

Karl Evang seminaret 2008

Vi diskriminerer den rusavhengige gjennom å organisere oss på det enkeltes systems premisser.

Av Jon Storaas leder RIO

Den største utfordringen har bakgrunn i rusreformen og dreier seg om hvem som har rett til nødvendig helsehjelp på spesialisthelsetjenestenivå og hvem som bare har rett til helsehjelp på kommunalt nivå. De nye nasjonale retningslinjene forteller oss at tunge rusmisbrukere ikke får rett til nødvendig helsehjelp og at de som ikke har nyttegjort seg behandling med rett til nødvendig helsehjelp mister denne retten. Det finnes mange dokumenter som beskriver dette spørsmålet og etter min mening er en ren diskriminering av den rusavhengige med behandlingsbehov.

Vi har et stort forbedringspotensial i forhold til behandling og helhet. Det helsevesenet ikke skjønner er at de dårlige resultatene i hovedsak dreier seg om manglende oppfølging av den enkelte etter behandling på spesialisthelsetjenestenivå, da fortrinnsvis på kommunalt nivå. Da med tanke på boligpolitikk og andre nødvendige oppfølgingstilbud etter behov. Tverrfaglige ambulerende team er en løsning, der en tett samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale helsetjenester og frivillig sektor er en nødvendighet. Aktivitet er nøkkelen til suksess for all inkludert rusmisbrukere i behandling, og faktisk for de som er i en aktiv ruskarriere. Aktivitet gir innhold i livet. Ved å ikke forstå dette diskriminerer vi den rusavhengige og gjør vedkommende til en annerledes person med andre behov enn folk flest.

Det hele dreier seg om å bytte ut rusmilene med annet innhold. Vi er avhengig av andre mennesker for å få dette til. Vi utvikler oss gjennom aktivitet i samspill med andre som alle andre. Uten aktivitet ingen utvikling innenfor aksepterte normer.

Individuell plan er et verktøy som bør brukes. Det er et genialt samhandlingsverktøy der alle likestilles, og kanskje den beste loven som noen gang er laget som en del av pasientrettighetsloven og andre aktuelle lovverk. Alle profesjoner og systemer med bakgrunn i den enkeltes behov er likestilte, der også brukeren er et system i seg selv. Du må ha med deg den det gjelder uansett ståsted for å få til en endring. Kommer tilbake til I P som er det viktigste verktøyet for å skape bedre tjenester for våre kjære rusmisbrukere. At det blir lite brukt er diskriminerende i seg selv.

Det hele dreier seg om å få på plass et stigmatiserende nødvendig profesjonsnettverk i mangel på et ordinært sosialt nettverk. Målet i den andre enden er å etablere et normalt sosialt nettverk gjennom å utføre ulike aktiviteter sammen med andre og med utgangspunkt i seg selv, sine ressurser og interesser. Her ligger det mange utfordringer for den det gjelder og det midlertidige profesjonsnettverket som også skal utvikle seg i samspill med hverandre.

Det må etableres samhandlingsrutiner med de som organiserer ulike typer aktiviteter, idrettaktiviteter som eksempel. Det er faktisk det offentlige som finansierer store deler av de som organiserer fritidsaktiviteter. Det bør stilles noen krav gjennom tildeling av midler, slik at alle kan få lov til å drive aktivitet. Noen av disse tilbudene må faktisk være ekstremt stigmatiserende, da man også må ta hensyn som går langt utover den som er i en eller annen prosess. Målet må være at man på sikt kan få delta på lik linje med andre innenfor de grensene som er satt.

Har rusreformen vært vellykket?

Svaret er et klart nei. Rio har hele veien vært meget skeptiske og pekt på hva som kunne bli konsekvensene av denne sysselsettingsreformen. Når jeg sier sysselsettingsreform er resultatet ofte at man klarer å sysselsette en haug med byråkrater og politiske komiteer over tid med bakgrunn i dette tilfelle en rekke reformer innen helsevesenet. Hvorfor hadde ikke helse og omsorgskomiteen noen saker å jobbe med etter at siste del av helsereformen var satt i gang? Litt ut på viddene nå, men viktig og sant sett i et bredere perspektiv. Hvis det er slik at helsebyråkratiet trenger reformer i tide og utide for å sysselsette seg selv er det lite pasientvennlig og diskriminerende i seg selv.

Etter rusreformen har samhandlingsgrunnlaget mellom nå spesialisthelsetjenenivå og kommunale tjenester blitt verre enn noen sinne. Forandringen med bakgrunn i rusreformen var at behandlingsinstitusjonene ble flyttet fra fylkeskommunenivå over til staten, og at rusmisbrukere fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Dette trodde de fleste innen rusfeltet ville falle rusmisbrukerne til gode. Vi i RIO trodde ikke det, og fikk dessverre rett. Når sant skal sies har rusavhengige fått mindre pasientrettigheter enn før da mange blir diskvalifisert fra retten til nødvendig helsehjelp.

Avstanden mellom Oslo kommune og Helse øst der jeg er mest involvert er enorm. Det er ingen sammenheng mellom det som skjer på spesialisthelsetjenestenivå og på kommunalt nivå. Helse øst kjøper tjenester fra private og har egne behandlingstilbud, der tjenestene i seg selv representerer et mangfold, der det også gjøres veldig mye godt arbeid. At man nå streber etter å standardisere rusbehandlingen er diskriminerende for de standarden ikke passer for. Behandlingsinstitusjonene har et forberedningspotensial. Da mest med tanke på samhandling med andre nødvendige systemer med utgangspunkt i den enkelte. På kommunalt nivå i Oslo har man en rekke nødvendige skadereduserende tiltak, men så å si nesten ingen rusfrie oppfølgingstiltak. De har en boligpolitikk som ikke passer inn i en behandlingsprosess. Oslo kommune og deres byråkrater og fagfolk, politikere nesten uansett parti mener at Helse øst har hele ansvaret for at den enkelte skal få den behandlingen /rehabiliteringen som er nødvendig. Helse øst mener at oppfølgingstilbudene skal betales av Oslo kommune gjennom bydelene og Rusmildeletaten uten at de heller er enig. Alt dette diskriminerer den rusavhengige

Oppfølgingsansvaret i kommunene er ikke forandret. Det er trist å se at ingen i dette feltet samhandler. Mange er flinke hver for seg, men det holder ikke ovenfor en gruppe mennesker som har sammensatte problemer og er avhengig av en rekke systemer og deres samhandling for å lykkes. Når brukeren/pasienten så blir likestilt eller er likeverdig gjennom I P vil muligheten for et langt bedre liv øke betraktelig.

Det hører også med at kommunen betalte en egenandel på kr 400 pr døgn før rusreformen. Et virkemiddel som faktisk gjør samhandlingen bedre, uten at den var veldig god før rusreformen heller.

Hovedårsak til at den nødvendige samhandlingen fungerer dårlig er at det enkelte system ikke ønsker å blottlegge egen utilstrekkelighet. Alle systemene forsvarer sine system med nebb og klør på lik linje med at de fleste av oss forvarer de livene vi lever uansett levemåte.

Når systemene forteller om sine begrensinger som faktisk alle systemer har eller alle individer har for å søke samhandling kan vi nå langt. Alle systemer er avhengig av hjelp utenifra for å fungere og utvikle seg. Rusavhengige er også avhengig av myndigjorte tjenesteutøvere. I dag er alt for mange tjenesteutøvere umyndiggjort. Å måtte gå tilbake til eget system for å spørre om lov til å tilrettelegge de enkleste ting blir det ingen samhandling av

En annet viktig element handler om den største misforståelsen av alle, og er at alle skal ta ansvaret for eget liv. Ingen er i stand til det. Vi kan være medansvarlige for eget liv. Alle er avhengig av andre for å utvikle seg. Alene blir vi syke. Rusmisbrukere er ofte alene. Janteloven bør også begraves. Livet handler faktisk om å tro og føle at du er noe.

Behandling eller rehabilitering dreier seg om å dekke helt vanlige menneskelige behov. Leger, psykologer sykepleier, sosionomer eller andre profesjonelle kan kun være med på å tilrettelegge som en del av en lang prosess. Jobben må den enkelte gjøre selv gjennom å angripe angsten og ikke rømme fra den gjennom rusmidler. I den prosessen trenger man profesjonelle med ulike verktøy på veien til et bedre liv, og for å dele utfordringene med, på lik linje med andre såkalte normale og vi som har klart å bli rusfrie.

Opptrappingsplan: Hvilke forventninger har jeg/vi

Dessverre er forventningene dalt i takt med de uklare politiske signalene. Jeg trodde på den, men det ligner mer og mer på en nedtrappingsplan da mesteparten av det begrensede økonomiske løftet dreier seg om å dekke om prisjusteringer, lønnsøkninger og enda mer byråkrati, også kalt kvalitetsstrategier. Øremerkede midler til kommunene slik at man ikke nok en gang prioriterer bort rusmisbrukerne er en nødvendighet. Vi har allerede fått klare signaler om at øremerkede midler ikke kommer på tale grunnet ønske om selvstyringsrett i kommunene og Senterpartiets innflytelse i den sittende regjering. Alle høringsinstanser har hevdet at øremerkede midler må til uten at det blir sånn. Hva er poenget med en høring da? Brukerorganisasjonene bestående av folk som har følt diskrimineringen nært på kroppen opplever igjen å bli diskriminert gjennom ikke å bli hørt.

Vi vet også at helseregionene og deres foretak er pålagt å spare store summer i år og de kommende år. Avrusningsstasjoner er allerede steng med bakgrunn i at man må spare 17 millioner på avdeling Rus og avhengighet på Aker som et eksempel. Kommunene må allerede dekke store underskudd gjennom nye friske midler fra staten. De selger også unna alt som er av kommunale boliger. Norge har den laveste sosiale boligpolitikken i Europa gjennom og bevist ikke å bruke lovverket i forhold til boligmasse. Man kan kjøpe opp 10 % av boligmassen i hvert eneste hus hvis man ønsket dette for å skape en bedre integreringspolitikk for flere minoritetsgruppe. Rusmisbrukere er en minoritetsgruppe. Å fordele menneskene som av en eller annen grunn ikke har økonomi til å bo uten en eller annen form for tilskudd er et gode, hvis holdningene til de resterende beboerne er innen for normalen. Hvis 99 beboere har innvendinger mot 1 som trenger tilskudd for å bo bør vi begynne å diskutere hvem som innehar avviket. Dette også som en utfordring i rusomsorgen uansett om det gjelder den aktive eller den som er i rehabilitering. Den aktive rusmisbrukeren og rusmisbrukeren i rehabilitering bør ikke bo sammen, slik de dessverre ofte gjør nå. Hospitsene er borte hurra. Den kommunale erstatningen ligner mer og mer på hva hospitsene var. Det er en skam. Opptrappingsmidlene burde i hovedsak rette seg mot kommunene og individuell plan. Det må lønne seg å bruke dette verktøyet, ellers blir det ikke brukt.

Helt til slutt: Det krangles om hvem som skal være koordinatoren i individuell plan. Bli en rusmisbruker kjørt over av en bil havner han/hun direkte i spesialisthelsetjenesten. Da skal en person derfra starte prosessen med I P når man skjønner at man har en person med behov for annet hjelp utover brudd og sårskader osv. Det er ikke noe poeng at denne personen skal være med hele veien. Når bruddene er leget trekker denne delen av sykehuset/denne personen seg ut. Fast legen eller sosialtjenesten i kommunene kan overta koordineringsansvaret en periode inntil personen har fått plass i et eller annet behandlingssystem. Da kan en person overta der etter hvert. Hovedpoenget er at koordinator hele tiden er nærme den det gjelder, og har en god relasjon til vedkommende. Noen går inn og noen går ut av I P gruppa. Alle er likestilte slik at vi unngår profesjonskampen. Brukeren er et likeverdig system i seg selv. Det kan ikke sies nok ganger. Ideelt sett burde brukeren være koordinator selv. Målet må være at han tar denne rollen på sikt. Vi er kjent med at ansvarsgruppen som nå bør kalles I P gruppen hever seg over den det gjelder når de samles. Et overgrep og en diskriminering av den det gjelder og noe som bare skaper dårlige holdninger hos fagfolkene og andre involverte

Kunne skrevet om fritt sykehusvalg og de klare begrensningene det har. Begrensningene er så klare at begrepet fritt sykehusvalg bør byttes ut med: Når ventetidsgarantien har gått ut kan du få behandling på et annet ledig sted hvis det er ledig. Det er lange køer. Utlandet kan også være aktuelt. Da blir det lett å samhandle?

4000 mennesker i kø for å få rusbehandling. Flere og flere fristbrudd, som betyr at man ikke får et tilbud ut fra en satt forsvarlig ventetidsgaranti. Man legger ned 49 plasser i Helse sør – øst 1 juli 2008. Man bestemmer seg etter sterke konfrontasjoner og kjøpe 60 nye i september/oktober. Dette sier noe om oversikten rundt kapasitet og den utviklingen mange ser bortsett fra de som burde ha denne oversikten mer enn noen andre.

Det positive nå er at Helse sør øst bevilget 15 millioner kroner ut året til nye behandlingsplasser som utgjør 60 millioner kr fra januar neste år pluss 65 millioner bevilget i statsbudsjettet. Det betyr at det blir behandling for 125 millioner kr mer i 2009 enn i 2008. Omregnet i plasser blir dette 125 behandlingsplasser. Et skritt i riktig retning. De andre regionene er også opptatt av å øke kapasiteten, bare man ikke gjør like dumme forsøk som i Helse sør – øst der man øker kapasiteten gjennom å gå fra døgn til poliklinisk behandling og samtidig påstå at kvaliteten blir bedre. Kvaliteten i flere behandlingssinstitusjoner har blitt dårlige etter at vi fikk et ensidig medisinsk fokus.

:

Er det mer du lurer på så ring meg på 99261078