



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Tittel: Rehabilitering for narkotikaavhengighet etter
soning i fengsel / Rehabilitation for drug addiction
after prison sentence**

Forfatter: Marianne Berg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 26.5.2011



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Hans Petter Iversen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26.5.2011

Antall ord: 11525

“Du kan si til politikerne at det må være en oppfølging. Like før løslatelsen og like etter. Uten det kan de spare seg for opplæringen her inne. Du greie likevel ikke stå oppreist med bare to bæreposer i handa, selv om du har forbedra norsken fra 2 til 3” (Utsagn fra en innsatt i St. meld.nr 37, 2007-2008).



Innhold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Presentasjon av tema	6
1.2 Hvorfor er temaet relevant for meg	6
1.3 Bakgrunn for valg av tema	7
1.4 Oppgavens oppbygging	7
2.0 PROBLEMSTILLING	8
2.1 Presentasjon av problemstilling	8
2.2 Case	8
2.3 Avgrensing og begrepsavklaring	9
3.0 METODE OG PERSPEKTIV	11
3.1 Hvilken metoder har jeg brukt	11
3.2 Validitet og reliabilitet	12
3.3 Forforståelse	13
4.0 HVEM SNAKKER VI OM?	14
5.0 TEORIDEL	15
5.1 Rehabilitering	15
5.2 Brukermedvirkning	17
5.3 Familie og Nettverk	18
5.4 Medisinsk behandling	20
5.5 Måltrettet miljøarbeid	21
6.0 DRØFTING	23
6.1 Hvilken sammenheng er det mellom levekår og rehabilitering?	23
6.1.1 Forebygging	23
6.1.2 Gjenintegrering	25
6.2 Hvilken betydning har rehabilitering i fengsel for den narkotikaavhengige?	27
6.2.1 Fordeler med rehabilitering	27
6.2.2 Samfunnet må straffe de som gjør noe galt	29
6.3 Hvilken rolle har jeg som mulig ansatt i kommunen?	30
6.3.1 Samarbeid	30
6.3.2 Gap modellen	31
6.3.3 Brukermedvirkning og mestring?	32
6.4 Medisinsk perspektiv	34
6.4.1 Fordeler med medisinsk rehabilitering	34
6.4.2 Ulemper med medisinsk rehabilitering	35
7.0 AVSLUTNING	36
7.1 Konklusjon	36
7.2 Refleksjon	37
8.0 LITTERATURLISTE	39
8.1 Bøker:	39
8.2 Offentlige utredninger, stortingsmeldinger, lover og forskrifter:	40
8.3 Internett kilder:	41

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

Dette er en avsluttende oppgave på vernepleiestudiet. Temaet er mennesker med narkotikaproblemer, og hvordan de kan rehabiliteres til et liv uten rus og kriminalitet etter soning i fengsel. Jeg har valgt å se nærmere på hvorfor så mange blir gjengangere i norske fengsel, og om det finnes oppfølging etter soning? Hva skal til for å få ned soningskøene i Norge? Jeg har laget en problemstilling, der jeg belyser sentrale områder knyttet til rehabilitering. I oppgaven bruker jeg begrepet narkotikaavhengig for å beskrive målgruppen, det er det samme begrepet Stoltenberg utvalget (2009) bruker i sin rapport om narkotika.

1.2 Hvorfor er temaet relevant for meg

Rehabilitering av narkotikaavhengige valgte jeg på grunn av at det er et stort og viktig samfunnsmessig tema, og samtidig faglig interessant. Jeg vil jeg knytte temaet opp mot en brukergruppe. "Vernepleieryrke kan bidra til at mennesker med ulike funksjonsvansker kan oppnå en større grad av selvstendighet og livskvalitet. Gjennom målrettet stimulering og opplæring, ønsker vi å utvikle den enkeltes selvbestemmelse, deltakelse og mestring av dagliglivet" (Høgskolen i Molde, 2011). Vernepleieren er utdannet til å ha et helhetlig syn på menneske, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukerens autonomi og rett til medbestemmelse. Videre skal vi kunne jobbe tverrfaglig med andre etater. Vi skal også kunne kartlegge sammenhengen mellom samfunnsmessige forhold og livssituasjonen til brukeren (Rammeplan for vernepleieutdanningen, 2005).

I september 2004 fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper (Lov om pasientrettigheter, 2004). Jeg tror mange narkotikaavhengige ikke er i stand til å ivareta sine rettigheter. Lars Hanssen direktør for statens helsetilsyn påstår at det stadig skjer fristbrudd (datoen for livsnødvendig rehabilitering ikke blir overholdt) ovenfor rusavhengige. Narkotikaavhengige er en sårbar gruppe som stadig opplever fristbrudd. Behandling for narkotikaavhengighet skal skje innen tre måneder, noe som ofte ikke blir overholdt av helsevesenet. I mange tilfeller vet ikke målgruppen om sine rettigheter, eller er for syk/nedkjørt til å kjempe sin rett (Lars E Hanssen, 2011).

Et viktig spørsmål blir hvordan vernepleiere kan bidra i rehabilitering av rusavhengige som målgruppe. Kan vernepleieren samarbeide med kriminalomsorgen slik at rehabiliteringen blir bedre tilrettelagt for de rusavhengige i fengsel og ved løslatelse?

1.3 Bakgrunn for valg av tema

I følge kriminalomsorgen har 60 prosent av alle innsatte rusproblem, og ofte er det de samme personene blir innsatt gang på gang. Stoltenberg utvalget beskriver narkotikaavhengighet som en kompleks lidelse som krever individuelle løsninger. Det må være enkelt å få hjelp, og hjelpen må være tilgjengelig når den narkotikaavhengige selv trenger den. Gode behandlings- og rehabiliteringstilbud henger sammen, uten avbrudd eller lange ventetider mellom avrusning og rehabilitering (Stoltenberg utvalget, 2009).

Valg av tema kommer også av personlig interesse og engasjement. Jeg har nære relasjoner til rehabilitering av ruslidelse, og har erfart hvor viktig rehabilitering kan være. På bakgrunn av dette engasjementet, fanget NRK, Brennpunkts dokumentar "*Småby dop og alltid klar*" min interesse. Her tar de opp narkotikaproblemet i norske småbyer og hvordan det har utviklet seg i negativ retning. Unge og flere enn noensinne bruker narkotika. Politiet i Kongsvinger forteller om elleve åringer som røyker hasj, og fjorten år gamle jenter som selger sex for å kjøpe narkotika. Forebygging, og rehabilitering av rusavhengige blir ikke prioritert. Med slike uttalelser synes jeg det er vanskelig og ikke bry seg.

1.4 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis har jeg konkretisert tema som er rehabilitering av narkotikaavhengige etter soning i fengsel. Videre har jeg skrevet om hvorfor temaet interesser meg, og hvorfor det er relevant i forhold til vernepleieryrke. Jeg har skrevet om innsatte rusmisbrukere generelle levekår, blant annet helsetilstand og økonomi. Deretter har jeg laget problemstilling med underspørsmål. For at leseren skal kunne danne seg et bilde på målgruppen har jeg laget en case basert på en dokumentar som ble vist på NRK, Brennpunkt 10. mai 2011. Caset handler om to brødre som sitter i fengsel og ønsker rehabilitering etter soningen. Teoridelen av oppgaven inneholder rehabilitering, brukermedvirkning, familie/ nettverk, medisinsk

rehabilitering og målrettet miljøarbeid. Dette synes jeg er vesentlige områder i rehabiliteringsarbeidet I drøftingsdelen prøver jeg å gi svar på problemstillingen, og svare på underspørsmålene. Avslutningsvis har jeg laget en konklusjon.

2.0 PROBLEMSTILLING

2.1 Presentasjon av problemstilling

Temaet jeg valgte er rehabilitering av narkotikaavhengige etter soning i fengsel. Jeg vil finne mer ut om hva vernepleiere kan bidra med i rehabiliteringen. Og har funnet det konstruktivt å konkretisere problemstillingen i underspørsmål, underspørsmålene vil jeg også bruke i drøftingen. Er det mulig å minske gapet mellom samfunnets krav til funksjon, og den rusavhengiges funksjonsvansker? Hva kan vernepleieren bidra med for å minske gapet? På bakgrunn av dette er problemstillingen blitt følgende:

Hvordan kan vernepleieren bidra i rehabiliteringen av rusavhengige etter soning i fengsel?

Overgangen mellom fengsel og frihet kan være en kritisk fase i forhold til tilbakefall. Hva skal til for at denne overgangen kan bli mer vellykket? For å få med viktige områder i rehabiliteringsprosessen har jeg laget følgende underspørsmål:

Hvilken sammenheng er det mellom levekår og rehabilitering?

Hvilken betydning har rehabilitering i fengsel for den narkotikaavhengige?

Hvilken rolle har jeg som mulig ansatt i kommunen, etter soningen?

Positive og negative sider ved medisinsk behandling?

2.2 Case

I caset gjenforteller jeg historien fra NRK, Brennpunkt. Det handler om to brødre som sitter i fengsel, og ønsker å bli rusfri. Temaet er sikre oppfølging til personer med rusproblemer etter soning i fengsel. Hvordan kan kommunene ivareta rusavhengige som ønsker et rusfritt liv?

Morten og Henrik er 20 år og tvillingbrødre. De har et nært forhold, og har vært mye sammen gjennom oppveksten, de har hatt de samme interessene og den samme omgangskretsen. Når de blir intervjuet av Brennpunkt soner Henrik på Ullersmo, og Morten i Kongsvinger fengsel. Da guttene var 14 år tok moren sitt eget liv, etter det begynte de å ruse seg. Det startet med hasj, men det utviklet seg videre amfetamin og heroin. De kom i kontakt med feil miljø som besto av personer som var mye eldre enn dem, og narkotika ble et vanlig innslag i hverdagen. Etter hvert som rusproblemene ble verre, begynte de å stjele, gjør innbrudd og annen kriminalitet for å finansiere rusmisbruket, dette førte til at de ble gjengangere i fengselssystemet. Når guttene var cirka 15 år, tok faren kontakt med barnevernet. Han forteller at han ble møtt av ansatte som satt på hver sin "tue", hvor han måtte samle trådene selv. Det var dårlig samhandling mellom etatene, og guttene fikk aldri kontinuitet i gjentatte rehabiliteringsforsøk. De vender alltid tilbake til rus og kriminalitet. Morten forteller at drømmen er å bli rusfri og starte sitt eget bilopphuggeri sammen med broren (NRK, Brennpunkt, 5/2011).

Hvordan kan jeg som vernepleier bidra i at guttene får den riktige rehabiliteringen?

2.3 Avgrensing og begrepsavklaring

Jeg har avgrenset oppgaven til å handle om voksne over 18 år som har sonet flere ubetingede dommer, ubetinget dom betyr å sitte i fengsel. Målgruppen har et liv er preget av narkotika og kriminalitet. Målgruppen foretrekker og ruse seg på heroin, amfetamin og hasj, det kalles blandingsmisbrukere. Jeg bruker begrepet narkotikaavhengig, men for å variere og få frem riktige poeng bruker jeg også rusavhengig og stoffmisbruker. Stoltenberg utvalget ledes av Thorvald Stoltenberg, og er et offentlig utvalg som skal vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Stoltenberg utvalget har kommet med forslag om å bygge det de kaller Mo senter. Dette for å sikre rusavhengige et rehabiliteringstilbud uten avbrudd i behandlingkjeden. For å hindre slike avbrudd må den rusavhengige starte rehabiliteringen i fengsel, som fortsettes av kommunen.

Begrepsavklaringer:

Mo sentre: Stoltenberg utvalget skriver i sin rapport at de ønsker en samlet rustjeneste. For å få en samlet tjeneste foreslår utvalget å bygge det de kaller Mo sentre. Dette er egne mottaks- og oppfølgingsentre, der ansvaret for langsiktig oppfølging og koordinering av behandling

for den enkelte samles på et sted, under en budsjettlinje. Formålet er å sikre behandling og langsiktig individuell oppfølging i ett kompetent tverrfaglig miljø. Følge opp den avhengige så lenge det er nødvendig, og fungere som en bro mellom ulike tiltak ved å tilby polikliniske tjenester, medisiner og oppfølging, også i perioder der brukeren venter på plass ved ruspoliklinikker og døgninstitusjoner (Stoltenberg utvalget, 2009).

Blandingsmisbruk: Det finnes mange ulike rusmidler, i denne oppgaven skriver jeg om illegale rusmidler/ narkotika. Blandingsmisbruk vil si og ruse seg på ulike typer narkotika. For å avgrense har jeg valgt hasj, amfetamin og heroin. Friestad og Hansen (2004) hevder at blandingsmisbrukere også foretrekker og ruse seg på tabletter og alkohol, men jeg har valgt at oppgaven ikke skal handle om det.

Funksjonsvansker: I Rammeplanen (2005) for vernepleie står det at etter endt utdanning vil jeg være kvalifisert til å utføre miljøarbeid og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og sosiale funksjonsvansker. I oppgaven bruker jeg begrepet funksjonsvansker. Vanskene oppstår når de narkotikaavhengige ikke greier å fungere i samfunnet på lik linje med andre mennesker. Jeg tror mange rusavhengige har vanskelig med å holde på jobb, kan ha problemer med å styre økonomi, og ta vare på sin egen helse. Men med den riktige rehabiliteringen kan kanskje funksjonsvanskene gradvis bli mindre. I oppgavens sammenheng synes jeg funksjonsvansker begrepet blir mer riktig å bruke enn funksjonshemming. For å være funksjonshemmet må flere kriterier være tilstede, blant annet at personen har en varig skade (Markussen, 2008). Narkotikamisbrukere kan ha problem som har vart over tid og er av betydning, men rusmisbruket har ikke alltid ført til varige skader. Jeg velger å ha et optimistisk syn, for kanskje med den riktige behandlingen vil funksjonsvanskene gradvis minske eller bli borte?

Rehabilitering: Regjeringa la i 1998 frem en stortingsmelding ved navn *ansvar og meistring*, meldingen hadde som mål å få et mer effektivt rehabiliteringsarbeid på brukernes premisser. Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til at individet skal klare seg best mulig selv og at flest mulige kan være aktive deltakere i jobb, skole og fritid. Rehabilitering blir i forstått som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel (St. meld nr. 21, 1998-99). Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og atferdsrettet. Rehabilitering handler å bedre personens funksjonsevne og fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene (St. prp. Nr.

1, 2007-2008). I oppgaven har jeg også brukt begreper som ettervern, behandling og tilrettelegging, som er en del av rehabiliteringsprosessen.

Individuell plan: Formålet med individuell plan er at brukeren skal få en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det kan handle om opprydding, finne strategier for utløsning av ressurser, og å skape tilgjengelighet og støtte i brukerens omgivelser (veileder, individuellplan, 2007). Kommunehelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester, spesialisthelsetjenesten og psykiatriloven plikter kommunen og fylkeskommunen å utarbeide individuelle planer for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Linde og Nordlund, 2008: 90).

3.0 METODE OG PERSPEKTIV

3.1 Hvilken metoder har jeg brukt

Linde og Nordlund (2008) skriver at metode kan forstås som en bestemt vei for og nå et mål. Metodisk arbeid innebærer systematisk eller planmessig arbeid. Med begrepet metode forstår vi en bestemt vei, systematisk eller planmessig fremgangsmåte. Metodisk arbeid bruker vi om fremgangsmåter som bygger på systematisk oppbygging hentet fra en teori, en vitenskap, et fag eller en virksomhet (Linde og Nordlund, 2008: 97).

Opgaven bygger i hovedsak på litteraturstudie, for å finne litteraturen har jeg brukt databasen Bibsys som er et norsk system og driftsleverandør for fag og forskningsbibliotek. Her fant jeg forskjellige bøker om rus, rehabilitering og avhengighet. Jeg fant snart frem til viktige definisjoner og teori i litteratur av blant annet Hans Olav Fekjærs (2009), Per Føyn og Sharam Shaganis (2010), Hallgeir Brunmoens (2000) og Kari Lossius (2011).

Jeg har brukt pensumbøker av Einar Aadland (2010) Hilde Eide og Tom Eide (2002) Linde og Nordlunds (2008) Olav Dalland (2004). Knut Moynahan og Luke Gundersen (2006) og Solfrid Vatne (2007).

Jeg har hatt god nytte av offentlige dokumenter, som stortingsmeldinger, rapporter og veiledere. Eksempel på det er kriminalomsorgsmeldingen *straff som virker*. Her beskriver

regjeringen hvilke planer kriminalomsorgen har. Planene går blant annet ut på hvordan de skal få ned soningskøene, og hvordan rusavhengige kan gjenintegreres i samfunnet (St. meld.nr 37, 2007-2008).

For å finne ut hvilke mennesker som sitter i fengsel har jeg brukt Christine Friestad og Inger Lise Skog Hansens undersøkelse om “*levetår blant insatte*”. Denne rapporten er resultatet av en landsdekkende levetårsundersøkelse blant innsatte i Norske fengsler, gjennomført på oppdrag av Helse og sosial direktoratet og Justis og politidepartementet. Undersøkelsen bygger på opplysninger hentet fra statistisk sentralbyrå, det tolker jeg som kvantitativ metode. Kvantitativ metode har med omfang og tall å gjøre (Aadland, 2010:280).

Jeg har brukt Stoltenberg utvalgets rapport om narkotika. Våren 2009 oppnevnte regjeringen et offentlig utvalg som skulle vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp, utvalget ledes av Thorvald Stoltenberg. Jeg ser på rapporten som pålitelig siden regjeringen har oppnevnt et utvalg av kompetente fagfolk på området. Siden jeg skal skrive om rehabilitering tror jeg denne rapporten kan være betydningsfull.

Oppgaven har et hermeneutisk perspektiv. Fordi jeg legger vekt på NRK Brennpunkts uttalelser fra tvillingbrødrene, faren, politi, kommunepolitikere og fagfolk. Dokumentaren tok opp flere mennesker/instansers synspunkter på hvordan rehabiliteringsarbeidet og oppfølgingen av kriminelle rusmisbrukere er i kommunen. Tvillingbrødrene uttalte seg om hvilke fremtid de ønsket, men var usikker på om de greide det uten den riktige hjelpen. Faren deres fortalte om sin opplevelse av møte med det offentlige. Med utgangspunkt i min forforståelse bearbeider jeg disse inntrykkene og danner meg et bilde av hvordan kriminelle rusavhengige kan rehabiliteres. Hermeneutikk handler om å fortolke meningsfulle fenomener og beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig (Dalland, 2004).

3.2 Validitet og relabilitet

I følge Aadland (2010) betyr validitet det samme som gyldighet. Når data i en undersøkelse sier noe viktig og treffsikkert om problemstillingen for undersøkelsen, har den høy gyldighet (validitet) (Aadland, 2010: 280).

Reliabilitet betyr det samme som pålitelig. Når data i en undersøkelse er til å stole på og ikke preget av tilfeldigheter, har den en høy grad av pålitelighet (reliabilitet) (Aadland, 2010: 280).

Jeg har fulgt med i media for å danne meg et bilde av dagens kriminalomsorg og ruspolitikk. I medieoppslag er jeg alltid oppmerksom på at det finnes flere sider av en sak. Intervjuer og bakgrunnskunnskap Brennpunkt har, ser jeg på som pålitelige kilder. Programmet er ikke preget av tilfeldigheter, men bygger på medie oppslag og uttalelser fra sentrale politikere og andre fagfolk. Siden dette handler om nyere kriminalpolitikk, finnes det lite forskning på området. Jeg har konsentrert meg om rusomsorg og lest litteratur som beskriver behandlingsmetoder og tilnærming til målgruppen. Jeg har brukt kilder jeg tror har en høy pålitelighetsgrad (Aadland, 2004: 280).

I møte med brukere eller insatte som forteller om sin opplevelse av situasjonen, kan vi for eksempel aldri si at vi forstår fullt ut forstår dette menneskets opplevelse, hvordan dette mennesket “virkelig” opplever det. Ved metodisk bruk av sansene våre i møte med kan vi likevel komme ganske langt i å forstå fenomenet. Jeg er oppmerksom på at det jeg oppfatter med sansene mine ikke alltid er identisk med brukeres opplever. Alle har sin egen spesielle opplevelse av en situasjon (Dalland, 2004). Mulige feilkilder kan være min tolkning av hvordan de insatte narkotikaavhengige har det.

3.3 Forforståelse

Jeg tror dårlig eller ingen rehabilitering kan være grunnen til at så mange blir gjengangere i fengsel. Kanskje er det avbrudd i rehabiliteringen mellom fengsel og kommunen? Jeg mener narkotikaavhengige har rett til et verdig liv og skal ha tilgang på nødvendig helsehjelp som andre mennesker i samfunnet. Jeg tror mestring og ansvarliggjøring er viktig i rehabilitering. Å tro på seg selv og sine egne ferdigheter. Muligens kan brukeren nå målet sitt ved å utføre små delmål, så målene ikke blir for store og uoverkommelige. Kanskje er arbeid nøkkel til å oppleve mestring. Da kan brukeren oppleve sosialt felleskap, føle at de gjør en forskjell for andre og ha mulighet til å forsørge seg selv. Hvis brukere skal rehabiliteres til et liv uten kriminalitet ser jeg på å slutte med illegale rusmidler som en forutsetning for å greie å leve lovlydig

Inntrykket jeg har av rusomsorgen er at det i de senere åra har vært åpnet mer opp for alternative behandlingsformer. Dette er behandlingsmetoder som tidligere var kontroversielle, som for eksempel legemiddel assistert, og heroinassistert behandling. Alternative behandlingsmetoder har kommet fordi ruspolitikken ikke har vært tilstrekkelig for alle narkotikamisbrukere. Målet er at det skal finnes et rehabiliteringsopplegg som passer for alle (Stoltenberg rapporten, 2009). Hvis den avhengige har vært gjennom utallige rehabiliteringsopplegg over tid og ingenting fungerer, synes jeg den avhengige bør få tilbud om medisinsk rehabilitering, dette sammen med ordinær rehabilitering.

4.0 HVEM SNAKKER VI OM?

Som gruppe har insatte en del særtrekk som skiller dem fra resten av befolkningen. 30 prosent av de insatte har vært barnevernsklinter, 30 prosent har opplevd å ha nær familie i fengsel. 40 prosent har ungdomsskolen som lengste fullførte utdanning, 70 prosent er arbeidsledig, 40 prosent lever under fattigdomsgrensen, 30 prosent er bostedsløse. 50 prosent har kroniske sykdommer og 60 prosent av de insatte er rusmisbrukere. Det betyr allikevel ikke at alle som sitter i fengsel har disse problemene (St. meld.nr 37, 2007-2008).

Friestad og Hansen (2004) har på oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet, og Justisdepartementet laget et prosjekt med navn "levekår blant insatte". Hensikten med undersøkelsen var å danne seg et samlet bilde av de innsattes generelle levekår basert på empirisk dokumentasjon, og se dette i sammenheng med problemer knyttet til rusmisbruk og psykiske plager.

For de som bruker narkotika er misbruket en økonomisk belastning. 40 prosent av de insatte befinner seg under fattigdomsgrensa og stor del av de insatte oppgir at de har gjeld. Mange insatte har en barndom preget av dårlig økonomi, ustabile boforhold, mishandling, sykdom, rus og uoverensstemmelser i hjemmet. Mange av de insatte sier at oppvekstforhold har en sammenheng med at de sitter i fengsel, eller hendelser i barndommen som har vært betydningsfulle negative vendepunkter i livet (Friestad og Hansen, 2004).

Vanskelighetene for insatte bygger seg opp gjennom hele oppveksten og danner grunnlag for livsinnstillingen, der man føler seg i omgivelsenes vold, uten mulighet til å påvirke eget livsløp. De som klarer å endre livsløpet sitt, lykkes fordi de får mulighet til å tilegne seg erfaringer som gradvis bygger opp deres mestringsforventning, det vil si være i stand til å gjennomføre en plan, påvirke utfall, ha innflytelse på saker som angår en. En stor andel av insatte mangler utdanning utover grunnskolen. Utdanning er en viktig ressurs for å skaffe seg arbeid etter soning. Mange innsatte kan ha opplevd skolen som kanskje den mest tydelige tapsarenaen i livet. Dette kan andelen av insatte med lese- og skrivevansker og hyperaktivitet være indikasjoner på (Friestad og Hansen, 2004).

5.0 TEORIDEL

Jeg har valgt å skrive om fem ulike områder som kan være relevant rehabiliteringsarbeid for narkotikaavhengige etter endt soning i fengsel. Rehabilitering, brukermedvirkning, nettverk/familie, medisinsk rehabilitering og miljøarbeid. Jeg vil skrive hvordan jeg som vernepleier kan benytte målrettet miljøarbeid sammen med bruker som et verktøy i å nå målene om et liv uten kriminalitet.

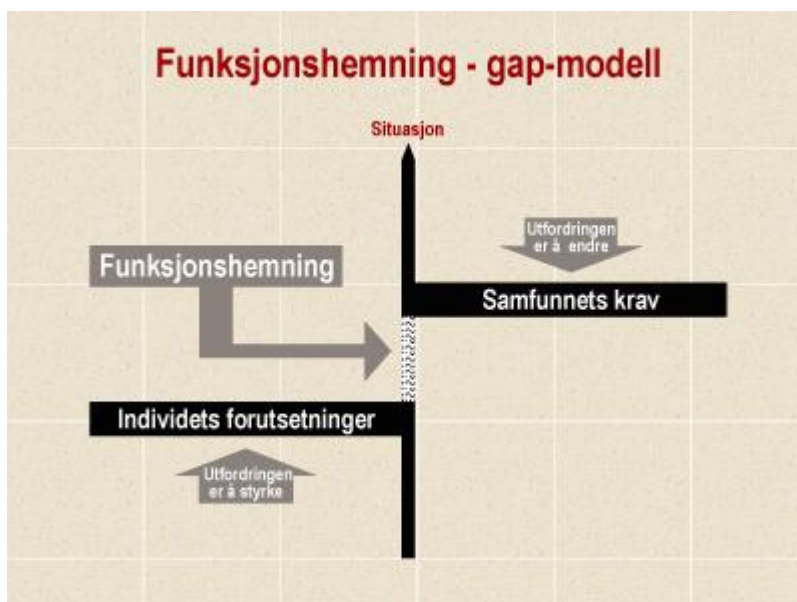
5.1 Rehabilitering

Vellykket rusbehandling forutsetter en tverrfaglig innsats som tar hensyn til både rusmessige faktorer i brukerens liv, somatisk helsestatus, sosiale problemer, brukerens nettverk og familie. Vellykket behandling forutsetter en god terapeutisk allianse, ved at hver enkelt rusavhengig blir møtt med forståelse, empati og respekt. Rusmisbruk er ofte en del av et større tilstandsbilde. Det er sjeldent tilstrekkelig og kun å fokusere på rusmiddelbruken. Brukerens hjelpebehov og endringsmuligheter må ses forhold til de muligheter og begrensninger som finnes hos bruker, i hjelpeapparatet, arbeidsliv, skole, nærmiljø, familie og øvrige sosiale nettverk (Lossius, 2011). Hjelpeapparatet bør ta sikte på en helhetlig rehabilitering som etablering av en trygg bosituasjon, stabilisering av økonomi, atferding til utdanning og arbeid, familiestøtte og håndtering av kriser. Tidligere tenkte mange at man skulle behandle det ene (rus eller psykiatri) og deretter det andre. Nå blir stort sett avhengige behandlet for de ulike

lidelser samtidig. Hvorvidt dette skjer innen psykiatri eller rusbehandling, kommer an på hvilket problem som er mest fremtredende (Fekjær, 2009: 308-309).

Helhetlig teoretisk tenkning gir oss virkemidler i møte med brukeren og i arbeidet med endring av brukerens, og omgivelsenes samspill, samt mulighet til å styrke ønskede utviklingsprosesser. Valg av helhetlig systemisk tankegang begrunnes med at rusmiddelbruk foregår i en kontekst, og det er viktig å tenke at den skadelige bruken og avhengigheten påvirker relasjonen og samspillet med andre (Lossius, 2011: 49-50).

Gap modellen sier noe om hva den rusavhengige trenger å jobbe med i rehabiliteringsforløpet. Modellen synliggjør funksjonsvansker begrepet, og de prosesser som inngår i rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2009). Dette misforholdet kan beskrives grafisk innenfor “gap modellen”. Gapet beskriver avstanden (funksjonstapet/vanskene) mellom individets personlige forutsetninger på den ene siden og omgivelsenes krav om tilgjengelighet på den andre siden. I rehabiliteringen av den rusavhengige skal det bygges en bro over denne avstanden. Ved hjelp av tilrettelegging av miljøet og individuelle tiltak vil gapet reduseres (Unni Sveen, 2011).



5.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har som mål at pasientene skal være deltaker i egen rehabilitering. Vi ser dette ved at hjelpen rettes mot brukerens interesser og grunnleggende behov. Tiltakene tjenesteyter utvikler sammen med bruker, blir annerledes enn om brukeren ikke hadde medvirket. Tiltakene har bakgrunn i det brukeren bryr seg om, og ikke det tjenesteyteren mener er riktig. Rehabiliteringsprosessen basert på brukermedvirkning kan gi brukeren helt nye muligheter i livet (Vatne, 2007:20).

“Brukermedvirkning er et sentralt begrep i vår tid” (Linde og Nordlund, 2008:13). Begrepet brukermedvirkning har lenge vært brukt i offentlige dokumenter. Etter hvert som enkeltindividet har fått større innflytelse i forhold til eget tjenestebehov, har begrepets innhold forandret seg, blant annet at medbestemmelse har forandret seg til medvirkning. En viktig årsak til at brukermedvirkning er satt på dagorden er kritikken helsevesenet har fått for sin mangel på lydhørhet i forhold til brukeres egne situasjonsbeskrivelser. Det er ulike begreper og modeller som forklarer grad av medvirkning, men felles for alle er aktørens kontrollmuligheter over situasjonen (Linde og Nordlund, 2008:39).

Sentralt i menneskerettighetene står retten til å leve et verdig liv uansett samfunn, tilstand og situasjon. Rettighetene er grunnlagt i at menneske har en iboende egenverdi, det vil si felles menneskelige kvaliteter, som nødvendigvis ikke er de samme. Menneskeverdet kan derfor ikke knyttes til spesielle egenskaper, ressurser eller kompetanse hos enkelt mennesket. Noe av det viktigste av å være menneske, er muligheten til å velge noe annet enn det andre mener, men også muligheten til å velge feil. Brukermedvirkning bygger på gjensidig informasjon og respekt for menneskeverdet, og medfører at hjelp selv ved tvang kan føles mindre krenkende. Deltakelse tilfører brukerne verdighet og medvirkning som er viktig for menneskeverdet (Vatne, 2007:21).

For noen brukere er møte med hjelpeapparatet en vanskelig opplevelse. Makteløshet og en følelse av å bli krenket gjør at noen spør seg hvordan de skal leve med eller kjempe mot systemet, heller enn å samarbeide med systemet. Disse brukerne opplever gjerne systemet som motarbeidende mer enn samarbeidende, som rigid mer enn fleksibelt, som systemfokuset mer enn individfokuset, og system ivaretagende mer enn individ ivaretagende. I offentlig forvaltning er brukermedvirkning et grunnleggende prinsipp som

handler om mer enn det å ta hensyn til brukerens behov, ønsker og ressurser. I henhold til lov om sosiale tjenester foreligger en plikt hos tjenesteyter til både å rådføre seg med brukeren og utforme tjenestetilbudet i samarbeid med brukeren (Lossius, 2011: 318).

Vatne (2006) bruker Habermas og hans teori om livsverden, systemverden og kommunikativ handling som fundament for å analysere brukermedvirkning i hjelperelasjonen. Dette er et perspektiv som kan plasseres innenfor kritisk eller kritisk hermeneutikk. Kritisk teori passer godt med innføringen av brukermedvirkning i helsetjenesten er knyttet utvikling, som myndiggjøring av personene eller av hjelpeforholdet, som myndiggjøring eller “empowerment”. Empower kan oversettes med bemyndige eller sette i stand til. Det innebærer å hjelpe mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres liv til å ta ansvar for eksempel over egen helse (Vatne, 2007:21).

Begrepet livsverden brukes innenfor mange fagområder. I helsefag kan det belyse brukere og tjenesteyteres livsverden. Livsverden begrepet oppsto i den fenomenologiske tradisjon med utgangspunkt i Husserls filosofi og som kritikk av positivismen. “Positivismen er en filosofisk retning som holder seg til det som er positivt gitt, eller erfaringsmessige kjensgjerninger” (Vatne, 2007: 47). I følge Scheel (1994) betyr Fenomenologi læren om det som viser seg. Fenomenologi fokuserer på livsverden og avdekker erfaringer og opplevelser. Man må prøve å forstå fenomenet i den verden de befinner seg i, og forstås i en konkret kontekst. Menneskets livsverden er i følge Husserl den eneste forutsetning for våre erfaringer og forståelse (Vatne, 2007). Alle mennesker har forskjellig livsverden. Ulikheten kan ha sammenheng med forskjellige kulturer, aldersgrupper, yrkesroller eller sykdomserfaringer. Brukermedvirkning krever evnen til perspektivskifte hos tjenesteyter. Retten til selvbestemmelse ligger også i retten til og ikke ønske å medvirke (Vatne, 2007).

5.3 Familie og Nettverk

Flere studier viser at et godt fungerende sosialt nettverk virker forebyggende ovenfor en rekke psykososiale problemer. Med et kvalitativt godt fungerende nettverk har man mindre behov for offentlige tjenester. Sosialt samvær er en kilde til god livskvalitet. Medlemmene av nettverket er de viktigste modellene for utvikling av normer og ferdigheter, og det er gjennom dem vi bygger vår selvoppfatning (Gundersen og Moynahan, 2006).

Hvordan kan sosial støtte og personlig kompetanse virke som beskyttelses faktorer for å ha et kvalitativt godt nettverk? Samtidig som manglende kompetanse og støtte kan være risikofaktorer for psykisk slitasje og dårlig livskvalitet. Personer med nedsatt kompetanse på ulike områder kan være sårbare når det gjelder utvikling og vedlikehold av sosiale nettverk. Miljøarbeid handler om å utvikle denne kompetansen. Som miljøarbeider kan vi tre vi inn i brukerens nettverk(Gundersen og Moynahan, 2006).

Hvis brukeren har redusert evne til å kommunisere med andre vil det frata personen en grunnleggende mulighet til å påvirke sine omgivelser, og formidle og motta synspunkter fra andre. Vi kommuniserer ikke i et vakuum, men de responser vi gir er under kontroll av de responser man mottar fra andre. Siden kommunikasjon er et så sentralt element i nettverks sammenheng, vil også tiltak som tar sikte på å bedre kommunikasjonsevnen, også være gode nettverkstiltak (Gundersen og Moynahan, 2006).

Det er også en fordel å ha kompetanse i dagliglivets oppgaver, men det er ikke en betingelse for god livskvalitet. De oppgaver man av tids eller kompetansemessige grunner ikke får til kan man som regel kompensere for ved at andre utfører dem isteden. Men å være avhengig av andre kan være et problem fordi man praktisk sett ikke alltid kan få hjelp når man trenger det. Også i en nettverksbyggende sammenheng kan det være en fordel at vi mestrer daglige oppgaver som skaper hygge for både oss selv, og våre omgivelser(Gundersen og Moynahan, 2006).

Om samspillet mellom to eller flere personer oppleves som positivt, er avhengig av om partene klarer å regulere sin væremåte slik at begge parter har positivt utbytte av situasjonen. Samhandlingen kan være basert på samtale eller gjennom felles aktivitet. Noen personer har en væremåte slik at de lett blir populære, og selv kjedelige gjøremål kan bli hyggelige sammen med dem. Andre kan ha atferdsmønster andre reagerer negativt på, og som får konsekvenser i at de blir mindre populære samspillspartnere(Gundersen og Moynahan, 2006).

I følge Pattersons studie består et “normalt” nettverk ofte av 20-25 personer, med 5-6 i hver undergruppe. Medlemmene har regelmessig kontakt med flere av disse menneskene. Kontakten er positiv og emosjonelt engasjerende. Relasjonene er tosidig. Nettverket er

relativt stabilt, det gir forhåndsregler og setter normer for hvordan man skal forholde seg under stress. Individer og grupper er forberedt på å komme til unnsetning når vedkommende havner i en stressende situasjon, og har kontinuerlig strøm av følelsesmessig støtte. I nettverket finnes det lett mobiliserbart, praktisk støtte som kan gi konkret hjelp. Nettverket er relativt konfliktfritt og fungerer snarere stressreducerende enn stresskapende (Klefbeck og Ogden, 2008).

Patterson fant flere fellesnevner med det han kalte de “nevrotiske” nettverkene, dette er ofte mennesker med rusavhengighet. Nettverket består cirka av 15 personer. Få slektninger, venner og arbeidskamerater. Allikevel har de høye forventninger til ikke frivillige, både utenfor og i kjernefamilien. Mange av de femten personene treffer man sjeldent eller ikke i det hele tatt. Antallet linker mellom personene i nettverket er bare halvparten så mange som i gruppen med “normale”. Personen er nevrotisk engasjert i internaliserte objekter som ikke finnes, og mangler evne til å interagere med “virkelige” objekter. Kontakten i det virkelige liv begrenses av unnvikende og svake eller negative relasjoner. Det er en asymmetri i relasjonene slik at man forventer skyld og plikt i relasjonene som gjør det vanskelig å gi og ta, både følelsesmessig og praktisk. Ved at nettverket er tynt og den “nevrotiske” atferden altfor sjelden korrigeres av gruppenormer i omgivelsene, øker usikkerheten. Personene mangler også ofte forbilder for sine handlinger fra grupper i omgivelsene. Det sosiale nettverket hos personer med nevrotisk atferd skaper derfor mer stress enn det minsker den. Dette fører til at stress omdannes til angst, og i sin tur til nevrotisk atferd (Klefbeck og Ogden, 2008).

Den narkotikaavhengige familie og nettverk kan være viktige samarbeidspartnere. Å nyttiggjøre seg av disse ressursene tror jeg er vesentlig faktorer for å lykkes i rehabiliteringsarbeidet.

5.4 Medisinsk behandling

Medisinsk rehabilitering i Norge foregår under LAR. Som står for legemiddelassistert rehabilitering. Organiseringen er et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, NAV sosialtjenesten og primærhelsetjenesten. I løpet av rehabiliteringen kan også flere aktuelle instanser bli involvert. I forhold til andre land er kriteriene for å få innvilget denne rehabiliteringsformen svært streng. Brukerne er over 25 år som har hatt et opioiddominert

misbruk i over ti år, og andre behandlinger er utprøvd i rimelig omfang (Lossius, 2011:336). I Norge er det i dag metadon og buprenorfin, som er godkjent for substitusjonsbehandling. Legemidlene blokkerer i stor grad virkningen av, og sug etter heroin.

Målsettingen for LAR er rusfrihet, bedret helse/ livskvalitet og sosial og yrkesmessig rehabilitering. I de nye retningslinjene legges det vekt på individuell tilrettelegging av behandling med graderte målsetninger ut fra den enkeltes ressurser og funksjonsnivå. Målsettingen vil variere på en skala fra mål om rusfrihet og rehabilitering til ordinært arbeid, til mål om stabilisering i en tilværelse med bedret egenomsorg, mindre sykdom, og mindre kriminalitet (Lossius, 2011:336).

Metadon og annen erstatningsbehandling bygger på at stofftrangen er vanskelig å fjerne, men heller få stoffbruken inn i kontrollerte former. Til forskjell fra vanlige medisiner tar ikke metadon sikte på å gjenopprette en vanlig fysiologisk funksjon, men å vedlikeholde en unormal fysiologisk tilstand. Substitusjonsbehandlingen betyr ikke bare at kroppen får et opiatlignende stoff, men at mye av identiteten som stoffmisbruker bevares. Forskning viser at stabil tilførsel av metadon nedsetter funksjonsevnen i liten eller ingen grad. Det er behandlerens utfordring å formidle dette tydelig til brukeren, slik at brukeren ikke tror mulighetene til mestring er mer begrenset enn den er (Fekjær, 2009: 287).

Stoltenberg utvalget har kommet med forslag om å gi de tyngste opioidavhengige heroin som en del av rehabiliteringen. Dette gjelder mennesker som er fysisk og psykisk nedkjørte, og som har forsøkt flere andre former for behandling. Heroin som behandling kurerer ikke avhengighet men setter brukeren i bedre stand til å kunne ta tak i sine problemer. Legemidlene alene er ikke tilstrekkelig, substitusjonsbehandlingen må skje i sammenheng med psykososial oppfølging, og annen rehabilitering. Mange avhengige som får behandling i andre land, ser ut til og gradvis få en bedre helse, og en bedre evne til å bo (Stoltenberg utvalget, 2010).

5.5 Målrettet miljøarbeid

Selv om de menneskelige relasjonene er viktige, spiller også de politiske avgjørelsene en stor rolle for brukeres livskvalitet. Tjenestene blir i dag hjemlet i sosialtjeneste loven eller

kommunehelsetjeneste loven, og dette er med å sette rammer for hvordan tjenestene organiseres. Hvilke ressurser som sist tilfaller den enkelte bruker vil blant annet avhenge av lovpålagte minste standarder, pluss de midlene som den enkelte kommune bevilger til målgruppen. Det er en stor fordel om det er opprettet ansvarsgrupper for den enkelte. Dermed vil det være lettere å få utarbeidet en individuell plan (Gundersen og Moynahan, 2006).

Miljøarbeid er best i relasjoner der partene kjenner og forstår hverandre. Tillit, gode møter, kommunikasjon og samhandling er nødvendig. I resultatorientertmiljøarbeid vil en kunne definere tydelige mål og beskrive klare kriterier for evaluering. Med prosessorientert miljøarbeid forstår vi miljøarbeid der endringsprosessens retning blir mer vektlagt enn bestemte handlingsmål som sluttresultat. Enhver endring vil ses på som prosess eller bevegelse fra et punkt til et annet (Linde og Nordlund, 2008).

I følge Ebbe og Friese (1990) forstås miljø ikke bare med det fysiske, men også det psykiske miljøet. Ved miljøarbeid forskyves fokus fra klientens sykdom til andre sider av individets egenart samt inkluderer omgivelsene der brukeren bor. En kan jobbe med økt livskvalitet, utvikling, læring eller opprettholdelse av ferdigheter (Linde og Nordlund, 2008). I Fellesorganisasjonen for vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger blir miljøarbeid definert som en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker (FO 2000:12).

I rammeplanen for vernepleierutdanningen står det at:

Studenten skal utvikle evne til å gi omsorg, veiledning og tjenester ut fra brukers behov, med sikte på økt livskvalitet og velferd. Studentene forberedes til yrkesutøvelse bygget på respekt og empati og til å begrunne handlingsvalg slik at de kan utføre godt metodisk arbeid på individ og samfunnsnivå (Rammeplan, 2005).

Miljøarbeid som fagområde fikk sin oppstart med etablering av vernepleierutdanningen, som startet med miljøarbeiderutdanning rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming. Miljøarbeidet har gått gjennom ulike faser med vektlegging av pleie, opplæring og terapi, via normalisering og integrering til dagens fokus på medbestemmelse, selvbestemmelse og empowerment. Krav om resultat, brukermedvirkning og bedre rettsikkerhet for brukere har ført til at miljøarbeidere i større grad blir avkrevd dokumentasjon av arbeidet de planlegger,

gjennomfører og evaluerer. Kvalitet og kvalitetssikring i miljøarbeid stiller krav til at en nøye gjennomgår alle deler i en plan eller et tiltak. Når virksomheten samsvarer med krav og spesifikasjoner, har en større sjanse for å få tjenester som er av god kvalitet. Mange opplever at tjenestetilbudet er dårlig koordinert, et virkemiddel for å gi den enkelte et mer forutsigbart tilbud er bruk av individuelle planer. Slike planer vil i en arbeidssituasjon kunne være et praktisk hjelpemiddel for målpersonen og medhjelperne både i forhold til hva som skal gjøres, hvem som har ansvar for ulike oppgaver, og hvilket tidsaspekt man jobber ut fra (Linde og Nordlund, 2008).

6.0 DRØFTING

Ut i fra foreliggende empiri vil jeg drøfte og analysere. Ut i fra disse opplysningene skal jeg prøve å gi svar på problemstillingen, og underspørsmålene. Hvilken sammenheng er det mellom levekår og rehabilitering? Hvilken betydning har rehabilitering i fengsel for den narkotikaavhengige? Hvilken rolle har jeg som mulig ansatt i kommunen? Og hvilke fordeler og ulemper er det ved medisinsk rehabilitering.

Martine Aurdal skriver at norsk narkotikapolitikk handler om hvordan man kan begrense bruken av ulovlige stoffer. Tydelige forbud og stadig strengere straffer har vært de viktigste virkemidler i kampen mot narkotika. Kampen mot narkotika i Norge har vært mislykket. I 1980 ble det anmeldt 2000 narkotikalovbrudd, i fjor var antallet økt til 40000. Nesten halvparten av alle straffereaksjoner handler om narkotika. Seks av ti norske fengsler sitter der på grunn av narkotikaforbrytelser, de fleste er tatt med små mengder stoff på seg. Det er på tide å tenke nytt i narkotikapolitikken (Dagbladet, 2011).

6.1 Hvilken sammenheng er det mellom levekår og rehabilitering?

6.1.1 Forebygging

På den ene siden kan levekårsundersøkelser bidra til å forebygge kriminalitet. Levekår kan defineres som individenes tilgang på ressurser som de kan bruke på ulike arenaer for og bevisst kontrollere og bevisst styre sine livsvilkår (Friestad og Hansen, 2004). Ved å undersøke levekårene, kommer kanskje problemene frem i lyset? Levekårsundersøkelsen

konkluderer med at et flertall av de insatte har hatt en oppvekst preget av rus, ustabile familie forhold og at nær familie ruser seg. Mange insatte har dårlig fysisk og psykisk helse, og mange mangler et sted å bo etter løslatelse (Stoltenberg utvalget, 2009). I levekårsundersøkelser kan jeg få svar på hva den insatte trenger under, og etter soningen. Hvordan kan kriminalomsorgen og kommunen forebygge rus og ny kriminalitet? Og hvordan henger de ulike områdene sammen?

I dag finnes det forskjellige tiltak for eksempel rusmestringsenheter og § 12 soning. Straffegjennomføring § 12, åpner for at insatte kan sone deler av straffen i institusjon, dette skjer ofte i rusinstitusjoner (Stoltenberg utvalget, 2010). Sammen med generelle tilbud innen rus og psykiatri er slike tiltak viktig for at en ond sirkel skal bli brutt. Et godt bo- og oppfølgingstilbud kan være starten på et bedre liv for mange som er avhengig av narkotika. Det varierer hvilken hjelp hver enkelt trenger. Noen ønsker kontakt når de føler seg utrygg, noen trenger støtte når de får uønsket besøk og mister kontrollen, noen har behov for hjelp til å holde i orden, handle, huske å spise eller trenger hjelp til å betale regninger (Stoltenberg utvalget, 2010).

“Narkotikaprogram med domstolskontroll” er et forbyggende tiltak. Regjeringen hevder at i mange tilfeller fungerer ikke fengsel slik det skal. Målsettingen er å forebygge ny kriminalitet og fremme den domfeltes rehabilitering. På grunn av høy tilbakefallsprosent i fengsel blant rusavhengige, har regjeringen nå startet narkotikaprogrammet. Dette har siden 2006 vært en prøveordning i Bergen og Oslo. Narkotikaprogrammet er fengselsstraff som er gjort betinget (soner utenfor fengsel). Lovbryteren må forplikte seg til å være rusfri og følge andre pålegg som domstolen mener er nødvendig for å hindre nye lovbrudd. Friomsorgen og andre etater stiller opp med støttetiltak. Målsettingen er å forebygge ny kriminalitet og fremme domfeltes rehabilitering. Dette gjelder narkotikaavhengige som har mange års avhengighet, og tidligere dommer bak seg. Narkotikaprogrammet kan gi muligheter der hvor fengselsstraff tidligere ikke har ført til forandring (St. meld.nr 37, 2007-2008).

Et annet forebyggende tiltak kan være å få tilbud om koordinator under soningen, som sammen med den insatte utarbeider individuell plan. I. P kan inneholde den innsattes mål, ønsker og behov. Tjenesteyterne kan støtte, hjelpe og veilede, også ved løslatelse og overføring til kommunen. Hvis den insatte har begynt på skole i fengsel, kan koordinator hjelpe med oppfølging til videre skolegang. Den individuelle planen kan utløse ressurser og

gjør at ulike fagfolk kan kobles opp mot den brukeren. Målet kan for noen være rusfrihet, imens andre har ønske om å redusere misbruket.

Narkotika forårsaker dødsfall og menneskelig lidelse. Et viktig spørsmål i forebygging er om noen av dødsfallene kan unngås? I kjølvannet av narkotika avhengighet følger omfattende kriminalitet. Samlet bruker stat og kommune 5 milliarder årlig på rusfeltet. Allikevel er ikke alle tilfreds med ruspolitikken i Norge? En av politiets hovedprioriteringer er å avdekke organisert omsetning av narkotika. Veien til bakmennene går gjennom småselgere og rusmisbrukere. For politiet er helt klart kriminalisering av enhver illegal befatning med narkotika avgjørende for å lykkes i sin innsats. Kriminalisering av narkotikaforbrytelser har helt klart en forebyggende effekt, gjennom risiko for å bli straffet. Dette er særlig rettet mot ungdom og andre som er i en tidlig fase av sitt narkotikamisbruk (Lars Fause, 2011).

6.1.2 Gjenintegrering

På en annen side kan levekårsundersøkelser være nyttig i forhold til gjenintegrering i samfunnet. Levekårsundersøkelser har som hensikt og skaffe til veie empirisk dokumentasjon av omfanget av problemer og mangler på spesifikke levekårsområder, for på den måten å beskrive fordelingen av goder og byrder i ulike befolkningsgrupper. Hvor ligger problemet med gjenintegrering av rusavhengige? Er det samfunnet som ikke slipper de rusavhengige til i arbeidslivet? Eller er det de rusavhengige som ikke er i stand til å jobbe?

Utfordringen for hjelpeapparatet vil kanskje være å komme i kontakt med rusmiddelavhengige på et tidlig tidspunkt. Å nå mennesker med rusproblemer er ingen enkel oppgave. Terskelen for å søke hjelp er høy, og mange venter med å ta kontakt til det meste har gått i stykker og alle andre alternativer er prøvd ut. Ofte blir veien tilbake til en rusfri hverdag unødvendig lang (Lossius, 2011). Fengsel kan kanskje være en unik mulighet til å nå mennesker som har problem, her er den insatte trolig rusfri og har en unik mulighet til å starte rehabiliteringen. Kanskje problemet ligger i den videre oppfølgingen etter soningen? Sentrale arenaer som omfatter levekår er boligmarked, utdanningssystemer og arbeidsmarked. Dårlige levekår kan ikke reduseres til et spørsmål om manglende ressurser (lav utdanning, dårlig helse), fordi muligheten til å omsette ressursene, vil alltid være avhengig av egenskaper ved arenaen der omsetningen skal finne sted. Utdanning vil ikke omsettes til inntekt hvis ikke

arbeidsmarkedet gjør det mulig (Friestad og Hansen, 2004). Kanskje må samfunnet legge mer til rette slik at alle har tilgang til arbeidsmarkedet?

I rapporten om “innsattes levekår” kan vi se at mange ikke har bolig ved løslatelse. En betydelig andel som er registrert bostedsløse her i landet har alvorlige rusproblemer (Randby, 2010). Ofte vet mange ikke hvor de skal tilbringe neste natt. Noen bor kanskje midlertidig på nåde hos venner eller familie, andre tilbringer netter på hospits eller hos andre rusavhengige. Dette er mennesker som konstant lever i utrygghet, hvor målsettingen er å overleve fra den ene dagen til den andre (Friestad og Hansen). Selve fengselsoppholdet kan skape bostedsløse. Mens mange manglet bolig ved innsettelse i fengsel, manglet dobbelt så mange bolig når de ble løslatt. Regjeringen sier at det er et mål at alle som løslates skal ha en verdig bolig å gå til. Nøkkelen til en vellykket tilbakeføring ligger i kommunene (St. meld.nr 37, 2007-2008). Først når styresmaktene ser hvilke behov de insatte har, kan de gjøre noe med situasjonen.

Når det blir gjort levekårsundersøkelser får kanskje kriminelle mer forståelse for situasjonen de er havnet i. Noen mener kanskje at kriminalitet og rus er et valg man selv tar. Men levekårsundersøkelsene tyder kanskje på noe annet? Mange av de insatte har vært barnevernsbarn, og har nær familie som også har vært i fengsel. Barn lærer av de voksne, og hvis oppveksten er preget av rus og kriminalitet, er kanskje dette er det eneste de har lært. Barnevernet skal beskytte barn mot ustabile forhold i hjemmet. Er kriminalitet og rus selvforskyldt? Eller er det myndighetenes skyld som ikke har beskyttet de fra denne oppveksten?

En kartlegging av problemer og ressurser blant insatte på ulike levekårsområder er nyttig i forhold til gjenintegrering i samfunnet. Gjennom ulike tiltak vil regjeringen prøve å få ned tallet på gjengangere i fengslene. Friestad og Hansen (2004) hevder at hensikten med levekårsundersøkelsen er å gi et samlet bilde av de innsattes generelle levekår og se dette i sammenheng med problemer knyttet til rusmisbruk og psykiske plager. Det er en generell enighet om at dårlige levekår er en medvirkende faktor til kriminalitet.

Regjeringen vil at insatte skal være bedre skodd for et liv uten kriminalitet når de slipper ut. For å forberede de insatte på et liv uten kriminalitet skal det etableres flere rusmestringsprogrammer i fengsel, her kan de rusavhengige ta tak i problemene sine. Dette gjelder flertallet av de insatte som har narkotika relaterte saker, eller er rusavhengig. Dette

innebærer at kriminalomsorgen ikke bare skal være opptatt av risikoen og behovene den enkelte lovbrøyer må ha, men gi minst like mye oppmerksomhet til hans positive resurser, kompetanse, egenskaper og evner (St. meld.nr 37, 2007-2008).

6.2 Hvilken betydning har rehabilitering i fengsel for den narkotikaavhengige?

6.2.1 Fordeler med rehabilitering

På den ene siden vil jeg beskrive fordelene hvis den insatte får tilbud om rehabilitering i fengsel. Hvis den insatte skal rehabiliteres i fengsel må de kunne internere samfunnsnormen i sitt eget normsett slik at det utgjør den innsattes indre kontrollsystem, istedenfor ett ytre kontrollsystem han ikke har noe eierforhold til, som det han tidligere har prøvd å omgås. Dette forutsetter vilje fra den insatte, men også vilje fra tjenesteyter. Herunder vilje til å se den innsattes behov, mangler, ressurser, slik at den insatte kan rehabiliteres til å føle seg som et likeverdig samfunnsmedlem. Da vil det være i den innsattes egen interesse og ikke bryte med normen for det samfunnet som han identifiserer seg med (Johansen, 2009).

I september 2008 la regjeringen frem en ny stortingsmelding som heter "straff som virker", her tas det blant annet opp at bedre rehabilitering gir mindre tilbakefall til ny kriminalitet. Kriminalomsorgen skal sørge for en forutsigbar og trygg løslatelse. Nøkkelen til, og hovedansvaret for en effektiv rehabilitering ligger i kommunene. Det er et mål at alle som løslates fra fengsel skal ha en verdig bolig å gå til, ha skole eller arbeidstilbud og får tilbud om rehabilitering for rus og/ eller psykiske lidelser (St. meld.nr 37, 2007-2008).

Den historiske utviklingen av fengselsstraffen har særlig vært preget av dens oppdragende effekt. Det står allerede i forskrift om straffegjennomføring av 2002 at formålet med straffegjennomføringen skal defineres slik " så langt det er forenelig med hensynet til samfunnets sikkerhet og den alminnelige rettsoppfatning, skal forholdene legges til rette for at den straffedømte gis mulighet til å endre livsførsel og hindre tilbakefall" (Forskrift om lov om straffegjennomføring nr. 183, 2002). Fordelene er kanskje at den insatte reduserer rusbruken når de løslates, og kan få bedre livskvalitet som følge av det. Samfunnet kan tjene på at rusavhengige rehabiliteres på grunn mindre kriminalitet og som følge av det mindre

soningskøer. Når brukeren sitter inne har de faste rammer og et strengt regime å forholde seg til, jeg tror når de blir løslatt kan overgangen til friheten bli stor for mange. Personer som har rusproblem kan i noen tilfeller ha liten impuls kontroll, og evnen til å ta fornuftige valg er liten. Kanskje sitter de vedkommende i fengsel og planlegger å bli rusfri, men en eneste lite glipp kan føre de tilbake til narkotikaavhengigheten og tilbake i fengsel. Dette er en vond sirkel som myndighetene må hjelpe den narkotikaavhengige å bryte.

Narkotikaavhengighet er komplisert å behandle. Man skal behandle avhengigheten, men den enkelte skal også få hjelp til å ta tak i selve livet, rehabilitering av rusavhengighet er å få orden på et helt liv. Generelt kan vi si at rehabilitering har som mål å utvikle de evner og ferdigheter den insatte har, for å gjøre han eller henne i stand til å delta i dagliglivet og i samfunnet generelt. Vi må være realistiske i forhold til mennesker med narkotikaavhengighet. I det at tiltak skal være realistiske, ligger kravet om at rusfrihet skal vike. For mange vil redusert bruk være mer realistisk målsetting. Redusert rusbruk inngår for de fleste som en vesentlig del av det de avhengige selv definerer som et bedre liv (Randby, 2010: 51).

Det er flest mennesker som sitter i fengsel på grunn av narkotikakriminalitet. For å forandre på dette, må man kanskje se på hvordan rehabiliteringen foregår i fengsel. Hva kan gjøres annerledes? Justisminister Knut Storberget forteller om en innsatt som beskrev lukka soning som å sette livet på pause. Justisministeren vil trykke på “play” knappen, som i praksis betyr at flere skal få tilbud om skolegang/ arbeid i fengsel. Og rusavhengige få rehabilitering under og etter soning.

Ved planlegging av løslatelse må vi sammen med den insatte være rådgivere eller veiledere. Vi må være prosessorienterte isteden mer enn resultatorientert. Det er viktig å bygge opp de innsattes selvbylde. Vi må som hjelpere være fremtidsrettede og fokusere på mulighetene mer enn begrensningene. Vi må være realistiske sammen med den insatte og lokale tjenesteytere sette opp et sikkerhetsnett som vil fange opp den insatte når den vanskelige tiden kommer. Sikkerhetsnettet kan nedfelles i den individuelle planen. I kriseplanen bør den insatte, pårørende og tjenesteyterne skrive ned varselsignal som kjenner igjen når den insatte ikke har det bra. Målet er tidlig intervensjon for å avverge den store krisen og få iverksatt raske, effektive tiltak som hjelper vedkommende tilbake til sitt ordinære liv (Randby, 2010: 51).

Kanskje gis de rusavhengige for fort opp så lenge de ikke er motivert for behandling? Som alle andre pasienter, får også ruspasienter tilbakefall. Det er imidlertid ikke mange andre pasientgrupper som risikerer å bli utskrevet av behandlingstilbudet når man viser symptomene sine. I følge Lossius er det utenkelig å skrive ut en suicidal pasient hvis vedkommende prøver å ta livet sitt. Har ruspasienter mindre akseptable symptomer enn andre pasienter? Ser vi fremdeles på rusrelaterte tilbakefall som mer viljestyrte enn andre tilbakefall?

6.2.2 Samfunnet må straffe de som gjør noe galt

På den andre siden mener jeg at fengsel skal være en straff for de som har begått galt mot samfunnet. Kriminalomsorgen sier at myndighetene må reagere med fasthet når noen begår lovbrudd. Formålet med fengselsstraff er at den skal virke avskrekkende, straffen skal ha en allmennpreventiv effekt gjennom at den innsatte gjennom straffen skal oppleve å bli gjengjeldt gjennom soning i fengsel for det onde de har påført samfunnet. Det blir også oppfattet som samfunnets hevn mot en lovbrøyer (Store Norske Leksikon).

Kriminalomsorgen har ansvar for samfunnets sikkerhet. Hva som er akseptabel risiko i sikkerhetsvurderinger, er alltid et tema som bør debatteres, ikke bare i kriminalomsorgen, men i samfunnet generelt. Jeg tror det alltid vil være behov for å skåne samfunnet fra lovbrøyer Et trygt samfunn er målet for kriminalpolitikken. Fengselsstraff er det som på kort sikt mest effektivt stopper kriminell aktivitet. For de farligste lovbrøyerne er fengsel nødvendig for å sikre samfunnet trygghet. De som er farlige eller ikke har som hensikt å endre sitt kriminelle livsmønster skal samfunnet beskyttes mot. Folk skal kjenne seg trygge på at personer som begår alvorlig kriminalitet, ikke rømmer eller begår ny kriminalitet mens de sitter i fengsel (St. meld.nr 37, 2007-2008).

De insatte kan få skadevirkninger av å sitte i fengsel. Både internasjonal og norsk forskning viser at straffen, da særlig å bli satt i fengsel har mange utilsiktede skadevirkninger, eller "bivirkninger". Hvis man sitter i fengsel mister man mesteparten av kontakten med sine nærmeste. Med 20 minutter telefontid og besøk en time i uka er det vanskelig å opprettholde normal kontakt og det kan være vanskelig å holde på forhold. Mange som soner mister jobben eller skoleplassen sin, Fordi de sitter inne, har de det ofte vanskeligere enn andre å få jobb etterpå. Mange som soner bister boligen sin. I fengsel risikerer man også å komme i kontakt

med kriminelle miljøer og narkotika. Mange som sitter inne blir deprimerte, får angst og føler ensomhet. Fengsler med høyt sikkerhetsnivå kan virke umyndiggjørende og passiviserende. Mange føler avmakt av at de bli fratatt ansvaret for seg selv (St. meld.nr 37, 2007-2008).

Jeg tror å sitte i fengsel kan gi den domfelte en følelse av å bli ekskludert fra samfunnet, og kanskje gjøre problemene verre og kan skape hat hos den domfelte. Jeg tror samfunnet vil være mest tjent med å rehabiliterer lovbrøyttere, dette kan kanskje forebygge ulike fysiske og psykisk skader som følge av soningen. Soningsskader er først og fremst en konsekvens av å være skjermet fra samfunnet, slik at tankegangen formes av fengselsnormen istedenfor samfunnsnormen. Den insatte kan skades i fengsel på grunn av vold, trusler og isolasjon.

6.3 Hvilken rolle har jeg som mulig ansatt i kommunen?

6.3.1 Samarbeid

På den ene siden mener jeg samarbeid er viktig. Jeg mener samarbeid mellom fengslene og kommunen er relevant i forhold til min rolle som vernepleier. Jeg kan som tjenesteyter hjelpe med rehabilitering både inne i fengsel og utenfor. Kriminalpolitikken i Norge bygger på humanitet og likebehandling (St. meld.nr 37, 2007-2008). Når jeg har jobbet med oppgaven ser jeg at menneskesynet til kriminalomsorgen er ganske likt vernepleieres tilnærming til brukergrupper. Vernepleiere skal vise et helhetlig syn på mennesket og ha respekt for menneskets integritet. Etter endt utdanning skal jeg ha kunnskap om helse og sosialproblemer, velferdsstaten og dens profesjoner (Rammeplan, 2005). Jeg synes narkotikaproblemer i stor grad er helse og sosialproblemer. Kanskje vernepleieren kan være samarbeidspartner med kriminalomsorgen i planlegging og oppfølging ved løslatelse?

Jeg tror tverrfaglig samarbeid kan gi resultater. Med tverrfaglig samarbeid mener jeg at flere yrkesgrupper samarbeider for å ivareta insatte rusproblem. Den rusavhengige kan ha problemer som påvirker flere funksjoner i kroppen, og det er viktig å se fysiske skader i sammenheng med brukerens psykiske og sosiale situasjon. Jeg mener det er en selvfølge at vi må samarbeide med andre tjenesteytere for å gi den insatte best mulig hjelp. Nasjonale føringer om blant annet å gjøre samhandling mer forpliktende, å få til bedre samhandling

mellom tjenestene, og bedre samhandling og kontinuitet i tjenesten forekommer av blant annet opptrappingsplanen for rusfeltet, og samhandlingsreformen (St.meld. nr. 37). Å styrke samhandlingen mellom ulike instanser i hjelpeapparatet er en forutsetning for samarbeid (Lossius, 2011:316).

Samhandling betyr å kunne gjøre noe sammen, mens samarbeid omfatter å arbeide sammen mot en felles målsetting. I følge Lauvås og Lauvås er tverrfaglig samarbeid interaksjon mellom representanter fra ulike fag og tjenesteinstanser med formål om å sikre kvalitet i arbeidet ved at den faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt. Og kunne utvikle kunnskap på tvers av fag. Jeg tror under soningen er dette en unik mulighet til å nå narkotikaavhengige.

6.3.2 Gap modellen

I teori har delen jeg skrevet om gap modellen. Hensikten med modellen er å sette inn riktig tiltak og tilrettelegge i miljøet slik at den insatte kan fungere i samfunnet. På den ene siden av modellen har vi individets forutsetninger. Individets forutsetninger handler hvilke evner og engasjement den enkelte har ovenfor rehabiliteringen. Utfordringen min som vernepleier blir å styrke individets forutsetninger. Det vil si å motivere, gi den insatte tro og håp, tilføre kunnskap og faglig kompetanse. På den andre siden har vi samfunnets krav. Her blir utfordringen å endre samfunnets krav. Det vil si å hjelpe med å finne egnet bolig, legge til rette rehabiliteringstilbud etter soningen, legge til rette medisinsk rehabilitering, finne egnet arbeidstilbud og fritidsaktivitet.

Profesjonelt miljøarbeid handler om en kombinasjon av forståelse, vurderinger, systematikk og refleksjon. Samtidig er det krav om dokumentasjon av faglige overveielser og arbeidsmåter, samt krav om at tjenestemottaker skal medvirke og bestemme. Mennesker med ulike grader av kognitive begrensinger vil i enkelte sammenhenger være avhengig av hjelp for å kunne velge tjenester, og se konsekvensene av valg de foretar. Hjelpebehovet kan variere fra nesten ingenting til total avhengighet. I miljøarbeidet tar jeg utgangspunkt i personens ønsker og behov så langt det er mulig. Den assosiasjonen til selvbestemmelse og egen påvirkning som brukerbegrepet gir synes jeg er viktig. Samtidig vil jeg være oppmerksom på at selv om personen mottar tjenester, er ikke målgruppen jeg skriver om bare en bruker, innsatt, narkotikaavhengig eller straffedømt. Enhver person er først og fremst Per, Ola eller Kari, og

de har mange roller, som sønn, kollega, venn eller kjæreste. Det viktigste er at mottakeren av våre tjenester er hovedperson i eget liv. Dette bør mitt språk som tjenesteyter gjenspeile i miljøarbeidet (Linde og Nordlund, 2008: 16).

6.3.3 Brukermedvirkning og mestring?

På den andre siden tror jeg mestring og brukermedvirkning er sentralt i rehabilitering. Jeg tror mange rusmisbrukere kan slite med dårlig selvbilde. Noen har kanskje flere ganger tidligere prøvd å bli rusfri, uten å lykkes. Andre tenker at de ikke greier å leve et annet liv? Det er ikke uten grunn det blir snakket om at en skal tenke positivt, hvis man tror at man greier en oppgave, tror jeg sannsynligheten for å greie den er større.

Nå er ikke brukermedvirkning lenger bare etisk riktig . Som tjenesteyter plikter jeg å la brukere medvirke i sitt eget behandlingsforløp. I lov om sosiale tjenester heter det i § 8-4: “Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten”. Å ha innvirkning på eget liv handler om personlig kompetanse, og i hvilken grad den enkelte blir hørt” (Linde og Nordlund, 2008).

Mestringstillit er et begrep som har blitt en sentral dimensjon i rusbehandling.

Mestringstillit har betydning for hvilke mål en setter seg, hvor mye en anstrenger seg for å nå målet, og hvordan en reagerer på tilbakeslag. Manglende motivasjon hos rusavhengige, kan ofte være uttrykk for at de mangler tro på at forandring kan skje (Fekjær, 2009: 253).

Jeg lurer på hva som er mangelfullt i kriminalomsorgens rusarbeid siden tilbakefallsprosenten er så høy? Kriminalomsorgen har vært preget av paternalisme, det vil si at de insatte har hatt liten eller ingen innflytelse på sin egen situasjon. Kanskje mangler en del narkotikaavhengige tro på seg selv og sine egne evner, og trenger hjelp for å bygge opp selvtillit og evner.

Hvis brukeren mangler tro på at endring kan skje i rehabiliteringen, hindres de å gjøre en helhjertet innsats. Manglende tro på egen mestringsevne har gjort at de nærmest gir opp på forhånd. Mestringstillit bygges opp ved å lykkes. For å bygge opp mestringstillit er det viktig å fokusere på mål som er oppnåelig. Eksempel på dette kan være fullstendig endring av væremåten og livslang rusfrihet. Å leve dag for dag kan hjelpe, slik at ikke den rusavhengige ser på rehabiliteringen som en uoppnåelig lang reise. Tungt belastede rusavhengige har ofte mange nederlag bak seg alt fra oppveksten og har aldri greid

voksensamfunnets forventninger når det gjelder utdanning/arbeid, eller relasjoner til andre (Fekjær, 2009: 253).

Noen har allerede store vansker med å hevde seg i utdanning og yrkeslivet. De søker sammen i en avvikende og kravløs kultur som byr på mange utfordringer. For de fleste består kanskje hverdagen deres av stadig jag etter penger slik at de får kjøpe seg narkotika. Kanskje noen synes det er bedre å være rammet av “narkomani” enn å være samfunnets taper eller outsider? Mennesker som både er rammet av psykisk sykdom og rusproblem kan man jo lure på hvorfor ruser seg. Kanskje ruser de seg for å dempe ubehaget ved lidelsen, eller kanskje de ikke mestrer dagliglivet som psykisksyk? (Fekjær, 2009: 253).

Koordinatoren/ vernepleierens rolle er å hjelpe den rusavhengige til å bygge mestringstillit. Kanskje er dårlig mestringstillit grunnen til gjentatte rehabiliteringsforsøk uten å lykkes. Bygging av mestringstillit kan gjøre at de bedre forstår deres problematiske forhold til rusmidler, og på hvilke krefter som faktisk leder til rusmisbruk. Sammen med koordinatoren kan de finne ut om problemet til sprekken etter løslatelse ligger ved synet av langerens bil, krangelen med dama eller andre faktorer. Koordinatorens rolle blir å lære den avhengige at det finnes motkrefter til å bekjempe rus sug.

Jeg har nå beskrevet at rus kan være konsekvens av et langt liv med negative erfaringer. På en annen side kan rus forårsakes av rusmidlenes virkning og den ønskelige effekten dette gir. Det vil si rusmidlenes evne til å frigjøre dopamin i hjernen. Denne frigjøringen er ikke spesiell for rusmidler, men forekommer også ved inntak av mat. Men da bare brøkdeler av det som skilles ut ved bruk av sentralstimulerende midler. Stoffet som gir avhengighet, er spesielle med hensyn til sine forsterkende egenskaper, den kan lure kroppen til å tro at å innta stoffet er livsnødvendig. Personer som bruker heroin kan tro de dør hvis de ikke får neste dose. Da synes jeg det er lettere å forstå hvorfor mange rusavhengige ruser seg begår kriminalitet (Føyn og Shaygani, 2010: 44).

6.4 Medisinsk perspektiv

6.4.1 Fordeler med medisinsk rehabilitering

På den ene siden vil jeg drøfte argumenter som er for medisinsk rehabilitering.

Tidligere var den politiske betingede behandlingsmålsettingen at alle måtte slutte med stoff. Inntil nylig har hjelpen bestått av tilbud om behandling med sikte på stabil rusfrihet og rehabilitering til arbeid og utdanning. Det lykkes i en del tilfeller, men hos mange som kommer til behandling, lykkes det ikke. Det kan ha sammenheng med langvarige belastninger, som gjør rehabilitering svært vanskelig. Hvis behandlingsmålene er urealistiske, kan selv stor innsats føre til skuffelser hos bruker og pårørende, og utbrenthet hos hjelperne.

Jeg mener medisinsk behandling av de alvorlige narkotikaavhengige, bidrar til å gi et helhetlig tilbud som passer for alle. Den narkotikaavhengige slipper å ty til tigging, prostitusjon og annen kriminalitet for å finansiere misbruket. Medisinsk rehabilitering kan gi verdighet i forhold til frihet, selvrealisering og livskvalitet. Det kan være til hjelp for personer som gjentatte ganger har vært i behandling, men aldri lykkes. Noen alvorlige rusavhengige kan oppleve å ha svært vanskelig med å tilpasse seg reglene og rammene i en institusjon (Fekjær, 2009). For disse menneskene kan substitusjonsbehandling (metadon eller subutex) kanskje være et alternativ. Ved medisinerer i institusjon kan lindring av plagene hindre at brukeren avbryter avrusningen. Og kanskje motivere til videre rehabilitering (Fekjær, 2009: 281-82).

Substitusjonsbehandling kan kanskje gi den avhengige endelig et liv preget av rusfrihet, bedret helse og livskvalitet (Lossius, 2011: 336). Selv med legemidler er rehabilitering en langsiktig prosess som krever innsats på mange områder. Målsettingen er funksjonsbedring med fokus på den enkeltes ressurser, individuelle tiltak og tverrfaglig tilnærming. I opptrappingsplanen for rusfeltet vektlegges viktigheten av helhetlig rehabiliteringstilbud for deltakerne i legemiddel assistert behandling. Rehabiliteringen skal bidra til at personene skal i størst mulig grad fungere på bolig og arbeidsmarkedet (St.prp.nr.1 2007-2008).

Metadon har vært brukt i ulike faser ovenfor narkotikaavhengige, blant annet til nedtrapping i abstinensfasen, og vedlikeholdsbehandling. Kanskje greier ikke alle å komme seg gjennom

avrusningsprosessen uten medisinsk behandling. Kanskje greier de ikke de mest alvorlige rusavhengige absintens plager som uro, frynsinger, muskelsmerter, søvnevansker og diare`. De fleste tilfeller krever ikke medikamentell intervensjon. Norge har vært mer restriktive med medikamenter enn de fleste andre land, men dette er i ferd med å mykne opp.

Grunnen til at Norge åpnet opp for metadonbehandling 1994 var på grunn av hiv epidemien. Ved å få metadon utblandet i saft, slapp misbrukeren å bruke sprøyter som kunne føre med seg smitte. Tiltaket virket, og antallet nye smittede tilfeller gikk ned. Den andre årsaken for å innføre metadon var at det var en drastisk økning i overdosedødsfall. Overdosedødeligheten blant norske sprøytemisbrukere lå på topp i Europa. Ved å gi metadon til misbrukerne kunne man styre opioidforbruket, og risikoen for å få overdose ble mindre fordi stoffet ikke ble tatt med sprøyte.

De fleste som får substitusjonsbehandling, har god hjelp av legemidler som metadon og buprenorfin. Forskning fra andre land viser at behandling med heroin kan være et alternativ for enkelte som ikke har effekt av de nåværende medikamentene i LAR. Dette er bakgrunnen for at Stoltenberg utvalget har vurdert om det bør åpnes for at heroin også skal inkluderes blant medikamentene. Metadon og buprenorfin er første valget i substitusjonsbehandling over hele Europa. Heroin som opioid skiller seg ikke avgjørende fra opioidene metadon og buprenorfin, men metadon og buprenorfin er enklere og sikrere og administrere. I land der heroin gis som substitusjonsmedisin, gis slik behandling bare i tilfeller der den avhengige til tross for behandling fortsatt har et massivt intravenøst misbruk av illegale stoffer og er truet av alvorlige helsemessige komplikasjoner (Stoltenberg utvalget, 2010).

6.4.2 Ulemper med medisinsk rehabilitering

På den andre siden vil jeg drøfte argumenter mot medisinsk rehabilitering.

I Norge har det vært en tradisjonell tilbakeholdenhet ved bruk av vanedannende medikamenter i behandling. Metadon som en del av behandling av opioidavhengige ble møtt med stor motstand fra fagmiljøet. Argumenter som ble brukt var at metadon var å gi de avhengige et rusmiddel, det var å gi opp troen på de narkotikaavhengige, og ville kanskje undergrave motivasjonen for ikke medikamentell behandling. Behandlingen ville også muligens gå utover utbyggingen av medikamentfrie tiltak (Lossius, 2011: 333).

Metadon og buprenorfin er avhengighetsskapende og ettertraktet som rusmidler på det illegale markedet. Kommer for eksempel metadon på avveie kan det sette andres liv og helse i fare, fare for infeksjoner ved injisering og gjennom å kunne rekruttere andre til opioidavhengighet. Det har også i senere år vært økende overdosetilfeller der metadon har vært påvist hos personer som ikke har vært tilknyttet LAR. For å hindre lekkasje/ salg av metadon er det streng kontroll ved utlevering av legemidlene (Lossius, 2011: 336).

Ved metadon/ subutex behandling hevder Fekjær at mye av identiteten til en stoffmisbruker bevares. Ved siden av den daglige tilførselen av biologiske effekter, blir å gå på apoteket noe som daglig bekrefter avviket, at en ikke er som folk flest.

Jeg tror alle medikamenter har bivirkninger. Helsedirektoratet (2010), *nasjonale retningslinjer for opioidavhengige* skriver om mange rapportert bivirkninger av personer som bruker metadon og subutex. Eksempel på det er blant annet kvalme, forstoppelse, hodepine og søvnforstyrrelser.

Fekjær (2009) skriver at personer som får substitusjonsbehandling ikke har like gode yrkesmessige resultater som andre behandlingsformer, og at i de fleste tilfeller vil dette være livslang behandling (Fekjær, 2009).

7.0 AVSLUTNING

7.1 Konklusjon

Problemstillingen min var:

Hvordan kan vernepleieren bidra i rehabiliteringen av rusavhengige etter soning i fengsel?

Siden jeg ikke har jobbet innenfor kriminalomsorgen eller rusomsorgen er det vanskelig og trekke konklusjoner. Gjennom arbeid med oppgaven har jeg fått større innsikt i hva som skjer innen rus og kriminalomsorg, jeg kunne gjerne gått mer i dybden på ulike teorier som kan ha betydning for rehabiliteringsarbeidet. Jeg kunne også kommet med flere konkrete eksempler på hva vernepleieren kan bidra i rehabiliteringen.

Jeg synes det skjer mye bra i kriminalomsorgen som er til brukernes beste, bare de siste årene har det skjedd mye. Regjeringen bruker mye ressurser på og best mulig å rehabilitere narkotikaavhengige, og finne årsaken til de lange soningskøene. Konklusjonen ut fra undersøkelsen er at mange rusmisbrukere blir gjengangere i fengselssystemet. Regjeringa har allerede offentliggjort en rekke tiltak for å få ned soningskøene. Kanskje kan rehabilitering styrke brukeren slik at de er bedre rustet til å ta makt og kontroll over eget liv. Jeg synes det virker som det er store forskjeller rundt om i landet på hvordan rehabiliteringen foregår. Og at de forskjellige tiltakene ikke har kommet skikkelig i gang over hele landet. Etter endt utdanning tror jeg kanskje jeg kan være et tilskudd i kriminal/ rus sektoren. Jeg vil ikke erstatte de som allerede jobber i kriminalomsorgen, men samarbeide for å gi brukeren det beste tilbudet. Grunnen til at jeg kanskje er egnet er at jeg kan utføre miljøarbeid, samt utarbeide individuell plan sammen med brukere. (Rammeplan, 2005). Man hører stadig om at brukere ikke får tilbud om individuell plan. Kanskje vernepleieren kan være koordinator i planlegging, løslatelse og videre oppfølging i kommunen? Overgangen mellom fengsel og løslatelse har stor betydning for å lykkes i rehabilitering, og at soningen har som siktemål å gjenintegrere målgruppen i samfunnet.

7.2 Refleksjon

Vi har fortsatt ikke klart å finne årsaken til rusmisbruk. Det viser bare hvor komplisert felt vi står ovenfor. Det er blitt utviklet hypoteser, og ved testing virker de for noen, men ikke for alle. Det er et klinisk felt som er preget av pluralisme, som betyr forskjellige faglige tilnærminger og behandlingsmetoder lever side om side. Rusbehandling og rehabilitering er oppsplittet, med mange instanser og uoversiktlige ansvarlinjer. Hvem som har ansvaret til enhver tid, er ikke alltid like tydelig. Noen beskriver hvordan oppgavefordelingen mellom stat og kommune gjør narkotikaavhengige til utgiftsposter som kan flyttes mellom ulike budsjetter. Det mangler koordinering på individnivå, og det mangler en helhetlig og felles strategi på systemnivå (Stoltenberg utvalget, 2009).

Mange verken kan eller ønsker å slutte og ruse seg (Randby, 2010:52). Som vi ser fra levekårsundersøkelsen sliter mange insatte med problemer gjennom oppveksten. Det er lett for andre å fortrenge at de avhengige også har mange positive erfaringer med rusbruk. Folk er forskjellige, insatte trenger ulike rehabiliteringsopplegg som må skreddersys for den enkelte.

Målet om et varmere samfunn gjelder også innenfor fengselsmurene. Fra samfunnets side er det viktig med respekt for de som har sonet sin straff og gjort opp for seg. Men det endelige valget om en fremtid uten kriminalitet ligger hos den domfelte. De domfelte er selv ansvarlig for å ta sine egne valg. Å bli rusfri er en jobb den avhengige må gjøre selv (St. meld.nr 37, 2007-2008).

8.0 LITTERATURLISTE

8.1 Bøker:

Aadland, Einar (2004). *”Og eg ser på deg” Vitenskapsteori i helse - og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Brunmoen, Hallgeir (2000). *Bygging av mestringsstilling, en metodebok om mestring av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Fekjær, Hans Olav (2009). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Føyn, Per og Shahram Shaygani (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gråwe, Rolf R, Bente Espeland og Marit Holter (2009). *Mestring av rus- og psykiske problemer. Et gruppebasert lærings- og mestringsprogram*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag.

Gundersen, Knut og Luke Moynahan (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Klefbeck, Johan og Terje Ogden (2008). *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2008). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid, systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Markussen, Eifred (2008). *Menneskeverd, funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Randby Margareth (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatri problemer. På vei mot en bedre hverdag*. Oslo: Kommuneforlaget.

Vatne, Solfrid (2007). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

8.2 Offentlige utredninger, stortingsmeldinger, lover og forskrifter:

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2000) *Om vernepleieryrke*.

Friestad, Christine og Inger Lise Skog Hansen. Fafo rapport(2004). *Levekår blant insatte*.

Helsedirektoratet (2004). Rundskriv. IS- 12/2004. *Lov om pasientrettigheter*.

Helsedirektoratet (2007). Veileder IS- 1253. *Veileder til forskrift om Individuell plan*.

Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 21(1998-99). *Rehabiliteringsmeldingen. "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk"*

Justis og politidepartementet. St.meld. nr.37 (2007-2008). *Straff som virker. Ny stortingsmelding om kriminalomsorg*.

Utdannings og forskningsdepartementet (1/2005). *Rammeplan for vernepleierutdanninga*

Stoltenberg utvalget (3/2009). Rapport. *Rapport om narkotika*.

8.3 Internett kilder:

Brennpunkt (2011). Tema: *Småby dop og alltid klar:*

<http://www.nrk.no/nett-tv/klipp/733928/> (sett: 3.4.2011).

Forebygging.no, Lars Fause. Tema: *Bør den Norske stat dele ut heroin.*

<http://www.forebygging.no/en/Kronikker/2010-2008/Bor-Den-norske-stat-dele-ut-heroin/>

(lest: 20.5.2011)

Helse direktoratet (2009). Tema: *God helse- gode liv, ord og uttrykk:*

http://helsedirektoratet.no/sosialinkludering/ord_uttrykk/funksjonsnedsettelse_funksjonshemming_338424 (lest: 3.4.2011)

Helse direktoratet (2011). Tema: *God helse- gode liv, brukervedvirkning:*

http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/brukervedvirkning/

(lest: 6.5.2011)

Helse og omsorgsdepartementet(1991). *Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) § 8-4.*

<http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19911213-081.html#8-4> (lest: 19.5.2011).

Høgskolen i Molde (4/2011). Tema: *Bachelor i vernepleie.*

<http://himolde.studiehandbok.no/katalog/content/view/full/12446> (lest: 8.5.2011)

Johansen, Ole Kristian. Tema: *Fungerer fengsel som rehabilitering for lovbrøttere?*

<http://olakristianjohansen.blogspot.com/2009/04/fungerer-fengsel-som-rehabilitering-for.html>

(lest: 21.5.2011)

Kriminalomsorgen (2011). Tema: *Rusarbeid i kriminalomsorgen.*

<http://www.kriminalomsorgen.no/?id=427801> (lest: 3.4.2011).

Martine Aurdal. Dagbladet, kultur (2010) Tema: *kampen mot narkotika er mislykket.*

<http://www.dagbladet.no/a/10407461/> (lest: 21.5.2011).

Store Norske leksikon. Sveen, Unni (2011). Tema: *Gap modellen*.

http://www.snl.no/.sml_artikkel/gap-modellen (lest: 11.5.2011).

Lars E Hanssen (2011). Tema: *Fristbrudd for rusavhengige i helsevesenet*.

<http://www.tv2nyhetene.no/innenriks/helsevesenet-overser-rusmiddelavhengige-3497887.html> (Lest: 20.11.2011)

VG. Therese R Ridar (25.4.2011). Tema: *Slik skal multikriminelle Stian få et vanlig liv*.

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10084601> (lest: 10.5.2011)

