



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 344

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7364

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 26

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Sykepleie – på et brukerrom?

Nursing – In a drug consumption facility?

**Kandidatnummer 344**

Institutt for sykepleie

Avdeling for helse og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato 22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## ABSTRACT

This assignment is formulated as an essay, where I have written about the prospect of qualified nursing for the patients/users who are using a drug consumption facility in Norway. I have worked in one of these facilities and can see both restrictions and possibilities for qualified nursing in these facilities. Therefore, my own personal experiences and reflections will also be a part of this essay.

Through thoughts and reflection I wish to convey what professional perspective of a licensed nurse could be aimed at, within the limitations and possibilities, of a drug consumption facility. The patients addicted to drugs are a vulnerable and complex group of people and we are meeting them during a particular, and a rather peculiar circumstance.

Patients addicted to drugs is a group who are vulnerable and experience disease, pain, guilt, shame and stigma. I want to discuss how nurses can play a crucial role in the lives of these people. By meeting this group in the best way possible, could we be able help them to be one step closer to managing their own life with a better quality?

## INNHOLDFORTEGNELSE

ABSTRACT.....	2
Bullet for my valentine – tears don't fall .....	4
INNLEDNING .....	5
DEN VANSKELIGE ETISKE VURDERING .....	8
LOVVERKET - EN UTFORDRING FOR SYKEPLEIERE I MØTE MED BRUKERNE .....	13
RUSMISBRUKERE OG HELSEUTFORDRINGER.....	15
TID SOM RAMME ELLER MULIGHET?.....	17
OMSORGS MULIGHETER VED RUSBRUK.....	21
VERDIGHET.....	24
SYKEPLEIE PÅ ET BRUKERROM? .....	25
REFERANSER .....	26
VEDLEGG 1: Hovedartikkel.....	29
VEDLEGG 2: Oppfølgingsartikkel.....	45

*With blood shot eyes, I watch you sleeping,  
the warmth I feel beside me is slowly fading.*

*Would she hear me, if I called her name?*

*Would she hold me, if she knew my shame.*

Bullet for my valentine – tears don't fall

## INNLEDNING

Den 27.10.2013 skriver «Pål» sitt første innlegg, under aliaset «bloodshutEyes» på forumet Freak.no, Norges største diskusjonsforum for anonyme samtaler. I hans første innlegg spør han om hvordan man koker opp, forbereder og skyter heroin. I løpet av flere år kan vi følge hans tråd hvor en gryende avhengighet, som han mener han kan kontrollere, vokser seg stadig sterkere og hvordan den til slutt tar over hans liv. Vi kan følge hans kamp gjennom gjentatte avrusninger og behandlingsforsøk. Den 27.11.2017 skriver han sitt siste innlegg. Kort tid etterpå velger «Pål» å avslutte sitt eget liv (Krokfjord T. P., 2019).

Dagbladet plukker opp «Påls» historie og den 10 mai 2019 kunne man lese en artikkel om «Pål» og hans blogg og hans vei inn i hans dødelige rusmisbruk (Krokfjord T. , 2019).

Blogginlegg er grunnlaget for den første artikkelen men det beskrives også, i en følgeartikkel, hvordan hans pårørende opplevde tiden hvor han var i live og rusavhengig. I den siste artikkelen, som omhandler hans foreldre kommer det frem at «Pål» i sin tid som rusavhengig var bruker av et brukerrum. Foreldrene kjente ikke til bloggen til «Pål» og de visste også lite om sønnens besøk på brukerrømmet mens han levde. I artikkelen får vi lese om moren som ønsker å besøke brukerrømmet hvor sønnen satte mange av sine sprøyter med heroin og også hadde mange overdoser (Krokfjord T. , 2019).

*«I noen sekunder er det nesten helt stille i det spartansk møblerte kontoret øverst i Oslos gamle kullgassverk. Det eneste som høres er sildringen i rørene til sentralvarmen, som står altfor høyt på.....Stillheten blir brutt av moren som har mistet sin sønn:*

*- Hvordan er det mulig å jobbe et sånt sted?» (Krokfjord T. , 2019)*

Disse to artiklene og reaksjonen til «Påls» mor fikk meg til å reflektere over min rolle som helsepersonell ved et brukerrum. Jeg var ikke sykepleier da jeg startet jobben, men i løpet av utdannelsen har jeg tenkt mye over dette. Rammene for å yte sykepleie, hvordan er

egentlig de? Mine erfaringer fra innsiden er blitt utfordret av disse ordene fra moren til «Pål» og er noe jeg ønsker å få mer kunnskap og forståelse for. For å sette dette i en forståelig kontekst velger jeg å skrive litt om hva et brukerrom er. Brukerrom er en lovendring av det som tidligere het sprøyterom. I sprøyterom var det bare heroin som kunne injiseres, med de utfordringer dette medførte for brukerne og sykepleierne. Brukerrom åpner opp for at alle narkotiske stoffer kan inntas (Brukerromsloven, 2018)

Lovens formål er å legge til rette for etablering av ordning med brukerrom for inntak av narkotika. Brukerromsordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med langvarig narkotikaavhengighet ved å tilby hygieniske rammer for injisering av narkotika og motivere for mer skånsomme inntaksmåter. Videre skal brukerromsordningen bidra til økt helsemessig trygghet, blant annet forebygge infeksjoner og smitte og gi raskere hjelp ved overdoser, gjennom tilstedeværelse og tilsyn av helsepersonell. Formålet er også å bidra til økt mulighet for kontakt og samtaler mellom den enkelte bruker og hjelpeapparatet med sikte på tverrfaglig oppfølging og behandling (Brukerromsloven, 2018).

Vi har to brukerrom i Norge som beskrives i artikkelen, et i Bergen og et i Oslo (<https://www.rusfeltet.no>, 2019). Krokfjord skriver at mange i Norge kjenner til at brukerrom finnes (Krokfjord T. , 2019), men kjenner disse til hvordan brukerrømmet fungerer? Eller hvilket arbeid som gjøres der?. Eller hvilken kompetanse de som jobber der har? Aakre skriver at mange av de ansatte ved brukerrømmene i Norge er sykepleiere (Aakre, 2009). Sykepleiers særegne funksjon er å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov (nsf.no, n.d.)

Hvorfor velger sykepleiere å arbeide på brukerrom? Kanskje det er like ulikt her som i andre fagfelt? Min egen motivasjon til å begynne å jobbe på brukerrømmet var interessen for de komplekse og uvanlige pasienter som rusmisbrukere kan være. Jo lengre ut i sykepleieutdanningsforløpet jeg kom, desto flere ble spørsmålene rundt mulighetene, og



begrensningene, som ligger i brukerrommets rutiner og rammer. Er det mulig å gi god og handlingskraftig sykepleie under disse vanskelige, og kanskje noe uvanlige, forutsetningene?

Et norsk brukerrom består av 3 deler, mottak med venterom, injiseringsrom og observasjonsrom. Når sykepleier tar imot bruker er noe av det første som gjøres å vurdere beruselsesnivået, som kan være krevende. Det er kanskje ikke så enkelt, men her har kanskje sykepleiere et fortrinn gjennom utdanning og erfaring med A og B preparater? Samtidig er det rusmidler i brukerrom som ikke, eller sjelden, anvendes i andre helseinstitusjoner. Særlig kan blanding av rusmidler være utfordrende. Hva når en bruker ønsker å løse opp og injisere en depottablett av morfinpreparat? Eller når de vil blande hvit og brun heroin? Eller noe som er mer vanlig, å blande heroin med amfetamin. Kanskje det må en annen kompetanse til i tillegg? Faglig oppdatering er kanskje også viktig innen dette fagfeltet? Kan denne kompetansen ha overføringsverdi til resten av sykepleietjenesten og sykepleiefaget? Kanskje er denne kunnskapen særlig nyttig for sykepleiere når mennesker med rusproblemer blir pasienter i sykehus?

I mottak blir brukeren registrert og her må vedkommende fremvise brukerdosen, størrelsen på denne og fortelle om doser tatt den senere tid. Deretter får hun/han komme inn på injiseringsrommet, bli tildelt en bås og få rent brukerutstyr. Sykepleiere er altså med, via et unntak i loven (Brukerromsloven, 2018, s. §4), på å tilrettelegge for noe som ellers er forbudt. Hvordan er det for sykepleier å bidra til dette? Sykepleiere på brukerrom er ofte utsatt for dilemmaer som strider mot de verdier som vi fått gjennom utdanning og opplæring og som det følger av NSF:s retningslinjer for sykepleiere (nsf.no, 2019). Hva gjør dette med sykepleiere som arbeider i brukerrom?

I forbindelse med en evaluering av sprøyteromsordningen blir det å velge å jobbe på brukerrom nevnt som en et «modig valg» (Aakre, 2009). Hun begrunner dog ikke hva hun legger i dette. Enda sykepleiere kanskje har erfaring med mennesker med rusproblemer er det nok ikke vanskelig å forestille seg at det mange ganger kan være overveldende å faktisk sitte å se på når mennesker gjør istand og injiserer rusmidlet sitt. Jeg har gjennom tidligere arbeid erfaring med rusavhengige men var ikke forberedt på å se brukerne gjøre dette. Ikke

bare å se at de tar rusmidlet sitt, men hvordan de gjør det og at de gjør det så mye og så ofte. At de gjør det i den grad at de noen ganger går i overdose.

## DEN VANSKELIGE ETISKE VURDERING

I NSF's etiske retningslinjer står det at den enkelte sykepleier har et individuelt ansvar for etisk forsvarlig yrkesutøvelse. Dette innebærer sykepleiepraksis med forpliktelse om å «gjøre vel», unngå skade, og vise respekt for pasientenes autonomi. Sammen med rettferdighet og barmhjertighet er dette de mest sentrale etiske grunnprinsippene som er felles for alt helsepersonell (Nsf, 2018). Gjør vi «vel» ved å sørge for at en bruker får rent utstyr, informasjon om hygiene og åreveiledning. Er det å «unngå skade» eller legger vi til rette for et fortsatt misbruk? Er det å legge til rette for rusbruk en måte å vise respekt for autonomi? Hofman skriver om pasientautonomi som etisk rettesnor slik «en framtrødende forståelse av autonomi legger vekt på personlige egenskaper og karaktertrekk. En definisjon vektlegger selvbestemmelse, forståelse, rasjonalitet, beregning og evnen til å foreta uavhengige valg. Dersom vi har disse egenskapene, er vi autonome (Hofman, 2019). Men kan man si at brukere i aktiv rus er i stand til å være autonom? I så tilfelle, på hvilken måte? Ranveig Klingsheim skriver «at etiske spørsmål omkring rus, avhengighet og narkomani er kompliserte, må ikke hindre oss i å se narkomanes nød, smerte og ressurser. Narkomanes lidelse må møtes med vår sykepleiefaglige kompetanse og vår evne og vilje til medmenneskelighet (Klingsheim, 2009). Det er forhåpentligvis et tegn på at brukerne opplever noe bra ved å komme til brukerrrommet? Slik er de autonome. Ved å yte sykepleie som bidrar til noe som oppleves positivt – det bidrar muligens til at brukerne kommer igjen?

Aakre skriver at i tillegg til å redde liv ved overdoser, forbygge overdoser, er en stor viktig del av arbeidet til sykepleierene ved brukerrrommet å drive med skadeforebygging. Et formål med brukerrrommet er for eksempel å forebygge infeksjoner og smitte. De ansatte skulle sikre rent utstyr, observere og veilede under og etter injeksjonene samt bidra til øvrige helse og omsorgstjenester (Aakre, 2009). Er det dette som er sykepleier rolle, å bidra med råd som kan føre til bedre injeksjonspraksis med minst mulige skadevirkninger? Hvilken

kompetanse krever dette av sykepleieren? Betyr det at sykepleier skal bidra til at rusmisbruket fortsetter, bare med mindre helsemessige utfordringer? Som sykepleier har man en viktig rolle i dette ved å kunne gi råd som kan føre til bedre injeksjonspraksis med minst mulige skadevirkninger.

*— Jeg synes det er fint å komme hit. Det er folk til å passe på, og det er trygt. Jeg har også lært mye om hvordan jeg skal sette sprøyter og hvordan jeg kan unngå infeksjoner. Sprøyterom er et godt tiltak som bør fortsette, sier "Lise" (29) (Øhman, 2011).*

henne er det en trygghet og en plass å lære, men er det slik for alle? Har hun større fokus på helsen sin enn de fleste som ruser seg? Er det lettere å komme ut av rusmisbruket ved å være så mottakelig som «Lise» sier hun er? Hva kan sykepleier bruke dette til? I tillegg til informasjon om bedre injeksjonspraksis vil en sykepleier kunne gi råd om alt fra håndhygiene, om å la være å ta ytterst på pumpen eller kanylen, hvordan bruke alkotip til bytting av kanyler fra hver gang man stikker. Det kan også være råd om hvor på kroppen man injiserer og hvordan man injiserer intravenøst eller intramuskulært. «Pål» skriver en gang i sin blogg;

*....Sitter her nå etter en slik uke, og har latterlige 71 (rundt 6 av disse er ekte skudd, 2-3 bomskudd) forskjellige stikk på armene. De fleste av disse kom ikveld da jeg til slutt ble så jævlig irritert på at jeg ikke fant en åre at jeg nesten bare prøvde på måfå. Det hjalp heller ikke at den siste nålen ble brukt til 30 forsøk (freak.no/forum, 2013).*

For «Pål» hadde det kanskje vært en stor hjelp å få litt hjelp i denne situasjonen. Fokuset hans er å få «skuddet» ikke ivareta helsen, men det er vel her sykepleier kan hjelpe? Å bidra til at brukeren får skuddet uten så mange bomskudd og stor frustrasjon? Men det bidrar kanskje ikke til helsen hans? Eller gjør det akkurat det? Det kan være en vei inn mot å skape tillit til sykepleierne ved brukerrommet, som igjen kan bidra til mindre infeksjoner og andre helseproblemer? Kanskje til og med være et lite steg på veien ut fra rusmisbruket?

Vil man med god veiledning fra sykepleiere kunne få flere som «Lise» og unngå tilfeller som med «Pål» hvor han stikker seg gang på gang? Svaret kan kanskje virke som et selvsagt ja, men man bør da spørre seg om hvorvidt en bruker ønsker å bli sett i en injeksjonssituasjon og om de på grunn av sin sykdomstilstand, vil være mottakelig for informasjon, hjelp og omsorg. Professor emerita Kari Martinsen skriver; sykdommen kan også føre til fortvilelse, slik at pasienten lukker seg til, ikke vil ta imot. Det er besværlig for sykepleieren. Hun kan forsøke å gå pasienten i møte ved å gi en positiv tone og holdning til kroppens uorden, bekymring eller tillukkethet. (Martinsen, Kari, 2000, p. 25). Er det kanskje andre krav til kommunikasjonskunnskaper som skal til, for å nå frem til en bruker i aktiv rus?

Egen erfaring tilsier at det ikke er en selvfølge at det som utføres på et brukerrum er god injeksjonspraksis. Som sykepleier kan du ikke injisere stoffet for en bruker, kun veilede, vise og forklare. Dette er ingen garanti for at de vil treffe så at de kan injisere rusmidlet sitt. Kan dette handle om hvor syke de er? Hvordan det kan påvirke i henseende om når de mottakelige, eller når de bare vil ha hjelp i den forstand at de vil motta det utstyr de trenger? Hva skjer med de sprøytenarkomane dersom de ikke klarer å injisere på en god måte?

Lloyd-Smith et al./ (2010) fant at injeksjonsrelaterte infeksjoner, er en av hovedårsakene til at rusmisbrukere blir innlagt på sykehus. I konklusjonen fremkommer det også at dersom en sykepleier på et brukerrum henviser en HIV-infisert bruker til sykehus så var sannsynligheten at at denne brukeren kom seg til sykehus for behandling mye større enn om brukeren selv ville ha tatt kontakt for behandling. Brukere som ble henvist av sykepleiere, i forbindelse med injeksjonsrelaterte infeksjoner, til sykehus trengte også et signifikant kortere opphold i forbindelse med behandling enn brukere som oppsøkte sykehus selv. Funnene i studiet indikerer at sykepleiere på brukerrum spiller en kritisk rolle når det kommer til å henvise brukere som trenger behandling på sykehus og at det kan gi kortere og mindre kostbare sykehusinnleggelse. Kanskje dette er en del av hensikten med sykepleiere på brukerrum? Studien mente også at utvidede muligheter for behandling av slike infeksjoner kan minske kostnadene i forbindelse med dette vanlige kliniske problem

blant injiserende rusmisbrukere (Lloyd-Smith, et al., 2010, p. 6). Så selv om brukerrommet kanskje ikke er en plassen til å drive med for eksempel sårstell, enda det gjøres i viss grad, så viser denne undersøkelsen at sykepleiere kan utgjøre en stor forskjell i akkurat dette henseende likevel.

Et annet av de skadeforebyggende tiltakene som utføres ved brukerrom er utdeling av rent utstyr som pumper og nåler til dem som trenger det. Dette var noe som, i artikkelen, fremsto som vanskelig for «Påls» mor å se.

*- Det er helt absurd for meg at det er smittevern å dele ut sprøyter. Og det er ille at det er så lett tilgjengelig (Krokvjord T. , 2019).*

Er det sånn at hjelper de rusavhengige å opprettholde sitt rusmisbruk ved å dele ut utstyr? Er det skadeforebyggende i henhold til å forhindre infeksjoner eller er det tilrettelegging for et videre rusmisbruk? Man kan nok argumentere for at det helsefremmende veier tyngre enn det helseskadelige, og det kan være både sant og riktig for noen. Men er det riktig for alle? Men hva ville alternativet være for de rusavhengige dersom det ikke hadde blitt gjort? Niklas Karlson, en svensk folkehälsovetare og doktorand ved Karolinska Institutet i Stockholm uttalte seg i en artikkel:

*– Argumenten som använts mot sprututbyten tidigare har varit att fler kommer att börja använda droger, man hjälper folk att knarka, och det här innebär att vi släpper taget om drogpolitiken. Men så vitt jag kan förstå händer aldrig dessa saker. Det är snarare så att man hjälper folk att börja sluta och ger dem den hjälp de behöver. Då kontaktytan finns är möjligheterna att påverka mycket bättre (Kettunen & Wikström, 2017).*

I evalueringen av sprøyterommet kom Olsen & Skretting frem til noe av det samme som Niklas Karlson, de skriver; «samtidig ser sprøyterommet ut til å være et egnet sted til å gripe tak i folk og gi hjelp til de som har det aller vanskeligst og er aller mest destruktive» (Olsen & Skretting, 2007, s. 79). Er det sykepleierens oppgave å finne en god balanse mellom hvordan tilrettelegge for rusmisbruk for å begrense skadene uten at det skal virke som en

rekrutterende faktor? Hva kreves i så tilfelle for å få til dette? Kan det være sånn at det kun er at det helsefremmende kanskje veier noe tyngre?

For på den ene siden har vi stemmene til de som tenker som moren til «Pål».

*«Du får alt du trenger og kan sette skuddet ditt her. Du kan sitte her og ta heroin. Og kommunen og de ansatte - alle syntes det er greit» (Krokfjord T. P., 2019)*

Det er ikke så vanskelig å forstå at det for mange vil føles unaturlig at helsevesenet har ansatte til å lære mennesker hvordan injisere narkotika. Men er det det samme som å si at «alle syntes det er greit?». Argumentene mot ordninger som brukerrom og de tiltak som de ansatte der gjør går på at det legges til rette, og gjør det lettere å injisere, og dermed også gjør det lettere for brukere å fortsette sitt rusmisbruk. Og kanskje ikke bare at det legges for godt til rette men at det også rekrutterer mennesker til å bruke sprøyter. Før brukerrommet i Bergen åpnet var det større politisk motstand mot å åpne brukerrom der. Argumentasjonen gikk ut på at de mente at et brukerrom bare vil vedlikeholde problemet til brukerne, samt at erfaringene fra Oslo viste at det dannet seg nye åpne russcener i områdene rundt brukerrommene. (www.nrk.no, 2015).

Kanskje det er denne opplevelsen av å se miljøet rundt og i brukerrommet samt at se helsepersonell observere unge mennesker som skader seg selv med rus, som blir så vanskelig for «Pål» sin mor (Krokfjord T. P., 2019)? Kanskje hun tenker at helsepersonell burde stoppe dette, eller kontrollere dette på en annen måte. Er det et håp om at noen skal hjelpe disse rusavhengige på en eller annen måte enn hva hun ser blir gjort idag? Har brukerne andre ønsker? Hvem er det sykepleierne skal ivareta? Rusmisbrukerne kommer kanskje til brukerrom for å få rent utstyr, men kanskje også for å bli sett – oppleve litt omsorg? Ligger det noe i det Olsen og Skretting sine ord om at brukerrom er et sted å gripe fatt i mennesker og gi dem hjelp? (Olsen & Skretting, 2007, s. 79)

Ser sykepleiere mennesket – personen i den rusavhengige? Tør vi som helsepersonell å møte våre brukeres behov for behandling, omsorg og grenser samtidig som vi ikke fratar dem deres ansvar for egne handlinger og valg? For i møtene mellom narkomane og helsehelsearbeidere står verdier som verdighet, omsorg og helse på spill. (Klingsheim, 2009)

Rapporten fra sprøyteromsordningen sier ikke mye om hva som har skjedd i møtet mellom brukere og ansatte. Men noen få brukere viser til trygghet og at de har følt seg respektert (Aakre, 2009). Min erfaring er at mange møter er preget av varme, glede og ikke minst humor. Jeg opplever å få både tillit og relasjoner. Noen ganger oppleves dagene til og med som en rutine. Men til tider kan det selvfølgelig være vanskelig, med mange triste historier og skjebner. Klingsheim skriver at; det er tungt å jobbe med pasienter som rusmisbrukere, som utøver slik destruktivitet, og det er nok ikke vanskelig å se at det er mange sykepleiefaglige og etiske utfordringer i en slik situasjon (Klingsheim, 2009).

## LOVVERKET - EN UTFORDRING FOR SYKEPLEIERE I MØTE MED BRUKERNE

Det blir kanskje ikke så lett å arbeide ut fra NSF's etiske retningslinjer ([www.nsf.no](http://www.nsf.no), 2019). Å forholde seg til lovverket, for eksempel helsepersonelloven ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no), 2019) er noe vi er utdannet og opplært til, men det kan være vanskelig å se vekk fra lovbruddene som er knyttet til bruk av narkotika. Enda det er gjort fritak for oss som er helsepersonell på brukerrrommet (Brukerromsloven, 2018, s. §4), vil mange kunne finne seg selv i etiske dilemmaer da det ligger dypt i oss å bryte slike grunnleggende regler. Klarer sykepleiere å redefinere sitt ansvar i situasjonene? Hvordan kan vi bruke vår etiske kompetanse som sykepleiere til å hjelpe rusavhengige?

Det er, foruten lovverk, noen retningslinjer for å bli bruker av et brukerrrom. Målgruppen for sprøyteromsordningen var de tyngste misbrukerne med lang injeksjonspraksis, nedre

aldersgrense 18 år (Aakre, 2009). Men 18 år er altså nok. Kan en person på 18 år regnes som en av de tyngste misbrukerne? Hvilke utfordringer gir disse kriteriene som er satt? Kan man ivareta også de yngre brukerne på et brukerrrom eller bør disse skjermes? Noen interne retningslinjer på brukerrommene i Norge sier at det er nok om du har injisert en gang, uten profesjonell veiledning og at det er gjort uten å kunne etterleve de hygieniske prinsipper, så er det nok for å fylle kravet. Er det et forsøk på å sikre brukerne, uavhengig av alder, det samme tilbudet?

*«Journalen viser også at Pål først fikk komme inn på sprøyterommet fjerde gangen han var der. De tre første gangene mente personalet at han ikke var i målgruppen» (Krokfjord T. , 2019).*

Hvilke vurderinger gjorde sykepleierene i den situasjonen som medførte at «Pål» ble bortvist tre ganger før han fikk lov å registrere seg som bruker. Hvorfor ble det slik? Var det en tolkning av regelverk, eller kanskje en måte å forhindre nye brukere å komme inn i miljøet til «hardbarkede» narkomane på? Noe har gjort at «Pål» ble avvist, det kan ha vært en regel eller rutine, eller det kan ha vært noe annet, noe sykepleier fornemmet hos denne unge mannen? Hvilke vurderinger må helsepersonell ta for å inkludere eller ekskludere brukere til brukerrrommet?

Klingsheim skriver at; Å frata noen selvbestemmelsesretten overfor eget liv er et sterkt inngrep overfor menneskers autonomi og frihet. Men hvilken frihet ligger det i å kunne velge å ruse seg til døde? Her berøres eksistensielle spørsmål som ligger i skjæringspunktet mellom etikk, juss og vår praktiske sykepleiehverdag. (Klingsheim, 2009).

Moren til «Pål» sier;

*- Jeg ser for meg et sted for de aller tyngste narkomane – men ikke som opprettholder miljøet. Du kunne ikke se på Pål at han var narkoman. Så kom han og andre «vanlige»*



*ungdommer side om side med tunge narkomane og bruker samme sprøyterom (Krokfjord T. , 2019)*

Her refererer moren til et ganske tydelig skille mellom «vanlige ungdommer» og de «tunge narkomane» For moren er dette sant, men er dette sannheten? Kan man se hvor avhengig av narkotika en person er? Hvor lenge skal man da være avhengig av narkotika for å kunne bruke brukerrommene? Kan det være en utfordring for sykepleieren som må forholde seg til slike vurderinger hver dag? Etter en dag eller to på et brukerrom i Norge vil man nok fort se at det er mange som «Pål» som er innom. Som sykepleiere vil man derfor ofte møte seg selv i døren i henhold til disse vurderingene man må ta. Så kan en undre seg over om sykepleiere ved brukerrom handler uetisk? Eller er det kanskje noe etisk rett i forhold til behovene hos brukerne som blir ivaretatt? Martinsen (2012) viser en annen side av etisk tilnærming da hun skriver; etikken er innfelt i situasjonene vi er i. Det er i og fra situasjonen etikken vokser frem. Det er i situasjonene vi kan merke at noe bærer i relasjonen til hverandre. Dette «noe» - de suverene livsytringer og den verden av grunnvilkår de inngår i – faller utenfor etikken dersom den begrenses til argumentasjon og begrunnelser fra normer. Vi må snu om , fra å være opptatt av argumenter til å ta utgangspunkt i situasjonen vi er i, og det vi erfarer i den. (Martinsen, Kari, 2012, p. 52)

Var det som moren sa, at «Pål» ikke såg ut som en narkoman? Var bortvisningene et forsøk til å skåne «Pål» fra de tyngste narkomanene så at bortvisningene var forsøk på skadeforebyggende tiltak? Når går grensen for de kan ansees å være kvalifisert? Er det et skadeforebyggende tiltak å ikke la narkomane å registrere seg som brukere? Man kan spørre seg hvilke vurderinger skal ligge til grunn og hva som veier tyngst?

RUSMISBRUKERE OG HELSEUTFORDRINGER

Samfunnet setter gjennom lovgiver fokus på brukernes helse gjennom at helsepersonell er tilstede og følger opp. Er det også dette brukerne ønsker, eller har de et annet fokus og mål med å injisere/innta rusmidler i brukerrrom? Hva er sykepleiernes erfaringene med brukerrrom for å forbedre brukernes helse? Eller forhindre forverring av helsetilstand? Lytter brukerne til råd fra sykepleierne?

I en evaluering av sprøyterommet, hvor det kun var lov å sette heroin, fremkom det at det i enkelte tilfeller var åpenbart at andre stoffer ble blandet i heroindosen. Hvordan utfordret dette sykepleierne? Hva gjorde de med dette etiske og praktiske dilemmaet? Brukerens behov satt opp mot de rammer som var rundt sprøyterommet. Å se en annen vei, eller stilltiende godta lovbrudd er krevende. Hvordan er det mulig å klare å stå i en slik situasjon? Olsen og Skretting (2007) finner at når dette observeres av de ansatte, får den aktuelle brukeren likevel fullføre injiseringen (Olsen & Skretting, 2007, p. 57). Årsaken til at de ansatte ikke bryter inn når de ser at det puttes andre stoffer enn heroin i kokeskjeen, er først og fremst egen sikkerhet. Det å nekte en bruker å injisere når han/hun først er kommet så langt som inn i injeksjonsrommet, fører erfaringsmessig ofte til aggressiv atferd og konfrontasjoner (Olsen & Skretting, 2007, s. 57). Var det slik at sykepleierne, i redsel for sin egen sikkerhet, lot dette veie tyngre enn brukerens sikkerhet ved å injisere en blanding av forskjellige narkotiske stoffer? Vi kan forstå at behovet for å føle seg trygg, å unngå konfrontasjoner er stort. Er det altså i frykten for konfrontasjon, sykepleier aksepterer lovbrudd? Eller er det av omsorg for den enkelte bruker? Hva med konsekvensene av denne blandede dosen? Gjør det noe med respekten for sykepleierne ved brukerrrommet, for tilliten?

For man kan jo lure på, om man hadde tatt det opp med brukeren, ville han/hun vært mottakelig for informasjon og hjelp? Eller ville behovet og ønsket om rus gjøre brukeren ute av stand til å ta til seg hjelpen man ønsker å gi? Kanskje sykepleierens vurdering var at de hadde kompetansen som skulle til. Om brukeren overdoserte så vil man kunne hjelpe vedkommende uansett?

Har de ansatte hatt andre grunner til å la brukeren injisere en blanding av forskjellige narkotiske stoffer som f eks at de har vært uenige i forhold til rammene som var satt? En av fordelene ved at det nå er brukerrom hvor det er lov at innta alle typer narkotiske stoffer, alene eller blandet med andre, er at slike situasjoner kan unngås. Jeg har selv stått i situasjoner hvor jeg har oppdaget at vedkommende blander til andre typer stoff enn de har oppgitt. Ved å forklare at grunnen til at de må oppgi hva de skal ta, er for at vi skal kunne hjelpe dem om det skjer noe har jeg ikke opplevd å bli møtt av aggitasjon eller agressjon. Kan det ha betydning hvordan dette tas opp av sykepleieren? Er det det Martinsen mener med ordene «der profesjonalitet virkelig lykkes, spiller både den spontane medfølelsen, det menneskelige engasjement og fagligheten sammen i overveielsene av situasjonen? (Martinsen, Kari, 2012, p. 106) Ved å forklare brukeren på en vennlig og medfølende måte hvorfor sykepleiere griper inn i situasjonen?

#### TID SOM RAMME ELLER MULIGHET?

For hva gjør da de økte kravene, etter lovendringen, med rammene sykepleierne jobber under ved brukerrommet? Hvordan blir man som sykepleier påvirket av den økte pågangen av besøkere og de økte kravene til kunnskap? Har det blitt flere ansatte, eller bare mer arbeid for dem som jobber på brukerrom?

Å ha begrenset tid til sykepleie er nok en velkjent problemstilling i arbeidshverdagen til enhver sykepleier? Sykepleierens opptrente ferdigheter til å observere, vurdere og vise omsorg utfordres i den tiden som en brukeren har til å injisere. Men er det mengden tid som er viktig? Eller vil de gode samtalene mellom sykepleierene og brukerne, der hvor tillit og relasjoner bygges og omsorg gis finnes? Hva skjer med tiden til observering og gi veiledning? Min erfaring er at det på et brukerrom er at det kan oppleves som at det er satt av tid til kun en liten del av brukerens behov. Mitt syn på rusavhengighet er at det er en sykdom, og det er tiden til denne personlige service, eller omsorg, som man vil kunne føle på ikke er tilstede. Er tid noe som må til for å skape tillit? Martinsen (2005) skriver at å vise tillit betyr å utlevere seg, vise seg frem for å bli imøtekommet. Tillit er elementært i enhver

samtale og i vår holdning til den andre (Martinsen, Samtale, skjønnets og evidensen, 2005, s. 143). Om brukeren føler at de har fått en tildelt kun en kort tid, vil det kanskje kunne ødelegge for grunnlaget som er nødvendig for å bygge denne tilliten? Vil vedkommende heller bruke denne tiden til det hen er der for å gjøre, som er å injisere narkotikaen sin?

Blir møtet mellom brukerne og sykepleierne truet av alle disse forutsetningene som er beskrevet her? I evalueringen etter prøvetiden for sprøyterommet i Oslo, kom det frem at «dersom ansatte i sprøyterommet skulle fulgt opp den enkelte brukere så mye som vedkommende faktisk hadde behov for, ville det blitt liten tid til observasjon og veiledning rundt selve injisering (Olsen & Skretting, 2007, s. 74). Er dette heller en «nisje» innenfor sykepleie hvor man prioriterer kun noen deler av brukerens behov?

#### HAR BRUKERROM NOEN NYTTE?

«Påls» mor spurte hvordan noen kan jobbe på et slikt sted (Krokfjord T. , 2019). Hva er det sykepleierne som jobber ved brukerrom ser, som ikke moren til «Pål» ser? Hva er det som gjør at samfunnet velger å i det hele tatt ha en brukerromordning? I tillegg til det som beskrives i brukerromsloven (Brukerromsloven, 2018) er det sagt at det å redusere antallet «dødelige overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall representerer fremdeles er en stor utfordring for folkehelsepolitikken i Europa[...]En type intervensjon som har som mål å både redusere forekomsten av overdoser og øke sjansen for å overleve en overdose, er brukerrom med tilsyn (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014, p. 57). Brukerrom er altså et konkret tiltak for å redusere forekomsten og å øke sannsynligheten for å overleve en overdose.

Men er det slik at overdosedødsfallene går ned på steder hvor det finnes brukerrom? Folkhelseinstituttets rapport (Folkhelseinstituttet, 2019) om narkotikautløste dødsfall i Norge 2018 sier at «med så mange ulike faktorer som påvirker risikoen for dødsfall, er det ikke uventet at antall narkotikautløste dødsfall varierer fra det ene året til det neste uten at

dette kan knyttes til en spesifikk årsak». Her sier rapporten at totale antallet overdosedødsfall varierer i antall dødsfall, og at variasjonen ikke kan knyttes til noen spesifikk årsak, som for eksempel tilgang til brukerrom. Rapporten viser istedet til andre tiltak som viktige (Folkehelseinstituttet, 19).

Et av de første sprøyterommene åpnet i Vancouver i Canada 2003 og i 2011 ble foretatt en undersøkelse om effekten i området rundt dette brukerrommet publisert. Denne viste at den fatale overdosehyppigheten falt med 35% etter åpningen av sprøyterommet (Hem, 2011). Dette kan stemme overens med resultat fra en undersøkelse som sto publisert i sykepleien.no hvor det kom frem at 51% av de sprøytenarkomane svarte at de «nesten alltid» eller «alltid» injiserte alene» (Estep, 2019). Senere i samme artikkel konkluderer hun med at « - Å sette sprøyte i sprøyterom vil øke sjansen for å unngå overdosedødsfall» (Estep, 2019). Det er heller ikke, til idag, registrert noe overdosedødsfall ved de norske brukerrommene, til tross for mange overdoser.

At overdosedødsfall er et stor samfunnsproblem viser tall fra rapporten til European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Her rapporteres gjennomsnittlig dødelighet som følge av overdoser i Europa. Dødelighetstall på over 40 dødsfall pr. million ble rapportert av seks land, og de høyeste tallene ble rapportert av Norge (76 pr. million) og Estland (191 pr. million)» (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014, p. 52). I 2018 var det, i Norge, 286 personer som døde av overdose, hovedsakelig knyttet til opioider (Folkehelseinstituttet, 2019). Da har man kanskje nådd et viktig mål, å få ned antall overdosedødsfall? For noen har kanskje livet blitt reddet flere ganger, slik som for «Pål»:

*«Etter møtet med personalet...fikk foreldrene innsyn i Påls journal. Journalen viser at Pål har hatt en rekke overdoser på sprøyterommet. Hvert overdosetilfelle er nøye beskrevet. Det går også fram at det er gjennomført oppfølgingssamtaler når han kommer igjen neste gang. Personalet sier i klartekst hvor farlig det er å ta for mye stoff og ber han være forsiktig» (Krokfjord T. P., 2019).*

Noen situasjoner gjør rusmisbrukere enda mer sårbar for overdoser. Undersøkelser viser at opphør i narkotikabruk, for eksempel, enten ved fengsels- eller sykehusopphold, øker risikoen for overdoser fordi toleransen for opiat er senkes. Blandingen mellom alkohol, piller og stoff er også årsak til ca. 50 % av overdosene (Klingsheim, 2009).

Å ha slik kunnskap, er det med på å styrke sykepleieidentiteten? En kompetanse brukerne selv setter pris på at sykepleiere har? Kunnskap som at inntak av opioider påvirker pustesenteret i hjernen, og at store doser medfører nedsatt bevissthet og redusert pustefrekvens. Helsedirektoratet definerer overdose som: En situasjon der brukeren puster så sjelden som 8-10 innåndinger i minuttet regnes som en overdose (Helsedirektoratet.no, 2019). Ved flere av de overdoser har jeg opplevd har brukeren ikke pustet i det hele tatt. Noen reagerer ikke på noen type av stimuli, for eksempel verbal eller smertestimuli i det hele tatt. Det er en absurd følelse å sitte med en persons liv i sine og spesielt når tilfellet er påført brukeren av egen fri vilje. En underlig følelse av å kunne med gode kunnskaper, godt håndlag og gode holdninger redde et menneskes liv. Her ivaretas omsorgen og viktige prinsipper som å gjøre vel. Dette innebærer også at sykepleiere må forstå og kjenne til de samlede faglige og resursmessige muligheter og begrensninger han eller hun befinner seg i (Nsf, 2018). Som sykepleier bør man kunne kjenne igjen tidlige symptomer på overdose, kunne handle raskt og effektivt sette inn livreddende tiltak. Min erfaring fra overdosesituasjoner sier også at det er viktig å være gode team som samarbeider godt.

Sykepleierne må kunne bruke livreddende teknikker som kjevegrep for å gi frie luftveier, riktig bruk av svelgtube, samt hvordan støtteventilere. Det sistnevnte er å regne som en spesialoppgave og det styrker kanskje behovet for at det er akkurat sykepleiere som er med å bemanner disse brukerrommene? Ved overdosesituasjoner må man også kunne vurdere bruk av og bruke Nalokson. Nalokson brukes som motgift mot, eller for å redusere virkningen av opioider (Dietrichs & Mørland, 2017). Men er det hensiktsmessig å gi nalokson? I Norske legemiddelhandbok står; «Nalokson må gis med forsiktighet til pasienter som har fått høye doser opioider eller er fysisk avhengige av opioider. For rask reversering av opioideffekten kan forårsake et akutt abstinenssyndrom. Nalokson har også en kortere

halveringstid enn heroin (www.legemiddelhandboka.no, 2018). I de tilfeller hvor brukeren blir behandlet med Nalokson i en overdosesituasjon vil det kunne lede til at brukeren blir abstinent og hvor man risikerer at vedkommende forlater brukerrommet for å få tak i, og innta mer opioider. Ikke bare vil en bruker kunne bli abstinent, men vil også kunne mistolke bivirkningene til å tro at de trenger mer opiodier. Risikoen for en ny overdosesituasjon etter naloksonbruk vil kunne være stor, da det fortsatt vil være opioider igjen i kroppen når naloksonen går ut. Hvordan kan man sikre disse brukerne omsorg?

#### OMSORGS MULIGHETER VED RUSBRUK

Det kan fremstå som at for å kunne sikre brukere god sykepleie på brukerrom bør det være stor fokus på den helhetlige sykepleien. Dette kan være noe som muligens tydeliggjør behovet for at det er sykepleiere som skal møte disse pasientene på brukerrommet? Kan sykepleierkompetansen brukes til noe mer? Til å ta noen steg mot å bruke veiledning og kommunikasjon til å påvirke brukerne mot å endre oppførsel slik at de bedre kan ivareta egen helse? Sågar påvirke noen til å ta imot hjelp til å komme ut av rusmisbruket? Eller ville slik kommunikasjon og det å stille krav til brukerne føre til at de ikke lenger kom til brukerrommet? Kanskje kan den største ressursen sykepleiere kan bidra med, er å være god på å se mennesket og kunne kommunisere med mennesker. Klingsheim skriver; narkomane er mer enn sykdommen og rusavhengigheten. Ser vi bare «den narkomane på 214», eller ser vi Lisa eller Ole med sine særskilte ressurser, problemer og behov? (Klingsheim, 2009). Gjør dette dem til en pasientgruppe som gir sykepleiere spennende og utfordrende faglige utfordringer?

Det er en vanskelig balansegang – trygge mennesker på at sykepleier vil dem vel, samtidig som de «dyttes» mot å slutte med det som i øyeblikket er det viktigste i livet? Ville man, som helsepersonell få store reaksjoner og konsekvenser, om man stilte flere spørsmål, og satte høyere krav til brukerne når de kom til brukerrommet? Ville brukerne kunne håndtere disse eller ville de slutte å bruke seg av brukerrommene? Hvor ville de narkomane da gå?

Hvordan vil det være mulig for sykepleierne å utvise dette faglige skjønn innfor hvert enkel bruker og innfor hvert enkelt besøk? Godt skjønn er i henhold til Martinsen og Wærner «å lære sitt fags teorier, faktakunnskap og praktiske ferdigheter, og samtidig å kunne handle med en «god tone» (Martinsen, Kari; Wærnes, Kari, 1990, s. 123). Å handle med en god tone, vil også kunne være, minst like viktig, særlig i relasjon med rusmisbrukere. «For det er på det ordløse plan, gjennom sin holdning, sykepleieren setter tone på relasjonen og kan gjøre den andres tilværelse truende eller trygg, maktesløs eller horisontutvidende (Martinsen, Kari; Wærnes, Kari, 1990, s. 123). Hvilke utfordringer gir dette sykepleierene? Hva skal til dersom brukeren ikke er mottakelig eller ikke ønsker å dele? Er det da å regne som uforsvarlig sykepleie? NSF mener det er tegn på uforsvarlig sykepleie når pasientene ikke får ivaretatt grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte, ikke får koordinert og verdig helsehjelp eller blir utsatt for unødvendige plager eller lidelse (Nsf, 2018).

Dette kan kanskje være en stor utfordring i sykepleie, å pleie de svake og de stigmatiserte? Dette gjelder nok mange pasientgrupper, men narkomane, hvorfor skal vi hjelpe dem? At noen vil ødelegge seg selv på den måten kan kanskje være vanskelig for mange å forstå. Men at sykepleiere kan være med å bidra til rusmisbruket er kanskje enda verre å begripe? Likevel, det er noe med sykepleieidentiteten, noe som gjør at behovet for å yte omsorg som vekkes i sykepleiere. Martinsen (1989) skriver: omsorgsarbeid er et uttrykk for generalisert gjensidighet. Det bestemmes ut fra mottakerens situasjon. Tilstanden strukturerer arbeidet og en sørger for den andre ut fra en situasjonsforståelse. En situasjonsforståelse krever innsikt i menneskers livssituasjon, i hva som gir menneskelige muligheter og begrensninger i situasjoner (Martinsen, Omsorg, sykepleie og medisin, 1989, s. 16). Det er altså brukers situasjon som «krever» av sykepleieren å yte omsorg, og sørge for brukeren ut fra situasjonens muligheter og begrensninger. Kanskje det også er i dette perspektivet lovgiver har utformet «Brukerromsloven»? Skape noen rammer og muligheter som gjør at en handling som er ulovlig, blir mulig, og med mindre helsemessige utfordringer enn om bruken fortsatt skulle være ulovlig å bli utført uten hjelp og hygienetiltak. Sykepleien utfordres av dette kravet om situasjonsforståelse. Tilstanden og situasjonen til en bruker må bedømmes og denne kan variere mye, ikke bare fra dag til dag men noen ganger også fra



time til time. Er det egentlig noen forskjell mellom en pasient på sykehus med somatisk sykdom og en bruker med selvpåført rus? Hvordan påvirker det vår evne til å vise omsorg og til å utøve god sykepleie?

Sykepleie blir ofte omtalt som et omsorgsarbeid. «Omsorg er et ord som vi kjenner fra vårt dagligliv. Ord som å «bekymre seg for», «vise omtanke for», «ta hensyn til», «ta hånd om» og «hjelp», er alle ord som uttrykker ulike sider ved begrepet omsorg. Bare disse få eksemplene viser at det er et svært sentralt begrep i sykepleien. Min erfaring, fra når jeg forteller om min erfaring fra et av brukerrommene, er at de jeg snakker med mener at rusavhengighet er noe som skyldes dårlige valg, nesten som at de rusavhengige får skyld på seg selv. Det er knyttet veldig mye skam til dette. Fortjener narkomane omsorg? «Omsorgsfullhet handler om sensibilitet, omtanke, medfølelse og å se mennesket vi som sykepleiere skal hjelpe. Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt, og som ikke krenker vedkommendes personlige integritet» (Nsf, 2018).

Vi sykepleiere må være forsiktig så at vi går over til det som Martinsen beskriver som sentimental omsorg, forenkler vi tilværelsen ved ikke å måtte være i det konkrete forenede motsetninger vil omsorgen og fagligheten bli karikaturer av seg selv. Den sentimentale omsorgen hvor våre egne følelser står i sentrum (Martinsen, Kari; Wærnes, Kari, 1990, p. 123). Det å kunne balansere sin profesjonalitet og kunnskap om omsorg, uten å bli sentimental vil nok være en utfordring for mange sykepleiere uansett hvor de jobber. Hvordan klarer sykepleiere å la seg berøre i noe som kan kalles akkurat passe grad? Er det dette de etiske retningslinjene for sykepleiere henviser til, for å skape en retning, da de sier at vi skal ha fokus på «den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket»? (Nsf, 2018).

## VERDIGHET

Siden sprøyteromsordningen har et av målene sagt å være å bidra til økt verdighet, særlig for de tungt belastede narkotikamisbrukerne. Er da brukerrummet et sted hvor brukerne opplever verdighet? Hva kreves av en sykepleier før å kunne lage en arena hvor brukeren opplever verdighet og respekt til tross av sin sykdom? Martinsen skriver; «Alle mennesker har behov for å oppleve seg sett, møtt, forstått og respektert som likeverdige mennesker [...] Verdighet bekreftes ved å se mennesket først, fremfor oppgavene, se hverandre i øynene, gi opplevelse av respekt og tilstedeværelse, og å bry seg om og om med den andre (Martinsen, Kari, 2000, p. 9). I tillegg til de fysiske fasilitetene ordningen tilbyr, kan kanskje en økt verdighet for brukerne knyttes til de menneskelige møter mellom ansatte og brukere og den hjelpen de får? Det hører også med i verdighetsarbeid å styrke håp, noen ganger om bedring, om endring, om lindring. Verdighet fremmes ved delaktighet og ansvar, og at noen tror at det fortsatt nytter. (Aakre, 2009). Martinsen skriver; «Med min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller trygt. Det er derfor en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd (...) Vi stilles egentlig overfor bare to muligheter: enten å ta vare på den andre, eller å bryte ned tillitsforholdet» (Martinsen, Samtale, skjønnnet og evidensen, 2005, s. 144). Hva kreves av sykepleieren for å kunne bidra til å gjøre livene til brukerne trygt?

Jeg har selv følt meg utilstrekkelig ved flere tilfeller og kjenner meg igjen i det som Klingsheim skriver; midt i dilemmaene mellom moral-sykdom, skyld-offer og frihet-ansvar, møter vi som sykepleiere rusavhengige pasienter i vår praksis (Klingsheim, 2009). Det er naturlig å tro at ansatte ved brukerrummet har følt på en tilsvarende utilstrekkelighet og at det kan være vanskelig å se på hvordan brukerne er fanget i sin evige destruktive adferd.

Mer forskning på sykepleierens opplevelse av dette ville kunne gi en større innsikt i hvordan det er å være sykepleier på et brukerrum. Hvordan det oppleves å ha denne rollen. Om deres sykepleieidentitet bevart i arbeidet de er satt til å gjøre.

## SYKEPLEIE PÅ ET BRUKERROM?

Sykepleien på et brukerrrom har begrensinger og rammer i henhold til for eksempel både regler og lovverk, de fysiske rammene og de etiske dilemmaene. Er begrensingene en trussel for hva sykepleiefaget bør være, eller kan vi tenke nytt om hva sykepleie er? Mer forskning på sykepleierens opplevelse ville kunne gi en større innsikt i hvordan det er å være sykepleier på et brukerrrom. Hvordan det oppleves å ha denne rollen. Om deres sykepleieidentitet bevart i arbeidet de er satt til å gjøre. For på den andre siden er unike muligheter til blant annet skadeforebygging, livreddende tiltak, hygieniske rammer, observasjon, omsorg og verdighet. Rusmisbrukere er sårbare og opplever både sykdom, smerte, skyld, skam og stigmatisering. Ved at de blir sett i sin hverdag kan muligens hjelpe dem til å komme et steg nærmere mestring av sitt eget liv. På så vis kan vi se at sykepleie på brukerrrom vil kunne ha en avgjørende betydning for brukerne. Men det krever av sykepleieren respekt for brukerens autonomi, praktisk hjelp, kompetanse og tillit. For samtidig som det kan være både vanskelig og utfordrende, er mitt ønske som blivende sykepleier, at man kan se muligheten, å se brukerrømmet som en arbeidsplass hvor brukerne kan komme å bli møtt med både verdighet og respekt og få hjelp i den situasjonen de er i.

## REFERANSER

- Aakre, M. (2009, 02 12). *sykepleien.no*. Hentet fra sykepleien.no:  
<https://sykepleien.no/etikk/2009/03/rus-med-verdighet>
- Brukerromsloven*. (2018, 12 20). Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2004-07-02-64?q=brukerromsloven>
- Dalen, E., Holmen, J., & Nordahl, H. M. (2015, 01 27). Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. *Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk*, s. 131.
- Dietrichs, E. S., & Mørland, J. (2017, 11 01). *sml.snl.no*. Hentet fra sml.snl.no: <https://sml.snl.no/nalokson>
- Estep, M. (2019, 12 18). *sykepleien.no*. Hentet fra sykepleien.no:  
<https://sykepleien.no/2017/11/folkehelseforsker-vil-utvide-omdiskutert-sproyteromsordning>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. (2014, 05 01). Hentet fra  
<http://www.emcdda.europa.eu>: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. (2014, 05 01). Hentet fra  
<http://www.emcdda.europa.eu>: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>
- Folkehelseinstituttet*. (19, 12 04). Hentet fra <https://www.fhi.no>:  
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautlostedodsfall-i-norge-i-2018/>
- Folkhelseinstituttet*. (2019, 12 04). Hentet fra [fhi.no](https://www.fhi.no):  
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautlostedodsfall-i-norge-i-2018/>
- freak.no/forum*. (2013, 12 2). Hentet fra [freak.no/forum](https://www.freak.no/forum):  
<https://freak.no/forum/showthread.php?t=257409>
- Helsedirektoratet.no*. (2019, 03 19). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/statistikk-og-definisjon-pa-overdose>
- Hem, E. (2011, 09 06). *tidsskriftet.no*. Hentet fra [tidsskriftet.no](https://www.tidsskriftet.no):  
<https://tidsskriftet.no/2011/09/nyheter/brukerrom-minsker-risikoen-overdosering>
- Hofman, B. (2019, 12 22). <https://sykepleien.no/>. Hentet fra <https://sykepleien.no/>:  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientautonomi-som-etisk-rettetnor-en-kritisk-gjennomgang>
- <https://www.rusfeltet.no>. (2019, 04 01). Hentet fra <https://www.rusfeltet.no>:  
<https://www.rusfeltet.no/fra-sproyterom-til-brukerrom/#.XqGafsgzZPY>

- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2018, 01 01). *Legevakthåndboken*. Hentet fra [www.lvh.no](http://www.lvh.no):  
[https://www.lvh.no/skader/forgiftninger\\_og\\_rusmidler/rusmidler\\_og\\_rusmiddelforgiftninger/opioider](https://www.lvh.no/skader/forgiftninger_og_rusmidler/rusmidler_og_rusmiddelforgiftninger/opioider)
- Kettunen, T., & Wikström, M. (2017, 09 05). <https://nordicwelfare.org/>. Hentet fra <https://nordicwelfare.org/>:  
<https://nordicwelfare.org/popnad/artiklar/sprututbytesprogrammen-okar-i-sverige-tack-vare-ny-lag/>
- Klingsheim, R. (2009, 03 05). *www.sykepleien.no*. Hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no):  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/narkomanes-darlige-helse-en-sykepleiefaglig-utfordring>
- Krokvjord, T. (2019, 05 10). *www.dagbladet.no*. Hentet fra [www.dagbladet.no](http://www.dagbladet.no):  
<https://www.dagbladet.no/nyheter/mamma-og-pappa-ante-ingenting-mens-brukerne-av-det-norske-nettforumet-freak-forum-ga-sonnen-pal-21-tips-og-rad-underveis-liveblogget-handeltaljert-om-livet-med-heroin-her-er-hans-egne-ord-pa-vei-inn-i-undergangen/70842613>
- Krokvjord, T. P. (2019, 05 13). *www.dagbladet.no*. Hentet fra [www.dagbladet.no](http://www.dagbladet.no):  
<https://www.dagbladet.no/nyheter/moren-ville-se-hvor-sonnen-satte-heroinsproyter/70918911>
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Sheps, S., Montaner, J., & Kerr, T. (2010, 06 09). <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/>. Hentet fra <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/>:  
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-327>
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Martinsen, K. (2005). *Samtale, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, Kari. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, Kari. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, Kari; Wærnes, Kari. (1990). *Pleie uten omsorg*. Falun: Pax Forlag.
- Nsf. (2018, 04 1). Forsvarlighet. *Forsvarlighet - om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Oslo, Norway: Norsk sykepleieforbund.
- nsf.no*. (u.d.). Hentet fra [nsf.no](http://www.nsf.no): <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- nsf.no*. (2019). Hentet fra [nsf.no](http://www.nsf.no): <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsen, H. O., & Skretting, A. (2007, 11 01). *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra [fhi.no](http://www.fhi.no):  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sirusrap.7.07.pd.pdf>

*www.legemiddelhandboka.no*. (2018, 06 19). Hentet fra *www.legemiddelhandboka.no*:  
<https://www.legemiddelhandboka.no/L5.4.4.2/Nalokson>

*www.lovdatab.no*. (2019, 10 01). Hentet fra *www.lovdatab.no*: [https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_1](https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1)

*www.nrk.no*. (2015, 08 24). Hentet fra *www.nrk.no*: [https://www.nrk.no/vestland/krf\\_-\\_et-brukerrom-loser-ikke-rusproblemet\\_-det-bare-vedlikeholder-det-1.12515698](https://www.nrk.no/vestland/krf_-_et-brukerrom-loser-ikke-rusproblemet_-det-bare-vedlikeholder-det-1.12515698)

*www.nsf.no*. (2019, 04 01). Hentet fra *www.nsf.no*: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

*www.rustelefonen.no*. (u.d.). Hentet fra *www.rustelefonen.no*:  
<https://www.rustelefonen.no/2008/06/om-heroin-og-motgift/>

Øhman, R. (2011, 10 20). *www.aftenposten.no*. Hentet fra *www.aftenposten.no*:  
<https://www.aftenposten.no/norge/i/jz58A/oekt-verdighet-for-rusmisbrukere>

## VEDLEGG 1: Hovedartikkel

Mamma og pappa ante ingenting. Mens brukerne av det norske nettforumet Freak Forum ga sønnen Pål (21) tips og råd underveis, liveblogget han detaljert om livet med heroin. Her er hans egne ord på vei inn i undergangen.

«With blood shot eyes, I watch you sleeping / The warmth I feel beside me is slowly fading / Would she hear me, if I called her name? / Would she hold me, if she knew my shame?»

- Bullet for my Valentine: «Tears Don't Fall»

Det var en ettermiddag i tropesommeren juni 2014. Utenfor oppnådde Oslo den ene varmerekorden etter den andre. Men familien satt inne med vinduer og dører igjen. Klokka hadde rundet 19 da sønnen, vi kaller ham Pål, kom inn døra etter jobb.

- Du må komme inn her litt, sa moren fra stua.

- Sett deg ned i stolen der.

Det hadde vært noen vanskelige år etter videregående. Pål var tiltaksløs, til tider deprimert og festet en del. Men nå hadde alt vært bra så lenge at familien planla utenlandstur, de skulle dra om få dager. Pål satte seg i stolen slik moren ba om.

Det skulle ikke bli noen sommerferie.

På bordet lå ei sprøyte. Foreldrene hadde funnet den på badet samme dag. Pål prøvde ikke engang på noen bortforklaring. Mens Oslo-borgerne samlet seg på Kontraskjæret for å se baktunge briter og arrogante italienerne tryne ut av Brasil-VM i skam, sa den en gang så lovende kantspilleren Pål setningene som skulle forandre familiens liv for alltid.

FREAK FORUM: Her satt Pål i årevis og skrev om flørten med - og avhengigheten av - heroin. Foreldrene kjente ikke til meldingene før Dagbladet la dem fram for dem.

- Jeg har begynt med det som er alle foreldres verste mareritt. Jeg har begynt med heroin.

Det Pål ikke sa, var at han i månedsvis hadde blogget om sin gryende avhengighet på Freak Forum – Norges største diskusjonsforum for anonyme samtaler. På nettet kalte han seg «BloodshotEyes». 27. oktober 2013 skrev han et innlegg med tittelen:

«Hvordan skyte heroin».

BloodshotEyes:

«Har lest noen tråder om dette, men jeg ble ikke veldig mye klokere. Hvilken størrelse bør sprøyta være? (har ordna nåler) Har apoteket filter så jeg slipper å kjøpe sigg? Hvordan skal forholdet mellom hero, vann og askorbinsyre være? Kan man dra på sprøyterommet for å hente askorbinsyre? Hvor lenge skal det koke? (...) Til alle som får en trang til å moralisere: jeg har allerede «blitt skutt» 2 ganger, så denne sjelen er allerede tapt 😊 koddet. Har større vansker med å holde meg unna nikotin enn heroin. (...) Har snorta og røyka heroin sporadisk i snart et halvt år. Skutt 2 ganger (med hjelp). Føler meg ganske sikker på at dette er et stoff jeg ikke kommer miste kontrollen over. Var en uke hvor jeg kjørte på hver dag, og fikk smake på abstinensene når jeg slutta. Etter det har jeg aldri tatt mer enn 2 dager på rad. Skulle gjerne testet opium, men har ikke tilgang.»

3. november 2017

- Pål var en livsglad gutt, begynner moren.
- Han søkte stadig ny kunnskap og nye utfordringer.

Sammen utgjør Påls foreldre et preget, men tappert foreldrepar. Begge er ressurssterke med lange karrierer bak seg i det offentlige. De bor i en alminnelig fin enebolig i et idyllisk strøk, med velholdte hager og gangstier mellom husene slik at det er lett å besøke hverandre.

Nå leser de utskrifter fra Freak Forum. For første gang ser de en beretning skrevet av deres egen sønn. For mens foreldrene ikke ante noen ting, fikk de andre anonyme brukerne av Freak Forum hyppige, til tider daglige, oppdateringer fra Pål om hans flørt med heroin. Forum-deltakerne ga ham råd, heiet på ham og advarte ham.

Noen av dem mente det var galt å moralisere over skadevirkningene. Andre advarte om hvor galt det kunne gå.

- Hvordan er det å lese meldingene hans?
- Det er en sterk opplevelse. Og veldig skremmende. At vår egen sønn nærmest beskriver sin egen vei til undergang.
- Hvorfor velger dere å fortelle deres historie?
- Vi vil slå alarm om hva heroin kan gjøre. Vi vil advare ungdom om at selv en liten flørt kan være livsfarlig. Og be andre foreldre om å følge nøye med. Vi ønsker at våre erfaringer og vår kamp skal hjelpe andre i lignende situasjon. .



Pål hadde en trygg barndom, han sto på ski og spilte fotball. Liten og kvikk som han var, pløyde han opp og ned flanken for det lokale fotballaget. Helten var Pavel Nedved, det tsjekkiske ballikonet med flagrende lokker og blendende teknikk. Da Norge spilte play-off mot Tsjekkia på Ullevål, sto Pål 10 meter fra Nedved og hylte ikonets navn.

Da Pål kom i tenårene og motstanderne vokste seg større og sterkere enn ham, mistet Pål lysten på fotball. Han fikk høre det walisiske metal-bandet Bullet For My Valentine. Pål var 14. Låta var «Tears Don't Fall».

Teksten handler om kjærlighetssorg og ensomhet slik som bare tenåringer kan føle på den – «tårene renner ikke, de slår vilt om seg». Det var i den låta Pål fant kallenavnet han skulle bruke på Freak Forum sju år seinere.

Pål ble en god gitarist – og lenge trivdes han også på skolen. Men i løpet av videregående begynte både Pål og flere i vennegjengen å røyke hasj. Foreldrene så at han endret oppførsel, men tenkte ikke på narkotika. Det kom heller ingen hint fra skolen.

Etter videregående begynte Pål å eksperimentere med ulike rusmidler.

- Seinere den høsten fikk han denne smellen, sier faren.

BloodshotEyes:

«Det begynte med angst, paranoia og depresjon, men det var etter en joint (ja, faktisk lol) at jeg virkelig nådde bunnen. Fikk en badtrip, ble aldri den samme igjen. Orker ikke gå i detalj, men en metafor for hvordan jeg føler meg i huet er som å sitte ubehagelig 24/7.»

14. desember 2013

Pål satt på gutterommet, med vinduet åpent, og røyket hasj.

Så gikk han rett i bakken.

Det var november 2011. Først blandet han hasj og en avhengighetsskapende sovemedisin – en cocktail han seinere skulle beskrive som «det beste i verden». Dagen etter røyket han hasj igjen – men da sa kroppen at nok var nok. Da opplevde Pål psykoser så kraftige at han aldri røyket hasj igjen.

Den psykosen ble begynnelsen på en rundreise i det norske behandlingsapparatet.

BloodshotEyes:

«Jeg har prøvd alt som finnes av hjelp de siste 2 årene, uten hell. (...) Jeg har prøvd

absolutt alt av psykologer, psykiatere, medisiner og helvete, og ikke en eneste shit hjelper. Ikke en gang benzo. Heroin hjelper noe, men jeg følte meg bedre edru når den mentale helsen min var god enn jeg gjør nå stein på heroin. Ikke for å gjøre dette til en melodramatisk sippetråd, men hadde det ikke vært for at jeg har noen som bryr seg veldig om meg ville jeg tatt kvelden for lenge sia. Jeg har null mulighet til å "komme meg opp å gjøre noe med livet" eller hva annet bullshit du syns jeg bør gjøre.»

14. desember 2013

Pål klarte å være rusfri en lengre periode. Men mistet raskt troen på behandling. Flere ganger fikk foreldrene høre: «Det er ingen andre som har det sånn» Foreldrene insisterte på det motsatte – ikke minst da de kom over en Aftenposten-artikkel der en ung mann fortalte om sin psykose etter hasjrøyking. I artikkelen fortalte mannen at han gikk til psykolog i fire år før det ga seg.

Pål ville ikke høre.

BloodshotEyes:

«Ser ikke sjefen så mye i øynene uansett (as in, vi prater 3 setninger per dag til hverandre). Men det er ikke ofte jeg kommer med veldig små pupiller. Tar jeg en liten liner før jobb er det ikke merkbart. (...) Tjener greit og har lite utgifter siden jeg bor hos foreldre (yadda yadda trenger ikke lekse om at jeg i det minste bør vente med heroin til jeg flytter ut) så det er ikke noe problem. Forøvrig har jeg holdt meg til max 200 kroners forbruk per dag utenom den siste uka, hvor det har blitt 500 et par ganger. Bare for å oppsummere hittil: brukt stoffet 3 måneder som regel 1-2 ganger i uka, for 1-2 mnd siden hadde jeg en binge på 2 uker, nå er jeg i en på 1 uke. Tenker å ta en ny pause lengre pause så alle årene er healed fra i dag.»

2. desember 2013

Pål slet mer og mer, og var i perioder deprimert. Likevel fikk han praksisplass i en dagligvarebutikk gjennom NAV, kom seg opp om morgenen og møtte på jobb, smilte blidt til kundene i kassa.

- Jeg reiste på butikken og så ham spøke og le med kollegene, sier faren til Dagbladet.

Han husker han spurte Pål: «Du virker jo ikke deprimert på jobben?». «Jeg må jo gjøre meg til», hadde sønnen svart med et lite smil.

I virkeligheten ante ikke foreldrene hva som var i ferd med å skje. De visste heller ikke at han skrev om misbruket sitt på nettet, før Dagbladet viste dem BloodshotEyes sine innlegg fra Freak Forum. Mens han blar i utskriftene Dagbladet har lagt fram for ham, sier faren:

- Vi trodde det gikk bedre med ham på den tiden. Sannheten var at han hadde begynt

med heroin.

En heroinist i huset

BloodshotEyes:

«Setter pris på omtanken folkens. Siden denne tråden er blitt en slags potensiell-junkie-in-the-making dokumentar tenkte jeg å gi en oppdatering. Er blitt noe fysisk avhengig, får en medium-sterk forkjølelse når jeg går 2-3 dager uten. Er ikke uutholdelig, men når jeg presterer dårlig på jobb pga angst (som var der før heroinen og) er det lett å unnskyldes at jeg bare skal ta litt. Noe annet jeg har merket er at jeg ikke gidder å skrive på forumet, eller chatte med folk, med mindre jeg har noe innabords. Som regel bruker jeg «bare» 2-3 dager i uken, så schedulen min er å ha det chill halve uka, og så dritt resten. Siden forbruket mitt er såpass lite er det ikke for vanskelig å slutte eller ta pauser, men problemet er at jeg ikke har lyst. Men husarbeid er jeg fremdeles flink til 😊 (...). Angående inntaksmåte, så bytter jeg på mellom skyting og snorting. Syns faktisk ikke snorting er så kjipt selv om nåla er bedre, det har sin sjarm og jeg slipper strevet med sprøyter og koking osv. Men hovedgrunnen til at jeg ikke skyter fast er fordi årene blir fucked til helvete om de ikke får hvile en gang iblant.»

13. desember 2013

Da faren til Pål fant sprøyta på badet, husker han ikke om han tenkte noe i det hele tatt. Lamslått sto han der, det var som om blodet forsvant fra kroppen.

- Da begynner hele historien med oppturer, nedturer, tro og håp, gråt og fortvilelse, sier moren.

- I årene som fulgte hadde vi mange samtaler som vi håpet skulle motivere ham for å ta imot behandling. Vi viste til alle som har klart å komme seg ut av dette helvetet, til alle hans ressurser, alt han var god på, men ingenting hjalp. Selv når vi ba ham om å tenke på oss og resten av familien, hjalp det ikke.

Foreldrene forteller om overdoser, både med vilje og ved uhell. De har begge funnet ham så ruset at de har ringt 113 og fått hjelp. De har gått gatelangs og lett etter sønnen, de har ringt hoteller og spurt etter ham, og de har meldt ham savnet hos krimvakta. De har sovet på skift.

I nedtrappingsperioder kunne faren selv kjøre Pål ut for å kjøpe heroin – for å kontrollere at han bare fikk de dosene han og foreldrene hadde avtalt. Grensene ble flyttet. Han var med på noe som han aldri i livet skulle tro var mulig: hjelpe sønnen med å kjøpe heroin. Det er ulovlig. Og, mener foreldrene selv, moralsk forkastelig. Men håpet om forandring var for stort.

Det var ikke hver dag de merket at sønnen var preget av heroin. Det var også gode dager med samtaler og hygge. Pål satt lange perioder på rommet og lastet opp gitarvideoer på Youtube. Der skryter nettbrukere fra hele verden av Påls tolkninger av kjente låter og riff. Helt siden han så Star Wars som liten, hadde Pål også elsket film. Og filmmusikk, favoritten var tyske Hans Zimmer.

- Pål leste mye, sier moren.

- Han leste nyheter fra hele verden på nettet. Vi var ikke alltid enige i hans politiske analyser, men det ble gode diskusjoner og vi lærte mye av ham, fordi han søkte andre kilder for opplysninger enn vi til vanlig bruker.

Samtidig var dette også tida da foreldrene begynte å låse dørene. Om kvelden stilte de opp skoene til Pål på spesielle måter som bare de visste: En lisse på høyre sko ble lagt tilforlatelig på skrå til venstre. Slik kunne de morgenen etter se om Pål hadde vært ute om natta for å kjøpe dop.

På Freak Forum framstår det som at målet til Pål ikke var å få en rus for å fly ut av hverdagen. Men heller å få nok energi til å klare å reise seg opp og gå.

- Han hadde ikke noen glede av rusen bortsett fra akkurat det øyeblikket da han satte den sprøyta, da var det som noe ble lettet fra hodet og hjertet.

BloodshotEyes:

«Har vært på rehab og greier. (...) Slik har den siste tida sett ut for meg etter jeg slutta for 51 dager siden:

Dag 1: Nedtur for hva som er i vente

Dag 2: Jævlig dårlig. Svetting, driting, null mat, ingen energi

Dag 3: Like dårlig, men fikk i meg en yoghurt eller 2

Dag 4: Litt bedre

Dag 7: Nesten helt fysisk frisk, men fortsatt jævlig sulten.

Dag 10: Matlysten er helt tilbake og kaldsvettinga har gitt seg.

Dag 14: Inn på rehab.. Var egentlig ganske skuffa over hele opplegget. Vet ikke om det er riktig å kalle det rehab, for det følte ut som en barnevernsinstitusjon (var mange gjennom BV der). Var kanskje en time om dagen som kan kalles behandling, resten var arbeid, skole og loking. De første dagene var ganske jævlige siden jeg slet med søvn og var ikke vant til å stå opp 7.

Dag 21: Søvn er i orden

Dag 38: Drar fra rehab som planlagt. Måtte skrive meg ut 3 uker før jeg kunne dra (ville blitt etterlyst om jeg dro før det) så den dagen hadde jeg venta på gitt. Var litt usikker på om jeg skulle ta dop når jeg var kommet til Oslo, men så møter jeg faen meg den faste dealeren min i sentrum tilfeldig. Da var det gjort.

Dag 39: Tar heroin og rivotril i noen dager fremover. Pga rivo husker jeg nesten ikke en shit, så det var rimelig waste når jeg tenker meg om.

Dag 44: Slutter, igjen. Fikk noe abstinenser, men ikke noe big deal.

Dag 51 er i dag. Har ikke et veldig stort dopsug faktisk. Tenker på at det å være frisk er nå blitt normalen, før kosta det meg 30.000 å holde meg frisk i 50 dager. Det er jo rimelig chill. Ellers lurar jeg litt på hva faen jeg skal gjøre fremover. Jeg fucka opp forholdet til arbeidsgiver, så nå er jeg i starten av 20åra med null arbeidserfaring på CVen. Får vel skaffe meg en praksisplass og jobbe meg oppover.»

25. september 2014

Ikke lenge etter at de fant den første sprøyta, og Pål la kortene på bordet, skaffet foreldrene sønnen behandlingsplass. De andre klientene var flere år yngre enn ham, mange av dem varig skadde barnevernsbarn med grusom forhistorie. Pål stakk av etter tre uker. Dette ble et mønster som gjentok seg ved flere innleggelser:

- Jeg skal i butikken, sa han gjerne til personalet – og forsvant.

Pål har vært innlagt på avrusing, til behandling både frivillig og med tvang. Behandlerne gjorde så godt de kunne, mener foreldrene. Det var mange som forsøkte å nå inn til ham, men ingen klarte det.

- Han hadde en generell mistro mot at behandling skulle virke, sier faren.

- Han mente egentlig at det beste var å fortsette med litte grann heroin, bare nok til å fungere i det daglige.

BloodshotEyes:

«Heroinrusen er litt individuell, noen får masse eufori, jeg føler meg bare chillern og dopet ned. Så mulig mange syns den er bedre enn det jeg beskriver her, men her opplever jeg det: På en stor dose hopper du ut og inn av drømmeland. Negative tanker eksisterer ikke, faktisk er det svært lite tenking som foregår under rusen i det hele tatt. Det eneste er vel disse drømmene som du hopper inn og ut av. Du vet når du er i halvsøvn? Det er som det, bare 100 ganger bedre. Og det som gjør det så jævla

avhengighetsskapende er at du kan gå fra å være sykere enn de fleste aldri har vært, til tilstanden jeg beskrev over på 5 sekunder når du skyter. (...) Det er den fysiske avhengigheten som gjør at man TRENGER dop hver dag og ender opp med stjeling og annen kriminalitet. Men så og si alle som har holdt på noen år har vært clean i et par uker og da er alle de fysiske abstinensene borte. Så det er avhengigheten som ruinerer deg, men det er rusens fristelser som gjør at folk blir avhengige på nytt, enten etter en pause, fengsel eller rehab.»

BloodshotEyes:

«2. desember 2014: Det går bra med meg! Jeg er fortsatt avhengig av et opiat (Buprenorphine aka Suboxone), men jeg slipper å engste meg over penger til friskmelding døgnet rundt, sparer ekstremt mye penger (og slipper å hustle for dem) og lever et ganske normalt liv uten å pumpe usterilt shit i årene hver sjette time. Føler ikke noe stort sug til heroin i det hele tatt.»

2. desember 2014

Et av tiltakene Pål prøvde var LAR – legemiddelassistert behandling. Foreldrene forsøkte å få ham godkjent for behandling med naltrekson – et kontroversielt preparat, som har generert avisoverskrifter som «Slik stoppes heroinsuget» og «En sprøyte i måneden skal hjelpe Bjarne å få livet tilbake».

Det skulle aldri Pål rekke.

I stedet fikk han subutex, et opiat som også skal hindre at kroppen får lyst på heroin. Men for å unngå blandingsmisbruk av subutex og heroin, doseres Subutex bevisst såpass høyt at brukerne ikke skal få lyst på heroin, og slik at heroin ikke gir virkning. For Pål's del ble det et dilemma.

- Han ville bare ha nok til å komme seg igjennom dagene, men behandlingen tvang ham til å ta mye mer stoff enn han egentlig ville. Store doser subutex fører til «flatt» følelsesliv. Det syntes han var vanskelig å takle, forteller moren.

På Freak Forum beskriver Pål at han prøvde å gjemme halve subutex-dosen når han møtte til dosering.

BloodshotEyes:

«Har holdt meg på 12mg sub daglig nå en stund. Jeg føler at både huet mitt og situasjonen min atm er for ustabil til å begynne å trappe ned, og ville falt tilbake i gamle spor veldig fort om jeg ikke starta hver dag med å ta sub. Heroin har faktisk gjort alkohol mye mindre morsomt. H er ikke bare en diggere rus, jeg føler at alkohol ikke gir

meg det samme som det gjorde før, hjernen er vel blitt kresen på hva som skal til for å gi meg opptur eller noe.. Benzo tar jeg nå og da, men får ikke noe effekt av det egentlig, weed gir meg bare nedtur.

Vanskelig å svare på livet ellers uten å bli for spesifikk, men en del ting har endra seg, og har nylig inngått en plan om å begynne å trene på studio 2 ganger i uka, samt hobbyer som jeg drev med før heroin tok over. Energinivået er egentlig det samme som når jeg brukte, men ting virker jo litt meningsløst nå som min største motivator og kjærlighet er borte, tragisk som det høres ut. Jeg får absolutt ikke nok stimuli i hverdagen, delvis pga mangelen på aktiviteter, men når jeg først gjør noe gøy er det ikke så jævla fett heller. Dataspill, som jeg kunne sitte timevis med før, ser jeg nå på som helt banalt og totalt bortkastet tid. Er arbeidsledig, men kommer til å få støtte fra NAV for første gang nå snart, så jeg får se om de kan hjelpe meg finne en praksisplass som ikke gir meg lyst til å blåse huet av meg.

Ønsker ikke å flytte fra Oslo, selv om jeg møter fristelsen til å kjøpe dop hver gang jeg er i sentrum. Det hender jeg kjøper en kvarting og skyter den selv om jeg tok sub for kort tid siden, noe som er penger rett i dass da jeg får 0 rus, men jeg savner vel hele ritualet, følelsen av H som sprer seg i kroppen som en kortvarig kløe, og smaken bak i halsen. Ikke minst det å sette en nål i åra og pumpe innholdet inn.

Jeg har åpenbart en lang vei å gå før jeg har sjans som rusfri uten buprenorfin, men tror jeg kan nå målet hvis jeg greier å etablere et meningsfullt liv før jeg slutter med det.»

5. februar 2015

BloodshotEyes:

«I starten av tråden så jeg på dette som en lek. Det høres kanskje rart ut, men jeg kunne ønske jeg kunne leve de første par mnd med heroin om og om igjen. Det var rett og slett gøy. Spenningen ved å kjøpe, sitte på bussen med dopet i lomma på vei til dama var nesten like digg som dopet selv. Komme frem, koke opp og vite at om 2 min vil jeg ha en av de beste kveldene i mitt liv. Aaah. Så kommer tiden hvor man må betale for all gleden heroin ga deg. Den er ikke så kul.»

17. april 2015

Ida (26) møter Dagbladet på en kafé på Aker Brygge. Den kalde brisen fra fjorden feier gjennom lokalet når noen åpner døra. Ida sitter sammenknytt. Selv om hun har ny kjæreste i dag, er hun fortsatt preget av at Pål er borte.

- Det var moren hans som fortalte at han var død, sier Ida til Dagbladet.

- Jeg hadde nettopp vært på jobb, og gikk bortover Jernbanetorget. Da hun ringte stoppet jeg å gå, jeg trodde ikke på det. Det var ikke helt utenkelig at det kunne skje, likevel var det et sjokk. Det følte som alt bare raste, sier Ida til Dagbladet.

Paret hadde kjent hverandre lenge. Da vennskapet til slutt ble et kjæresteforhold, visste Ida at Pål allerede hadde eksperimentert med heroin.

- Da vi ble kjent var han så kul. Han var alltid midtpunktet, husker hun.

- Jeg visste at han begynte med heroin i 2013. Men jeg trodde han skulle klare å komme seg ut av det, jeg prøvde å hjelpe ham, sier hun.

Sammen gikk de på fest og hang i byen. Kalte hverandre «soul mates», hørte på Bullet for my Valentine og så Titanic - mens de spiste Grandis med pepperoni og drakk Red Bull.

- Hvordan endret han seg?

- De siste årene ble han veldig innesluttet. Han begynte å tro på konspirasjonsteorier, og maste om dem på fest. Det var nok en konsekvens av at han satt mye alene på dataen. Da vi ble sammen visste jeg at han brukte heroin. Men jeg trodde vi skulle klare å komme oss igjennom det. Men selv om jeg visste at han slet, visste jeg kanskje ikke hvor ille det var. Han sa til meg at grunnen til at han begynte på heroin var å få baller nok til å ta selvmord.

Kniven mot strupen

Tilbake til foreldrene. I dag gjør ekteparet fra Oslo alt de kan for å ta vare på de gode øyeblikkene. Stundene da Pål var ute av rusen og lignet seg selv.

Men noen vonde episoder har brent seg fast.

Som det øyeblikket vinteren 2017. Pål hadde gått på heroin i tre og et halvt år, og var på et bo-tilbud, Exit, i Josefines gate på Majorstua. Institusjonen er et tilbud fra Oslo kommune til unge voksne med rusproblemer. Da fikk moren en SMS fra Pål. Han ville slett ikke ha hjelp. Han ville ha heroin:

- Han sendte meg et bilde av en som lå på en togskinne, sier moren.

- Toget hadde nettopp kjørt forbi. Han skrev: «Mamma, vil du at jeg skal ende mitt liv som det her?». Så ba han meg om å overføre penger. Det var helt forferdelig, sier den stillfarne akademikeren.

- Har han truet dere?

- Han har aldri truet oss på livet, men han har truet med å bruke kniv. Den gangen



handlet det om at vi nektet ham å gå ut. Han grep kjøttkniven, og ba om å slippe forbi. Det hadde holdt på lenge, vi forsøkte å snakke ham til rette. Da tok han kjøttkniven mot halsen. Da kapitulerte vi.

Men foreldrene vet at dette er gjerninger gjort mens heroinen, eller abstinensene, herjet i kroppen. Det var rusen som snakket, framholder de. Rusen som handlet.

- Hvordan var denne perioden?

- Vinteren 2017 var vi utmattet. Vi sa til ham at «du må bare dra ut», for vi greide ikke mer. Det var da NAV ordnet plassen på Exit. Vi visste at det ikke var en plass for ham, men vi greide ikke mer.

- Hvordan skaffet Pål penger til dop?

- Etter at Pål kom inn i behandlingsapparatet søkte han om arbeidsavklaringspenger (AAP). Han visste at han kunne få penger dersom han var i en eller annen form for behandling.

- Det er helt surrealistisk, sier moren.

- Vi ber om at de må slutte å gi han penger. Men det er ikke mulig å stoppe. Pål får penger inn på konto fra NAV og kjøper dop i det åpne rusmiljøet i Brugata. Får utlevert gratis alt han trenger av utstyr. Så setter han skuddet på det kommunale sprøyterommet i samme gate. Det hendte flere ganger at han tok overdose på sprøyterommet. Da kom ambulansen og kjørte ham de to hundre meterne til legevakta, slik at han fikk motgift. Alt dette på et lite område midt i Oslo sentrum.

BloodshotEyes:

«(...) Har unngått å skrive i denne tråden da jeg ikke har stort å meddele. Før nå.. men det er baby steps.

Jeg hadde klart å være rusfri i ca 2 måneder. Takket være 1mg Suboxone og 50-100mg Sobril. I løpet av denne perioden fikk jeg en god del ting på gang, begynte på skole for å ta opp fag som privatist, ta opp hobbyer igjen, tilbringt mer tid med venner som heldigvis ikke ditchet meg i mine 2 år som narkis. Jeg var aldri av den typen som maste om å låne penger etc, men i det første året var det flere ganger at jeg stakk på dass og satte et skudd og kom tilbake som en jævla zombie. For noen som bare har røyket hasj skjønner jeg at det er litt ubehagelig. Det siste året som narkis tok jeg litt avstand fra dem så de ikke trengte å se meg i den tilstanden. Men nå er ting som før egentlig. Meeen, for noen uker siden begynte jeg å føle meg syk, var alltid uopplagt, trengte 12 timer søvn, slet med å pisse, så jeg var redd jeg hadde fått en av de mange sykdommene man kan få av å skyte drøgs, eller prostatakreft. Det med å slite å pisse har jeg hatt i et par mnd, så jeg innbilte meg at jeg hadde kreft, og siden det hadde gått såpass lang tid tenkte jeg den hadde spredd seg og at jeg like så godt kunne gå på en

sprekk. Det var ikke store sprekken, bare 2 gram, men fy faen så lenge det holder når jeg ikke har stor toleranse. Jeg var stein en hel uke. Jeg fikk tilbake prøvesvarene og jeg hadde visst ingen sykdommer. Suicidal som jeg er, var jeg halvveis skuffa, halvveis letta.»

18. desember 2015

BloodshotEyes:

«Faen for et jævla forpult drittstoff heroin er. Og det verste er at når jeg først har det, og er rusa, så er det ikke noe særlig digg en gang!! Blir for slapp til å gjøre ting jeg vil gjøre, blir bare sittende på PCen som en zombie. Venner, damer, familie, hobbyer, egentlig alt som skal bety noe i livet mister mening. Og helt ærlig, jeg føler det har mistet mening når jeg har vært nykter en stund også (måneds tid).

Er jeg fucked resten av livet? Effekten av heroin endrer seg etterhvert. Jeg husker et av de første gangene jeg injiserte sent en natt i Oslo sentrum satt jeg på trikken på vei hjem og tenkte "slik vil jeg føle meg for alltid". Men nei, det er et eller annet som skjer i huet, kanskje noe med testosteron-nivået eller noe. Bruker man opiater jevnlig hindres produksjonen av det og man blir litt mindre mandig og drivkraftig kan man si.. Men når jeg har vært nykter en uke eller to glemmer jeg alt dette. Jeg tenker bare «et skudd, det blir akkurat som gamle dager». Nei ass. Det er bare en skuffelse hver gang.»

17. juni 2016

Pål sa aldri til foreldrene hvem det var han kjøpte dop av. Det eneste de vet er at han fikk en fast langer i et boligområde sentralt i Oslo. De gangene faren kjørte Pål til langeren, ble han behørig bedt om å parkere et par kvartaler unna.

Dagbladet har sporet opp mannen - en 40-åring fra Østlandet, som er straffet flere ganger for oppbevaring av heroin. I dag bekrefter langeren at han solgte dop til «Pål».

- Han husker jeg. En ung fyr, sier mannen til Dagbladet.

Da Pål handlet hos ham bodde han med kjæresten i en leilighet sentralt i Oslo. Blant ærverdige bygårder med stukkatur i takene solgte mannen heroin. Pål møtte ham i det åpne rusmiljøet ved Brugata. De utvekslet nummer.

Den første gangen Pål ble sluppet inn i den kaotiske leiligheten, sa langeren:

«Jaså, du skal ha heroin. Husk på at dette ikke er mye til liv.»

Når det først gikk så galt foretrakk foreldrene at Pål hadde en fast langer som han stolte

på.

- Dealeren sørget også for at det var ordentlige varer, sier faren.

- På l klagde et par ganger over at stoffet var for svakt, men det var i hvert fall aldri for sterkt. På gata vet du aldri hva du får. På snakket flere ganger om det åpne rusmiljøet: «De folka bryr seg ikke om noen ting», sa han.

«Pappa, sånn skal jeg aldri bli.»

- Hva tenker du om han som solgte dop til På i dag?

- Jeg vil ikke gjøre meg til dommer over folk som selger dop, sier faren.

- De er selv heftet på det jævlige stoffet. Jeg sa til På en gang at dette er det verste folk kan gjøre: Å selge og bidra til at folk går under. Nå skjønner jeg hvor desperat man kan bli.

Pås daværende kjæreste Ida husker at hun hele tida kjempet for å sette grenser for heroinbruken hans. Da hun eksempelvis flyttet til en ny leilighet, fikk På beskjed om at der var det forbudt med heroin.

- Han manipulerte meg nok litt, sier hun i dag.

- Jeg var jo så svak for ham. Han sa at han måtte jo få se den nye leiligheten min. Så smilte han lurt og tok fram dopet.

- Hvordan var det å sitte der når han skjøt heroin?

- Det var helt sykt, sier Ida.

- Men det rareste var at det ble så normalt til slutt, jeg hadde sett det så mye. Det verste var å se hvordan han blei når han var ruset. Til slutt så han jo ut som en helt annen. Jeg ble deprimert av det selv, en periode måtte jeg røyke hasj for å komme meg gjennom dagene. Mens jeg var på jobb tenkte jeg: «Er han død nå?».

Til slutt besluttet Ida at hun ville bryte kontakten med På.

- Jeg ville ha heroinen ut av livet mitt, sier hun.

En dag kom På gående på fortauet utenfor leiligheten hennes.

- Han ga meg en klem og spurte hvordan det gikk, men jeg så at han var ruset. Han skulle på rehab like etter, sov hos meg noen dager og det var veldig koselig. Men da jeg satt på bussen forbi Brugata noen dager etter, så jeg ham gjennom vinduet.

Hun sendte ham melding om det var ham hun nettopp så.

«Oh shit. Ja.», lød svaret. Ida skrev tilbake:

«Kos deg på rehab.»

BloodshotEyes:

«Selv når jeg er frisk som en fisk, uten abstinens, gir det liksom aldri slipp. Ikke bare rus-sug, men etter å ha overdosert en god del ganger, både med vilje og uvilje, virker en dødelig OD mer og mer fristende. Men siden jeg allerede har prøvd og feilet har jeg lagt den ideen på hylla. Har lite lyst til å våkne opp som grønnsak eller lam, og jeg har nok allerede mista et par milliarder hjerneceller. Det jeg driver med føles nesten ut som selvtortur eller masochisme. Faen som jeg har lidd etter jeg startet denne tråden, og likevel går jeg tilbake. Og det verste er at når jeg setter den tilbakefalls-smellen er det ikke så jævla digg uansett. Angrer som regel før rusket har gitt seg ... Nå føler jeg at jeg har nådd et punkt hvor jeg ikke har mer å si enn «drugs are bad, m'kay». »

30. oktober 2017

Etter lang tids helvete øynet foreldrene håp da Pål, utpå høsten 2017, til slutt fikk plass – og sa ja – til et behandlingstilbud på Manifestsenteret i Røyken kommune. Manifestsenteret er en ideell stiftelse som tilbyr frivilling, integrert behandling av pasienter med rusavhengighet og psykisk lidelse.

Det var bare en hake: Behandlingen startet ikke før tre måneder seinere. Ventetida ble tøff.

- Det var vanskelig å holde ham motivert for en behandling som først skulle ta til om tre måneder. Pål var i rus, abstinens og nykter, om og om igjen, forteller moren.

Gang på gang hørte de: «Dette var siste gang, jeg lover». Eller: «Bare en eneste gang til!».

- Vi var optimister. Vi var sikker på at Manifest var et bra sted for Pål. Selv om han ruset seg, tolket vi ham slik at dette var noe han på alvor ville. Vi ble etter hvert enige om en nedtrappingsplan. Han skulle få bruke litt fram til perioden han måtte til Aker sykehus for total avrusning før innleggelse på Manifest. Han var på Aker sykehus i seks dager. Dagen før han skulle reise til Manifest, var vi hos ham for å spørre hva vi skulle pakke i bagen han skulle ha med seg, sier moren.

Hun kommer aldri til å glemme Påls kontante svar: «Jeg skal ikke til Manifest.»

- Vi ble totalt knust, sier moren i dag.

- Håpet og troen på et annet liv, både for ham og oss, ble revet bort. Vi sa til hverandre at vi har gjort det vi har kunnet. Nå må han klare seg så best han kan på egenhånd.

Pål hadde ikke gitt opp håpet om å bli rusfri. Han ba NAV om hjelp til å søke plass på den rusfrie døgninstitusjonen Holmen. Det gikk fint i noen uker. Han likte seg der, fikk oppgaver med å ordne måltider til alle beboerne og kom også hjem på middag. Moren husker at hun tenkte: Skal han greie det på egenhånd?

- Men som så mange ganger før, sprakk han og ble kastet ut, konstaterer hun.

- Pål ville tilbake til Aker sykehus, men de ville ikke ta imot ham. Han måtte søke om plass på nytt. Han skulle få beskjed på onsdag, kunne ruskonsulentene fortelle oss. Da ble det Prindsen mottakssenter for rusmisbrukere i Oslo.

- Han tok ikke kontakt med oss, han ville ikke vise at han ikke klarte det.

Blant Oslos overnattingstilbud er Prindsen mottakssenter siste utvei. I hovedstadens gamle kullgassverk, i samme bygg som sprøyterommet, ligger de spartanske rommene. Som mest av alt ligner et frivillig fengsel – men som ofte er kritisk nødvendig for brukere som ikke har noe annet sted å gå.

Da Pål, utslitt, la seg til å sove den kvelden, glemte han å låse døra. Mens Pål lå i dyp søvn, stjal en annen overnattingsgjest telefonen og bankkortet hans. Da Pål oppdaget tyveriet morgenen etter, ble han så hysterisk rasende at han ble kastet ut.

- Han tilkalte meg, forteller moren. Hun kom til stedet så raskt hun kunne.

- Jeg sto sammen med ham da han ringte på dørklokka for å komme inn igjen. Jeg hadde overbevist ham om at det var et forsøk verdt å finne ut av om kanskje telefonen var slengt et sted der inne. I mikrofonen møtte han først en hyggelig damestemme: «Hei, er det deg, Pål?» Så kom det brått en brysk mannsstemme som minnet ham på oppførselen hans noen timer før. Og sa til slutt:

«Du kommer ikke inn igjen. Du er kastet ut.»

Marta Bjørke, institusjonssjef for Prindsen mottakssenter, sier til Dagbladet at de skal ta opp episoden internt.

- Uansett gjesters oppførsel skal vi som fagpersoner oppføre oss rolig og snakke høflig til folk, sier Bjørke.

Den siste kvelden

BloodshotEyes:

«For å utdype hvordan 2 + 2 måneder clean var. Jeg hadde ingen livsgnist i det hele tatt, selv om jeg fulgte de typiske rådene (men ikke like mye som jeg burde). Jeg kom meg på trening av og til, men mesteparten av dagen ble tilbrakt i senga på PCen, hvor

jeg blant annet leste på opiatforum for å prøve å leve livet jeg savnet gjennom deres beskrivelser. Ikke en lur ting å gjøre med andre ord Ukenes høydepunkt var alkohol, bare et par ganger i uka, men likevel. I dag er jeg 3 dager clean og hvis jeg kommer meg gjennom gjørma denne gangen, og lever nykter-livet slik det blir anbefalt til punkt og prikke, så kanskje jeg har en mer positiv oppdatering når enn den skulle komme.»

30. oktober 2017

Pål kom hjem igjen. Noen dager etter episoden på Prindsen var moren til Pål ute med noen venninner. Da hun kom hjem like før midnatt, stakk hun innom på rommet hans og slo av en prat. Morgenen etter dro hun på jobb som vanlig.

- Pål var ikke pratsom denne kvelden. Men vi hadde en god samtale. Han spurte hvordan jeg hadde hatt det ute. Han var rolig og taktsom, slik han ofte var, husker moren.

Dagen etter, en onsdag, skulle alle tre på møte hos NAV. Det var også samme onsdag som Pål skulle få vite om han fikk plass på Aker sykehus.

Faren skulle vekke Pål, og banket på døra til rommet hans.

Ingen respons.

Faren åpnet døra og gikk inn i rommet.

- Der fant jeg ham livløs, sier faren til Dagbladet.

Han forsøkte gjenoppliving og ringte ambulanse. I løpet av få minutter var den fredelige eneboligen full av uniformert personell. Pål sitt liv sto ikke til å redde.

- Det jeg så, var et syn som jeg nok alltid må bære med meg, sier faren i dag.

Obduksjonsrapporten viste at Pål var nykter da han tok sitt eget liv. Han hadde mange ganger sagt til foreldrene at de aldri ville få se ham som junkiene i Storgata.

- Vi trodde og håpet at utsagnet betydde at han ville slutte med dopet, sier moren.

- Da Pål skjønnte at han ikke ville klare å slutte, var det for ham bare en utvei.

Påls siste ord

Påls siste innlegg i tråden på Freak Forum er et svar på et spørsmål fra en annen bruker. Den andre forumbrukeren kaller seg «Rusmisbrukeren». 27. november 2017 spurte han Pål:

- Om du i dag ser en lignende tråd fra en annen bruker, ville du sagt «ikke gjør det!»?
- Absolutt, svarer Pål.
- Teste heroin i det hele tatt også. Meeen tror ikke det er mange som gidder å høre på rådene uansett.

En anonym skribent på Freak Forum hevdet i august i fjor at han/hun fikk bekreftet at Pål levde. Det er feil.

VEDLEGG 2: Oppfølgingsartikkel

# Moren ville se hvor sønnen satte heroinsprøyter

Sønnen hennes tok livet sitt etter flere års heroinbruk - som han blogget om på nettet. Vi var med moren til sprøyterommet der sønnen satte sprøyter og fikk overdose flere ganger.



**SPRØYTEROMMET:** Her inne tar narkomane heroin mens sykepleiere ser på. Bare seks av de åtte båsene er i bruk, for at det ikke skal bli for trangt om noen tar overdose. Foto: Nina Hansen / Dagbladet

Av  Torgeir P. Krokfjord og  Nina Hansen (foto)

Hei, denne artikkelen er **over ett år gammel** og kan inneholde utdatert informasjon

I noen sekunder er det nesten helt stille i det spartansk møblerte kontoret øverst i Oslos gamle kullgassverk. Det eneste som høres er sildringen i rørene til sentralvarmen, som står altfor høyt på.

Silketrykk av Oslo og Bergens kommunevåpen, en gave til institusjonssjef Marte Bjørke fra Foreningen human narkotikapolitikk, pryder murveggen. Ved veggen står en massasjebenk: Bjørke har utdannet seg som terapeut i Rosenmetoden - og ga gratistimer til brukere av Prindsen mottakssenter i praksisperioden sin.

Stillheten blir brutt av moren som har mistet sin sønn:

### - Hvordan er det mulig å jobbe et sånt sted?



**LEDER:** Marta Bjørke er institusjonsleder på Prindsen mottakssenter. Foto: Nina Hansen



## **Blogget om heroin**

Dagbladet fortalte i helga [historien om Pål](#).

Han var en ung, ressurssterk mann som etter flere år med eksperimentering med hasj, alkohol og piller til slutt bestemte seg for å prøve heroin.

Men ulikt mange heroinister ble han ikke en del av det synlige rusmiljøet på gata. Hovedsakelig kjøpte han dopet sitt av en fast langer i en leilighet. [Og han blogget om sin heroinbruk på nettforumet Freak Forum: Der kunne folk følge ham i flere år fra den første flørten, der han naivt hevdet at han ikke kom til å bli avhengig av heroin.](#)

Pål tok livet sitt i fjor.

## **Nå har Påls mor bestemt seg for å besøke stedet der sønnen flere ganger gikk for å ta heroin.**

### **- Vondt**

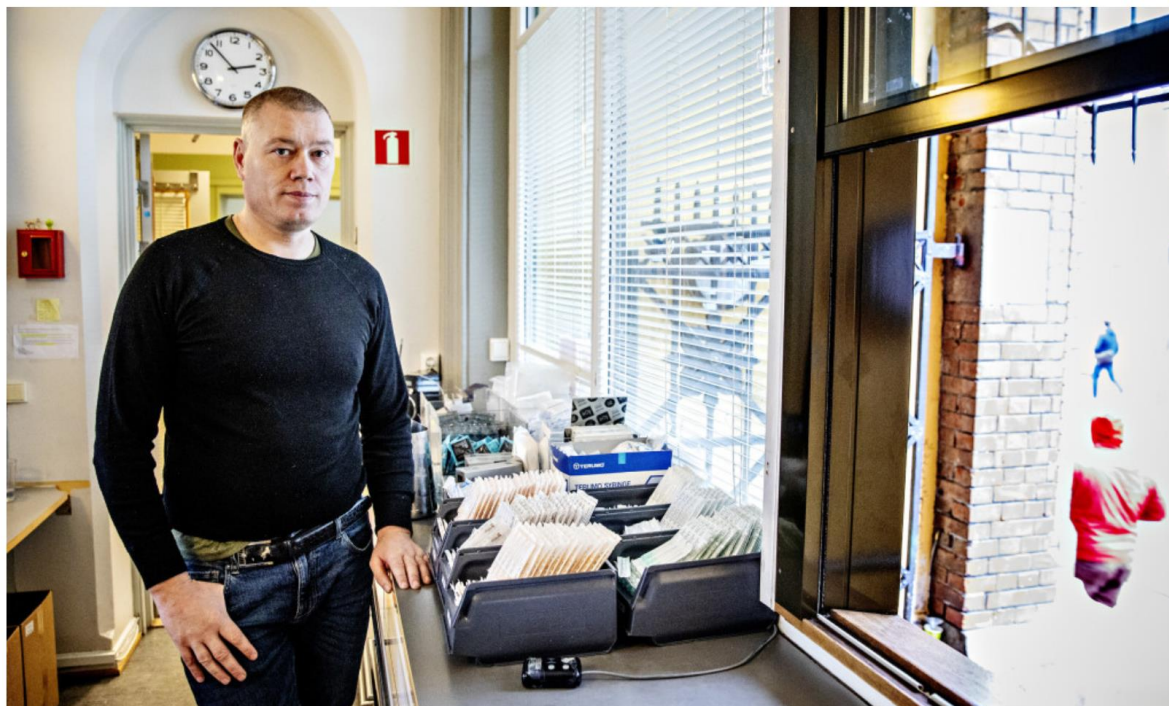
Vi blir vist rundt i lokalene til Prindsen mottakssenter på hjørnet av Storgata og Hausmanns gate i Oslo sentrum: det kanskje tydeligste eksemplet på den norske skadebegrensningstanken i rusfeltet.

For å kunne registrere seg som bruker av sprøyterommet må du ha en etablert praksis med inntak av stoff med sprøyte. Registrerte brukere må ved alle besøk vise stoffet som skal inntas, og svare på en lang liste med spørsmål. Blir du godkjent som bruker får du alt nødvendig brukerutstyr utdelt. Selv om du ikke skal bruke selve sprøyterommet, kan du også komme i luka på gateplan og hente rene sprøyter, kondomer og informasjonsmateriell.

- *Hvordan er det å være her?*

- Det er trist. Og vondt, sier moren til Pål.

**- Det er helt absurd for meg at det er smittevern å dele ut sprøyter. Og det er ille at det er så lett tilgjengelig. Du får alt du trenger og kan sette skuddet ditt her. Du kan sitte her og ta heroin. Og kommunen og de ansatte - alle syntes det er greit.**



**BRUKERUTSTYR:** Bjørnar Traverso i luka på Prindsen mottakssenter deler ut brukerstyr, kondomer og informasjonsmateriell. Foto: Nina Hansen

## Åpenlyst

I flere møter med Dagbladet har både hun og mannen hennes argumentert for et sted der de tyngste narkomane kan sette sprøytene sine i et sterilt og trygt miljø.

Men:

- Pål visste nøyaktig når det var åpent på sprøyterommet – han gikk og kjøpte hos en langer, og tok ofte stoffet med seg til sprøyterommet og satte det der. Der sitter det altså helsepersonell bak en skranke og ser på unge jenter og gutter sette sprøyter og bli helt hinsides, sier hun og rister på hodet.

- Det er veldig gode argumenter både for og imot, sier mannen hennes i et møte med Dagbladet.

- Jeg ser for seg et sted for de aller tyngste narkomane – men ikke som opprettholder miljøet. Du kunne ikke se på Pål at han var narkoman. Så kom han og andre «vanlige» ungdommer side om side med tunge narkomane og bruker samme sprøyterom. Det burde være et sted der de virkelig innbarka kunne komme og sette sine sprøyter – men ikke midt i sentrum, 100 meter fra der du kjøper stoffet, et åpent lokale med helsepersonell. Det skurrer hos meg. Det er forferdelig at hele narkovirksomheten kan skje så åpenlyst.



**LAVTERSSEL:** Selv om du ikke skal bruke selve sprøyterommet, kan du også komme i luka på gateplan og hente rene sprøyter, kondomer og informasjonsmateriell. Foto: Nina Hansen / Dagbladet

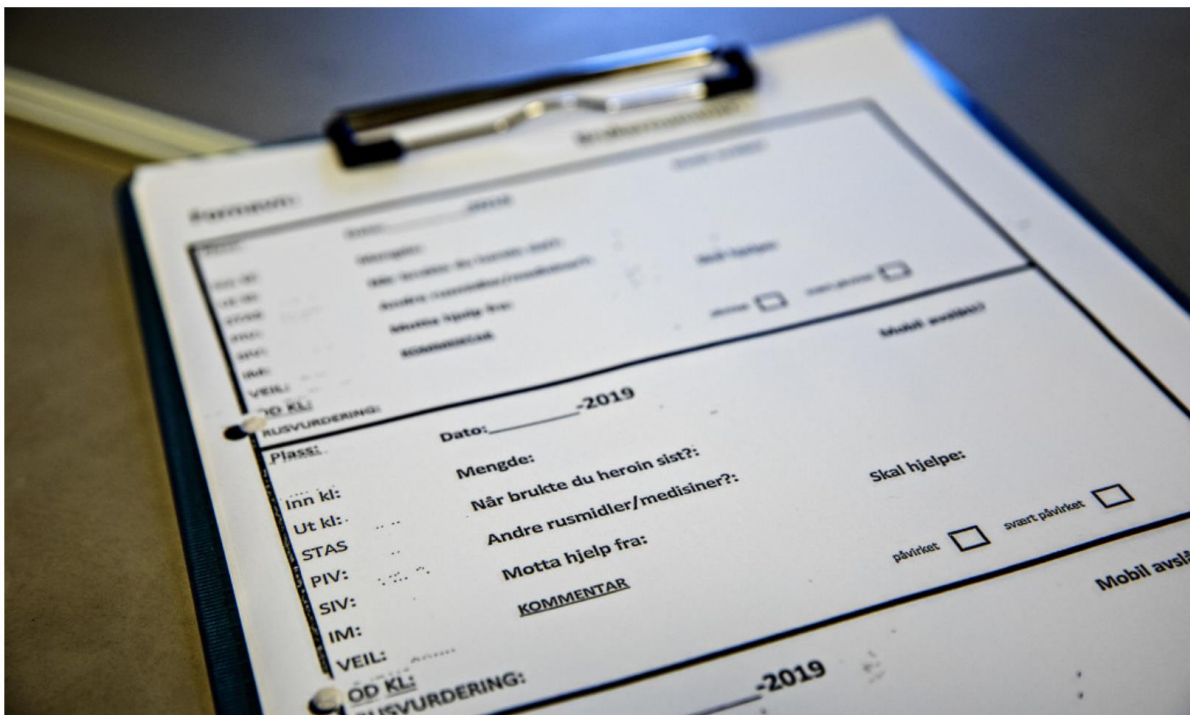
### **Advart**

Etter møtet med personalet på Prindsen mottakssenter, fikk foreldrene innsyn i Pål's journal. Journalen viser at Pål har hatt en rekke overdoser på sprøyterommet. Hvert overdosetilfelle er nøye beskrevet. Det går også fram at det er gjennomført oppfølgingssamtaler når han kommer igjen neste gang.



Personalet sier i klartekst hvor farlig det er å ta for mye stoff og ber han være forsiktig. Ved overdose kommer ambulanspersonell fra Legevakta for å gi motgift. Noen ganger har han blitt med til Legevakta for videre oppfølging, mens andre ganger gikk han ruset på egne bein ut i Storgata. Foreldrene fikk ikke vite om overdosene.

Journalen viser også at Pål først fikk komme inn på sprøyterommet fjerde gangen han var der. De tre første gangene mente personalet at han ikke var i målgruppen.



## Dilemmaer

Marta Bjørke, som viser oss rundt, sier hun har stor forståelse for foreldrenes situasjon.

**- Det går ikke en dag uten at vi tenker på disse dilemmaene, sier Bjørke.**

- Vi har fått et samfunnsoppdrag. En oppgave vi er gitt av kommunen. Det er vanskelig med unge brukere. Vi kan be om ID, og vi kan kontakte samarbeidsparter som Uteseksjonen, barnevernet og politiet. Du må være 18 år for å komme hit, sier hun.

- Men 18 år er også nok.

Bjørke er nøye på hvordan hun snakker om brukerne - eller «gjestene»: de omtales som «personer som bruker rusmidler» og «delen av befolkningen som injiserer». Hun understreker også at den store majoriteten av Norges befolkning tyr til rusmidler – selv om få av oss bruker så sterke midler som sprøyterommets brukere.



**STERILT:** Usterile sprøyter er en viktig årsak til smitte blant rusavhengige. Derfor får du utdelt sterilt brukerstyr. Foto: Nina Hansen

## Ikke rekruttere

- Men mottakssenteret er ingen frisone, slår Marta Bjørke fast.

- Alle må vise fram dopet de skal ta når de kommer, og det skal ikke være omsetning inne på sprøyterommet. Vi skal ikke rekruttere, vi skal være et trygt sted der de vet at de blir reddet om de setter overdose. Alle som jobber på sprøyterommet er enten sosialarbeidere eller sykepleiere, og bistår med samtaler, bekymringsmeldinger til samarbeidsparter i tillegg til livreddende førstehjelp.

Selv om rusmiljøet i hovedstaden ikke primært holder til utenfor mottakssenteret, er det vanskelig å ikke legge merke til mennene i store boblejakker som trikser over små pakker til noen av brukerne før de går inn. Bjørke sier det er etablert et helt nødvendig samarbeid med politiet om å la brukere på vei til mottakssenterets tjenester være i fred for ransaking og konfiskering av egne brukerdoser. Men at politiet ellers står fritt til å arrestere både utenfor og inne på huset.



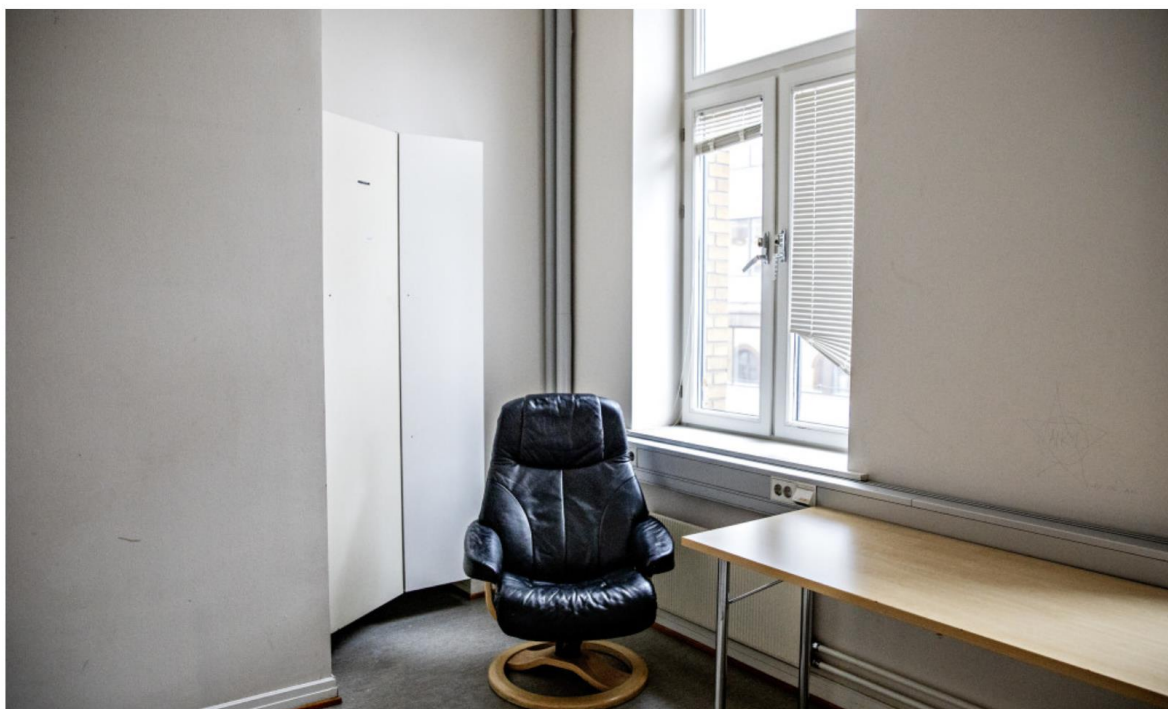
**VETERAN:** Moussa Diomande har jobbet 19 år på Prindsen mottakssenter. Her inne på et av de spartanske overnattingsrommene. Foto: Nina Hansen



## Sårt

En spesiell grunn til at det er sårt for Påls mor å besøke sprøyterommet, er vissheten om episoden som skjedde bare noen dager før sønnen tok sitt eget liv. Han var langt nede, og hadde overnattet på mottakssenterets akuttovernattingstilbud.

Der ble han frastjålet mobiltelefon og lommebok – hvorpå han ble rasende og hysterisk, og ble kastet ut. Moren ble selv tilkalt da sønnen sto på fortauet etter episoden, og så hvor langt nede han var da en stemme i dørklokka ikke ville slippe ham inn igjen. Bjørke sier hun skal ta opp denne episoden internt.



**SOVESTOL:** På ett av rommene på akuttovernattingen er sovetilbudet en stol. Foto: Nina Hansen

**Nå får Pål's mor selv se hvordan sønnen sov natta før episoden. De spartanske rommene minner mest om et fengsel – men uten TV og PC, slik mange innsatte har.**



- Det er enkelt men utrolig viktig for dem som trenger det, sier Marta Bjørke.

Moussa Diomande har jobbet på akuttovernattingen på Prindsen mottakssenter i 19 år. Han forteller at rommene for ikke lenge siden ble pusset opp av brukere og andre – på dugnad.

- Tyverier kan skje, sier han når Pål's mor forteller.

- Vi går ikke inn i konflikter. Da tilkaller vi heller politiet. Det gjelder å holde roen.



## Prindsen mottakssenter

- Prindsen mottakssenter tilbyr gatenære tjenester med lav terskel, helse- og sosialfaglig hjelp til personer med omfattende rusmiddelbruk.
- Senteret tilbyr utdeling av rene sprøyter, kondomer og annet smittevernsutstyr, et sprøyterom der man kan bruke heroin med sprøyte, en seng å sove i ved akutte kriser, samtaler og behandling uten timeavtale og hjelp til å komme i kontakt med det ordinære hjelpeapparatet.
- Målgruppa er personer over 18 år med rusrelaterte problemer – og som regel stor tilleggsproblematikk: omfattende rusbruk, fysiske og psykiske helsevansker, hjemløshet, lav inntekt samt andre sosial vansker.
- Som et overordnet faglig styringsdokument peker senteret på «[Nasjonal overdosestrategi](#)». To viktige tiltak er at Nalokson neseppray – motgift mot overdoser - skal bli tilgjengelig i alle kommuner med sprøytebruk og at det skal lages et eget pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelige overdoser.

Kilde: Prindsen mottakssenter, [Nasjonal overdosestrategi](#) 