

# Sprøyterom – nye internasjonale erfaringer og norsk politisk debatt

Offentlige konsumeringsrom for narkotika er blitt opprettet i flere storbyer i Sveits, Tyskland og Nederland siden slutten av 1980-årene. Det knytter seg nå stor interesse til evalueringen av et helsefaglig basert sprøyterom som har vært drevet som et krisetiltak i Sydney siden 2001. I artikkelen gjøres det rede for erfaringer med ulike typer sprøyterom. På denne bakgrunn belyses den norske debatten om sprøyteromsvirksomhet. Det stilles spørsmål ved om det er behov for sprøyterom i Norge, og om det er klokt å prioritere dette ut fra ressursene i rusomsorgen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Sturla Gjesdal

sturla.gjesdal@isf.uib.no  
Seksjon for sosialmedisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
og  
Frelsesarmeens rusomsorg, Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 Bergen

Norge kan bli ett av få land der myndighetene etablerer lokaler for inntak av narkotika. I juni vedtok Stortinget en midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika, i tråd med regjeringens forslag (1). Imidlertid er stortingsflertallet (Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og SV) uenig i regjeringens forslag til forskriftsregulering og finansiering av sprøyterom (2). Hoveduenigheten er om norske sprøyterom skal drives av sosialfaglig eller av helsefaglig personell og – i forlengelsen av dette – om sprøyterom tilhører sosialtjenesten eller helsetjenesten? Også på andre punkter er det uenighet mellom regjeringen

og stortingsflertallet, og dette må avklares i forbindelse med utarbeiding av forskrifter til loven (ramme 1).

Konsumeringsrom/sprøyterom er kontroversielt. FNs kontrollorgan for narkotiske stoffer har kritisert de landene som har etablert slike, senest i årsmeldingen for 2003 (3). Ved utgangen av 2003 var det likevel slike virksomheter i Tyskland (25 rom i 14 storbyer), i Sveits (12 rom/sju byer) og i Nederland (22 rom/12 byer). I tillegg var det prøveordninger med sprøyterom i Spania, i Australia (Sydney) og i Canada (Vancouver) (4). Sprøyterommet i Sydney – Sydney Medically Supervised Injection Centre (5) – er omfattet med stor interesse fordi det forelå planer for evaluering før senteret startet. Senteret er også basert på en annen modell enn de europeiske konsumeringsrommene (5–7).

Formålet med denne artikkelen er å belyse internasjonale erfaringer med sprøyterom. I tillegg illustreres hvilke muligheter for evaluering som finnes, og hvilken relevans dette kan ha for den norske debatten.

## Hvorfor sprøyterom?

Det som har ført til etablering av slike lokaler, først i Sveits i 1986 og senere i Tyskland og Nederland, var tilstedeværelsen av «åpne narkotikascener», samling av narkomane på offentlige plasser, gjerne sentralt i storbyene (4). Et stort antall gatenarkomane og mye injisering av narkotika på offentlig sted var også bakgrunnen for injeksjonscenteret i Sydney (5, 6). Man tenker seg at befolkningens og de næringsdrivendes ønsker om ro, orden og fravær av brukte sprøyter og velferdsinteressene til de narkomane som må sette sprøyter utendørs eller på annet offentlig sted, kan falle sammen ved opprettelsen av sprøyterom. Politiet er også en samarbeidspartner.

Formålet med sprøyterom defineres nokså likt i de forskjellige land (4–6), men delmålene prioriteres forskjellig:

- Ro og orden: Mindre sprøytesetting på offentlig sted, færre brukte sprøyter og mindre kriminalitet
- Mer hygieniske forhold ved sprøytesetting og bedre hjelp ved overdoser kan gi reduksjon av injeksjonsrelatert sykdom og dødelighet
- Kontaktetablering mellom narkomane og helse- og sosialtjenestene

## Regelverk

En fersk rapport (4) viser at konsumeringsrommene er forskjellige når det gjelder lovregulering, adgangskriterier og hvilke stoffer som brukes. I Tyskland er det ingen adgang for pasienter som får metadonbehandling, mens slike personer utgjør en stor del av brukerne i Sveits. Det er vanligvis registreringsordninger og adgangskort eller «passord». Det er forbud mot salg av narkotika og injisering på andre personer. De ansatte gir råd, men deltar ikke ved selve injeksjonen (4, 5).

## Lokaler, lokalisering og åpningstider

Sprøyterom har et spesifikt antall plasser, dvs. «båser» med sterilt utstyr. Injeksjonscenteret i Sydney har 16 plasser (5), mens totalt antall plasser i Frankfurt er 35 og i Zürich 36 (4). Ved senteret i Sydney er det venterom, registreringsrom, injeksjonsrom, resusciteringsrom, hvilerom og samtalerom.

Konsumeringsrom lokaliseres nærmest mulig området der narkotikaomsetningen foregår. Åpningstidene varierer. Senteret

## Ramme 1

### Temaer i den politiske striden om sprøyterom i Norge

- Skal sprøyterom være helsefaglig eller sosialfaglig virksomhet?
- Skal medbrakt stoff kontrolleres (type/mengde)?
- Skal bare ett stoff – heroin – være tillatt?
- Skal brukernes identitet være kjent av personalet gjennom registrering og journalføring?
- Skal personer som får behandling med metadon og subutex avvises?
- Skal brukerne kunne hjelpe hverandre med injisering?
- Hvor konkret rådgiving om injeksjonsteknikk kan personalet gi?
- Skal sprøyterommet også være et «hyggelig» samværssted for narkomane med åpningstid kl 7–24?
- Skal staten bidra med ekstra midler til kommuner som oppretter sprøyterom?



I Frankfurt har man satsset på sprøyterom. Bildet er fra ett av de fem lokalene som nå er i drift. Foto Ingar Storfjell/SCANPIX

i Sydney har åpnet kl 0930–2130 på hverdager, lørdag/søndag kl 1100–1900.

### Sosialfaglige og helsefaglige sprøyterom

Europeiske konsumeringsrom blir drevet av sosialarbeidere, og rommene er ofte integrert med dagsentertilbud med matservering og anledning til dusjing og klesvask. Dermed blir dette et tilbud også til andre enn dem som har behov for et sikkert sted å injisere.

«Medically supervised injecting centers» er drevet av helsepersonell for å redusere skadevirkningene av intravenøst misbruk. Det innebærer journalføring, opplæring i hygiene og sprøytesetting samt behandling av overdoser. Brukerne blir ved behov henvist til behandling av somatisk sykdom/skade og for avhengighetsproblemet (5, 6).

En tredje type sprøyterom kalles «supervised injectable maintenance clinics». Her kan narkomane under hygieniske forhold injisere eller inhalere narkotiske medikamenter som er forskrevet av lege (heroin, morfin eller injiserbar metadon). Slik behandling av heroinavhengige drives i Sveits, Nederland og Storbritannia og har vært evaluert i randomiserte studier. Resultatene beskrives som gode (7).

### Evaluering av sprøyterommet i Sydney

Det er uenighet om hva man oppnår med sprøyterom og hva som blir kostnad-nytteforholdet. Hvilke effekter kan tilskrives sprøyterommene, og hva må tilskrives andre, «økologiske», årsaker? For å belyse dette refereres hovedpunktene i evalueringen av sprøyterommet i Sydney, som ble

foretatt av forskere med bakgrunn i epidemiologi, rusmiddelforskning og kriminologi (ramme 2) (8, 9). Evalueringen (6) var bl.a. basert på spørreundersøkelser blant narkomane. I rapporten omtales følgende:

#### Prosessevaluering

Sprøytesenteret hadde fulgt protokollen for prosjektet. Det var behov for senteret, siden 3 810 klienter benyttet seg av tilbudet, med i alt 56 861 besøk i løpet av 18 måneder. Dette tilsvarer 728 besøk per uke og 15 besøk per klient i prosjektperioden. Totaltall for alle konsumeringsrom i Zürich og Frankfurt er 3 100 og 4 000 besøk per uke (4). Andelen faste brukere er høyere i disse byene. 72 % av klientene i Sydney var menn. Heroin ble hyppigst brukt (61 %), deretter kokain (30 %), amfetamin (3 %), benzodiazepiner (3 %) og andre stoffer (2 %). Av «mangel på heroin» ble det brukt mest kokain i 2001. Andelen heroin økte senere og utgjorde 80 % høsten 2002.

#### Behandling av overdoser

Antallet overdoser i hele Australia sank i 2001, sannsynligvis pga. «mangel på heroin». Dette viser at myndighetens kamp mot narkotikaomsetningen har betydning for narkomanes dødelighet. Totalt var det 409 overdoser på senteret (7,2 overdoser per 1 000 injeksjoner), men ingen døde. Det antas at noen av disse ville vært fatale dersom de hadde inntruffet utenfor senteret, og komiteen anslår dette til minst seks dødsfall i prosjektperioden.

#### Forebygging av blodsmitte

Andelen HIV-smittede blant brukerne av senteret var lavt i hele perioden, mens andelen med hepatitt C-virus økte, som ellers i Australia.

### Klientenes helsetilstand og henvising til helsetjenestene

Brukerne rapporterte bedring i helseproblemer relatert til sprøytemisbruk og mindre sprøytesetting i det offentlige rom. 1 385 henvisninger ble sendt til helse- og sosialvesenet for i alt 577 klienter (15 %). Det ble dokumentert at 129 personer kom i behandling, av disse 47 i rusbehandling (mulig underrapportering).

### Lokalbefolkningens holdninger

Spørreundersøkelser blant beboere og næringsdrivende viste økende støtte til prosjektet. Det ble funnet færre sprøyter på offentlig sted, og det var ingen økning i antall ran og tyverier i prosjektperioden.

### Økonomisk evaluering

Etableringskostnadene tilsvarte 500 000 norske kroner, årlig driftsbudsjett 12,2 millioner kroner.

### Filosofien bak sprøyterom i Norge

Odelstingsproposisjonen om sprøyteromsvirksomhet (1) formulerte hovedformålet med ordningen slik: «Bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere.» Denne hovedmålsettingen deles av stortingsflertallet, som legger til: «Følelsen av verdighet er subjektiv og dermed vanskelig å evaluere» (2).

Målsettingen om økt verdighet finnes ikke i den internasjonale litteraturen om konsumeringsrom (4–6). Formålet defineres som skadereduksjon. Lederen for injeksjonssenteret i Sydney sier at det er selve avhengigheten av heroin og utnyttningen av de narkomane som er uverdigg. Dette fjernes ikke ved at stoffet inntas i hygieniske omgivelser og med assistanse av helse- eller sosialarbeidere.

### Ramme 2

#### Narkotikaproblemer og behandlingsinnsats i Australia

- Australia (20 millioner innbyggere) antas å ha 60 000–70 000 injiserende narkomane
- Siden 1980-årene har det vært satsset på metadonbehandling som hovedmetode i omsorgen for heroinavhengige. Nasjonale retningslinjer sier bl.a. at behandlingen bør starte samme dag som man stiller indikasjonen for slik behandling (8)
- I 2001 var det 32 000 pasienter som brukte metadon. 15 000 av disse bodde i delstaten New South Wales, som har 6,6 millioner innbyggere, hvorav knapt 5 millioner bor i Sydney (9). I tillegg kommer egne programmer for subutexbehandling

En annen målsetting er «økt kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparatet». Rapporten fra Sydney viste at sprøyterommet fungerte som arena for viderehenvisning i begrenset omfang: Best for somatisk sykdom og dårligst for rusbehandling. En sykepleier sa: «Brukerne kommer hit i abstinens og forlater senteret akutt intoksikert – da er det ikke lett å drive motivasjonsarbeid.»

Odelstingsproposisjonen baserte seg på den tyske modellen og la til grunn at sprøyteromene skulle drives av sosialarbeidere. Den norske lægeförening (som i sin høringsuttalelse støttet opprettelsen av sprøyterom) foreslo at det alltid skulle være en helsearbeider til stede. Dette ble ikke tatt til følge av departementet, men i Stortinget gikk flertallet langt i å definere sprøyterom som (kommune)helsetjenester.

Helsedepartementet sier i en uttalelse at dette vil medføre behov for flere lovendringer: Det må bl.a. lovfestes at arbeid i sprøyterom ikke er i strid med helsepersonelloven § 4 om forsvarlig virksomhet. Et helsefaglig sprøyterom må følge normer om dokumentasjon og journalføring, og kjennskap til klientens/pasientens identitet vil være en forutsetning.

### Er det behov for sprøyterom i Norge?

Den midlertidige loven og stortingsflertallet åpner for at norske kommuner, uansett størrelse, kan søke om å få opprette sprøyterom. Stortingsflertallet ønsker å få dette

i gang på nyåret, og foreslår at staten skal dekke 50 % av etablerings- og driftsutgiftene.

Undersøkelser viser at de fleste narkomane ønsker å sette sprøyter i eget eller venners hjem. De som setter sprøyter på offentlig sted, er først og fremst hjemløse (10) og personer som har reist langt for å få tak i stoff (11). Behovet for sprøyterom må vurderes ut fra størrelsen av denne gruppen. Det kan tenkes at forholdene i Oslo, med sin åpne narkotikascene sentralt i byen, kan gjøre det nødvendig med sprøyterom som et krisetiltak. Det kan også være viktig for å få verifisert omfanget av problemet.

### Satsingsområde for norske kommuner?

At det skulle være behov for sprøyterom i andre norske byer, vil være uttrykk for en annen kostnad-nytte-tenkning enn det som ligger til grunn for sprøyteromsvirksomhet i andre land. I Sydney presiseres det at Kings Cross-området står i en særstilling i nasjonal sammenheng, og at opprettelse av sprøyterom i andre australske byer ikke er aktuelt.

Statens helsetilsyn skrev i februar til Helsedepartementet om krisen i arbeidet med legemiddelassistert rehabilitering. Sett i forhold til andre sykdomstilstander med høy dødelighet som rammer mennesker i ung alder, er det fortsatt ekstremt lav behandlingsskapasitet. Ifølge Helsetilsynet fører de nåværende ventetider til store lidelser for pasientgruppen. Sosialtjenesten i mange kommuner har

uoffisielle ventelister pga. kapasitetsproblemer, og oppfølgingen av misbrukerne er ikke god nok.

Ut fra prioriteringshensyn bør ressursene i rusmiddelomsorgen sannsynligvis brukes på *behandling*. Lavterskelutdeling av metadon/subutex til hjemløse narkomane, de som i dag ikke får legemiddelassistert rehabilitering, kan være et alternativ til sprøyterom (12).

### Litteratur

1. Ot.prp. nr. 56 (2003–2004). Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning).
2. Innst. O. nr.104 (2003–2004). Innstilling fra justiskomiteen om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika.
3. International Narcotics Control Board. Annual report 2003. [www.incb.org/e/ind\\_ar.htm](http://www.incb.org/e/ind_ar.htm)
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European report on drug consumption rooms. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
5. <http://www.sydneymusic.com>
6. Kaldor J. Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. Sydney: MSIC Evaluation Committee, 2003.
7. Wright NM, Tompkins CN. Supervised injecting centres. *BMJ* 2004; 328: 100–2.
8. National policy on methadone treatment. Canberra: Public Health Division, Commonwealth Department of Health and Family Services, 1998.
9. Shand F, Mattick R. Clients of treatment service agencies: May 2001 census findings. Canberra: Australian Government Publishing Services, 2002.
10. van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P et al. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 327: 310–6.
11. Klee H, Morris J. Factors that characterize street injectors. *Addiction* 1995; 90: 837–41.
12. Waal H. Slutt fred med de narkomane. *Aftenposten* 7.8.2002.