



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum

Avdeling for helse og idrett

4RU505V

Fagspesifikk fordypning 2012

Nina Hansen

Hva kan tjenesteyter i kommunal rusomsorg bidra med for at pasienter med Rop-lidelser skal kunne beholde behandlingsmotivasjonen i påvente av institusjonsplass?

Videreutdanning i Rus, Avhengighet og Psykiske lidelser, 2010-2012

Antall ord: 7689

09.05.2012

Samtykker til utlån hos
biblioteket:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	4
1.1 Presentasjon av problemstilling	5
1.2 Avgrensning av oppgaven	5
1.3 Oppgavens oppbygning	6
2 METODE	7
2.1 Kvalitativ metode	7
2.2 Litteraturstudie	7
2.3 Kildekritikk	8
2.4 Metoderefleksjon	8
3 TEORI	9
3.1. Rop-lidelse	9
3.2 Samhandlingsreformen	10
3.3 Tillitsperson/koordinerende person	10
3.4 Brukermedvirkning	11
3.5 Motivasjon	11
3.6 Ambivalens	12
3.7 Arbeid/bolig	12
3.8 Tilnæringsformer i kommunal rusomsorg	12
3.8.1 Familiesamarbeid/nettverksarbeid	13

3.8.2 Motiverende samtale (MI).....	14
3.8.3 Miljøterapi	14
4 DRØFTING.....	15
4.1 Kommunal oppfølging/tillitsperson/koordinerende person	15
4.2 Virksomme relasjoner	18
4.3 Brukermedvirkning	19
4.4 Ulike tilnæringsmåter.....	20
4.4.1 Familierettet arbeid	20
4.4.2 Nettverksarbeid	21
4.4.3 Arbeid/aktiviteter	22
4.4.4 Bolig	22
4.4.5 Miljøarbeid og sosial ferdighetstrening.....	23
5 SAMMENFATNING.....	25
Referanseliste	26

SAMMENDRAG

Denne oppgaven handler om pasienter med rop-lidelser. Erfaringsmessig har disse pasientene mange og sammensatte problemer, og de har ofte mange behandlingsforsøk bak seg.

Utgangspunktet for oppgaven ble derfor å belyse hvorfor de faller ut av behandlingssystemet eller hvorfor de ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudene som fins.

Jeg valgte en kvalitativ metode for å undersøke hva som kan gjøres for å beholde behandlingsmotivasjonen i påvente av institusjonsbehandling. Gjennom et litteraturstudie har jeg belyst hva kommunal rusomsorg kan bidra med i så måte.

Hovedfokus er å skape en god relasjon ved gjensidighet og respekt, ved bruk av motiverende samtaler, miljøterapi, nettverks og familiearbeid. I tillegg er det viktig at disse pasienter har et hjem, og meningsfylte aktiviteter å fylle hverdagen med. Hvis man lykkes med dette, i tett samarbeid med DPS i denne forberedelsesfasen, vil pasientene, være bedre rustet til å beholde behandlingsmotivasjonen, også senere, i etterkant av institusjonsoppholdet.

1 INNLEDNING

Stortingsmelding 47, «Samhandlingsreformen», har undertittelen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Hva betyr dette for pasienter med samtidig rus -og psykisk-lidelse (heretter rop-lidelse)? Hva er rett behandling? Hva er rett sted? Og hva er rett tid? Det er kjent at mange pasienter med rop-lidelser ikke får nyttiggjort seg det behandlingstilbudet som finnes i dag (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2008). Mye kan nok gjøres for at dette skal kunne bli bedre, men det er vanskelig å måle behandlingseffekt, da målet ikke alltid er fullstendig tilfriskning, men snarere små endringer som gjør livet bedre å leve (ibid.).

Motivasjon til behandling kan være også svingende for noen av disse pasientene (ibid.). Forskning viser til at institusjonsbehandling over lang tid, ser ut til å ha god effekt, men på den andre siden ser man at dette kan føre til institusjonalisering (ibid.). Det er min oppfatning at mange mener langvarig institusjonsbehandling er veien å gå for å bli rusfri. Gjennom min praksis har jeg møtt flere pasienter som også har troen på at det er dette som må til. Første skritt er å oppsøke hjelpeapparatet med et behov for bistand. De blir videre henvist til spesialisthelsetjenesten for tverrfaglig spesialisert behandling, hvor de kan vurderes for institusjonsplass. Jeg hører ofte pasienter klage på altfor lange ventelister, opptil et år, og i denne tiden kan mange pasienter miste motivasjonen til behandling. Mange pasienter beskriver også at de ikke blir fanget opp av kommunalt hjelpeapparat, eller at de ikke kan nyttiggjøre seg eksisterende tilbud.

Behandling blir ofte definert som spesielle terapeutiske tilnærminger eller psykologiske metoder for å sette i gang bedringsprosesser. Denne behandlingen er det ofte spesialisthelsetjenesten som står for. Jeg tenker at behandling til denne pasientgruppen innebærer mye mer enn det, og at kommunehelsetjenesten er en naturlig arena for bedring til disse pasientene.. Dette er ikke et utsagn for å underminere ekspertisen som finnes i spesialisthelsetjenesten, men snarere et forsøk på å se hva denne pasientgruppen kan

nyttiggjøre seg best av. Jeg vil i denne oppgaven redegjøre for hva jeg mener er god oppfølging av pasienter i forberedelsesfasen fram til institusjonsplass, med bakgrunn i den nye retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med rop-lidelser, litteratur og forskning, og i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Som vi kan lese i den nye retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging for pasienter med Rop-lidelser, er det den som først kommer i kontakt med pasienten, som har ansvaret for å vurdere problemene og hjelpe pasienten videre i systemet (Helsedirektoratet 2011). Det vil ofte være fastlege eller NAV. Mange pasienter har dårlige erfaringer og vanskelige opplevelser fra tidligere møter med diverse offentlige hjelpeinstanser, med opplevelse av krenkelser og maktesløshet som gjør at de vegrer seg for å oppsøke hjelp på nytt (Lossius 2011). For å motivere pasientene til videre behandling er det viktig å vise dem tillitt og god oppfølging i denne fasen som mange erfaringsmessig opplever som vanskelig. Med bakgrunn i disse tankene ble min problemstilling som følger:

«Hva kan tjenesteyter i kommunal rusomsorg bidra med for at pasienter med Rop-lidelser skal kunne beholde behandlingsmotivasjonen i påvente av institusjonsplass?»

1.2 Avgrensning av oppgaven

På grunn av oppgavens omfang med maks antall ord, må jeg avgrense temaet, og jeg ønsker å finne svar på hva som kan hjelpe pasientene i ventetiden inntil de får institusjonsplass. Dette forutsetter at pasienter har oppsøkt hjelpeapparatet med behov for hjelp til rehabilitering, rusfrihet eller ønske om et annet liv, og at prosessen er satt i gang med henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling. Det er viktig å ta dette med i betraktningen når man leser oppgaven. Vil også påpeke at jeg ønsker å belyse utfordringene i forhold til motivasjon til de pasientene som venter lenge på institusjonsplass, og er i en forberedelsesfase til institusjonsbehandling. Etter at pasienter med rop-lidelser ble innlemmet i

pasientrettighetsloven, får de fleste tilbud om behandling raskt, men noen faller utenfor.

Årsakene til dette vil ikke bli belyst.

Det er flere tiltak enn de jeg nevner som er aktuelle å gjennomføre i denne ventetiden, uten at jeg omtaler det nærmere i oppgaven. Eksempler på dette er avgiftning, medikamentell behandling og poliklinisk oppfølging ved DPS. DPS har ansvar for pasientene før, under og etter behandling i institusjon, og vil alltid komme i tillegg til kommunal oppfølging.

I oppgaven omtaler jeg behandling som alle tiltak som er knyttet opp mot å hjelpe en pasient med rop-lidelse til en bedre hverdag, gjennom interaksjoner mellom pasient og behandler slik Evjen, Kielland og Øiern (2007) forklarer det.

Hver pasient med rop-lidelse er unik, og har sine ressurser og utfordringer, men i denne oppgaven, har jeg måttet forholde meg til en forklaring på gruppenivå med enkelte fellestrekk, for å dekke «alle».

Det brukes flere betegnelser og definisjoner på pasientgruppen jeg skriver om; dobbeltdiagnosepasienter, pasienter med komorbiditet og pasienter med rop-lidelser. Jeg bruker definisjonen rop-lidelse slik den er brukt i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2011). Jeg har også valgt å bruke begrepet pasient, i stedet for bruker eller klient, da det er dette begrepet jeg bruker i min arbeidshverdag. Som tjenesteyter, bruker jeg begrepet hjelper.

1.3 Oppgavens oppbygning

I metodekapitlet viser jeg hvordan jeg har søkt etter, valgt og vurdert ulike litteratur, både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur til tema, og i tillegg internettkilder. Kildene er vurdert pålitelige og relevante for problemstillingen. I kapittel 3, presenterer jeg ulike teori og begreper som danner grunnlaget for drøftinga i kapittel 4. Kapittel 5 er en sammenfatning av oppgaven som helhet.

2 METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for framgangsmåten for hvordan oppgaven er blitt til. Jeg beskriver hvordan jeg har søkt etter, valgt og vurdert litteratur, for å belyse problemstillingen.

2.1 Kvalitativ metode

Ifølge Dallan (2007) kan den ses på som en kvalitativ oppgave, da innholdet beskriver og karakteriserer fenomenet behandling, og ikke antall behandlinger (ibid.). Jeg har forsøkt å gå i dybden av fenomenet behandlingsmotivasjon, noe som vanskelig lar seg måle, men jeg ønsket å finne ut hva som kan holde denne motivasjonen oppe hos pasienter som venter på institusjonsbehandling, men på grunn av oppgavens størrelse, har jeg måttet avgrense en del. Avgrensingene er presentert i kapittel 1.1.

2.2 Litteraturstudie

Metoden jeg har brukt er litteraturstudie. Det er et litteraturstudie fordi jeg har gjort en systematisk gjennomgang av litteratur som jeg har funnet relevant i forhold til problemstillingen, og oppgaven er gjort etter tekstanalyser (Dallan 2007). Måten litteraturen er valgt ut på, er basert på gjennomgang av pensumlitteraturen for studiet rus, avhengighet og psykisk lidelse. Ved gjennomgang av denne var det spesielt motivasjon til behandling jeg hadde i tankene for å kunne belyse problemstillingen. Det jeg ønsket å finne noe om, som jeg ikke fant tilstrekkelig i pensumlitteraturen var; Betydningen av relasjonen i behandlingen og hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer, slik at jeg i tillegg har brukt selvvalgt litteratur, basert på samme tema for å finne svar på problemstillingen. Den selvvalgte litteraturen har merket * i referanselisten. For å finne aktuell tilleggslitteratur, søkte jeg i registeret i internettbokhandelen Haugen bok. Søkord som anerkjennelse og respekt i psykisk helsearbeid ble brukt, da jeg anser dette som viktig for relasjonen. Jeg har valgt en bok skrevet av S. Vatne for å beskrive dette. Forfatteren er en psykiatrisk sykepleier som har

forsket på miljøarbeid i psykisk helsevern, så jeg anser denne litteraturen som nyttig og relevant i forhold til min problemstilling. Den andre selvvalgte hovedboken handler om hverdagsliv med psykiske problemer og omhandler tema som samsvarer med det jeg vil belyse.

2.3 Kildekritikk

Det finns mye litteratur om emnet rus og psykiatri, både norsk og utenlandsk. Jeg har brukt en dansk bok i tillegg til norske.. De fleste bøkene jeg har brukt, er av nyere dato, og er basert på primærkilder. I noen av bøkene er det benyttet sekundærkilder som da er tolket av andre forfattere, og kan være en mulig feilkilde (Dallan 2007). Jeg har ikke benyttet meg av sekundærkilder, og oppfatter uansett kildene som troverdige, da henvisningen viser at dette er forfattere med faglig tyngde innen feltet. For å løfte diskusjonen i drøftinga, har jeg også brukt to internettartikler. Internettkildene som er brukt, er funnet etter bruk av søkeord som; behandling av rusavhengige, samhandlingsreformen, kommunale oppgaver i rusomsorgen helse- og omsorgstjenestelov, tillitsperson, ny faglig retningslinje for rop-lidelser. Jeg har benyttet helsebiblioteket og helse -og omsorgsdepartementet sine offentlige nettsider for å finne disse artiklene. Henvisning til lovverk og nasjonale føringer er hentet fra regjeringens nettsider og fra Lovdata. Jeg har benyttet en kilde som tar utgangspunkt i unge med rusrelaterte og psykiske lidelser. Denne boken er helt ny, utgitt i 2012, og selv om jeg ikke har noen spesifikk aldersgruppe i tankene når jeg skriver, tenker jeg at en del av hverdagslivet for en med rop-lidelser kan være overførbart til alle aldersgrupper, så jeg anser også denne boken for relevant.

2.4 Metoderefleksjon

Det var gitt fra høyskolens side at oppgavens form skulle være et litteraturstudie. I og med at det er en kvalitativ metode som er benyttet, kunne intervjuer av pasienter vært informativt og nyttig for å belyse problemstillingen jeg har valgt. Mitt ståsted som sykepleier, og min yrkeserfaring, gir meg en førforståelse av hva som er riktig behandling av disse pasientene og valget av litteratur kan bære preg av dette. Å studere behandlingsmotivasjon utfra litteratur, kan bli ufullstendig og feiltolket, da jeg med min førforståelse har valgt ut litteratur som jeg tolker som mest relevant. Jeg har imidlertid søkt og funnet to undersøkelser som bygger på hva pasientene selv mener er virksomt i relasjonen med hjelper, og hva som virker i

behandling av rop-lidelser, slik at jeg anser metoden som gyldig likevel. Jeg har søkt å finne fram til dybden i problemet, og føler at litteraturen jeg har brukt har gitt meg pålitelige svar.

3 TEORI

Dette kapitlet danner kunnskapsgrunnlaget for det som skal drøftes i neste kapitel, og inneholder sentral teori og begreper som er nøkkelinformasjon i forhold til diskusjonen i kapitel 4.

3.1. Rop-lidelse

Dobbeltdiagnose: betyr at en person har to medisinske diagnoser, og brukes vanligvis på personer som har en alvorlig psykisk lidelse og samtidig en alvorlig ruslidelse (Evjen et al. 2007). Med alvorlig psykisk lidelse menes psykoselidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Med alvorlig ruslidelse menes avhengighet av, og skadelig bruk av legale og illegale rusmidler (ibid.).

Fekjær (2009) beskriver at det er et stort antall rusmisbrukere som har en psykisk lidelse, og at det er mange med psykiske problemer som har et rusmisbruk. Disse pasientene har fått betegnelsen «dobbeltdiagnose-pasienter», oversatt fra engelske begrepet «dual diagnosis». Det henvises til at diagnosekriteriene for både ruslidelse og psykisk lidelse skal være oppfylt i de offisielle diagnosesystemene som ICD-10 og DSM-IV (ibid.).

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse definerer det slik:

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeldiagnose. Komorbiditet er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens begrepet "dobbeltdiagnose" ofte blir brukt om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Både komorbiditet og dobbeldiagnose er upresise begreper fordi de ikke sier noe om hvilke sykdommer som blir omtalt. I retningslinjen brukes begrepet "ruslidelse og psykisk lidelse", eller ROP-lidelse som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Selv om det her brukes begrepet ROP-lidelse, har de fleste også somatiske lidelser i tillegg. (Helsedirektoratet 2011 kap 2.1).

3.2 Samhandlingsreformen

Generelt kan man si at samhandlingsreformen er en stortingsmelding som er retningsgivende i forhold til hvordan helsetjenesten skal drives framover. Den er ment å skulle gi helsetjenestene i Norge en ny retning, der fokuset skal ligge på at pasientene skal få rett behandling, til rett tid, på rett plass. Det skal satses mer på forebygging, framfor reparering, og tjenesten skal kunne gis nærmere der folk bor. Mye av tjenestetilbudet plasseres ute i kommunene, og spesialisering av team og fagmiljøer styrkes rundt disse. Det legges stor vekt på brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

3.3 Tillitsperson/koordinerende person.

I følge Opptappingsplanen for rusfeltet (2008-2010) er det regjeringens mål at det skal opprettes koordinerende tillitspersoner for personer med rusmiddelavhengighet, som har som oppgave å hjelpe pasientene til å orientere seg mellom de ulike hjelpetiltak og tjenesteapparat, slik at de bedre kan nyttiggjøre seg de tilbud som finnes (ibid.). En koordinerende tillitsperson skal hjelpe pasientene slik at de får mer helhetlig oppfølging og individuell veiledning. De skal sørge for at tjenestene er lettere tilgjengelige for pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012) gir pasienter en rettighet i forhold til en koordinator for tjenestetilbudet:

§ 7-2. Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

§ 7-3. Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2. (ibid., Kap. 7, § 7-2 og 7-3.)

3.4 Brukermedvirkning

I Lov om pasient og brukerrettigheter (2001), er kapitel 3 viet til brukermedvirkning og rett til informasjon.

§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det (Pasient og brukerrettighetsloven - Helse- og omsorgsdepartementet 2001 kap. 3).

Brukermedvirkning defineres av Kari Lossius som en relasjon mellom pasient og tjenesteyter, der pasienten skal være aktivt deltakende i relasjonen (Lossius 2011). Brukermedvirkning kan skje både på individ og systemnivå (ibid.). På systemnivå dreier dette seg om brukerorganisasjoner som er med i høringer og lignende, brukerpanel og brukerråd der beslutninger skal tas for organisering og systemutvikling i forhold til den brukergruppen de representerer (ibid.). Når man tenker individnivå, er det pasienten selv som er i fokus og er aktiv i sin egen behandling, og er medbestemmende i retningen av denne (ibid.).

3.5 Motivasjon

Barth, Børtveit og Prescott (2001) definerer generell motivasjon som: « faktorer som setter i gang, gir retning og intensitet til, og opprettholder atferd» (ibid., s. 50). Man kan også kalle det årsak til all atferd. I forhold til rådgivning til pasienter avgrensers de motivasjon til å være til å være: «tanker og følelser som påvirker atferd, med andre ord personens motiver, grunner, ønsker, tanker, frykt, beslutninger, intensjoner, bekymringer osv.» (ibid., s 50).

Sett i forhold til endringsfokusert rådgivning tenker man at det er personens indre årsaker til forandring som setter i gang endringen av den problematiske atferden. Hva som er personens målsetting, er det som er retningsgivende i forhold til endring. Intensiteten beskriver pågangsmot og utholdenhet i forhold til endring, og hvordan pasienten prioriterer hva han skal

gjøre. Hvordan pasienten holder ut over tid i denne endringsprosessen, sier noe om opprettholdelse av motivasjonen (ibid.).

3.6 Ambivalens

Ambivalens er noe som oppstår når en person kommer i konflikt med seg selv, hevder Barth et al. (2001). Dette kan forklares med ønske om endring, men samtidig et ikke ønske om endring (ibid.). Ambivalens oppfattes som om man dras i to eller flere forskjellige retninger på en gang, og man må sette de ulike ønskene opp mot hverandre for å finne ut hva man vil (ibid.). I forhold til pasienter med rop-lidelser, er dette en kjent problematikk i når man tenker på ønske om behandling eller ikke (Bratteteig et al.2008).

3.7 Arbeid/bolig

For å kunne nyttiggjøre seg et behandlingstilbud, og foreta en endring i livet, er det helt nødvendig å ha en stabil bosituasjon, og noe meningsfylt å fylle dagne med.

Rettigheter i forhold til bolig er nedfelt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-7. Boliger til vanskeligstilte:

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kap.3 § 3-7.)

Nav har et tilbud til personer som har levd på sosialhjelp og stått uten arbeid i lang tid som kalles kvalifiseringsprogram (NAV.no-kvalifiseringsprogrammet- 2012).

3.8 Tilnæringsformer i kommunal rusomsorg

Det viktigste å merke seg i all behandling av pasienter med Rop-lidelser, er at hvert enkelt menneske er unikt og trenger individuelt tilpasset behandling. Det er ingen fasit på hva som er rett behandling. I følge Lossius (2011) krever vellykket rusbehandling en tverrfaglig innsats som ivaretar både ruslidelsen og dens påvirkning på dagliglivet, samt psykiatrisk

samsykelighet. I tillegg er kartlegging av somatisk helsetilstand, sosiale problemer og nettverksarbeid viktig (ibid.). Effektiv behandling blir først vellykket når man oppnår en god terapeutisk allianse med pasienten, og dette forutsetter at pasientene blir møtt med respekt, forståelse og empati (ibid.). Evjen et al.(2007), forklarer at behandling til pasienter med rop-lidelser består av å redusere symptomer og hjelpe pasientene til økt mestringsevne. Rehabilitering er å hjelpe pasientene til bedre å kunne tilpasse seg for deltakelse i samfunnet (ibid.). Videre beskrives omsorg som hjelp i dagligdagse funksjoner, for eksempel praktisk bistand i husholdning og tilrettelegging i bolig (ibid.).

Tradisjonelt har behandlingen av pasienter med ROP-lidelser foregått parallelt eller sekvensielt. Gjennom samhandlingsreformen og fokus på at tidligere behandlingsmodeller har hatt liten effekt, legges det nå mer opp til integrert behandling av disse pasientene. Dette betyr at behandlingen tar sikte på å behandle begge lidelsene under ett, og ikke hver for seg (Mueser, Noordsy, Drake og Fox 2006).

3.8.1 Familiesamarbeid/nettverksarbeid

Lossius (2011) presenterer ulike tilnæringsmåter i forhold til familieorientert behandling;

1. Familieorientert behandling som har som mål å motivere den rusmiddelavhengige til å starte behandling/atferdsendring; rusbehandling gjennom familien.
2. Familieorientert behandling med fokus på både rusmiddelproblemet og familiefunksjonen.
3. Familieorientert behandling som har som formål å redusere innvirkning og skade på familien.
3. Familieorientert behandling som har som mål å redusere innvirkning og skade på barn (ibid., s. 365).

Et sosialt nettverk vil si personene som en samhandler med ofte eller fra tid til annen, personer man kjenner og har et forhold til. Nettverket består av de forskjellige relasjonene vi er en del av. Seikkula (2000), definerer sosialt nettverk som de samhandlingsforhold en person har, som er med på å danne en sosial identitet. Disse samhandlingsforholdene gir personen åndelig støtte, tjenester, kunnskap, materiell hjelp og nye relasjoner (ibid.). I et sosialt nettverk påvirkes vi gjensidig. Vår sosiale identitet endrer seg etter hvilken sammenheng vi er i (Ibid.).

3.8.2 Motiverende samtale (MI)

En motiverende samtale handler om å skape motivasjon til endring (Barth og Näsholm, 2007). Den skal ikke handle om hvordan endring skjer, men ta for seg om den skal skje, og hvorfor, eller hvorfor ikke (ibid.). En motiverende samtale skal handle om det pasienten tenker selv, og hjelperen skal lytte etter det som pasienten setter i fokus og hjelpe pasienten til å reflektere over valg (Ibid.). Barth og Näsholm (2007) kaller det endring på egne vilkår. – Når tillitspersonen benytter motiverende intervju, vil brukeren stole mer på sin egen evne til endring, hevder Barth.

Ifølge Miller og Rollnick (2004), er MI en metode for tilnærming som kan brukes til å få pasienter med rop-lidelser til å tenke over, og reflektere over sitt bruk av rusmidler, og til å endre den atferden som bidrar til dette (ibid.). Hjelperen skal ikke utdype egne erfaringer og opplevelser om tema, og samtalen skal bære preg av tillit, og konfrontasjoner skal unngås (ibid.). Et viktig element i MI er å utforske og løse ambivalens. Det er en viktig faktor i MI at ambivalens blir tydeliggjort, for på den måten komme i posisjon til endring (ibid.).

MI bygger på grunnverdiene i humanistisk psykologi, det innebærer å ha en tro på endring hos alle, og at mulighetene for det finnes hos alle som forsøker (ibid.).

3.8.3 Miljøterapi

Miljøterapi defineres som en behandlingsform av terapeutiske prosesser som trer i kraft og igangsettes der pasienten befinner seg (Vatne, 2006). Behandlingen tar sikte på å skape betingelser som støtter mestring og endring hos pasienten (ibid.). Videre sier Vatne at miljøterapi handler om å legge til rett for arbeid som har med pasientens dagligliv å gjøre. I kommunal virksomhet kan miljøterapi for eksempel benyttes i dagsentra, andre lavterskeltilbud eller i pasientens egen bolig.

4 DRØFTING

*«Når forandringens vinder blåser, er det noen som kryper i skjul,
og noen som drar ut for å bygge vindmøller»*

Ordtak fra Østen

I dette kapitlet diskuterer jeg sentral teori opp mot problemstillingen. Hva er viktig for pasienter i en endringsprosess? Hva kan denne forberedelsesfasen brukes til?

Å være motivert for endring er ikke en statisk tilstand, den varierer i aller høyeste grad. Likeledes er det flere måter å takle endring på. Noen går på med «krum hals og knyttede never», ut for å bygge «vindmøller», mens andre gjemmer seg, livredde for hva som skal skje.

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg valgt å se på strategier som i følge opptrappingsplanen for rusfeltet (2008), samhandlingsreformen(2009) og den nye retningslinjen for utredning og behandling og oppfølging av pasienter med Rop-lidelser (2011), er viktige for god behandling og oppfølging. I tillegg vil jeg se nærmere på relasjonens betydning for behandlingsresultat, brukervedvirkning og tillitsperson. Oppfølging og behandlingstiltak som er mulige i denne fasen, vil også bli berørt med tanke på å beholde motivasjonen oppe. Overordnet mål i all samhandling mellom pasient og hjelper, er god kommunikasjon. Hjelper bør benytte MI som samtalemetode, for å få pasienten selv til å se hva som bør endres, og i hvilken rekkefølge dette skal prioriteres. Pasientene må selv finne fram til sin egen motivasjon for endring.

4.1 Kommunal oppfølging/tillitsperson/koordinerende person

En pasient med en Rop-lidelse vil ofte ha flere og omfattende hjelpebehov, og vil dermed ha behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Alle pasienter som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester, har rett til individuell plan (helse- og omsorgsdepartementet 2009). I denne retten er det også inkludert en person som skal ha ansvaret for den enkelte pasient, en koordinator (Thommesen 2012). I den nye helse- og omsorgsloven er retten til koordinator gjort uavhengig av individuell plan (Ibid.). En individuell plan kan være et nyttig verktøy å bruke for å samle trådene, og for at pasienten skal føle at det er han som eier problemet og har nøkkelen for å gjøre noe med det. Naturlige støttespillere å ha med i en ansvarsgruppe kan være fastlege, ruskonsulent, representant fra psykiatrisk team, familie eller andre personer som pasienten har et godt forhold til som kan

støtte han i denne prosessen. Som nevnt innledningsvis har mange troen på at institusjonsbehandling over tid, er veien å gå for å bli rusfri. I forberedelsesfasen fram til institusjonsplass, er det viktig at denne tiden ikke oppfattes som en ventetid, da dette lett blir passivt for pasientene. Det er derfor vesentlig at personen i behandlingsapparatet som mottar denne henvendelsen, setter i gang tiltak som kan bidra til opprettholdelse av motivasjonen hos pasienten. Ambivalens til behandling er vanlig. Den fasen pasienten er i når han oppsøker hjelp, kan ha utspring i økte problemer på aktuelt tidspunkt. Når hjelpen ikke er tilgjengelig i denne fasen, kan ønske om hjelp forandre seg etter en tid. Ambivalensen kan i seg selv bli så vanskelig at den må ruses vekk, hevder Bratteteig, et al. (2008). Selv om de fleste ønsker å bli rusfri, kan denne endringen føre til angst for det uvante livet de skal inn i (ibid.). Det livet de kjenner best er livet som rusavhengig, og den psykiske lidelsen kan i tillegg vanskeliggjøre sosial integrering (ibid.).

Kommunehelsetjenesten har, i følge den nye retningslinjen (helsedirektoratet 2011), samme ansvaret for pasienter med rop-lidelser som de har for andre pasienter. Hva som er målet med behandlingen, er selvfølgelig individuelt, og må diskuteres med den enkelte pasient. Mange pasienter med rop-lidelser har et ønske om et bedre liv, slik at de kan takle hverdagen på en bedre måte og med bedre tilrettelegging. Det blir anbefalt at pasienter med rop-lidelser får oppfølging over lang tid, og oppsøkende arbeid vil ofte være avgjørende for om pasienten får tilbud om behandling. ACT-team er tverrfaglige oppsøkende team fra både 1. og 2. linjetjenesten som treffer pasientene der de er og gir behandling der (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). ACT-team er dog bare gjennomførbart i større byer eller kommuner med et befolkningsgrunnlag på over 60 000 personer(ibid.).

Hva så med mindre kommuner der dette ikke er gjennomført eller iverksatt? Der vil det være naturlig å gi pasientene en tillitsperson eller koordinerende person i hjelpeapparatet slik det er framhevet i opptrappingsplanen for rusfeltet(2008).

Dette skal være den som kan løse pasienten gjennom de ulike muligheter og tilbud til behandling som finnes. Dette innebærer tett individuell oppfølging av den enkelte pasient, der pasienten er (ibid.). Dette betyr at oppsøkende arbeid er den viktigste metoden for å nå pasientene (ibid.). Det er lagt opp til at pasientene selv skal være med å utforme, eller si noe om hva slags oppfølging som er nødvendig (ibid.).

En slik tillitsperson er, slik jeg ser det, en svært viktig person i det kommunale hjelpeapparatet som kan hjelpe pasienter med rop-lidelser i perioden mens de venter på institusjonsplass. Det

er denne personen som kan være det trygge ankeret for pasientene, og som de kan forholde seg til i alle faser av ventetiden. De viktigste arbeidsoppgavene til denne personen, slik det er beskrevet i Opptappingsplanen for rusfeltet (2008), er å sørge for at pasientene oppnår en så god rehabilitering som mulig (ibid.). Økt bruk av individuell plan, aktivisering, boveiledning og bistand med å finne egnet bolig, er eksempler på hva en koordinerende tillitsperson kan bidra med (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Videre er det naturlig at denne personen er den som er koordinator for den individuelle planen hvis slik plan opprettes.

Helsedirektoratet har evaluert flere av disse tiltakene som ble satt i gang som prøveprosjekt, og utgitt en rapport som de har kalt «Tillit, tid og tilgjengelighet» (Helsedirektoratet 2012 b). Helse og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen har skrevet forordet til denne rapporten, og oppsummerer dette slik: Tillitspersonforsøket med «ut av kontoret»-arbeid er nøkkelen til suksess. Brukerne er aktive i sin egen behandling og opplever å bli møtt på sine behov. (Helsedirektoratet 2012 b).

Ragnar Moan, representant fra RIO (Rusmisbrukerens Interesse Organisasjon) har også uttalt seg i forbindelse med forsøksordning med tillitsperson, og sier at tillitspersonforsøket gir større rom for medvirkning og utvikling i oppfølgingen av den enkelte pasient. Han sier videre at systematisk oppfølging og pasientmedvirkning i denne, utnytter brukerkompetansen til pasientene maksimalt og pasientene føler de får den oppfølgingen de trenger (Helsedirektoratet 2012 b).

Regjeringen har lagt opp til at dette skal være en prøveordning for 4 år. Hva skjer da med pasienten etter 4 år, og tilskuddsmidlene for denne ordningen forsvinner? Får kommunene tilført midler for å opprettholde denne ordningen? Det ryktes at det er veldig mange gode prosjekt som settes i gang, men som senere, da prosjektmidlene er brukt opp og det er opp til kommunen sjøl å finansiere tiltaket, blir nedlagt på grunn av manglene økonomi i kommunen. Hvis man tenker seg at koordinator for individuell plan, skal være denne tillitspersonen, kan dette gjennomføres uten prosjektmidler, siden det er en lovpålagt pasientrettighet, slik jeg ser det. Det avhenger av at denne personen har den nødvendige kompetanse for å kunne gjøre en slik jobb.

4.2 Virksomme relasjoner

Borg og Topor (2007) benytter denne tittelen i en bok om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Jeg synes tittelen er viktig, for hva er egentlig virksomme relasjoner? Slik jeg ser det, er det kjemien og kommunikasjonen mellom pasient og behandler, som muliggjør en endring, basert på pasientens intensjoner og ønsker, hjulpet til av en behandler. Hva er det så som hjelper en pasient til? I følge Borg og Topor (2007) er tid et nøkkelord i denne sammenheng. Behandler må ha tid til pasienten, det vil si, gi pasienten tid og gi seg selv tid til pasienten (ibid.). Å haste avgårde med et blikk på klokka, gir ingen åpning for en god relasjon. Pasienten opplever da at han ikke blir møtt. I all virksomhet hvor det drives pasientarbeid, blir man opplært til å ha en profesjonell tone overfor pasientene. Hva betyr det egentlig å være profesjonell? At man ikke er amatør (Borg og Topor 2007)? Undersøkelser viser at hverdagslighet i dette arbeidet er noe som virker. At man tar av seg den profesjonelle hatten og gjør noe sammen med pasienten som oppleves som hverdagslig og ikke terapi, der pasientene kan oppleve å være deltakende og ikke mottaker av hjelp (ibid.). Respekt for pasienten er det viktigste av alt. Pasienten må oppleve å bli tatt på alvor for den han er, og ikke føle at han er «en i rekken» av pasienter. Jeg tror at vi som hjelpere må vise engasjement og gi håpet tilbake til pasientene, og ikke gi dem følelsen av at denne jobben gjør vi kun for at vi trenger lønn hver måned. Jeg har hørt pasienter si om behandlere: «han er ikke interessert i å hjelpe meg, han bare gjør det han må, fordi det er jobben hans». I relasjonen mellom hjelper og pasient er det i utgangspunktet alltid en skjev maktbalanse. Samtidig som vi i hjelpeapparatet skal tenke terapi, behandlingsmetoder, og utrede symptomer hos pasienten, må vi i møtet opptre på en måte som utjevner denne maktforskjellen.

Samhandlingen baseres på gjensidighet og anerkjennelse. Gjensidighet oppleves av pasienten når han kan finne «likheter» med behandler, og ikke oppleve seg selv som «avvikler» (Borg og Topor 2007). Det betyr derimot ikke at behandler skal velte sine egne personlige bekymringer over pasienten. Vatne (2006) hevder at anerkjennelse er viktig for menneskets utvikling, og at fravær av dette kan skape eller forverre psykiske lidelser. Det sier seg derfor selv at det å bli møtt med anerkjennelse er viktig for pasientens bedringsprosess (ibid.). I en venteprosess som blir beskrevet i denne oppgaven, er det vesentlig å motivere pasienten til å holde ut. Det gjøres blant annet ved å uttrykke håp om bedring, og gi positive tilbakemeldinger på hvert lite skritt som tas i den retning. Motiverende samtale, er en kommunikasjonsmetode som løfter pasientenes egne ønsker om endring, og styrker disse. Ved eventuelle tilbakeskritt, vektlegges ikke dette, men derimot å hente fram det som har virket tidligere, er viktig. Noe de aller fleste

rop-pasienter opplever, er ambivalens i forhold til endring. Som behandler er det viktig å forsøke å utforske denne, og hjelpe pasienten inn i motivasjon igjen. Denne utforskningen går ut på å la pasienten sette fordeler og ulemper opp mot hverandre, og hjelpe han tilbake til tankene som gjorde at han oppsøkte hjelp. Tillit til behandler er en forutsetning i alt endringsarbeid. Det å vite at den som bistår deg i denne prosessen, også er der når det røyner litt på, og ikke trekker seg unna om man feiler, er alfa omega.

4.3 Brukermedvirkning

Thommesen (2012), presenterer råd til hjelpeapparatet basert på forskning hun har gjort med unge mennesker med rus og psykiske lidelser. Disse rådene er skrevet på bakgrunn av hva pasientene selv mener de har hatt best utbytte av, og som har hjulpet dem mest, eller som de har savnet i sin behandling/rehabilitering. Rådene som presenteres kan oppsummeres i at det er nødvendig med en person som koordinerer oppfølgingen av den enkelte pasient (ibid.). Videre bør språket som brukes mellom pasient og hjelper være forståelig for begge, og alle tiltak som iverksettes skal begrunnes, og evalueres (ibid.). Man skal ikke tenke at materielle ting ikke er viktig. Penger, mat og bolig er nødvendig. Uten dette er det vanskelig å holde tankekjør og rusproblemene under kontroll (ibid.). Hjelpeapparatet må bygge opp under et positivt selvbilde til pasienten og det bør tilbys langvarig behandling og konkrete treningsopplegg som for eksempel angstmestring og sinnemestrings-kurs, som kan bedre pasientenes evne til å takle hverdagslivets utfordringer (ibid.). Lytt aktivt til pasienten, og vektlegg pasientens standpunkt og mening (ibid.). Som hjelper må du bidra til at pasienten opplever seg selv som flink, og som en person som selv er i stand til å ta ansvar for seg selv, men tilby hjelp (ibid.).

Etter utgivelsen av ny faglig retningslinje for pasienter med rop-lidelser har helsedirektoratet og nasjonal kompetansetjeneste ROP, i samarbeid med bruker og interesseorganisasjoner innen rus og psykisk helse utarbeidet en egen brosjyre og et nettsted for pasientene med denne diagnosen, der det er plukket ut de 10 mest aktuelle tiltakene som bør vektlegges i behandlingen utfra de 93 som er skissert i retningslinjen. Det er dette pasientene selv mener er viktigst: individuell plan, arbeid med pårørende, større oppmerksomhet rundt psykisk lidelse for de med ruslidelse, vektlegging av arbeid og utdanning, fokus på pasientens egne ressurser, oppfølging av tiltak, boligarbeid, psykosebehandling til tross for rusrelatert psykose, samordnet inntak i institusjon, det vil si at det søkes om behandling for både ruslidelsen og

den psykiske lidelsen samtidig, og sist, men ikke minst samarbeid mellom tjenesteyterne på tvers av nivåer og organisering (Kval 2012). Oppsummert her ser man at det er sammenfallende svar. Pasientene er opptatt av å bli sett og hørt, og trodd på det de mener er viktig. En pasient sa engang til meg: « Hvorfor er alle som liksom skal hjelpe meg bare interessert i at jeg skal slutte å ruse meg? Hva med grunnen til at jeg ruser meg, og hva jeg tror hjelper?». Det er viktig at vi som hjelpere aktivt lytter til det pasientene sier. De eier selv sine utfordringer. Organisatorisk er brukermedvirkning viktig for å utforme hjelpetiltak som erfaringsmessig er effektive og virksomme for pasientene.

4.4 Ulike tilnæringsmåter

Hvis man tenker seg at behandling er tiltak som er med på å bistå pasientene til en bedre hverdag, er det flere tiltak som kan settes i verk under «ledelse» av en tillitsperson eller en koordinerende person i samarbeid med pasienten.

4.4.1 Familierettet arbeid

Familien/pårørende spiller en sentral rolle i alles liv, også til en pasient med Rop-lidelse, og manglende støtte fra familien kan påvirke behandlingsprosessen negativt. Man må imidlertid ha forståelse for at kontakten med familien kan være vanskelig. Familien har kanskje gjennom lang tid hatt store utfordringer, både sosialt og økonomisk i forhold til pasienten, og har i mange tilfeller resignert og trukket seg unna for å spare seg for mer bekymring. Man kan tenke seg at når pasientens familie blir trukket inn i behandlingen, føler de på ny at de kan bidra med noe. Jo tettere familien kan være i relasjon med pasienten, og delta i behandlingsprosessen, og underbygge viktigheten av dette til pasienten, desto mer målrettet og adekvat vil behandlingen bli (Mueser et al. 2006). Hovedmålet ved familierettet behandling, er å bedre familiens kunnskapsnivå, redusere stress, bedre pasientens oppfølging av behandlingen, bedre kommunikasjon mellom pasienten og familien hans, redusere rusbruken og dets negative innflytelse på familien hans (ibid.).

Lossius (2011) presenterer flere tilnæringsmåter innen familierettet arbeid, med ulike utgangspunkt for hvordan det skal arbeides. Felles for alle er en forståelse av at det er viktig å involvere pasientens familie, der dette er noe alle parter ønsker, men med ulike målsettinger for behandlingsresultat.

Familieterapi krever etisk refleksjon (Lossius 2011). Som hjelper har man ansvar for at familien føler seg trygg, og at slik behandling ikke settes i gang hvis alle ikke er enige (Ibid.).

Man skal også være bevisst på at det er pasienten med rop-lidelsen, som skal behandles, og at andre familiemedlemmers problemer må behandles for seg selv, uavhengig av pasienten (Ibid.). Det er viktig å tenke på at andre familiemedlemmers ytringer i forhold til pasienten kan oppleves krenkende og lite behandlingsvennlig (Ibid.). Det er også vesentlig å huske på at rusproblemer og psykisk lidelse, er noe mange vegrer seg for å snakke om, og at tema kan være tabu i noen familier. Hvis man lykkes i å koble inn familien i behandlingen, får pasienten en sikkerhet rundt seg med tanke på at han skal holde seg rusfri, eller ruse seg mindre. Familien kan også bidra til å følge pasienten i et behandlingsopplegg.

4.4.2 Nettverksarbeid

Pasientens sosial nettverk spiller også en stor rolle i en rehabiliteringsprosess som dette er. Det kan tenkes at pasientens eneste nettverk er de han ruser seg sammen med, fordi de har samme sosiale arena. Det sosiale nettverket kan være både bra og dårlig, det kan virke positivt forsterkende eller negativt forsterkende. I nettverksarbeid er det derfor viktig å finne personer som kan virke positivt forsterkende på pasienten over tid (Dale 1998). Det er derfor nødvendig å kartlegge pasientens nettverk. Det er vesentlig at man ser litt ut av det nærmeste nettverket for å finne støttespillere i et nettverksarbeid, fordi de nærmeste pårørende ofte kan være voldsomt følelsesmessig involvert og utarmet (Ibid.). Dale (1998) hevder at nære relasjoner kan bli nærmest symbiotiske, og med det mener han at båndene mellom pasient og pårørende blir nesten usynlige, og rollene glir inn i hverandre på en måte som vanskeliggjør effektiv behandling (Ibid.). Etableringen av et nyktert nettverk er veldig viktig med tanke på og ikke falle tilbake til rusmiljøet, det er også viktig for å forebygge sosial isolasjon i denne behandlingstiden. Gjennom familien er det større sjanse for å kunne etablere et nytt sosialt nettverk, ved å finne tilbake til det miljøet han en gang var en del av, før rusmisbruket og den psykiske lidelsen ble framtrødende. Dette er derimot ikke enkelt. En annen vei å gå i forhold til dette, kan være å få noe meningsfylt å fylle dagene med, aktiviteter eller jobb, hvor man treffer andre, nye mennesker utenom rusmiljøet. Ved å ta del i et nyktert nettverk kan pasienten lære seg normer og regler som er forventet på forskjellige arenaer i samfunnet, noe som gjør sosial deltagelse enklere.

4.4.3 Arbeid/aktiviteter

Mange jeg har snakket med, forteller at det å ha noe meningsfylt å fylle dagene med er noe av det viktigste de kan gjøre, for å komme ut av rusmisbruket. Man kan tenke seg at i påvente av et behandlingsopplegg i institusjon, er det viktig å ha noe å gjøre på dagtid for å gradvis komme seg ut av det miljøet man lever i. Dette kan være i en tilrettelagt jobb eller på et dagsenter/ lavterskeltilbud. NAV gir et tilbud og arbeidstrening og/eller opplæring som pasientene trenger for å komme ut i yrkeslivet, eller i det de kaller meningsfylt aktivitet. På NAV sine nettsider, kan man lese at det også legges til rette dersom pasienten trenger medisinsk eller annen behandling, eks, økonomisk rådgiving, søvnproblemer, fritidsaktiviteter, fysisk trening og veiledning i forhold til kosthold. Som deltager i kvalifiseringsprogrammet mottar pasientene lønn/kvalifiseringsstønning (NAV.no-kvalifiseringsprogrammet- 2012). En arbeidsplass eller et dagsenter som møteplass er ofte en ny arena for pasienter med rop-lidelser, eller det kan være lenge siden de har vært i arbeid. Det å samtidig ha en psykisk lidelse, noe som også ofte fører til sosial utstøtning, gjør det vanskeligere å stå i en vanlig jobb, uten sikkerhetsnett. Kvalifiseringsprogrammet til NAV legger opp til arbeid som er tilpasset den enkelte pasient, utfra de forutsetningene han har. Utfordringene som pasientene møter i dette, kan økes etter hvert som utvikling skjer.

4.4.4 Bolig

Alle trenger et hjem. Et hjem skal være den plassen du bor, der du trives, der du er trygg og komfortabel. Et hjem er ikke en oppbevaringsplass for ting, eller for en person som trenger en plass å sove. Kommunene plikter gjennom helse- og omsorgstjenesteloven å være behjelpelige med å skaffe bolig til pasienter om ikke selv klarer å skaffe seg dette, og som lever under dårlige boforhold (helse- og omsorgs departementet 2012a). Men er hjem og bolig det samme? Et godt hjem vil for mange pasienter med rop-lidelser være en solid arena for å starte en endringsprosess. Dette er noe som skaper trygghet og stabilitet. Hvor dette hjemmet skal være, er også en viktig faktor å tenke på. Mange kommuner har egne «blokker» med boliger for rusmisbruker eller andre vanskeligstilte. Der blir ofte naboforhold preget av rusmiddelomsetning, festing og ustabile forhold som hindrer videre motivasjon til bedring.

Mueser et.al. (2006) sier at «forlater pasienter med ROP-lidelser miljøet der rusmisbruket foregår, reduseres eksponeringen for «triggere», og en slik strategi er mest effektiv når

pasienten er motivert og har et rusmisbruk som henger sammen med det sosiale miljøet» Mueser et.al. (2006, s. 250).

Selv om kommunene har et ansvar for å hjelpe til med å skaffe bolig, er det ofte for få kommunale boliger til utleie. Pasientene oppfordres derfor til å oppsøke det private leiemarkedet, noe som ofte gir store utfordringer for pasientene. De opplever at mange utleiende ikke ønsker å leie ut til «sosialklienter», selv med betalingsgarantier fra NAV. Pasientene har sjelden egne midler til depositum og leieutgifter. I dette arbeidet er det viktig at tillitspersonen hjelper pasienten med å finne tilfredsstillende bolig – et hjem. I tillegg til at det skal være et hjem, er det viktig å huske på at mange av disse pasientene har levd i et kaos siden de var barn, og har dårlige bo-ferdigheter. Botrening som innebærer alt fra renhold, matlaging og innkjøp er nyttig behandling, men kan oppleves ydmykende for en voksen person. Det er viktig at den som skal hjelpe pasienten med dette, legger opp til at denne botreningen, er noe de gjør «i lag», ikke noe som pasienten skal lære. Dette er en form for miljørettet arbeid som er viktig. Som hjelper skal man også huske på at fra å leve et liv «i sus og dus» med venner fra rusmiljøet, er overgangen til å være alene i en bolig stor. Livet kan oppleves stille, tregt og kjedelig, og pasienten kan føle seg ensom. Dette er ikke en ensartet og homogen gruppe pasienter, alle er forskjellige og trenger ulik individuell oppfølging og tilrettelegging. Det kreves fleksibilitet og samarbeid i tjenesteapparatet for at dette skal lykkes.

4.4.5 Miljøarbeid og sosial ferdighetstrening

Miljøarbeid er noe som man oftest forbinder med institusjonsarbeid, men ut fra min forståelse kan dette også brukes i kommunehelsetjenesten. Miljøarbeid vil si å hjelpe pasienten til å bedre dagliglivets funksjoner. Dette kan være alt fra hygiene, kosthold, stell av hus, økonomi, aktiviteter ute og inne, og å finne balansen mellom søvn og hvile (Vatne 2006). . Det kan også handle om å hjelpe pasienten å finne struktur i hverdagen ved hjelp av rutiner og planer (ibid.). Det er forhold i miljøet som er viktige i miljøterapi, slik Vatne ser det; vektlegging av pasientenes ressurser i dagliglivet, i en gruppesammensetning, må hver enkelt pasient ta hensyn til andre rundt seg og til systemet og reglene som finns i denne gruppen, behandlingsatmosfæren skal være tuftet på omsorg, tillitt, respekt, varme, empati og støtte, og samtidig ha rom for vekst. Sinne og aggresjon er ikke akseptabelt. Videre bør behandlerne være kreative og engasjerte, slik at de kan prøve ut forskjellige metoder for å fremme endring, systemet krever planlegging og fysiske og sosiale strukturer som gir forutsigbarhet og klare

rammer for både behandler og pasient (ibid.). Samtidig som rutiner og struktur ofte er nødvendig for disse pasientene, oppleves det kanskje vanskelig å skulle gjennomføre dem. Det å leve i et rusmiljø beskrives av mange som et fristed, der krav og regler ikke gjelder, et sted der de bare kan være seg selv, og ikke måtte late som. Man kan jo tenke seg hvor vanskelig det da må være å plutselig skulle være seg selv i et samfunn der man føler man ikke passer inn.

Sosial ferdighetstrening er en metode for å hjelpe pasientene til å lære personlig mestring og kompetanse i forhold til å forbedre mellommenneskelige relasjoner i det daglige liv (Mueser et al. 2006). Tanken bak slik trening er at pasientene skal stå bedre rustet til å formidle egne følelser, ønsker og behov til andre mennesker, og at denne kompetansen er verdifull å ha med seg i rehabiliteringsperioden (ibid.). Fokuset ligger på å lære mestringsstrategier i dagliglivet uten rusmidler, og å kunne gjenkjenne situasjoner og triggere uten å ruse seg (Ibid.).

5 SAMMENFATNING

I påvente av institusjonsplass opplever mange pasienter med Rop-lidelser at motivasjonen til behandling svinger. Jeg har skissert noen metoder og tilnæringsmåter som kommunal rusomsorg kan bidra med i forhold til å beholde behandlingsmotivasjonen, og tenker at det er spesielt viktig å etablere en god relasjon med pasientene.

Samarbeid på tvers av etater og organisering, er slik jeg ser det, nøkkelen for god oppfølging av pasienter med rop-lidelser i kommunal sektor. Forberedelsestiden skal være en aktiv fase for både behandler og pasient, slik at endringsarbeidet er godt i gang før institusjonsoppholdet.

Det er i pasientens nærmiljø og vante omgivelser det er vanskelig å holde seg rusfri, det er der utfordringene kommer for pasientene. Hvis kommunal rusomsorg klarer å legge til rette for et bra tilbud om rehabilitering og behandling, i samarbeid med poliklinisk behandling ved DPS for disse pasientene, bør institusjonene kanskje bare brukes i akutte situasjoner?

Samhandlingsreformen legger opp til at det meste av behandling skal skje i kommunehelsetjenesten, og kanskje er dette også er det beste for pasientene forutsatt at de får en koordinerende person som loser dem gjennom jungelen av tjenesteytere, slik at de får et optimalt behandlingsopplegg i sitt nærmiljø.

Oppgavens innledningsspørsmål var; Hva er rett tid? Rett sted? Og rett behandling? Jeg oppsummeres med at rett tid er her og nå, at aktiv tilnærming til pasientene er viktig fra det øyeblikket de oppsøker hjelpeapparatet, under forberedelsestiden, og også etter behandling i institusjon. Rett sted er der pasienten er. Hva som er rett behandling har jeg kun skissert en liten, men essensiell del av. Rett behandling avhenger av hvor pasienten befinner seg i behandlingkjeden, men en stor og viktig del av dette er kommunal rusomsorg, som blant annet kan drive nettverks- og familiebehandling, miljøarbeid i lavterskeltilbud, eller i pasientens hjem, ruskonsulenter kan være med å bidra til at pasienter med rop-lidelser får et tilfredsstillende botilbud, et sted de kan kalle et hjem, og de kan tilrettelegge for en meningsfylt hverdag. I dette arbeidet er det av vesentlig betydning å få til en god relasjon preget av respekt og tillit mellom pasient og behandler.

Referanseliste

Selvvalgt litteratur er merket med *.

Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgiving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Barth, T., Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale- MI- Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget

Borg, M., Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. (2. utg.) Oslo: Kommuneforlaget.

Bratteteig, M., Hove, I. og Aakerholt, A. (2008). *Rusa eller gal*. (4. utgave). Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger

Dale, S.T. (1998). *Dobbeltdiagnosepasientene, oppgaver og problemløsninger vedrørende kommunenes ansvar og rolle*. Borgestadklinikken, Blå Kors Forlag.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evjen, R., Kielland, K. B., Øieren, T. (2007). *Dobbel opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H.O. (2009). *RUS*. (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2011)a: *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Lokalisert på: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Innhold>

*Helsedirektoratet (2011)b: *Tillit, tid og tilgjengelighet, tett oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester*. Lokalisert på: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tillit-tid-tilgjengelighet-tett-individuell-oppfolging-av-mennesker-med-behov-for-sammensatte-tjenester/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>

Helse -og omsorgsdepartementet. (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet 2008 – 2010.* Oslo: Departementet

*Kval, B. (2012)b. *Ti ROP-anbefalinger til deg som er bruker.* Lokalisert på

http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/Artikler/Etter_dato/Ti_ROP-anbefalinger_for_deg_som_er_bruker

Lov om pasient og brukerrettigheter (2001) lokalisert på: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Lossius, K. (Red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Miller, W. R., Rollnick, S.(2004). *Motivations samtalen.* København: Hans Reitzels Forlag

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser.* Oslo: Universitetsforlaget

*NAV- kvalifiseringsprogrammet, Lokalisert på:

<http://www.nav.no/Sosiale+tjenester/Kvalifiseringsprogrammet>

*Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer.* Oslo: Gyldendal Akademiske

Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler.* Oslo: Tano Aschehoug

*Vatne, S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

