vært en tendens til å anta at Pro Sentrets sprøyterom er identisk med de kjente sprøyterommene. Derfor vil vi beskrive noen elementer som vi mener er særlig vektlagt hos oss og som vi mener må tas med inn i en debatt omkring en eventuell norsk modell:

- Tilbudet er knyttet til et etablert tilbud og begrenset til våre brukere. Hvis vi kom i en situasjon hvor vi fikk mange nye brukere som ikke ville ha noe annet enn en injeksjonsmulighet, ville vi revurdert tilbudet.
- I forsøksperioden er det lagt opp til en hyppig evaluering.
- Vi tror på en desentralisert modell: små enheter lagt til eksisterende tilbud. Faren for å få en ghetto med manglende mulighet til kontroll er mindre til stede.
- Injeksjonstilbudet må inngå som en del av et omfattende helse- og omsorgstilbud, hvor rehabilitering, rådgivning og formidling inngår som tilbud.
- Sprøyterommet skal ikke være et ”annenrangstilbud”. Det legges vekt på at det er brukervennlig, estetisk, tilpasset brukernes behov samtidig som krav til hygiene ivaretas.
- Ro og personlig kontakt er avgjørende. Vi tillater bare én bruker om gangen i sprøyterommet sammen med en trent fagperson. Fagpersonen intervensjonerer ikke i injiseringen, men kan stille spørsmål og gi råd. Det avsettes rikelig med tid så vi får etablert en god dialog med hver enkelt.
- Tilbudet er ikke et ”fristed” utenfor vanlige regler. Omsetning og vold aksepteres ikke, heller ikke injisering på andre plasser i vårt tilbud.
- Tilbudet har ikke sosial renovasjon som mål. Tvert i mot står brukernes verdighet og medvirkning i sentrum.

Oppsummering og konklusjon

Pro Sentret har eksistert i 17 år. Vi skal i tillegg til å utvikle og spre kunnskap om prostitusjon i vid forstand, være et sosialt hjelpetiltak for menn og kvinner i prostitusjonen. Vi har årlig rundt 800 brukere av begge kjønn. Noen av disse prostituerer seg fra det såkalte innemarkedet, et marked som utgjør den langt største delen av prostitusjonsarenaen. Men mange av brukerne våre er knyttet til gateprostitusjonsmiljøet og er injiserende misbrukere. Over år har vi utviklet varierte helsetilbud for alle brukerne våre. For den rusmisbrukende klientgruppa åpnet sentret i desember et forsøk med sprøyterom. Forsøket var tenkt gjennomført over 6 måneder, med målsetting om bedret helse og økt verdighet. Lenge har vi sett hvilken elendig fysisk forfatning mange av rusmisbrukerne er i. Vi har også erfart at flere har mangelfull kunnskap om hvordan man skulle sette sprøyter for å unngå helseskader.

Klientgruppa opplever seg selv som samfunnets desiderte tapere. De har misbrukt heroin gjennom mange år, har forsøkt utallige rusfrie behandlingstiltak, men per i dag injiserer de fremdeles heroin og annet. Det ideelle målet om total rusfrihet klarer de ikke å etterleve. Vi mener at gruppa har like stor rett til vår omsorg som de som kan profitere på rusfrie tilbud.

I norsk språk betyr verdifull å være dyrebar, umistelig og betydningsfull. Anser vi disse menneskene for å være verdifulle i samfunnet? Sprøyterommet var et forsøk på å gi dem noe mer verdighet, i tillegg til en bedret helse. Derimot hadde vi ingen tro på at et sprøyterom alene kunne forhindre den store overdosedødeligheten, men det kunne kanskje være et lite bidrag blant flere.

Forsøket ble stengt av byråden etter drøye to måneder.

Det er selvsagt store reserverasjoner knyttet til å konkludere etter så kort tid. Noen erfaringer har vi imidlertid gjort oss:

Det er helt entydig at tilbudet ble godt mottatt av brukerne. Som en sa: *”...Pro Sentret, det er jo litt staten og kommunen. At de sier ja til dette, da sier de jo indirekte at de godtar oss og det har vi jo ikke opplevd før...”*

Vi lærte gjennom hele denne prosessen at brukerne er opptatt av helsespørsmål og forhold omkring injisering. De fleste opplyser at de prøver å sette skuddet innendørs og i trygge omgivelser med andre til stede når det er mulig. Siden det ikke alltid er mulig, blir det en bekymring i hverdagen som kan resultere i merutgifter for flere (leie seg inn et sted, betale for ”bisittere”). Uro og dårlige omgivelser fører til mer helseskadelig sprøytesetting.

Av de 48 kvinnene som benyttet tilbudet var gjennomsnittsalderen 33.5 år. 2/3 hadde brukt heroin i mer enn 10 år. Debutalder for injisering var fra 11 år til 41 år. De injiserte heroin gjerne blandet med tabletter, i hovedsak mellom 3 – 4 ganger i døgnet. 33 opplyste at de aldri delte sprøyte med noen, mens 15 faktisk gjorde eller hadde gjort det.

Kvinnene bar tydelig preg av å injisere heroin på en helseskadelig måte. Abscesser forekom hyppig. I tillegg registrerte vi følgende helseplager:

Hepatitt A:	3 kvinner
Hepatitt B:	4 kvinner
Hepatitt C:	24 kvinner
HIV:	2 kvinner

Mistenkt blodpropp (lysk): 3 kvinner
"Drop foot/hand": 2 kvinner
Depresjon/psykiske plager: 16 kvinner

Videre oppga 4 at de hadde epilepsi, en at hun hadde såkalt MBD-diagnose, to hadde astma og en emfysem. Fem sa de var forkjøla, to hadde bronkitt eller begynnende lungebetennelse og fire oppga at de hadde "dårlig allmenntilstand og redusert matlyst". En har underlivskreft, en har en cyste i halebeinet og fem oppga andre skader i rygg, bein eller lignende.

La oss gå inn på delmålene:

- **Få kunnskap om sprøytepraksis.** Vi har avdekket at det er en betydelig risikofylt sprøytepraksis, selv blant erfarne misbrukere. Dette går både på hva som injiseres, hvor det injiseres og på hygieniske forhold. Feltpleien har også dokumentert dette, men vi har hatt en unik mulighet til å se detaljert på hva som gjøres, ikke bare basere oss på det som formidles muntlig.
- **Tilby veiledning om sprøytebruk og hygiene.** Dette har vært et fokus ved alle besøk. Enkle rutiner som håndvask og bruk av alko-tip blir terpet. Vår erfaring er at nye vaner læres best ved at vi går inn i den aktuelle situasjonen og gjentas. Almene oppfordringer og brosjyrer har begrenset læringsverdi.
- **Gi tilgang på rent utstyr.** Alle har valgt å benytte det utstyret vi har stilt til disposisjon. Vi har ikke hatt sprøyteutdeling utover det som er knyttet til den aktuelle injeksjonen. For øvrig ble de henvist til sprøytebussen.
- **Forebygge infeksjoner og (forhåpentligvis) overdoser.** Dette er det umulig å si noe om med den korte erfaringen vi fikk. Sprøyterom er på ingen måte det endelige svaret på overdoseproblematikken. Vi må likevel ta fatt i et argument som har vært fremme i debatten: at tilbudet ikke kan ha en forebyggende effekt idet det dekker over så liten del av døgnet og at halvparten av de som dør injiserte på privat adresse (Statistikk for 2000 viser at 50,7% dør på privat adresse). Argumentet overser fullstendig de pedagogiske mulighetene som et sprøyterom gir. De som injiserer under veiledning tilegner seg kunnskaper som de tar med seg til andre steder, for eksempel hjem og til andre personer. Overføringsverdien må ikke underslås. Uansett har vi også et ansvar for de resterende 50%.
- **Styrke dialogen med brukerne.** Brukerne har hele tiden vært opptatt av utviklingen av tilbudet – både som konsulenter og brukere. De er interessert i kunnskapen vi har å gi og deler gjerne av sin.
Dialogen på sprøyterommet var i hovedsak rolig og konstruktiv. For noen har sprøyterommet åpnet opp for samtaler vi ellers ikke ville oppnådd så lett.

Oppsummert kan vi si at vi er styrket i vår tro på at det er betydelige helsegevinster å hente ved et sprøyterom.

Noen vanlige bekymringer som er knyttet til sprøyterom er: at det skal rekruttere mennesker som ikke er etablert i et injeksjonsmisbruk, at det skal bli en ghetto med vold, narkotikasalg og annen kriminalitet, at det fortrenger andre tilbud og kan bli en type sosial renovasjon. En del av disse bekymringene er mer akademiske enn reelle. Det er alltid et spørsmål om hvordan vi velger å utforme tilbudet. For vår del har det vært viktig at det ikke er et annenrangs tilbud til annenrangs personer. Vi har ikke opplevd vold, trusler eller kriminalitet i forbindelse med tilbudet.

Vi vil også understreke at vi ikke ser noen motsetning mellom å ha et sprøyterom og å motivere for behandling.

Vi lar den danske filosofen K. E. Løgstrup avslutte vår oppsummering med sine kloke ord fra boka *Den etiske fordring*:

Den enkelte har aldri
med et annet menneske å gjøre
uten at han holder noe
av dets liv i sin hånd.
Det kan være meget lite,
en forbigående stemning,
en opplagthet
man får til å visne,
eller som man vekker,
en lede som man utdyper eller hever.
Men det kan også være så forferdelig mye,
slik at det simpelthen
står til den enkelte
om den andres liv lykkes eller ikke.