

LAR *posten*

Medlemsblad av og for oss i Norges største
brugerorganisasjon for LAR-brukere • LAR-Nett Norge

4-2014 ÅRGANG 9



God Jul!

Innhold

- Side 4 Når legen finner narkotika
- Side 6 Problemene med LAR sine medisin-
utdelingssteder
- Side 7 Bruk brukerne
- Side 8 Gledet meg til å sitte i fengsel
- Side 10 Unnskyld mamma
- Side 11 LAR-hjelpetiltak eller skadereduk-
sjon
- Side 12 Håp – et ord for alle årstider
- Side 13 Dømt til behandling – fikk nytt liv
- Side 14 Røyker hasj som er lovlig importert
- Side 16 Vi har fått en henvendelse
- Side 17 Rusfrihetens fiende er ensomheten
og utenforskapet
- Side 18 Ble politiker p.g.a. rusomsorgen
- Side 22 Hvem er vi?

Utgiver:
LAR-Nett Norge

Redaksjonen:
Ansvarlig redaktør: Dag Myhre
Layout: Lars Kristian Larsen

**LAR-Nett
Norge**

www.larnett norge.no

Leder

Hei igjen folkens!

Ja, nå er vinteren her og Julen står for døren! Været fram til nå har heller mint meg om skikkelig høstvær, men ok så lenge det er ferdig måka!

Dette er et Julenummer av LARposten, et hyggelig blad med mange gode artikler som spiller på følelsene våre. Vel, det blir en blanding tror jeg, ikke for mye og ikke for lite! Vi må jo ha med litt som er til nytte også, ikke sant?

På årsmøtet i mars skal LAR-Nett Norge ha valg på nye styre-medlemmer, kjenner DU noen som er godt skikket til et slikt verv? Gi oss beskjed! Enten på mail til post@larnett.no eller ring til oss på:

tlf. 33 36 95 50 eller 99 12 41 90.

Fram til Julaften har LAR-Nett Norge en gaveutdeling på FB sidene våre, der kan du vinne et online-kurs i data. Varighet 1 år. Det eneste du behøver å gjøre er å gå inn og begrunne hvorfor nettopp du skal få dette data programmet! Send en mail til: post@larnett.no

En ny vinner trekkes hver uke fram til JUL!

Har du/dere artikler eller eget materiale dere ønsker å få på trykk, send det til oss i LAR-Nett Norge så tar vi gjerne en titt på det og kanskje nettopp din historie havner i LARposten!

LAR-Nett Norge ønsker alle sine medlemmer og samarbeidspartnere en riktig God Jul og et fantastisk Nytt År!

Hilsen styreleder
Dag Myhre



Utlysning

Prosjektmedarbeider søkes i 20 % stilling.

Tid og dag kan avtales.

Du må kunne en del data (Excel), være strukturert og ha en fin og høflig tone.

Opplæring ved adm. i Tønsberg, men etter hvert kan jobben gjøres hjemme.

Er du interessert i mer info? Ta kontakt med Rita, rita.lund@larnett.no

Merk mailen med prosjektmedarbeider.

Søknadsfrist 10.januar.



Pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudene

Finnmark	Tlf.: 78 41 72 40
Troms	Tlf.: 77 64 24 33
Nordland	Tlf.: 75 54 79 10
Nord-Trøndelag	Tlf.: 74 11 14 60
Sør-Trøndelag	Tlf.: 73 89 78 00
Møre og Romsdal	Tlf.: 71 57 09 00
Sogn- og Fjordane	Tlf.: 90 24 66 78
Hordaland	Tlf.: 55 21 80 90
Rogaland	Tlf.: 95 33 50 50
Hedmark	Tlf.: 62 55 14 90
Oppland	Tlf.: 61 13 29 44
Buskerud	Tlf.: 32 26 66 00
Telemark	Tlf.: 35 54 41 70
Vest-Agder	Tlf.: 38 17 69 20
Aust-Agder	Tlf.: 37 01 74 91
Vestfold	Tlf.: 33 34 77 90
Østfold	Tlf.: 69 20 90 90
Akershus	Tlf.: 22 93 80 90
Oslo	Tlf.: 23 13 90 20



Bestilling av flere foldere:
Helsedirektoratet v/ Trykksaksekspedisjonen
E-post: trykksak@helsedir.no • Tlf.: 810 200 50

www.pasientogbrukerombudet.no

Når leger finner narkotika



Av: L Duvaland

En overlege ble frifunnet av Høyesterett for å ha ødelagt bevis for politiet. Han hadde handlet i tråd med taushetsplikten, og dette satte straffansvaret til side. Saken bør føre til en gjennomgang av helsevirksomheters kommunikasjon med politiet.

Legeforeningen bisto nylig en overlege i en sak som gjaldt taushetspliktens grenser. Saken gjaldt en pasient som ankom akuttmottaket bevisstløs. Ved avkleddning ble det funnet en pose med det man antok var en mindre dose narkotika. Sykehuset hadde rutiner for å avlevere slike funn til politiet.

Da de kom til sykehuset, var politiet pågående for å få tilgang til pasientens identitet. Overlegen henviste til sin taushetsplikt. Politiet ga imidlertid uttrykk for at de ville ta DNA-test av posen for å bringe pasientens identitet på det rene. Legen valgte å gni posen mellom hendene for å aidentifisere den og slik holde pasientens identitet skjult.

Omfattet av taushetsplikten

Høyesterett kom til at dette var en retts-

lig holdbar ivaretagelse av taushetsplikten (1). Taushetsplikten innebærer ikke bare en plikt til å tie, det er en plikt til aktivt å hindre at personlige opplysninger som gis i møte med helsetjenesten blir tilgjengelig for andre (§ 21 i helsepersonelloven) (2, 3).

Når helsepersonell mottar opplysninger om straffbare handlinger i sin virksomhet, er dette taushetsbelagt. Årsaken til dette er at lovgiver har satt hensynet til at alle skal kunne oppsøke helsetjenesten uten fare for informasjonslekkasje høyere enn hensynet til oppklaring av straffbare handlinger.

Behov for gjennomgang

Det har imidlertid vært lite veiledning å finne om hvor langt plikten til aktivitet strekker seg. Verken tingretten eller lagmannsretten mente at taushetsplikten gikk så langt. Når Høyesterett nå har slått fast at taushetsplikten omfattet denne situasjonen, bør dette få konsekvenser for hvordan virksomheter i helsetjenesten innretter sine rutiner for informasjonshåndtering, herunder kontakt med politiet.

Besittelse av narkotika

Pasienters besittelse av narkotika reiser flere spørsmål. Hvor går grensene for hva

man kan ha av kontrollrutiner? Hvilken myndighet har virksomheten til å kreve at pasienten leverer fra seg narkotika i forbindelse med oppholdet? Hva skal virksomheten gjøre med narkotika som er avlevert?

Spørsmålet om kontrollrutiner er krevende. Hva har virksomheten hjemmel til å kreve og til å foreta seg? Et klart utgangspunkt vil være at en virksomhet i helsetjenesten kan stille krav om at pasienter som oppholder seg i deres lokaler ikke skal besitte narkotika. Dette følger av den såkalte eierrådigheten som eieren av virksomheten har over sine lokaler (f.eks. sykehuseier, kommunen som eier av kommunal institusjon, avtalespesialisten som eier av en spesialistpraksis) (4). Følgelig må det også være anledning til rutinemessig å spørre om dette. Rutinespørsmål er lite inngripende og må derfor kunne tillates på bakgrunn av denne eierrådigheten.

Vanskeligere blir det imidlertid dersom virksomheten ønsker å etablere fysisk kontroll med om narkotika medbringes. Jo mer inngripende et tiltak er, i desto større grad trengs det et tydelig hjemmelsgrunnlag. Kontrolltiltak i form av for eksempel avkleddning, kontroll av kroppens hulrom m.m. vil være svært inngri-

pende og kan ikke gjøres rutinemessig uten særskilt lov- eller forskriftshjemmel. For regionale sikkerhetsavdelinger er det gitt en hjemmel for denne type undersøkelse i § 4A-4 tredje ledd i loven om psykisk helsevern (5). Kroppslig undersøkelse kan imidlertid ikke gjennomføres rutinemessig, det krever «begrunnet og sterk mistanke».

I tilfellet nevnt over ble pasienten avkledd som ledd i undersøkelse og behandling, ikke for kontrollformål. En slik handling hadde hjemmel i plikten til øyeblikkelig hjelp og var derfor lovlig (jevnfør § 7 i helsepersonelloven) (2).

Dersom pasienten innrømmer besittelse eller det på andre måter blir gjort faktiske funn, blir spørsmålet om virksomheten har hjemmel til å kreve dette overlevert. Virksomheten kan som nevnt stille krav om at narkotika ikke oppbevares i virksomhetens lokaler. Pasienten bør gis et valg om å kvitte seg med dette på egen hånd ved å bringe det ut av virksomhetens lokaler eller skylle det ned i toalettet eller liknende. Dersom dette ikke skjer, vil helsevirksomheten kunne kreve stoffet utlevert som betingelse for at pasienten skal få helsehjelp.

Det er ulovlig å oppbevare narkotika, det gjelder også for virksomheter i helsetjenesten. Dette er bakgrunnen for at det i en rekke rundskriv gjennom flere år er anbefalt rutiner for avlevering av narkotika til politiet, se bl.a. rundskriv IS5-2012, utarbeidet i et samarbeid mellom Helseledningsdirektoratet og Politidirektoratet (6). Dette rundskrivet minner om betydningen av taushetsplikten i forbindelse med overlevering. Etter ovennevnte høyesterettsdom bør rundskrivet gjennomgå med henblikk på anbefalinger for håndtering av narkotikafunn. Med den nye kunnskapen denne saken bragte, er det ikke tilfredsstillende fortsatt å overlevere funn uten å sørge for aidentifisering.

Våpen og andre farlige gjenstander

Virksomheter i helsetjenesten vil naturligvis også kunne stille krav om at pasienter og pårørende ikke bringer med seg våpen inn i lokalene. Mulighetene for å føre kontroll vil være sammenfallende med det som over er beskrevet vedrørende narkotika.

Når det gjelder håndtering av våpen som blir avlevert, vil dette kunne stille seg an-

nerledes enn med narkotika. Det er for eksempel ikke ulovlig å besitte kniv, ei heller lovlig registrerte skytevåpen, men det er straffbart å bære dette på offentlig sted. Uansett vil det være urimelig og risikofylt å kreve at helsevirksomheter oppbevarer våpen på vegne av pasienter.

Antakelig bør man også ha rutiner for avlevering av våpen til politiet. Rutinene bør inneholde enkle tiltak for aidentifisering gjennom fjerning av fingeravtrykk og DNA. Det vil imidlertid være uforholdsmessig krevende, og ikke et krav etter taushetsplikten, at man fjerner serienummer og liknende. Merk for øvrig at det vil være relevante unntak fra taushetsplikten dersom alvorlig psykisk syke eller farlige personer besitter våpen og dermed utgjør en potensiell risiko eller en direkte fare for sine omgivelser. Da vil det etter forholdene gjelde opplysningsrett eller opplysningsplikt (7).

Helsepersonell er heller ikke pliktig til å utsette seg selv for fare, og politiet bør tilkalles umiddelbart i truende situasjoner.

Politiets adgang til helseinstitusjoner og legekontorer

I hvilken grad politiets adgang til lokaler der det drives helsetjenester kan begrenses, er omdiskutert. Det har vært en rekke tilfeller der politiet etter straffbare handlinger har ønsket tilgang til antatte gjerningspersoner som allerede har rukket å oppsøke helsehjelp. Erfaringsmessig skaper disse situasjonene usikkerhet hos helsepersonell.

Det finnes ingen særskilt lovgivning vedrørende dette, og spørsmålet må avgjøres ut fra de generelle reglene om taushetsplikt. Utgangspunktet etter disse reglene er at ingen skal unnlate å oppsøke helsetjenesten av frykt for at personlige opplysninger kommer på avveie. Som nevnt over ligger det i taushetsplikten også et krav til aktivt å hindre at andre får tilgang til taushetsbelagt informasjon. Virksomheter i helsetjenesten vil derfor ha et ansvar for å sørge for at pasienter som oppsøker helsetjenesten blir vernet når politiet kommer i forbindelse med etterforskning. Hvor langt denne aktivitetsplikten går, er uklart. Er det legitimt å nekte politiet adgang til avdelingen? Er det legitimt å sørge for at pasienten kommer seg ut bakveien når politiet venter ved hovedinngangen?

Et utgangspunkt må være at politiet ikke skal få tilgang til pasientopplysninger som er kommet frem som konsekvens av at vedkommende har oppsøkt helse-tjenesten. Det var dette som var tilfellet i den aktuelle høyesterettsaken – politiet ville ikke ha kommet til sykehuset om de ikke var tilkalt for å ta hånd om narkotika. Det blir da et tillitsbrudd om sykehusets overlevering fører til identifisering (kobling mellom identitet og kunnskap om en straffbar handling) og dermed potensiell straffeforfølgning.

Mer usikkert er det hva man skal og bør kreve dersom politiet for eksempel forfølger en gjerningsmann som trenger helsehjelp og som rekker å komme innenfor legekantorets dører før dem. Så lenge vedkommende oppholder seg på helse-tjenestens domene (sykehus, legekantor, ambulanse m.m.), må dette anses som en form for fristed i den forstand at politiet kan nektes adgang til der pasienten befinner seg. Det vil som utgangspunkt heller ikke være adgang til å utlevere informasjon til politiet om hvem som har vært i kontakt med en helsevirksomhet eller på hvilket tidspunkt dette har skjedd.

Derimot kreves det kreves neppe at helsepersonell i slike situasjoner gjør særlige tiltak for å unngå at vedkommende blir pågrepet når han/hun ferdigbehandlet kommer ut fra legekantoret eller sykehuset. Helsepersonell vil naturligvis ha taushetsplikt om alt denne gjerningspersonen har forklart i forbindelse med behandlingen.

Tillitshensynet avgjørende

I helsepersonells hverdag vil det oppstå en rekke situasjoner hvor spørsmål om taushetspliktens rekkevidde overfor politiet aktualiseres. I en del tilfeller vil det være vanskelig å vurdere hvor grensen går. Helsepersonells har naturligvis ikke ansvar for å forhindre at personer blir straffeforfulgt – deres ansvar er å sørge for å opprettholde tilliten til at alle skal kunne oppsøke helsehjelp, uansett forhistorie. Dommen fra Høyesterett viser at norsk rett stiller krav til årvåkenhet og aktiv handling fra helsepersonell når denne tilliten settes på prøve. Det er et lederansvar å gjennomgå virksomhetens rutiner for håndtering av dette ansvaret, jevnfør § 16 i helsepersonelloven (2), som stiller krav til at virksomheten legger til rette for at helsepersonell skal kunne oppfylle sine lovpålagte plikter.

Søk råd

Er man i tvil om lovligheten av å utlevere informasjon til politiet eller andre aktører utenfor helsetjenesten, bør man søke råd. Rådgivning i slike spørsmål gis både av sekretariatet i Legeforeningen ved Avdeling for jus og arbeidsliv og av fylkesmenenes helseavdelinger (fylkeslegene).

Litteratur

1. Høyesterettsdom HR-2013-02333-A (sak nr. 2013/877), straffesak, anke over dom. [www.domstol.no/upload/HRET/saknr2013-877\(anonymisert\).pdf](http://www.domstol.no/upload/HRET/saknr2013-877(anonymisert).pdf) (10.6.2014).
2. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999.
3. Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven med kommentarer. 3. utg, Oslo: Fagbokforlaget, 2010.
4. Eckhoff T, Smith E. Forvaltningsrett. 7. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
5. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999.
6. Rundskriv IS 5/2012. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Oslo: Helsedirektoratet/Politidirektoratet, 2012.

Rundskriv IS 7/2003. Helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand. Oslo: Helsedirektoratet, 2003.

Problemene med LAR sine medisinalutdelingssteder

De fleste stedene i landet blir LAR-medisinen delt ut til alle pasientene på samme sted. Dette betyr at veldig mange mennesker med veldig forskjellige behov og ambisjoner tvinges til å omgås hverandre. På toppen av dette ligger disse stedene ofte i akutt nærhet til byens åpne russene og lavterskeltilbud. Disse lavterskeltilbudene er som regel forbundet med utdeling av gratis måltider, og det i tillegg til at mange LAR-pasienter er ensomme grunnet manglende nettverk, fører til at fristelsen til å benytte seg av disse tilbudene blir for stort.

Den tiden den enkelte LAR-pasient helst skulle brukt på sysselsetting, avstandstaging til sitt gamle rusnettverk og etablering av et nytt, blir altså heller brukt på å holde seg på stedet hvil.

De som ikke har inngående kjennskap til hvordan det er å være rusavhengig og å føle seg helt alene i sitt arbeid med å endre seg, vil kanskje lure på hvorfor man ikke heller velger å la være å oppholde seg på disse stedene. Dessverre er det ikke så lett.

Når man har måttet gi slipp på alt man hadde av venner, nettverk og aktiviteter, er det fort gjort å ta «det enkleste valget». For valget står da mellom å sitte hjemme alene og sture, eller å oppholde seg på utdelingsstedet og lavterskeltilbudene venner i rus er bedre enn ingen venner. Og hvem andre er det som må møte opp hver dag for å hente medisiner, jo, det er de som bruker andre stoffer i tillegg til buprenorfin og metadon.

Denne onde sirkelen bidrar til å gjøre kampen for et nytt og bedre liv mye tøffere enn den hadde trengt å være, og når man vet at det ikke er enkelt uten å bli påtvunget samvær med folk i aktive rus, ja, da blir det hele veldig vanskelig.

Så? Hva kan man så gjøre for å endre dette til det bedre for pasientene? For det første kan man i større grad differensiere LAR-behandlingen. Tatt i betraktning at man allerede er i gang med å gjøre nettopp dette med det såkalte LAS (legemiddelassistert stabilisering), kunne man delt disse gruppene i to, i stedet for å samle alle under ett tak.

I tillegg kunne man gjort som man allerede gjør en rekke steder. Man kan koble inn hjemmehjelpstjenesten for å få dem til å levere medisinene hos den enkelte pasient, i hvert fall til dem som vil få utbytte av en slik ordning. Som ny LAR-pasient er det f.eks. veldig viktig å bli skjermet fra andre rusavhengige for å ha best mulig sjanse til å finne et nytt nettverk.

For det tredje kunne det vært lurt å passe på at utdelingsstedene ikke blir et oppholdssted. Når man vet at den vanligste veien til rus er gjennom å treffe en annen LAR-pasient som tilbyr rus, virker det opplagt at man ikke bør legge opp til at folk skal være igjen etter å ha fått medisinen sin for å sosialisere. F.eks. kan man dele ut medisinene på legevakten, der det ikke vil være like naturlig å oppholde seg.

Men den mest opplagte løsningen er nok å lempe litt på restriksjonene LAR-medisinene er forbundet med. Det beste hadde kanskje vært å ikke hatt et utdelingssted i det hele tatt.

Man vil jo som kjent få ta med hjem-doser etter hvert, og klarer man å oppnå det, stiger oddsen for å klare å holde seg rusfri. Det er bare så synd at det å komme seg dit, man må da levere rene urinprøver over lang tid, kan virke umulig for den enkelte LAR-pasient slik forholdene er i dag.

Når vi likevel er nødt til å ha et sted for utdeling av medisiner, hadde det ultimale vært å ha et brukerstyrt sted. Et sted bare for brukerne, som brukerne selv bestemmer over gjennom demokratiske prosesser. For noen brukere kunne dette vært et sted der man fikk lønnet arbeidstrening, man kunne lagd mat, planlagt aktiviteter. På toppen av det hele ville de som har vært med en stund være rollemodeller for dem som er nye eller nettopp har hatt et tilbakefall. Brukerne måtte selv finne løsninger på hvordan man skulle forhindre at stedet ble salgs- og brukssted. For ingen er bedre egnet enn brukerne selv til å finne de beste løsningene!

Av: Trond Arne Ausdal

Bruk brukerne



Vi må involvere brukerne på en helt annen måte enn idag. Det må starte med synet på hva medvirkning er. Først må vi erkjenne at vi er likeverdige.

Av Anlov P. Mathiesen, styreleder i Fønix Ruspolitisk Tenketank.

Brukermedvirkning en spøk. Det er kanskje stygt å si det, men begrepet «brukermedvirkning» er nesten blitt en spøk. Det vil si, dagens misbruk av det. Det har blitt et moteord som brukes overalt, såpass mye at man kunne forledes til å tro at brukerne faktisk deltar i vurdering og styringen av sin egen hverdag. Det er ikke tilfelle. Reell medvirkning foregår ikke gjennom såkalte brukerorganisasjoner, selv om disse skulle være aldri så kompetente. Reell medvirkning skjer ikke gjennom et mellomledd. Reell medvirkning foregår direkte. Av og med brukerne selv. Ikke indirekte og overfladisk, slik som i dag.

Det er veldig greit for myndighetene å påberope seg økt brukermedvirkning, og derfor også svært praktisk å definere diverse representanter som «brukere». Dessverre finnes ingen slike snarveier, ikke om man ønsker at den faktiske brukeren skal bli hørt.

Fra belastning til mulighet. Det underlige er at mange av oss anser medvirkning som en belastning. Et nødvendig lovpålagt onde som vi må ta hensyn til. Samtidig som vi jo vet bedre enn brukeren selv. Alltid. Vi på rusfeltet, fagpersonene, vet jo alltid best. Så kan vi klappe brukeren på hodet og nikke mens vi egentlig ikke er så interessert i det hun har å si. Denne klassiske og nedlatende holdningen er heldig-

vis i ferd med å endre seg. Men slike makt- og klassestrukturer sitter dypt rotfestet både i systemene og oss som faglige utøvere. Vi behandler fortsatt rusavhengige dårligere enn fortjent, men flere og flere av oss har begynt å innse at han eller hun er et voksent individ på linje med alle andre. Et menneske med de samme rettighetene og pliktene som andre. Riktignok med en lidelse man må ta hensyn til, men like fullt et medmenneske med full myndighet.

Stor samfunnsnytte. Vi må slutte å tenke så komplisert, så akademisk. Og vi må slutte å være så redde for brukerne. Da kommer vi raskt til en enkel slutning: Bruk brukerne! Ikke indirekte eller på avstand, men bruk dem, reelt. Bruk dem som ansatte i den industrien som er satt til å jobbe med dem selv. Bruk brukerne til omsorgsarbeid. Til forebygging, miljøarbeid og i enhver tenkelig rolle på rusfeltet. Tanken er like radikal som den er sann. Dobbelt sann og dobbelt produktiv: En av de største utfordringene til vanskeligstilte i alle former handler om arbeid og aktivitet. Den rusavhengige behøver nye plattformer i hverdagen for å bygge seg selv opp til endring. Den avrusede er helt avhengig av å ha noe å gjøre for ikke å enten falle ned i en meningsløs og deprimert tilværelse. Eller ennå verre, falle tilbake i det samme misbruket. Det samme kan sies om andre, beslektede grupper med avhengighetsproblematikk, marginalisering eller annen form for utstøting fra storsamfunnet.

Erkjenne likeverd. Enten det er psykisk syke, narkomane, alkoholikere eller andre på utsiden av fellesskapet. Bruk dem. Om vedkommende er i aktiv rus eller ikke endrer ikke dette. Om det står en 'eks-' foran eller ikke skal vi ikke bry oss om. Men det må starte med å endre syn på hva de er. Fra stakkarslige, umyndige ofre til voksne ressurser. Fra underdanig til likeverdig. Der ligger den store utfordringen. Det er en stor erkjennelse for alle på feltet, å plutselig skulle innse at den du er utdannet eller trent til å forske på eller jobbe med er på likefot med deg selv.

Enorm kompetanse. Vi må benytte brukerne til omsorg, til å ta vare på og arbeide med andre vanskeligstilte. Ingen har sterkere kompetanse på den rusavhengiges

hverdag enn den rusavhengige selv. Ingen har bedre innsikt i hjemløshet enn den tidligere hjemløse. Det er en helt åpenbar ressurs som vi nesten ikke benytter i det hele tatt. Og la det være klart, det må lønnes. Man kan selvsagt benytte seg av NAVs løsninger i en startperiode, som også er god økonomi for arbeidsgiver. Men målsettingen må være å utdanne og sysselsette. Visjonen må være å styrke den enkelte til å stå selvstendig på egne ben og ha et fullverdig liv. Det kan bare oppnås gjennom aktivitet. Mange tusen brukere kan benyttes i omsorgsbransjen. Alle ønsker selvsagt ikke en karriere der, men av naturlige årsaker er rusavhengige mere opptatt av forebygging og narkotikaens farer enn de aller fleste. Høy kompetanse og stort engasjement kombinert med et skrikende behov etter å få lov til å være nyttig for noen er oppskriften på suksess.

Ny tankegang. Slikt kan skape nye prosesser, og en spennende utvikling mot en bedre omsorg. En slik prosess ville mange mennesker føle seg truet av, naturligvis. Tenk, en hel skog av nye, kompetente ansatte på et felt med visse økonomiske rammevilkår. Noen måtte oppleve å bli overflødige. En radikal omlegging av hvordan vi betrakter og benytter brukerne i omsorgsindustrien vil naturligvis vekke frykt. Både fordi arbeidsplasser og lønnsbudsjetter må justeres mot brukerne, men også fordi det representerer en ny tankegang. En styrking av brukernes posisjon og rolle vil endre mye av det vi kjenner som rusfeltet idag.

Profesjonalisering. For ha ingen illusjoner, selv om vi er i positiv endring, så har vi fortsatt langt å gå. Det er fortsatt slik at brukeren behandles og oppfattes som et lite barn som må tie når de voksne snakker. Selv den mest velmenende vernepleier eller mest samvittighetsfulle akademiker bærer med seg denne vonde faglige arven. Men det vi må innse er at reell brukermedvirkning ikke er en luksus eller et nødvendig onde. Det er et nødvendig skritt mot en bedre rusomsorg. Et naturlig element på veien mot en innovativ profesjonalisering av omsorgsindustrien.

Gledet meg til å sitte i fengsel



22 år gamle Daniel Tøvik trengte en pause fra verden. Da han var liten ble han mobbet fordi han gikk i hullete klær, det var starten på et ungt liv med rus og vold.

Først da han satt i fengsel, begynte han å kjenne på en fred. Han ble rolig.

– Jeg gledet meg til å sitte i fengsel. Jeg gledet meg til å få en mulighet til å komme meg bort fra verden. Til å endelig bli rusfri. For jeg fikk ikke den hjelpa jeg trengte på utsiden. Jeg er glad for at jeg fikk muligheten til å sitte i fengsel.

Han ble endelig hørt da han satt i fengsel, sier han.

Vold og narkotika

Det er kaldt. Vi er på Kolstad, blokkleilighet. Hunder bjeffer frostrøyk. 22 år gamle Daniel Tøvik åpner døra, stuevarme strømmer imot. Varme, små valper kryper sakte i gangen. Daniel byr på kaffe fra den myke sofaen mens han prater om de søte valpene.

6. juni 2013 kom han ut av fengsel, han satt inne i fire måneder – for vold og narkotika. Da rettssaken startet hadde politiet allerede syv saker på ham – vold, narkotika, bilkjøring i påvirket tilstand og oppbevaring av ulovlige slanger.

I tiden etter fengselsoppholdet, har Daniel blitt far til en liten jente, jobber som assistent på en rusavdeling i Trondheim og har startet å tenke på videre skolegang. I dette intervjuet skal vi bli kjent med Daniel som forsøker å fortelle om hvorfor han ble kriminell.

Vant til vold

Voldsepisoden som fikk ham bak murene har røtter i barndommen, forteller han.

– Det skjedde i 2011. Jeg gikk løs på en som mobbet meg da jeg var mindre. Jeg var påvirket av rusmidler. Han jeg banket hadde tidligere plaget meg fordi jeg gikk med hullete klær og fordi familien min ikke hadde så god råd.

Første gang Daniel ble dømt for vold var i 2007. Til sammen har han blitt dømt for vold fire ganger.

– Jeg angrer på at jeg var voldelig. Jeg har ikke snakket med ham i ettertid, det har jeg ikke noe behov for.

– Hvor mange ganger har du slått noen?

– For mange. Jeg har hatt en lav terskel for å bruke vold.

– Hvorfor har du en lav terskel for å utøve vold?

– Når man er vant til å løse ting på den måten er det vanskelig å legge det av seg.

Jeg var en idiot

– Er du fortsatt slik?

– I dag tenker jeg meg om flere ganger når jeg blir provosert. Men når jeg drikker alkohol kommer den lave terskelen tilbake. Derfor drikker jeg svært lite alkohol.

Han har gått på tre sinnenestringskurs.

– Jeg har også begynt på kickboxing, der får jeg ut mye aggresjon. Jeg har vært mye sint på hvordan ting har vært.

Kaotisk

Da Daniel var åtte år, skilte foreldrene seg. Han er nest størst av seks søsken, og alle flyttet med moren sin fra Molde til Trondheim. Han var en bølge, forteller han. Han gjorde det ikke særlig bra på skolen og var en urokråke.

– Jeg hadde en kaotisk oppvekst. Jeg ble mobbet, og jeg mobbet også selv de som var yngre enn meg. Han begynte å røyke hasj på ungdomsskolen, og kom inn i en voldelig gjeng med mye slossing.

– Hvordan er det å tenke tilbake på nå?

– Nå prøver jeg heller å fortrenge det. Jeg vil se fremover.

– Hvorfor vil du fortrenge?

– Jeg vil ikke tenke på det, for det gir meg ekstra kjipe tanker.

Jeg ble ikke tatt vare på i hjemmet. Jeg hadde en stemor som kun var få år eldre enn meg – hun var 17 år

Kastet meg i betonggulvet

Hjemme var de fem stykker som delte ett soverom i en periode. Daniel forteller at han også ble utsatt for vold fra voksne, men dette var verken fra mor eller far.

– Hvordan følte du deg da?

– Jeg følte meg ganske hjelpeløs og sint, det var vanskelig å gjøre noe med det.

– Hva tror du det har gjort med deg å bli slått som barn?

– Det har gjort ting kjipt. Jeg har opplevd vold og kriminalitet – noe som bare eskalerte med årene.

Jeg har troen på meg selv. Jeg ser på meg selv på en annerledes måte

Da han var 12 år flyttet han fra moren – til faren som bodde i Molde. Der var han bare ett år før han havnet på barnevernsinstitusjon.

– Det var vanskelig. Jeg følte ikke at jeg trengte hjelp. Jeg var 13 år og vant til å gjøre det jeg selv ville.

– Hva tenker du om de tankene i dag?

– Jeg trengte absolutt hjelp.

Utrygg. Daniel ville hjem.

– På institusjonen følte jeg meg ganske liten. De hadde så mange regler. Jeg følte meg utrygg og visste aldri hva som skulle skje. Jeg ville hjem igjen, men jeg følte meg jo heller ikke trygg hjemme. Han bodde på institusjon i tre år.

– På den tiden følte jeg at de ikke brydde seg om meg. Men i dag føler jeg at de virkelig brydde seg. Jeg ser at de gjorde det de gjorde for mitt eget beste. De hadde mange regler for oss – hvordan vi skulle oppføre oss ved bordet, når vi skulle stå opp, spise og skulle jeg ta en røyk måtte jeg si ifra.

Hasjbruken eskalerte da han bodde der, forteller han. I tillegg har han prøvd flere rusmidler.

Fikk det stabilt i fengselet

I dag ser Daniel lyst på fremtiden. Han sier at han er veldig glad for at han satt i fengsel.

– Hvordan er du i dag?

– Rolig. Det begynte jeg å bli da jeg satt inne. Jeg fikk det stabilt i fengselet, det var folk rundt meg som passet på.

Han var tre måneder på Modulen inne på Tunga fengsel.

– Hva skjedde på Modulen som gjorde at du ble rolig?

– Jeg følte jeg ble hørt. Og det var heller ikke vanskelig å erkjenne et rusproblem.

Jeg kjenner meg selv på en annen måte

Daniel er en annen person i dag, sier han.

– Jeg føler meg oppegående. Jeg har også fått meg nye venner, og fått kontakt med gamle. Alt har blitt bedre etter soninga.

Før tenkte han bare på seg selv, sier han.

– Jeg var en idiot. I dag bryr jeg meg om de som er rundt meg. Jeg har lært å bry meg ganske mye om andre mennesker.

Daniel har en helt annen selvtillit.

– Jeg har troen på meg selv. Jeg ser på meg selv på en annerledes måte. Da jeg først kom inn i fengselet var jeg høy på pæra. Jeg kom inn og møtte gutter som hadde gjort verre ting enn meg. Jeg ble raskt dratt ned på jorda. Jeg følte at folk brydde seg om

meg, og rusen gikk ut av kroppen min. Jeg begynte å kjenne meg selv på en annen måte, sier Daniel.

Modulen, Trondheim fengsel

- Et tilbud om rusrehabilitering til innsatte ved Trondheim fengsel.
- Tiltaket er plassert i en egen bygning inne på fengselsområdet som kalles Modulen.
- Tiltaket drives på oppdrag for Helsedirektoratet i samarbeid med Trondheim fengsel.
- Et tilbud til innsatte som har erkjent rusavhengighet og som har et ønske om endring i egen livssituasjon. Både innsatte fra Trondheim fengsel og fra andre fengsler i Norge kan søke om plass i tiltaket.
- Den enkelte må være villig til å inngå et forpliktende samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere: Nav, fastlege, kommune, med flere.
- Målet er å tilrettelegge straffegjennomføringen slik at innsatte styrkes og motiveres til å unngå ny kriminalitet og kan reintegreres i samfunnet etter endt soning. Etter løslatelse skal innsatte ved Modulen ha en individuell plan, som gir meningsfylt innhold: Behandling, utdanning, lærlingeløp, jobb.
- Teamleder er Berit Brekke Hansen.

Byavisa



Unnskyld, mamma

Av: Trond Henriksen



Innlegget ble holdt første gang på Frivilligsentralen i Halden, lørdag 11. oktober.

Jeg er veldig glad for at jeg er invitert til dette arrangementet i dag. Jeg er glad, fordi jeg for første gang skal få fortelle om de som virkelig har måtte betale for mitt liv som narkoman og kriminell. Jeg tenker ikke på alle de jeg har stjålet bilen til, ikke bankene jeg har ranet, ikke samfunnet eller NAV.

Jeg skal fortelle om de usynlige «ofrene»! De som sitter gjemt bak fire vegger og mørke gardiner med skammen. Jeg skal snakke om de som lever, føler og ser sitt eget skaperverk går i oppløsning og til grunne.

Til dem som feller sine tårer om natta og våkner hver morgen til fortvilelse og angsten. Angsten for at presten skal ringe på døra med budskapet som er fryktet, men kanskje befriende.

Jeg skal i dag fortelle historien om MAMMA!

La meg bare aller først få si at jeg ikke er stolt av min historie, men jeg er stolt av at det er historie. Jeg er stolt og glad for at jeg kan gi min gamle mor de siste årene av livet uten angst og et helvete.

Så er jeg utrolig takknemlig for at jeg får våkne til en ny dag. De fleste av dem jeg vokste opp med har mistet den muligheiten for lenge siden.

Jeg vet det i bunn og grunn er flaks at jeg kan stå her i dag. Blir du heroinist, så har du faktisk slått den første spikeren i kista, er en metafor jeg liker å bruke.

Jeg tror faktisk ingen velger å bli narkoman, det går ikke å velge noe man ikke engang kan forestille seg.

Det er to ting i livet jeg alltid har hatt problemer med å forklare til folk som har spurt; Hvordan virker heroin og hvorfor ble du narkoman?

Heroinets kraft kan fra meg best beskrives på følgende måte: Hvis du hadde møtt meg utenfor Tistasenteret en desemberkveld da jeg var på heroinkjøret. Det var kaldt ute, jeg var sliten og har ikke spist på en uke. Du gir meg 200 kroner i medfølelse slik at jeg kan kjøpe meg mat på McDonald's. Tror du jeg hadde kjøpt mat eller dop?

Dopet har større kraft enn menneskets sultfølelse, dopet har større kraft enn kjærligheten til ditt barn, dopet gjør deg kraftløs og egoistisk.

Jeg har aldri hatt følelsen av å velge å bli en narkoman. Vi var en gjeng på 12 gutter som vokste opp på gamle Østbanen i Oslo. I dag lever kun to av oss. De fleste er døde av overdose og ulykker forbundet med rus. Jeg må spørre dere; Hvis du fikk vite at det var under 20 % sjanse for at fallskjermen åpnet seg. Ville du da tatt sjansen å hoppe?

I mitt liv, i min gjeng, var det altså langt

under 20 % sjanse for å overleve. Det er vel ingen som frivillig velger et så dårlig utgangspunkt for livet sitt?

Uansett hvor vellykket man er, så er det ingen garanti for at ikke nettopp ditt barn skal havne på kjøret. Det er viktig at dine barn får mest mulig bagasje fylt med informasjon og nyansene i livet, men det er heller ingen garanti.

Det skjer ikke mitt barn, tenker de fleste foreldre, eller ønsker at det ikke skal skje. Jeg pleier å si at Naiviteten er billigsalg av oppdragerrollen og at nysgjerrighet er egenskapen til forståelse av ditt barns bagasje!

Tror du at det finnes en billigere vei ut av det, kan du få en opplevelse som ruinerer deg som mor, far og familie. Det er viktig at dere forstår at min historie om hvilke pris mor har betalt, det er min historie og den er selvsagt like unik som alle andre historier. Det er allikevel mange likhetstrekk innenfor følelsesregistret og mønster som mange berørte kanskje vil kjenne seg igjen i.

Det er mye som er skrevet om barn til rusmisbruker, men utrolig lite som er skrevet om foreldre til en rusmisbruker. Derfor er det så flott at vi har en mamma som Elise Linnea Ebersson, som kan sette ord på hvordan livet kan bli så totalt forandret.

Jeg vet at mamma har tilgitt meg, Vi har alle våre måter å løse vanskeligheter på. Mamma vil helst slippe å snakke om det. Og det vil vel jeg innerst inne også.

Det er kanskje ikke så rart, når man tenker på alle de konsekvensene mine handlinger har medført for mange mennesker. Men aller mest ovenfor familien og da spesielt mamma.

Hva skjedde med mamma - når politiet til stadighet sparket inn døra hjemme og gjerne stormet huset med maskinpistoler på jakt etter meg? - Hun begynte å hate politiet

Hva skjedde med mamma - når hun så sin sønn kjøre forbi kjøkkenvinduet i ville biljakter med politiet bak? - Hun begynte med nervetabletter

Hva skjedde med mamma - når jeg ba på mine knær om at hun måtte holde belte

stramt rundt armen mens jeg satt heroin-sprøyta? - Hun trodde jeg ville dø hvis jeg ikke fikk i meg den dosen.

Hva skjedde med mamma - når hun ser sin sønn på forsiden av landets aviser som Norges farligste mann? - Hun slutter å kjøpe aviser.

Hva skjedde med mamma - alle de gangene hun besøkte meg i fengslet? Var det hennes frihet? At nå viste hun hvor jeg var? At nå var det mindre sjanse for at jeg døde av overdose?

Det som virkelig gjør vondt nå, er at jeg aldri forsto hvilken smerte jeg påførte deg mamma.

Jeg forsto ikke angsten din, da du leita gjennom konteinerne på havna for å se om jeg sov under noen pappesker.

Jeg forsto ikke skuffelsen din, når jeg lovet at neste gang jeg slipper ut av fengsel blir alt så mye bedre.

Jeg forsto ikke fornedrelsen din, når du måtte hjelpe meg å sette heroinsprøyta i armen.

Jeg forsto ikke kjærligheten din, da du hver uke tok toget til Ullersmo fengsel for å besøke meg.

En gang i uka i over 4 år tok hun den lange turen for å besøke meg i en time bak gitter og høye murer. Hvor stor kjærlighet er ikke det til sitt barn?

Jeg tror i dag at den enestående kjærligheten og lojaliteten som mamma ga meg, ikke har vært bra for hennes liv. Jeg har ikke lov å klage på min mors kjærlighet. Jeg skal bare være så utrolig glad for at jeg har en slik mamma.

Men jeg vet at det er mange familier som rives i biter fordi man ikke klarer å sette grenser ovenfor rusmisbrukeren. Familien vår ble også revet i filler. Barnevernet tok min søster og bror fra mamma. Nettopp fordi de var redd for at jeg skulle dra de med på kjøret.

Hva summen av den totale smerte jeg har kostet deg kjære mor, den vet du bare selv.

Jeg skulle så gjerne ha valgt om mitt liv, men det går bare i drømmene. Men jeg kan gjøre drømmer om til virkelighet, i resten av mitt liv.

Du skal vite at jeg er uendelig glad i deg!

Av: Trond Henriksen

LAR – Rehabilitering eller skadereduksjon – utelukker det ene det andre??

Mye har skjedd med LAR siden starten i 1998. I større og større grad har man beveget seg bort fra målet om total rusfrihet og over til såkalt skaderedusering. I motsetning til tidligere må det i dag svært gode grunner til før noen fratras retten til behandling. De eneste gangene det skjer er når utdelingen av medisiner er medisinsk uforvarselig, hvilket i realiteten er svært, svært sjeldent.

Denne endringen i LAR har i all hovedsak vært positiv. Antallet rusavhengige som ikke lenger dør av overdoser er et bevis på det. Men det har også medført noen negative konsekvenser, og det er disse vi skal se på videre.

Gjennom at LAR-behandling i økende grad har blitt et livreddende tiltak, finnes det dessverre mange som taper på denne utviklingen. Pasientene som har et ønske og mål om ordentlig rehabilitering, men som ikke lenger får det, er et eksempel på det. Man har gått fra kvalitet til kvantitet. I dag virker det som det viktigste er å få så mange som mulig inn i denne livreddende behandlingen, i stedet for å tilby dem som ønsker det en reell mulighet til å endre sin livsstil gjennom rehabilitering; ressursene som egentlig skulle gi brukerne hjelp brukes til bare å dele ut medisiner.

Det ser altså ut til at man må ta et valg, enten kvalitet eller kvantitet, enten rehabilitering eller skadereduksjon. Men kan det ikke være slik at man kan få begge deler? LAR-Nett tror det.

LAR-Nett mener at man i mye større grad bør differensiere LAR-behandlingen. Kanskje kunne den deles opp i flere enheter, noe LAS (legemiddelassistert stabilisering) er et eksempel på er mulig.

LAR-pasienter er like ulike som alle andre grupper av mennesker og har derfor svært ulike evner, mål og ambisjoner. Det er like feil å tro at alle LAR-pasienter trenger nøyaktig de samme hjelpetiltakene som å tro at metadon og buprenorfin passer for alle LAR-pasientene.

Det er feil å tro at en 25 år gammel LAR-pasient som har brukt stoff i syv år og har

et ønske om fullstendig rusfrihet trenger nøyaktig det samme tilbudet som en 50 år gammel LAR-pasient som egentlig ikke har et ønske om å være rusfri.

I realiteten dreier LAR-behandling seg om daglig å møte opp et sted og få utlevert metadon eller Subutex/Suboxone. For dem som evner eller orker er det mulig å få med NAV eller kommunens rusteam på et eller annet opplegg, f.eks. skole eller utplassering i arbeid. I realiteten er det ikke alle som får et slikt tilbud. Noen fordi det ikke finnes og andre fordi de ikke i stor nok grad blir hjulpet frem. Det er alt for lett for en NAV-arbeider eller ruskonsulent å gjemme seg bak påstander som «jo, men jeg har gjort mitt beste, men pasienten får det ikke til». Da er det ofte noe som er galt med det tilbudet pasienten gis. LAR-pasientene må behandles som fullverdige mennesker og gis skikkelige tilbud. Å kaste alle inn i et CV- eller truckførerkurs er ikke alltid en suksess. Kan hende hadde LAR og NAV vært tjent med å slippe til private aktører for å kjøpe tjenester av dem. Det det offentlige slipper unna med i form av lavt belegg og dårlige resultater, vil en privat aktør miste jobben på grunn av.

Problemet er altså at LAR opererer med en «one solution fits all» -modell. LAR-pasienter er som nevnt som mennesker flest – forskjellige. De vil derfor ha ulike behov. Noen er det realistisk å forvente total rusfrihet fra, mens i forhold til andre bør man være pragmatiske, og heller se enhver forbedring som en seier. At en som bruker heroin daglig, i stedet bruker buprenorfin eller metadon i kontrollerte former, ja, det er en stor seier for noen. Derfor må vi forvente et bedre differensiert tilbud fra LAR. Man trenger ikke velge enten rehabilitering eller skadereduksjon, hvilket dessverre fører til at begge grupper får et lite egnet tilbud. Man kan si som Ole Brumm – ja, takk, begge deler!

Av: Trond Arne Ausdal

HÅP – et ord for alle årstider, et ord med stor betydning

«Det er større å reise seg etter et fall, enn aldri å falle.» Jeg vet ikke hvem som lærte meg disse ordene, men i dag henger setningen på veggen hjemme.



HÅP – et lite ord, tre bokstaver med stor mening. For meg er håp en drivkraft. Jeg tok til meg ordet en gang da jeg ba om hjelp, det var i 1984. Ordet fikk mer og mer betydning. Jeg snubla flere ganger, men jeg mista aldri trua på at det fantes en løsning. Håpet vokste, i dag er håp og tro en drivkraft, en tro på at det alltid finnes en løsning, at jeg selv er løsningen, men jeg måtte få hjelp slik at jeg kunne tro på det.

ADVENT betyr ventetid. I den siste delen av høsten er det mange som sliter. Mange som venter på noe, mange som håper på en god tid. Mørketida påvirker oss, det vet vi mye om. Vi som har bakgrunn fra rus vet det meste om å miste håpet, vi trykna skikkelig og trodde hele tida at det var vår skyld at det ble slik. Ok, jeg var nykter første gangen, men visste ikke at det skulle bli så vanskelig å slippe unna. Fra den dagen vi tør å be om hjelp har vi et lite håp. Kanskje ikke så stort håp, men et sterkt ønske om å komme ut av den makt som rusen hadde over oss. Jon forteller at han lærte seg å ta en time om gangen, men han begynte med minutter. Vi kjenner hverandre fra tida i Slottsparken, hippietida. Peace and love på sekstitallet. Veit ikke hva det var mest av, sa han, Peace eller love, men det var mye dop der, jævlige mye dop. Det gikk bra med John i mange år, men han raste ut på igjen. Overgangen til LAR var knallhard, men forsøk på løsning er sjelden noen dans på roser. Ingen blir frivillig hekta på dop, så

hekta at det står om liv. Cathrine sa det samme. Hun er en del yngre enn han. De er begge gode venner fra gata, men nå bor de i kommunal leilighet og har fått orden på livet. Ingen av dem vil tilbake der dem var, hjelpeapparatet forsto dette, heldigvis. Vi har alltid gode samtaler, for det meste på telefon fordi vi bor et stykke fra hverandre. Den omsorg og støtte dem fikk fra første dag de ba om hjelp var helt avgjørende. «Saksbehandleren på NAV så oss som mennesker, ikke som en ting, ikke som et problem, men som personer på lik linje med alle. Forskjellen var bare at vi var sjuk, jævlige sjuk,» sier Cathrine. «Fra første dag ble det oppretta et støtteapparat, kontakter som vi kunne forholde oss til,» sier John. «Vi fikk håp og tro på at denne gangen skal vi klare det. Ventetida med testing, urinprøver og møter var ikke god, vi sleit med å holde motivasjonen oppe, men heldigvis var det også andre i LAR som tok kontakt med oss. Alle gode kontakter skapte håp.»

I dag har John kjøpt elektrisk sykkel, det gir håp. Dette er bare en av mange historier. Du har sikkert hørt det før. Vi trenger slike suksesshistorier. Kanskje har du hørt noe annet om LAR. «Vi som har prøvd, og som har levd ett, to, fem, ti år i dette systemet uten sidemisbruk, kan underskrive på at livet ER annerledes,» sier Cathrine. Allikevel er ikke LAR løsning på alles rusproblem, men for noen, for mange.

Hva er håp? En følelse? For mange er det forbundet med tro på et bedre liv. Slik tro kommer ofte fra gode opplevelser. Greier du å ta vare på disse, plukke fram de små gylne øyeblikk, så er det i seg selv en motivasjon som skaper håp. Jeg gleder meg over alle de fine samtaler jeg har hatt og har med folk som lever i håpet, som kjenner at livet vokser, at det finnes liv som vi bare hørte om. Nå vet vi at det er mulighet, vi håper for andre og får tro på oss selv og at det nytter. Vi vet det er sant, vi lever i sannhet, i håp. I dag kan vi hjelpe andre. Bare ved å stille opp, ved å være til stede for hverandre skapes et håp vi aldri trodde fantes. Å møte et smil, noen få gode ord, «så godt å se deg.» Små ord har stor betydning. «Jeg måtte inn i LAR for å lære dette,» avslutter John, og takker alle. Jeg slutter meg til ordene hans

Paal Sandø

Jeg tenker
at den gangen skjedde så mye
skjedde alt
jeg skriver om forandringen
det er den jeg vil gi deg
tusen takk

Det står alltid et tre
av erfaring og venter
det knopper seg
for hver berøring

Med livet i bagasjen smiler du
til tross for all smerte
vi står begge fjellstøtt
og sårbar i eget liv
jeg gjorde aldri det
nå tør jeg
og tar omkring det vi har delt
det vi er
livene våre støter bort i hverandre
ikke fra hverandre

Dømt til behandling – fikk nytt liv

85 prosent av rusavhengige gjengangere havner bak murene igjen etter opphold i fengsel. En alternativ straff virker nå så godt at regjeringen vil gjøre den permanent

Av: Ørjan Torheim



TAKKER: «Odd» (30) takker det spesielle narkotikaprogrammet for at han er i jobb, og ferdig med rus og kriminalitet.

FOTO: LEIF GULLSTEIN

Snekkerblyanten fyker rutinert over en plate som skal skjæres til. I en bakgård i Bergen sentrum står «Odd» og jobber med et par kolleger.

- Livet nå handler om arbeid og unger og familie. Før var det bare penger til rus som betydde noe, sier 30-åringen.

For åtte-ni år siden var han en rusmisbruker som gikk inn og ut av fengsel. I 2006 hadde han akkurat sonet ferdig en dom på fem måneder, og lå igjen an til å havne i fengsel igjen. «Odd» merket at nok var nok. Han ville gjøre noe med livet sitt.

Tøft

«Odd» ble en av de første i landet som fikk tilbud om å dømmes til behandling i stedet for fengsel. Det skjedde gjennom prøveprosjektet Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND). Han måtte forplikte seg til å følge et narkotikaprogram i to år.

Tilbudet gis til tunge narkotikamisbrukere som er gjengangere i rettsapparatet. Riset bak speilet: Brudd på reglene sender deltakerne tilbake i fengsel.

- For en narkoman med alvorlige rusproblemer, er det tøft å gå rusfri så lenge. I to år måtte jeg levere urinprøve for å bevise at jeg ikke ruset meg. Men jeg slet meg gjennom, på godt og vondt. Jeg har ikke hatt tilbakefall, sier 30-åringen.

Multiproblempersoner

Nå har Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) gjennomgått resultatene av ND-programmet. Siden 2006 har det vært prøvd ut i Bergen og Oslo. Forsker Sturla Falck, som har hatt ansvar for evalueringen, mener resultatene er gode.

- Dette er multiproblempersoner som du skal prøve å få til å fungere ålreit. Alle er gjengangere med mange dommer på seg fra før, tiår med rusmisbruk. Mange er også tungt belastet med psykiatri og barnevern, sier Falck. Evalueringen hans, basert på en oppfølging av 115 ND-dømte, viser at over en tredel har fullført programmet.

- Det er et bedre resultat enn det meste som skjer i rusbehandling ellers. Å få en tredel av disse tilbake i samfunnet er godt gjort, sier Sirus-forskeren. Han viser til at også de som dropper ut av programmet, får noe igjen for det.

Kun åtte prosent i fengsel

Av Falcks rapport fremgår at gjengangere som dømmes til fengsel for narkotikaforbrytelser, har et tilbakefall på 85 prosent.

I ND-programmet er kun åtte prosent av dem som fullførte i fengsel etter to år. Her er andre positive resultater Falck trekker frem er, både for dem som fullfører ND-programmet og for dem som dropper ut:

Signifikant nedgang i både sprøytebruk og medisinbruk. Mindre kriminalitet. Bedre psykisk helse. Mye bedre fysisk helse.

«Helt naivt»

- Å tro at et program kan være så bra at det gir null tilbakefall til rus og kriminalitet, er helt naivt. Hvor mye tilbakefall det er i ND, må undersøkes nærmere om noen år. Men det tenkelig at rundt halvparten av dem som har gjennomført, vil klare seg utmerket. Sammenlignet med fengsel, er jo det et langt bedre resultat.

Forskeren forteller at verdien av å holde en tidligere gjengangerkriminell ute av fengsel, er enorm. Han tror ND-programmet, hvis det blir en nasjonal satsing, har stort potensial.

- I Norge tror jeg i hvert fall at 300- 400 personer i året kan dømmes til behandling i stedet for fengsel gjennom dette programmet, sier Falck. Han poengterer de enorme samfunnsmessige gevinstene for hver person som kommer seg ut av fengselstralten.

Verdt det

Sirus' evaluering blir av justis- og helsedepartementet ansett som så positiv at regjeringen i utgangspunktet vil forlenge prøveperioden for ND-programmet ut 2015. I statsbudsjettet står det at «det vurderes å gjøre ordningen permanent fra 2016».

«Odd» synes absolutt ordningen som ga ham et nytt liv, bør være noe alle kan få tilbud om.

- Om det bare er én eller to i året som greier å komme seg gjennom programmet, er det verdt det i mine øyne, sier 30-åringen.

Bergens Tidende

Her røyker Bjørn hasj som er lovlig importert til Norge

Hele sitt voksne liv har Bjørn Dahl vært kriminell for å få bruke hasj. Nå importerer han stoffet lovlig direkte fra Nederland.

Av: Kristin Jansen, Hanne Louise Åkernes, Marita Aarekol (foto)



I RØYKEN: Øverst i Hålandsdalen har Bjørn Dahl slått seg på et småbruk sammen med konen og svigermoren. Ifølge 58-åringen bidrar cannabis til at han mestrer tilværelsen og sine psykiske utfordringer.

Boksen med cannabis står på det grove trebordet. Med trente fingre blander 58 år gamle Bjørn Dahl stoffet med vanlig tobakk. Han ruller jointen og tenner på. Den søtlige lukten sprer seg i rommet.

- For meg er dette veldig forløsende. Jeg går på en måte ut av meg selv og klarer å se problemene mine på avstand, sier Dahl.

Bodde på barnehjem

Gårdbrukeren forteller at han helt siden 16 årsalderen har røykt hasj for å behandle egne psykiske problemer. Etter en traumatisk barndom fikk den tidligere barnehjemsgutten diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Han har også fått 650.000 kroner i erstatning fra staten.

Behovet for hasj gjorde Bjørn Dahl til

kriminell i ung alder. Han har flere fengselsopphold bak seg og er siktet i en ny alvorlig narkotikasak.

Men nå håper 58-åringen at han aldri trenger å gjøre noe ulovlig igjen.

Han har nemlig funnet en lege i Nederland som mener at cannabis kan være en god medisin mot PTSD. Legen gir ham en resept på 90 gram og et skriv der det står at Dahl trenger stoffet på grunn av diagnosen sin.

Etter å ha hentet boksene med cannabis på apoteket i Nederland, kan han fritt ta dem med hjem til Flesland og småbruket øverst i Hålandsdalen.

På grunn av Schengen-avtalen, og fordi stoffet er foreskrevet av en lege og kjøpt på et godkjent apotek, har ikke tollmyndighetene anledning til å beslaglegge det.

- Denne ordningen gjør at jeg kan holde meg helt unna kriminelle miljøer i fremtiden. Det er jeg selvfølgelig veldig glad for, sier Dahl.



MEDISINEN: Her er den reseptbelagte hasjen som Bjørn Dahl henter i Nederland.

Ikke for alle

Ifølge resepten er 90 gram hasj nok til en måned. 58-åringen har et mer beskjedent forbruk og satser på at stoffet skal vare tre ganger så lenge. På den måten kan han nøye seg med fire årlige turer til Nederland.

- Jeg trenger ikke å røyke hver dag. Det

handler mer om å ha muligheten når det trengs, sier Dahl.

Han bor på et småbruk øverst i Hålandsdalen sammen med konen og svigermoren. I perioder har de også praktikanter som hjelper til med arbeidet mot å få kost og losji.

Dahl er delvis ufør på grunn av PTSD, men er i dag i stand til å dyrke økologiske grønnsaker, stelle hønene og passe på de 60 sauene på gården.

De nærmeste reagerer ofte med lettelse når Dahl har fått seg en dose med cannabis. Den sosiale angsten kan gi utslag som irritasjon og aggresjon. Ifølge Dahl blir dette dempet etter å ha inntatt stoffet.

Men selv om 58-åringen har funnet en løsning som fungerer for ham, vil han ikke nødvendigvis anbefale dette til andre.

- Å røyke cannabis har en veldig god effekt på meg. Andre vil kanskje ikke oppleve det på den samme måten, understreker Dahl.

Kan åpne for misbruk

Kontorsjef Åge Skår i Tollregion Vest-Norge, bekrefter at det under strenge krav er mulig å importere cannabis til Norge. En sjelden gang kommer det personer til Flesland lufthavn som har med seg dette på resept.

- Jeg må være ærlig å si at dette ikke er et regelverk vi er særlig begeistret for. Jeg tenker at det kan åpne for misbruk. Samtidig må jeg understreke at vi forholder oss til det regelverket som er satt, sier han.

Han forteller at tollerne på Flesland bruker mye tid på å sjekke at all dokumentasjonen er ekte.

- Når personen går på rødt, møter vedkommende en toller som ber om all dokumentasjon i saken. Det er strenge krav, og vi må sjekke at alt er ekte, sier han.

Avdelingsdirektør Ola Jøsendal ved avdeling for rusmedisin i Helse Bergen utelukker ikke at cannabis kan ha en positiv effekt på psykiske lidelser.

- Enkelte kan muligvis oppleve at cannabis hjelper, og det må vi selvfølgelig forholde oss til. Men å bruke dette som et argument for legalisering er helt meningsløst. De negative konsekvensene av legalisering er mange ganger større enn den eventuelle positive effekten, sier han.

Jøsendal sammenligner med tilgjengeligheten av alkohol.

- Alkohol er uten tvil det mest massive problemet Norge står overfor når det gjelder rus. Hvis et annet rusmiddel blir like tilgjengelig, vil vi se en sterk økning i bruken og store negative konsekvenser, sier avdelingsdirektøren.

Ikke meningen å røyke stoffet

Martin Bjerke, seksjonssjef i Legemiddelverket forteller at det er føringer for hvordan man skal bruke stoffet.

- Forutsetningen for at man kan bruke dette stoffet er at man må ha det i te eller bruke en spesiell inhalator. Dette er noe som kommer frem i en pasientbrosjyre som de får utdelt i Nederland. Det er ikke meningen at man skal røyke det. Samtidig er ikke dette noe vi kan kontrollere, sier han.

Hvor utbredt er bruken?

- Vi har ikke oversikt over hvor mange som tar med seg cannabis til Norge på resept, men det skal være en del pasienter, sier Bjerke.

Han kjenner ikke til hvor lett det er å få utskrevet en slik resept i Nederland.

I Norge arbeides det nå med å se på forskriftene som tillater import av narkotiske legemidler.

- Jeg kan vel si så mye som at det handler om mengden man får lov til å ta med seg, sier han.

- Betyr det at man gjerne ikke får lov til å ta med like mye cannabis i fremtiden?

- Det er godt mulig, sier Bjerke.

BT



Vi har fått en henvendelse

KVINNE 38 år. Vært i LAR siden 2005. Gikk på 140 mg metadon i 4 år. Hun forteller LAR om at hun «sliter med brystmerter og smerter rundt hjerteregionen» allerede fra start i behandlinga i LAR MIDT. Dette er journalført tidlig i behandlinga, allerede 4-6 uker etter at hun startet med behandling av metadon. Etter ca. 1 år går hun over til MARTINDALE metadon. I 2009 gjentar hun at hun har smerter i brystet.

JUNI 2010;

Hun blir funnet blå i senga av sin samboer, og lå derfor på sykehuset når infarkt nummer 2 skjer. At hun hadde en samboer som fant henne og forstod alvorret, kan således ha reddet livet hennes.

LAR tar henne så av 140 mg Martindale metadon på 6 dager! Dette husker ikke vedkommende noe fra, hun har ingen minner fra denne tiden. Så starter de testdose på 2 mg. Suboxone, på sykehuset opplever de henne å være så sjuk og abstinent at de velger å la henne slippe en dag uten forskriving av noe, og lar henne slippe dag 6 på null. Hun ble altså trappet ned fra 140 mg metadon til 0 på 5 dager.

5 DAGER!

Deretter over på testdose Suboxone, og opptrapping daglig til hun står på 16 mg.

Hun er så sjuk i de neste 3 årene. Hun går ned 20 kilo i vekt, og er skinn og bein på 39 kilo. Hun forandrer seg fra å være frisk på metadon uten noen problemer med illegal sidemedisinering, og er på god vei i sin integrering med jobb, gjenopprettede god kontakt igjen med nær familie og nyktre venner, da infarkt kommer og hjertespesialisten uttaler at vedkommende ikke skal ha mer metadon på bakgrunn av det som har skjedd.

På Suboxone blir hun utagerende, aggressiv, hun begynner å miste håret sitt, får tørr hud, mister all matlyst, blir vanskelig å være sammen med, hun mister alt hun hadde opparbeidet seg i disse tre årene på Suboxone. Hun følte seg psykotisk til tider, og hadde aldri ført vært tungt deprimert. Hun mistet samboeren sin, hjemmet sitt, jobben sin, og som hun sier ” jeg mistet alt, jeg mistet meg selv”.

Etter 3 år er helse hennes så dårlig, at hun avslutter behandlinga i LAR. Da er hun desperat. Hun finner en lege som er villig til å behandle henne, og hun får det neste halvannet året utskrevet Dolcontin og Sobril. Hun går opp 20 kilo, hun er tilbake igjen som menneske og ser fremover igjen.



Bilde fra Fagrådets konferanse i Trondheim; Dag Myhre, LAR-Nett Norge med kronikk-forfatter av artikkelen Siri Getz Sollie fra Stiftelsen Trygg i Lar, som også jobber hos oss i LAR-Nett Norge.

Så en dag er fastlegens hennes borte uten forklaring. Hun tar kontakt med oss i Trygg i Lar, og jeg blir med henne til fylkeslegen. Der kan de fortelle at han ikke har mistet retten til å forskrive medikamenter, men ikke vil være tilgjengelig der som lege. Det neste som skjer er at LAR fatter et vedtak om reinntak uten hennes ønske. De setter opp innleggelse på avgiftning fra de medisinerne hun har fått til legen, og fatter et vedtak om opptrapping på metadon igjen!

Siden sist har hun heller ingen samboer som kan finne henne blå i senga og få henne på sykehuset dersom hun får infarkt igjen. Hun er så redd, og tør ikke fortelle sin far om dette fordi han nå er blitt hjertesyk selv.

Jeg tar kontakt med vår advokat Morten i Trygg i LAR, og sykepleier Ruth. Vi skriver et brev til fylkeslegens kontor i Sørtrøndelag og omtaler saken der. I mellomtiden tar vi kontakt med hjertespesialisten som behandlet henne. Vi skriver et nytt brev der vi ber om oppsettende virkning på den medisinerings hun i halv annet år har fått hos sin fastlege, mens undersøkelse av saken pågår.

Trygg i LAR henvender seg til hjertespesialisten, han er overlege på avdelingen, som muntlig bekrefter at denne personen IKKE skal ha metadon og at det vil være LIVSFARLIG for henne.

I mellomtiden er det innkalt til møte med fastlege og LAR, kvinne 38 år og undertegnede for Stiftelsen Trygg i LAR.

KONKLUSJON; Endelig lytter LAR.

LAR sier at fast-legen står fritt til å fortsette å behandle pasienten med de medikamentene hun har blitt medisinert med de siste 1,5 år frem til et møte der alle kalles inn over nyttår.

LAR bekrefter at de aldri har tatt kontakt med hennes behandlende lege på hjerteavdelinga, men at de hadde snakket med en annen, som mente at metadon 80 mg. var forsvarlig behandling av denne klienten.

Fastlegen stiller seg uforstående til hvem som har ringt apoteket og stoppet medisintildelingen til KVINNE 3å år denne dagen. LAR benekter at de har tatt kontakt, og vi får derfor ikke vite hva som skjedde i forkant da KVINNE 38 år møtte opp på apoteket i dag SOM VAR DAGEN FØR INNLEGGELSEN FOR AVGIFTNING AV MEDIKAMENTER UTSKREVET AV LEGE; som altså skulle avsluttes med opptrapping av metadon.

DAGEN ETTER; jeg får erklæringen SKRIFTLIG fra hjertespesialisten på St. Olavs hospital i Trondheim;

Overnevnte pasient ble innlagt hjertemedisinsk avdeling i 2010 med alvorlig ventrikulær Takyarytmi sekundært til lang ØT-tid, som ble funnet å være forårsaket av metadonbehandling.

Tilstanden ble oppfattet som sannsynligvis ervervet lang QT på grunn av metadon. TILSTANDEN ER POTENSIELT LIVSFARLIG. Hun må derfor aldri bruke medikamenter som er kjent for å forlenge QT-tiden, inklusive metadon.

Med vennlig hilsen, overlege, Klinikk for hjertemedisin

Så langt unna var det for KVINNE 38 år. Det var 24 timer igjen til hun skulle inn på klinikken.

Som hun selv sier; jeg bad LAR ta kontakt med hjertespesialisten gang på gang. Det gjorde de aldri. Nå var jeg livredd, og begynte å telle dager før jeg skulle inn på den planlagte nedtrapping fra den medisinerings jeg har fått hos fastlegen min og deretter skulle jeg altså over på metadon.

Hvis ikke jeg hadde kjent deg Siri, hvis dere ikke hadde åpnet Trygg i LAR, kunne jeg blitt en av dødsstatistikkene i behandling i LAR Midt i Trondheim.

Av: Siri Getz Sollie

Rusfrihetens fiende er ensomheten og utenforskapet

Av: Tommy Lunde Sjøfjell, A-Larm



Jeg kjente klumpen vokse i halsen, inntrykkene var rett og slett for sterke. Det som gjorde utslaget var noe så enkelt som et broderi på veggen med skriften «Hjem kjære hjem». Jeg måtte gå ut en liten tur. Resten av leiligheten var preget av inngrodd skitt, alle møblene var gamle og utslitte. Madrassen i sengen hadde plasttrekk, og rundt sengen var det en rand med skitt.

Boligen lå langt litt inne i skogen i en norsk småby. Han som bodde der var en alkoholiker i slutten av 50 årene. Han hadde nok en kognitiv svikt som preget han etter et langt liv utenfor de edrus rekker. Dagen etter varslet jeg kommunen som var ansvarlige for boligen, og jeg varslet noen som jobbet i et lavterskeltilbud i denne byen. Selv måtte jeg bare skjerme meg, det var noe med vedkommende som gjorde at jeg ikke ville være en god hjelper.

Hvorfor akkurat den episoden gikk så kraftig inn på meg skulle det ta mange år før jeg forstod fullt ut. Jeg hadde jo sett leiligheter som var mye verre, og jeg hadde sett brukere som var dårligere.

I dag bor jeg i Oslo, tidligere jobbet jeg nattevakter. På vei hjem fra jobb begynte jeg å legge merke til tre uteliggere som sov i et hjørne under en overgang. Innimellom måtte man se godt etter for å se at det var tre mennesker, så tett lå de. De hadde utbytte av hverandres kroppsvarme. For en utenforstående som meg så virket faktisk samholdet og felleskapet godt. Nå skal det sies at jeg skulle ønske vi hadde noe mer å tilby disse langveisfarende enn hard betong.

Hvorfor opprørte den episoden med han under tak med mat i kjøleskapet meg så mye mer enn synet av disse tre her i Oslo? Den eneste svaret jeg har er ensomheten han utstrålte, dette var ikke en person som hadde tilhold med andre. Dette var en ensom mann.

Kanskje var speilbildet av han gamle alkoholikeren litt for nært den virkeligheten jeg selv har vært i. Og utenforskapet mitt for nært hans utenforskap.

Som tidligere rusavhengig og brukermedvirker maser jeg på ettervern og inkludering. Den enkle grunnen til dette er at ensomhet og utenforskap er kanskje den sikreste veien for tilbakefall til rus. Ensomhet er for mange det vanskeligste å handtere.

Jeg husker enda Jon sine ord til meg, når jeg spurte han hvorfor han ble min gode hjelper; Du virket så innmari ensom Tommy. Og til og med i dag 10 år etter, sitter det langt inne å innrømme at man var ensom i mange år.

I år skal årets fagdag på Borgestadklinikken handle om selvhjelp. Vi brukere skal undervise fagpersoner i hva som skapte bedring i vårt liv. Og det å bli inkludert i et felleskap er for mange den beste medisinen for et bedre liv. Selvhjelp, brukerstyrte tiltak, lavterskel tiltak, er samfunnsøkonomiske tiltak som øker sjansen for at vi skal bli inkludert i det gode selleskap igjen.

Ble politiker pga. rusomsorgen

Her legger vi ut Karis åpning av den nasjonale fagkonferansen på rusfeltet, 5.11.2014. Det er godt å ha en politiker med erfaringskompetanse og et ektefølt engasjement for feltet og brukerne.



«Jeg ble politiker på grunn av rusomsorgen. År ut og år inn gikk jeg og irriterter meg over at man ikke brukte den kunnskapen man faktisk hadde, til å få til noe bedre – noe mer.

Jeg som aldri egentlig hadde interessert meg for politikk, bestemte meg for at jeg måtte inn der vedtakene ble gjort. Jeg måtte engasjere meg politisk.

Det første jeg gjorde, var å lese meg igjennom alle partiprogrammene. Jeg valgte meg Fremskrittspartiet.

Det var tanken og ideen om at alle mennesker har ressurser – er flinke på noe, som tente meg. Å dyrke dette fremfor å dyrke skaden, sykdommen, begrensning eller den dårlige barndommen, appellerte meg. Venstresidens trang til og klient fikser og sykeliggjøre enhver som slet med livet, følte jeg skadet mer enn å være til hjelp.

For meg handler det om at vi er den vi er. Noen får utdelt litt bedre kort enn andre her i livet, men selv de best stilte, snubler. Det er når enkeltmennesket snubler, vi skal være der. Støtte, være til stede og gå veien sammen med. Ikke gjøre jobben for

de, men gjøre det sammen med de. Dette fant jeg i Fremskrittspartiet og jobben min kunne begynne.

Men hvorfor dette engasjementet for rus? Frem til jeg kom i tenårene hadde jeg aldri opplevd elendigheten som avhengighet kan skape. Ingen rundt meg eller i familien hadde et rusproblem. Fra denne naive verden, møtte jeg gutten som fikk verden til å snurre.

Dessverre var han litt mer interessert i å ruse seg enn å være sammen med meg. Fra innsiden av dette miljøet så jeg alle typer ungdommer. Ikke bare de som kom fra dårlige hjem, som man sa før i tiden. Det var fattige og rike, ungdom fra såkalte møblerte hjem, litt mer rotløse hjem og fra barnevernsinstitusjoner som lå i nærheten. Noen ruste seg litt, noen mye og noen ikke i det hele tatt. Men vi hadde en ting felles. Vi fløt liksom rundt og visste ikke helt hvor vi hørte hjemme, hva vi ønsket oss eller hva vi manglet.

Jeg valgte etter hvert å forlate denne vennegjengen. Det å ta et slikt valg er krevende.

Ungdom trenger så sårt å høre til et sted. Når du oppdager at det valget du tok ikke lenger kan være ditt liv, ja så er det krevende

å snu ryggen til dette å velge og være alene.

Selv om dette er veldig mange år siden, opplever jeg at dette er akkurat det samme i dag. Vi vet mye om hvorfor ungdom tar dumme valg. At det betyr mye hvordan du blir behandlet som barn, men også at det faktisk handler mye om tilfeldigheter. Tilfeldig hvem du møter på din vei, tilfeldig om andre rundt deg ser og forstår at dette kan gå galt.

Derfor er jeg så uendelig opptatt av barns oppvekst. Det holder ikke å se barna. Vi må også handle. Når det gjelder omsorgssvikt, når det gjelder mobbing i skolen, når det gjelder lese- og skrivevansker. Å vokse opp er beintøft og noen må gå sammen med deg.

Vi må ha økt fokus på dette, blant barnehagepersonell, læreren, naboen, fritidsklubben, helsesøster og fastlege. Alle må gjøre sin del.

Så for de det gikk galt med, må vi ha et tilbud, et tilbud som svarer til hva de har i bagasjen og som ser enkeltpersonen bak rusen. Ikke standardiserte løp. Ikke formaninger og umyndiggjøring.

Det er verdt å merke seg at man antar at

man har oversikt over halvparten av det totale misbruket av illegale rusmidler og en femdel av problemene som skyldes alkoholmisbruk. Og ungdommen er den gruppen som fagfolkene har minst informasjon om.

Samtidig viser siste kartlegging at det ikke er forskjell på by og land. Rusproblemene er likt fordelt i både små, mellomstore og store kommuner.

Den gang jeg var ungdom, så vi på rusproblemer som et sosialt problem, i dag er de pasienter med en eller flere diagnoser. Mye takket FrP sin sterke talsperson for blant annet de rusavhengige, vår egen John Alvheim.

John var et medmenneske i ordets rette forstand. Han var oppriktig opptatt av de svakeste i samfunnet, og kjempet blant annet frem behandlingstilbud som pasientrettigheter og Lar.

Det er interessant å ta frem igjen det vi mente for 10 år siden og sammenligne oss med hvor vi står i dag.

Hoved endringene vi gjorde i rusreformen var:

- At individuell plan ble en lovfestet rettighet.
- Fylkeskommunens ansvarsområder knyttet til behandling av rusmisbrukere ble fjernet.
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmisbrukere ble en del av spesialisthelsetjenesten (TSB).
- Klienter ble pasienter.
- I perioden etter rusreformen fikk rusbehandling 2 mrd. kr. i opptrappingsmidler.

I innstillingen til rusreform 2 skrev komiteen blant annet: "Komiteen mener at et viktig mål er at ansvaret for tiltak til rusmisbrukere blir tydelig og at deres rettigheter og status blir forbedret og klargjort. Rusmisbrukere er en uensartet gruppe, ofte med ulike og sammensatte hjelpebehov som varierer over tid. Erfaringene med tidligere organiseringer og rettigheter er «spillsituasjoner» mellom forvaltningsnivåene, ansvarsfraskrivelse, fragmentering og gråsoner."

Har vi i det hele tatt brukt denne kunnskapen til å gjøre ting bedre? Når jeg møter på de som står midt oppi dette, så må

jeg bare erkjenne at disse setningene fra komiteen for mange år siden, like gjerne kunne vært skrevet i dag.

Og FrP stod den gang alene om følgende merknad: "En oppdeling av behandlingsansvaret på to forvaltningsnivåer og med ulike rammebetingelser for den enkelte bruker slik Regjeringen foreslår, vil frata den enkelte bruker og deres pårørende muligheten til å finne frem i systemet."

Her må man vel kunne si at John Alvheim fikk rett.

Samtidig fikk vi en lovfestet rett til individuell plan og i innstillingen kan vi blant annet lese at:

«Arbeidet med individuelle planer vil på kort sikt kreve noe økte ressurser. Den forventede virkning av tiltaket er at ressursbruken vris bort fra kortsiktige akuttløsninger til mer langsiktig planlegging av et helhetlig og bedre hjelpetilbud. Det uttales at på sikt vil dette kunne bety at den samlede ressursbruken ikke øker, men at flere instansers innsats blir mer samordnet og rasjonelt utnyttet.

Komiteen mener at individuelle planer vil bidra til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet.»

Vakkert sagt og riktig den gang, og fortsatt riktig i dag. Men ble det slik? Kartlegginger som er gjort de siste årene viser at få har fått tilbud om en individuell plan, den er lite brukt og blir om man får en slik plan, lite benyttet og sjelden fornyet.

Dessverre mistet vi av syne mye av det sosiale aspektet, når pasientrettighetene kom på plass. Hva er det med oss som gjør at vi ikke klarer å se hele mennesket? Jeg forstår fortsatt ikke hvordan det har vært mulig å bruke så mye penger og ressurser på å hjelpe folk ut av avhengighet, uten å klare og gjøre det helhetlig og helt inn i mål.

Og for å ikke svartmale rusomsorgen totalt, så vil jeg legge til at, opp gjennom årene har mange fått skikkelig og riktig hjelp. Svært mange i vårt samfunn har gått fra mangeårig misbruk og fortvilelse, til et liv med jobb og familie. Mange har greid det og mange vil i fremtiden greie det.

Vår jobb blir å sørge for at enda flere lyk-

kes og at de lykkes tidligere.

Selv har jeg på frivillig basis blitt reservemamma for to jenter med mangeårig rusmisbruk bak seg. Altså ikke offentlig oppnevnt eller lønnet, men et vennskap som har utartet seg på veien fra vårt første tilfeldige møte, til nær kontakt og omgang nå.

Sammen med disse to har jeg opplevd systemet sett fra rusmisbrukerens side. Med individuell plan, eller mangel på den. På ansvarsgruppemøter hvor få avgjørelser blir tatt, på mangel på tro og tillit, begge veier, på ventetider og brutte løfter. Min reise sammen med mine to jenter har gjort meg motløs, forbannet og trist.

Men vi har kjempet oss gjennom alt dette, og vi opplever gode stunder, håp, mulighet og enkeltansatte innenfor systemet som virkelig gjør en forskjell. Jeg vet at det er mulig, men jeg forstår også hvorfor det ofte går galt.

Begge jentene har vært borte på langtidsbehandling. På forskjellig sted. Jeg opplevde disse to stedene og andre jeg har sett og hørt om, som kvalitativt gode.

Selv om det er tøft å komme til et nytt sted, med nye mennesker, nye regler og dager helt uten rus, stod jentene i motgangen, i smerten, i fortvilelsen. De fullførte.

Likevel er livet etterpå, enda mer krevende. Hvordan finne sin plass uten rusen til å dempe alt det vonde, uten de man pleide å vanke sammen med, uten å tilhøre noen sted. Fremmed i rusmiljøet, fremmed i den nye verden.

Jeg har ofte sagt, «det blir bedre.» Men jeg ser angsten, usikkerheten, den dårlige selvtilliten, ensomheten og jeg håper og ber om at jeg får rett. At det blir bedre.

Så for meg er det ingen tvil. Den største mangelen ligger i ettervernet, det som kommer etterpå. Det sosiale aspektet er mangelfullt. Dette er ikke pasienter. Dette er mennesker som ønsker å delta. De ønsker seg normale liv, hva nå det måtte være.

Ikke alle har et nettverk. Noen er totalt uten pårørende, andre igjen har slitt ut sine. Å være pårørende er smertefullt og utmattende.

Pårørende har først de siste årene blitt trukket frem som en viktig ressurs, en viktig medspiller og ikke motstander.

Man har også først de siste årene snakket om med avhengighet. Mange pårørende mener at de fortsatt ikke i stor nok grad blir tatt hensyn til og at de fortsatt savner møteplasser.

Det er 10 år siden rusreformen trådte i kraft. Men en brukerundersøkelse er først gjort nå. Det sier kanskje sitt det også ...

Denne undersøkelsen bekreftet mine antagelser. Det svikter i ettervernet.

Nå gjelder det for politikere, de regionale helseforetakene og kommunene å bruke denne undersøkelsen som et verktøy til endring og forbedring. Her må alle bidra.

H/FrP-regjeringen har gått til valg på økt satsing på rus og psykisk helse. Dette er også satsingsområde for Venstre og KrF, og gjør at jeg er optimist. Jeg ser utfordringene, jeg ser mulighetene og jeg vet at det er mulig å gjøre dette bedre. Hovedproblemet er at det er så vanvittig mange store og små ting som må på plass, at ting tar tid og at mye handler om holdninger. Og holdningene kan bli den største utfordringen.

Opptappingsplanen for rusfeltet fra 2007 til 2012 ga i likhet med rusreformen ikke det løftet som trengtes. Derfor vil H/FrP-regjeringen ha en ny og forsterket innsats på rusfeltet. Opptappingsplanen skal lages i samarbeid med brukere og pårørende, fagmiljøene, interesseorganisasjonene og flere departementer.

At man nå også har fått etablert en Nasjonal kompetansetjeneste for TSB og LAR er et viktig skritt på veien mot mer kompetanse og bedret kvalitet.

Så hvor står vi nå?

- Det er fortsatt mange som venter for lenge på behandling.
- Det svikter i overgangene
- Primære behov blir ikke godt nok ivaretatt, som bolig, kosthold, aktivitet, utdanning, arbeid, fritid
- For mange dør av overdoser
- Rusproblemer går i arv
- Innsatsen kommer for sent og den er ikke helhetlig
- Den enkelte finner ikke frem i systemet og har liten mulighet til å innvirke på tiltakene og tilbudene
- Mange sliter med dårlig helse

Dette kommer til å kreve en omfattende og langsiktig innsats. Å beskrive hva som ikke fungerer er en øvelse de fleste av oss har mye trening i. Å gjøre en endring er vanskeligere.

Jeg ventet syv år på de rødgrønnes rusmelding” Se meg!”. Den var god på å beskrive stoa, men ekstremt tynn på virkemidler. Stoltenberg utvalgets mange gode forslag var ikke fulgt opp, og en delegasjon av rusavhengige kom til Stortinget og leverte meldingen tilbake. Deres budskap var klar.” Denne er for dårlig. Det holder ikke å se meg, jeg vil også bli hørt”. Et sterkt øyeblikk, og jeg var helt enig med dem.

Derfor vil denne regjeringen ha en forsterket innsats på rusfeltet gjennom en ny opptappingsplan som skal bidra til å sikre kapasitet, kvalitet og valgfrihet i tilbudet til alle som trenger det.

Målet er bedre folkehelse, tidlig innsats, å bryte arverekkefølgen, bedre oppfølging av personer med rusproblemer, kortere ventetid og bedre kvalitet i behandlingen og et sammenhengende behandlingsforløp.

I 2013 fjernet den rød-grønne regjeringen 333 millioner kroner i øremerket tilskudd til rusavhengige i kommunene og la midlene inn i kommunenes frie inntekter.

Vi reverserte dette - øremerket midler til 200 langtidsplasser innen heldøgns behandling, og bevilget ytterligere øremerkede midler til kjøp av behandling hos andre private tilbydere innen rus og psykiske helse, for å nevne noe vi kjapt fikk på plass etter regjeringsskiftet. Dette var for oss et par hastevedtak for å unngå at ting skulle stå helt stille mens vi jobber med opptappingsplanen.

I regjeringsplattformen har vi sagt at vi skal ha en reell kapasitetsøkning i kommunenes rusarbeid. Vi vil åpne flere mottakssentre i de større byene, sørge for en sømløs overgang fra avrusing til rehabilitering og ettervern fra første dag etter endt behandling. Det er dette som vil være hovedfokuset i opptappingsplanen, som kommer neste år.

Frivilligheten har vært og vil fortsatt være en svært viktig del av kommunenes tilbud, ikke minst i forhold til ettervernet. De siste årene har det blitt bygget opp en masse gode møteplasser, og mange av disse er startet opp og driftes av tidligere rusavhengige.

Jeg har gjennom mine år som politiker vært så heldig og bli kjent med mange av disse menneskene. Sterke, engasjerte og kunnskapsrike mennesker som hver eneste dag stiller opp for andre og som med sin personlige erfaring fremstår med stor troverdighet og en ukuelig optimisme, som det er deilig å få ta del i.

Det er når jeg treffer disse menneskene, jeg blir minnet om at det faktisk skjer veldig mye bra rundt om i det ganske land.

Selv om hovedfokuset for opptappingsplanen vil ligge på det som skjer i kommunene, så er det viktig å styrke hele tjenestetilbudet, også i spesialisthelsetjenesten. Poliklinisk opptapping skal ikke gå på bekostning av kapasiteten i døgntilbudet. Vi må ha begge deler. Derfor har vi økt kjøp av plasser fra private og disse plassene er nå endelig på plass over hele landet. I tillegg har vi igjen innført den gylne regel om at rus og psykisk helse skal ha større vekst enn somatikk.

Enda et signal om at regjeringen har satt rus og psykisk helse veldig høyt, er at det er denne gruppen, som først blir innlemmet i fritt brukervalg.

For H/FrP-regjeringen er det et viktig verdispørsmål at folk skal kunne gjøre flere valg selv, og derved få større innflytelse over eget liv og helse.

Det er viktig å understreke at det offentlige helsevesenet fortsatt skal være ryggraden i helsetjenestene – det er her forskningen og utdanningen skjer og det er her det absolutte flertallet av pasientene vil få sin behandling også i fremtiden.

Men som jeg nevnte innledningsvis, alle har sin egen historie, sin egen bagasje, sine egne utfordringer. Da må vi sørge for at tilbudet også gjenspeiler dette. Et tilbud som er riktig for noen, er ikke riktig for alle. Ikke før vi erkjenner dette og handler deretter, vil vi for eksempel få ned antallet som gir opp underveis. Bare det å ha vært med på å finne sitt eget behandlingssted og følt at man har hatt medbestemmelse på veien ut, har en meget sterk egenverdi.

Løsningen er derfor å styrke samarbeidet og partnerskapet mellom offentlig og privat sektor. Vi må hente ut de gode kvalitetene fra begge, for sammen å skape et bedre tilbud.

Regjeringen er tydelig på at behandling

med sikte på rusfrihet for flest mulig er viktig. Men ikke alle er klare for å ta det valget. Derfor må vi også fortsatt satse på gode lavterskeltilbud for dem som er i aktiv rus. Som tittelen på den nye overdosestrategien sier; Ja visst kan du bli rusfri - men først må du overleve.

Også må jeg si noen ord om Lar.

Lar har vært svært viktig for mange opp igjennom årene. Svakheter, uthuling og farer har oppstått i kjølvannet av dette, men har også gitt gode liv for enkelte.

Da ordningen ble innført, antydte man at dette ville være en ordening for de få. Har sett tallet 1 500 bli nevnt flere ganger. Antallet i dag er over 7 000. Dette er ikke lenger en ordening for de få og den er heller ikke en ordening hvor lover og regler blir fulgt.

R i LAR mangler for veldig mange. Derfor kommer de ikke videre i sine liv og derfor blir det mye sidemisbruk. Enkelte som er godt stabilisert og som ønsker å gå av Lar, har nesten ikke fått gehør for dette. Mange forteller meg at de blir møtt med påstander som at det tror jeg ikke du greier, eller dette tror jeg ikke er lurt eller bra for deg.

«Så fint å bli løftet opp, motivert og lyttet til,» tenker jeg.

Hvorfor er det så vanskelig for systemet å lytte og diskutere? Kanskje er det ikke riktig å gå av Lar, men dette bør man finne ut sammen, ved å analysere hvor man står og hvilke utfordringer som kan oppstå. Å få være med, ikke bare avvist, handler om respekt og holdninger.

Medisinene man tar i Lar er ingen spøk. Mange sliter med bivirkninger. De merker at kroppen ikke har det helt bra med medisinen.

Når livet ellers har kommet ganske godt på stell og ønsket om å gå av medisiner er sterkt, ja da bør vi stille opp.

Vi vet at medisinen er på avveie. Men jeg ønsker ikke å straffe kollektivt ved å kreve daglig utdeling for alle og massiv bruk av urinprøver. Vi må klare å skille på de som misbruker tilliten og de som er tilliten verdig. Sidemisbruk er ofte et tegn på manglende oppfølging.

Egentlig er det svært mye å si både på godt og vondt om Lar, men jeg oppfatter at det er enighet om at en gjennomgang,

opprydding og forbedring av ordningen nå, er helt nødvendig, og jeg imøteser dette arbeidet.

Jeg er også overbevist om at et godt og helhetlig rusbehandlingstilbud vil redusere behovet for Lar som behandlingsform.

Til syvende og sist, handler det om at alle skal leve sine liv i en kommune. Og bolig er helt avgjørende. Ikke bare en hvilken som helst bolig, men en bolig man synes er hyggelig og som man kan trives i.

Som nyvalgt kommunepolitiker ble jeg som mitt første møte, invitert til Landsforbundet mot stoffmisbruk. De hadde hørt at jeg var engasjert i ruspolitikk og ville benytte anledningen til å endelig komme videre med ønsker de hadde hatt i flere år, uten å bli hørt.

De ville ha et hybelhus med døgnbemanning, fellesaktiviteter og fellesrom, hvor rusavhengige etter endt behandling kunne bo i en overgang til egen bolig og enda mer selvstendig liv.

«God ide, det bygger vi,» sa jeg. Men jeg så jo at de ikke trodde meg. Mange politikere har sagt det før deg, men det har aldri blitt noe av,» sa de. «Da blir det nå,» sa jeg skråsikkert. Jeg var en superfersk politiker. Full av pågangsmot og full av tro.

Det ble en jobb konstant i motvind. Motstand fra andre partier, fra rådmann, fra husbanken og fra lokalsamfunnet. Men ga jeg meg? Nei. Ble det bygget et hybelhus med fellesareal og heldøgns bemanning? Ja, det ble det.

Og selv om jeg jobbet med dette i konstant motvind, så var fordommene og holdningene det verste å oppleve. Her har vi alle en stor jobb å gjøre.

Vi er i ferd med å legge rammene for arbeidet med den nye opptrappingsplanen i disse dager. Regjeringen ønsker en helhetlig plan, men spisset mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusproblem og hvor hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren. Samtidig er det slik at rusmiddelproblemer ikke kan løses innenfor rammene av helse- og omsorgssektoren alene.

Det er derfor nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe. Målet er å lage en ny plan med konkrete mål innen sentrale levekårsområder som arbeid, økonomi,

sosiale forhold, skole, utdanning, bolig, barnevern og helse- og omsorgstjenestene. Planen legges frem neste år.

For å være mest mulig treffsikre både når det gjelder behov, problembeskrivelse og innretning av tiltak i den nye planen, er det og blir det mye møtevirksomhet med rådslag og innspills møter. Det vil også bli opprettet en egen innspills side på regjeringen.no.

Jeg har et sterkt behov for å tro på regjeringens prosjekt. Mange har ventet lenge. For noen ble ventetiden for lang. Alle kjenner noen som sliter med avhengighet. Nettopp derfor burde det engasjere flere enn det faktisk gjør.

Min appell til slutt. Se personen bak rusen. Det er der du finner den ekte utgaven og han eller hun er full av kunnskap, ressurser og livsglede. Disse menneskene kommer til å overraske oss og begeistre oss. Å få være med på å gjøre dette mulig, er en stor gave. Ta vare på den!»

*Rusmisbrukernes
interesse organisasjon*

Lokalavdelinger for LAR-Nett Norge

Administrasjon Lar-Nett Norge (LNN)

Kontor: Stensarmen 3a. 3112 Tønsberg
Postadr.: Postboks 1206 Trudvang, 3105 Tønsberg
Telefon: 33 36 95 50 / 99 12 41 90
Faks: 33 36 95 51
e-post: post@larnett.no

STYRET LNN:

E-post: styret@larnett.no

Styreleder: **Dag Myhre**
Mobil: 95 78 13 32
e-post: dag.myhre@larnett.no

Nestleder, styret: **Kjersti Bratlien**
Mobil: 45 29 85 16
e-post: kjersti.bratlien@gmail.com

Daglig leder: **Karen Lise Følling (sykmeldt)**
Mobil: 95 13 94 61
e-post: klfoling@larnett.no

Organisasjonssekretær: **Rita Lund**
Mobil: 99 12 41 90
e-post: rita.lund@larnett.no

Kontaktpersoner:

LNN-Asker/Akershus

Kirsti Lie
Mobil: 47 26 62 22
e-post: kirsti.lie2@larnett.no

LNN-Bergen/Hordaland

Øystein Jørgensen
Mobil: 41 62 82 55
e-post: oystein@larnett.no

Karen Lise Følling (sykmeldt)

Mobil: 95 13 94 61
e-post: klfoling@larnett.no
Besøksadresse: Strandgaten 203
Postadresse: Postboks 2023,
5004 Bergen

LNN-Dokka/Nordreland

Cecilie Slåttvik
Mobil: 41 25 48 58
e-post: cslaatvik@larnett.no

LNN-Søndre land

Kjersti Bratlien
Mobil: 45 29 85 16
e-post: kjersti.bratlien@gmail.com

LNN-Kongsberg/Buskerud

Christer Nysæther
Mobil: 47 27 62 65
e-post: stenchris69@larnett.no

LNN-Larvik

Cathrin Larsen
Mobil: 46 89 35 34
e-post: cathrin@larnett.no

LNN-Sandefjord

Kim Norman Lehmann
Mobil: 97 78 63 32
E-post: k.n.lehmann@gmail.com

LNN-Oslo

Kontakt administrasjonen:
Telefon: 33 36 95 50 / 99 12 41 90
e-post: post@larnett.no

LNN-Stavanger

Yngve Benning
Mobil: 40 47 17 66
e-post: yngve@larnett.no

LNN-Stord

Øyvind Eikeland
Mobil: 47 27 62 69
e-post: eikel2@eikdesign.no

LNN- Nord-Trønderlag

Ann Heidi Andersson
Mobil: 47 24 62 62
e-post: ann.heidi@larnett.no

LNN- Sør-Trønderlag

Siri Getz Sollie
Mobil: 45 67 19 96
E-post: siri@larnett.no

LNN-Tønsberg/Vestfold

Dag Myhre
Mobil: 95 78 13 32
e-post: dag.myhre@larnett.no
Besøksadresse: Stensarmen 3a. 3112 Tønsberg
Postadresse: Postboks 1206 Trudvang
3105 Tønsberg

Innmeldingsskjema for LAR-Nett Norge

(Vær så snill å skrive tydelig, bruk gjerne BLOKKBOKSTAVER. Husk å skrive full adresse med postnr./sted)

Navn: _____

Fødselsår: _____

Adresse: _____

Postnr. _____ Sted: _____

E-post: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

LAR/MAR klient Ikke LAR klient/støttemedlem

Kommentar: _____

Jeg melder meg med dette inn som medlem i LAR-Nett Norge. Medlemskapet er gratis, og medfører ingen forpliktelser. Alle personopplysninger behandles konfidensielt.

Dato _____ Sted _____

Signatur _____

Har du spørsmål - ring oss på telefon: 33 36 95 50. Eller send en e-post til:
Karen Lise Følling: klfolling@larnett.no • Dag Myhre: dag.myhre@larnett.no
Eller besøk vår nettside: www.larnett.no



Melding om adresseendring til LAR-Nett Norge

Skal du flytte eller har du flyttet? Vil du forsette å motta LARposten? Fyll ut og send til LAR-Nett Norge!
Eller ring Rita på hovedkontoret direkte på telefon: 33 36 95 50 / 99 12 41 90.

Navn: _____

Gammel adresse: _____

Postnr.: _____ Sted: _____

Ny adresse: _____

Postnr.: _____ Sted: _____

Porto

LAR-Nett Norge
Postboks 1206 Trudvang
3105 TØNSBERG

Porto

LAR-Nett Norge
Postboks 1206 Trudvang
3105 TØNSBERG