



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Hvordan kan vernepleieren bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av ROP-lidelser?**

**How can a social educator use their working model in the treatment of people with both substance use disorder and mental illness?**

**Kathrine Granvold Sandnes**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 41**

**Molde, 20.05.16**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## 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 type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input 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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kristin Juvik

## 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: 25.05.2016

Antall ord: 10 578

## Forord

*Føles som jeg er i helvete  
Styggen på ryggen har blitt en av mine nærmeste  
På skulderen min og minner meg på  
Jævla skeis det'erre livet mitt går  
Er det rart jeg er redd  
Når Styggen på ryggen er han jeg prater med mest?  
Oppå skulder'n min og sier at jeg kommer ingen vei her i livet*

OnkIP & De Fjerne Slektningene

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hvorfor dette temaet er relevant for vernepleieryrket .....	2
1.3	Disposisjon .....	3
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling</b> .....	<b>4</b>
2.1	Avgrensning av oppgaven .....	4
2.2	Definisjoner av begreper i problemstillingen .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>5</b>
3.1	Kildekritikk .....	7
3.2	Min for forståelse .....	7
<b>4.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>8</b>
4.1	Aktualiteten av dobbeltdiagnoser .....	9
4.2	Rusavhengighet .....	9
4.2.1	Behandling av rusavhengighet .....	10
4.3	Psykisk lidelse .....	10
4.3.1	Behandling av psykiske lidelser .....	11
4.4	Dobeltdiagnose .....	11
4.5	ROP-pasienter .....	11
4.5.1	Behandling av ROP-lidelser/dobeltdiagnoser .....	12
4.6	Miljøterapi .....	15
4.7	Vernepleierens kompetanse og rolle .....	16
4.7.1	Miljøarbeid .....	16
4.7.2	Vernepleierens arbeidsmodell .....	17
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>20</b>
5.1	Case .....	20
5.2	Bruk av arbeidsmodellen i første møtet med pasienten .....	21
5.3	Bruk av arbeidsmodellen i den aktive behandlingen av pasienten .....	25
5.4	Bruk av arbeidsmodellen som forebygging etter endt behandling .....	27
5.5	Utfordringer som kan oppstå .....	27
<b>6.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>28</b>
6.1	Refleksjon/konklusjon .....	28
<b>7.0</b>	<b>Etterord</b> .....	<b>29</b>
<b>8.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>
<b>9.0</b>	<b>Vedlegg 1 – disposisjon vernepleierens arbeidsmodell</b> .....	<b>32</b>

## **1.0 Innledning**

Temaet for denne oppgaven er dobbeltdiagnostikk, samtidig ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser), og hvordan vernepleieren kan bidra i behandlingen av dem.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Rus og psykiatri har alltid vært et felt jeg har ønsket å lære mer om og som har vekket min interesse helt fra starten av. Jeg har i min ungdom hørt om rus og om folk som driver med dette. Jeg er oppvokst på en liten plass hvor alle visste nestet alt om alle. Derfor gikk ryktene fort. I slutten av ungdomsskolen og på videregående ble det mer og mer snakk om at folk brukte narkotika fra hjemmeplassen min. Det er dessverre slik at rusen og rusbruken eksploderte, og det ble nesten som en trend å bruke/misbruke rus. Jeg hadde også noen venner i nær omgangskrets som dessverre ble «bitt av basillen». Dette ble da veldig nært på meg. Selv har jeg vært veldig motstander av narkotika og har alltid visst hva mitt forhold til det var. Jeg har alltid vært klar på at narkotika er noe jeg verken skal prøve eller ha noen form for «kontakt med».

Da jeg på første året videregående ble god venninne med ei som var godt inne i rusmiljøet i hjembyen hennes ble det litt nærmere meg enn det jeg ønsket. Det ble senere kjent at også venninnen min hadde et rusproblem, eller at hun i alle fall misbrukte rus, jeg ser på det som et rusproblem, hun ikke. Hvorvidt hun var avhengig eller ei vet jeg ikke. Jeg huske da at jeg hadde en veldig trang til å hjelpe henne ut fra dette. Egentlig hadde jeg mest lyst til å trekke meg ut av hele situasjonen, fordi jeg hadde så sterke meninger angående rus og fordi hele situasjonen gjorde meg veldig ukomfortabel, men samtidig følte jeg at jeg måtte prøve å hjelpe henne.

Etter dette og når det ble kjent av flere i min omgangskrets hadde prøvd/holdt på med narkotika, kjente jeg at dette hadde jeg veldig lyst å tilegne meg kunnskap om for å kunne hjelpe disse menneskene. Du leser jo hele tiden i media om de solskinnshistoriene, der noen blir «reddet» fra «rushelvete» ved at noen står ved din side å kjemper din kamp sammen med deg. Dette gjelder også psykiske lidelse. Dette er også noe jeg alltid har ønsket meg mer kunnskap om. Dette har ikke vært noe som har stått meg nær i den forstand, men jeg har lest mange artikler i media om det og sett mange dokumentarer og synes dette er veldig spennende.

Hvordan det ble til at jeg valgte å skrive om begge temaene var etter en samtale jeg hadde med min daværende kontaktlærer nå i siste studieår om valg av tema til bacheloren. Jeg sa til han at jeg ikke greide å bestemme meg for om jeg ønsket å skrive om rus eller om psykiske lidelser, og da sier han til meg «hvorfor kan du ikke skrive om begge?». Han sa at begge disse temaene henger slik i sammen at det er fullt mulig å skrive om begge. Dobbeltdiagnostikk, samtidig rus og psykiske lidelser kalte han det. Før dette visste jeg ikke at det fantes noe som het det, men etter hvert som jeg har lest litt om det og sett litt mer sammenhengen, ser jeg hvor sammensatt disse to temaene og diagnosene er.

I min siste praksisperiode jobbet jeg i rusomsorgen i et fengsel sammen med flere rusavhengige. Her fikk jeg mange brukerhistorier om de som hadde medisiner seg selv på rusmidler på grunn av at de hadde slitt med psykiske lidelser. Dette kunne for eksempel være angst eller AD/HD. Han ene sa til meg at det var et veldig viktig yrke jeg hadde valgt, og han ba meg fokusere på de yngste brukergruppene fordi han hadde en formening om at de måtte fanges opp tidlig i løpet for å få den hjelpen de trengte og for ikke å havne på galt spor. Han sa at han var helt sikker på at hadde hans psykiske lidelser, i form av AD/HD og senere angst, blitt fanget opp da han var ung hadde han ikke blitt rusmisbruker og på grunn av dette kriminell. Dette er en av hovedgrunnene for at jeg ønsker å fokusere på dette temaet og hvordan jeg som vernepleier kan bidra i behandlingen av pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser.

På grunn av at jeg har opplevd at mange ikke helt vet hva verken en vernepleier er eller hva kunnskapene til en vernepleier er ønsker jeg å belyse dette i denne oppgaven. Jeg tror jeg også med denne oppgaven at jeg kommer til å lære om meg selv og min profesjon. Jeg vil som vernepleier hjelpe andre i å lykkes i hverdagen. Hensikten med denne oppgaven vil være å belyse vernepleierens kompetanse på området, og for meg å få bedre innsikt i et tema jeg har veldig stor interesse for. Jeg ser for meg at dette er et felt jeg ønsker å jobbe med som fremtidig vernepleier.

## ***1.2 Hvorfor dette temaet er relevant for vernepleieryrket***

Jeg mener at vernepleieren har mye kunnskap og kompetanse til å jobbe innenfor dette feltet. Jeg har i min siste praksis under dette studiet jobbet med ROP-pasienter, og ser at vernepleieren kan bidra både med målrettet miljøarbeid, relasjonsbygging og kommunikasjon, bare for å nevne noen, i arbeidet med denne pasientgruppen.

«Vernepleiere arbeider med barn, ungdom, voksne og eldre som har, eller kan komme til å utvikle, funksjonsvansker av fysisk, psykiske eller sosial karakter. Arbeidsoppgaver er ikke avgrenset til spesielle brukergrupper....» (Høgskolen i Molde 2012:4).

Arbeidsområdene til en vernepleier varierer voldsomt. Vernepleieren har i kombinasjon av å være både en helse- og sosialfaglig utdanning, kvalifikasjoner til å jobbe med personer med aldersdemens, rusproblemer, psykiske lidelser osv. Vernepleieren blir også mer og mer aktuell i skoleverket, og i senere tid viser det seg at antallet vernepleiere øker i både kriminalomsorg, barnevern, flyktningmottak og arbeidsmarkedstiltak. Vernepleieren har god relasjonell kompetanse. For at vernepleieren skal kunne samarbeide både med tjenestemottakere, pårørende og andre yrkesgrupper på en god måte er denne relasjonelle kompetansen nødvendig. Vernepleieren har kompetanse til både å lede og koordinere tjenester. En spesiell kompetanse vernepleieren også har er kompetanse i miljøarbeid. Dette innebærer faglig tilnærming for å endre rammefaktorer og individuelle forutsetninger for å øke brukerens mestringsevne (Høgskolen i Molde 2012).

Da jeg var i praksis og arbeidet med denne brukergruppen så jeg hvor viktig den kompetansen jeg har fått om miljøarbeid er. Det var veldig viktig for brukerne at de for eksempel fikk delta på aktiviteter og at det ble tilrettelagt for at de både kunne utarbeide denne aktiviteten, samt delta på aktiviteter for å oppleve mestring. Jeg så også hvor viktig det var å kartlegge brukerne, både interesser og hvilket nivå personen befant seg på slik at behandlingen kunne tilpasset hvert individ. Dette går på målrettet miljøarbeid som i alle fall jeg har fått inntrykk av at Høgskolen i Molde har hatt stort fokus på i vernepleierutdanningen.

### ***1.3 Disposisjon***

Disposisjonen jeg har valgt for denne oppgaven er den vi fikk anbefalt å følge av vår kontaktlærer. Jeg valgte denne fordi det gjorde det lettere for meg å løse oppgaven.

I forordet har jeg valgt å starte med en tekst jeg synes passet veldig til temaet jeg har valgt å skrive om. Denne teksten er utdrag fra en sang som er mye brukt i mange dokumentarer på tv-en om samme temaet. Denne teksten mener jeg belyser problematikken mange av disse pasientene sliter med.



I innledningen av oppgaven har jeg valgt å skrive om hvorfor jeg valgte dette temaet og hvordan jeg mener det er relevant for vernepleieryrket.

I kapittel to kommer problemstillingen min. Her skriver jeg om hvordan jeg har avgrenset oppgaven, noe som forteller litt om hva som kommer og om definisjonene av begrepene i min problemstilling.

Under kapittel tre kommer metoden jeg har valgt for å finne litteratur til denne oppgaven og hvilke bøker som har hatt en spesiell relevans for min oppgave. Deretter skriver jeg om kildekritikken jeg har hatt fokus på når jeg har funnet kilder, og tilslutt skriver jeg om min forforståelse til dette temaet.

I neste kapittel, fire, kommer teorien jeg har funnet om emnet, som belyser min problemstilling og hva jeg ønsker å ha som fokus i denne oppgaven. Denne delen er den største i oppgaven og skal legge grunnlaget for drøftingen jeg foretar meg i neste kapittel. Her drøfter jeg teoriene jeg har funnet, og det er her jeg besvarer problemstillingen jeg har valgt for oppgaven.

I siste del, som er avslutningen er hvor jeg konkluderer om jeg har besvart på problemstillingen slik som var meningen, og mine tanker rundt dette. Etterpå har jeg med et etterord der jeg skriver kort om hvordan arbeidet med denne prosessen har vært.

Som vedlegg til oppgaven har jeg valgt å legge ved en disposisjon av oppsettet over hvordan man kan bruke vernepleierens arbeidsmodell som jeg har drøftet i kapittel fem.

## **2.0 Problemstilling**

Hvordan kan vernepleieren bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av ROP-lidelser?

### ***2.1 Avgrensning av oppgaven***

Dette temaet er veldig stort og kan vinkles på svært mange måter. Jeg har valgt å fokusere på behandlingen av ROP-pasienter, altså pasienter med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser, og hvordan vernepleieren kan bidra i dette med bruk av vernepleierens arbeidsmodell. Jeg har ikke avgrenset oppgaven i form av hvilke psykiske lidelser jeg vil

fokusere på eller hvor omfattende rusmisbruket er, men jeg kommer til å ha hovedfokuset på de som har blitt diagnostisert med en rusavhengighet og samtidig har fått en diagnose på en psykisk lidelse. Valget av denne problemstillingen kom på bakgrunn av at jeg synes det er et veldig spennende tema. Dette er et tema jeg ønsker å lære mer om, da vi i løpet av studiet ikke har lært så mye om det, heller ikke så mye om hvordan vernepleieren kan bidra på dette området og med denne brukergruppen. Jeg ser på dette feltet som et felt jeg kan tenke meg å jobbe med senere, og ser derfor på dette som en gylden mulighet til å tilegne meg kunnskap generelt om temaet og om min egen profesjon og hvordan jeg med min kunnskap kan bidra.

## ***2.2 Definisjoner av begreper i problemstillingen***

I min problemstilling er det mange begreper som kan defineres. Definisjonene av disse begrepene kommer under punkt 4.0 teori. Dette fordi begrepene er det jeg ser blir mest hensiktsmessig å spinne videre på i teoridelen av denne oppgaven, og det ble en del gjentakelser som jeg unngikk ved at jeg gjorde det på denne måten. Det er mange av begrepene som kan brukes med forskjellige ord, men som har samme betydning. Hvilke ord jeg velger å bruke om de forskjellige begrepene kommer her. Når jeg bruker begrepet rusavhengighet i oppgaven min kommer jeg til å veksle litt mellom å skrive rusavhengighet, rusmisbruk, ruslidelse og rusmiddelbruk, men med dette mener jeg det samme. Flere begreper blir også brukt om dobbeltdiagnosen. I min problemstilling har jeg skrevet samtidig rus og psykiske lidelser. Senere i oppgaven vil begrepene dobbeltdiagnostikk og ROP-lidelse også brukes som det samme.

Om ROP-pasienter vil jeg senere i min oppgave veksle mellom å bruke mennesker med ROP-lidelser, ROP-pasienter og mennesker med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser om hverandre.

## **3.0 Metode**

En fremgangsmåte for å løse et problem eller for å komme frem til ny kunnskap kalles en metode. Alle midler som har dette formålet, kommer under begrepet metode (Aubert 1985 i Dalland 2012).

For å finne frem til litteratur som er relevant for å besvare oppgaven har jeg brukt litteraturstudie. Litteraturstudie er en systematisk gjennomgang, innsamling og fremstilling av litteratur rundt et valgt tema eller problemstilling (Dalland 2012). Dette var den mest

hensiktsmessige metoden for å finne litteratur som kan besvare min problemstilling og jeg føler med dette litteraturstudiet at jeg har funnet masse god teori som jeg kan bruke. Dalland (2012) skriver også at litteraturstudie bidrar til å få en oversikt over allerede eksisterende kunnskap på fagområdet, arbeide kunnskapsbasert og se behovet for ny kunnskap på området.

For å finne litteratur som kan svare på min problemstilling har jeg også søkt i Oria som er det høgskolen anbefaler og som er knyttet til høgskolens bibliotek. Jeg har brukt søkeord som er i min problemstilling, og har på denne måten både funnet relevante bøker, artikler og diverse annen litteratur. Søkeord jeg har brukt er: dobbeltdiagnostikk, ROP-pasienter, rusavhengighet, rus og psykiatri, ROP-lidelser, behandling av ROP-pasienter, New Hampshire-modellen, tverrprofesjonelt samarbeid. Jeg har også søkt på forfattere jeg vet og har fått tips om har skrevet mange bøker og artikler i dette emnet for å finne disse aktuelle bøkene og artiklene. Forfattere jeg har søkt på er: Kari Lossius, Reidunn Evjen, Knut Boe Kielland, Tone Øiren.

Jeg har også bare tilfeldig lett på biblioteket på høgskolen under kategorien helse- og sosialfag og funnet en masse relevante bøker som jeg har benyttet. Jeg har også fått mye tips fra medstudenter på litteratur jeg kan bruke som jeg også har dratt nytte av.

Bøkene som har vært mest relevant for meg er de som omhandler ROP-lidelser og ROP-pasienter. Det finnes utallige bøker som enten handler om rusproblematikk eller psykisk helse/psykiske lidelser. Jeg kommer til å se i disse også for å enten få tips til annen litteratur eller fordi dette også kan være relevant til oppgaven. Bøker som omhandler behandling av ROP-pasienter vil også være noe jeg kommer til å bruke mye, da det er behandling jeg skal fokusere på og som jeg må svare på i forhold til problemstillingen. En bok som har hatt spesiell relevans for min oppgave er Dobbelt OPP – om psykiske lidelser og rusmisbruk av Reidunn Evjen, Knut Boe Kielland og Tone Øiern. Denne boka har jeg på forhånd før jeg startet skrivingen brukt for å tilegne meg kunnskap om temaet. Denne boka har også vært svært viktig og en av de viktigste bøkene i mitt arbeid med denne oppgaven. Forfatterne av denne boken har jeg også sett gå igjen i flere av de andre bøkene jeg har om temaet, derfor har jeg valgt å se på dette som valid litteratur. En annen veldig relevant kilde jeg har kommet over og brukt er Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, sammensatte tjenester – samtidig behandling av Helsedirektoratet. I litteraturen

om vernepleieren og vernepleierens arbeidsmodell har FOs hefte om vernepleieryrke, rammeplanen og fagplanen fra Høgskolen i Molde vært litteratur som har hatt spesiell relevans og som jeg har brukt mye.

### **3.1 Kildekritikk**

Kildekritikk brukes som en metode for å slå fast at en kilde er sann. Dette gjøres ved at de kildene som brukes karakteriseres og vurderes (Dalland 2012).

Å være kritisk til kildene som jeg bruker er noe jeg har hatt med meg hele tiden i arbeidet med denne oppgaven. I mye av bøkene og litteraturen ellers som jeg har funnet har jeg sett at det er de samme forfatterne som går igjen. Dette mener jeg er med på å gjøre at kildene og litteraturen har validitet og reliabilitet. Jeg har også fokusert på å bruke litteratur som ikke er så veldig gammel, og jeg prøver så godt det lar seg gjøre å sjekke ut at det ikke finnes annen og nyere forskning eller bøker som jeg kan bruke. For å kunne vurdere kvaliteten og hvorvidt kildene/litteraturen er relevant for oppgaven trengs informasjonskompetanse. Dalland (2012) skriver at store norske leksikon definerer informasjonskompetanse slik: «en samling ferdigheter som gjør en person i stand til å identifisere når informasjon er nødvendig, og som setter vedkommende i stand til å lokalisere, vurdere og effektivt anvende denne informasjonen» (Dalland 2012:65).

### **3.2 Min forforståelse**

Forforståelse er «en forståelse som går forut for erfaring; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli» (Aadland 2011:308).

Når man skal skrive en slik oppgave som dette er det det mest avgjørende perspektivet fra hermeneutikken, den overordnede betydningen av forforståelsen å reflektere over hvilke briller og forestillinger oppgaven møtes med (Aadland 2011).

Jeg må være bevisst på at min forforståelse ikke påvirker mitt arbeid med denne oppgaven for mye. Det er også derfor jeg skriver om min forforståelse slik at leser er klar over dette og kan ta det med seg videre i lesingen av denne oppgaven.

Min forforståelse for temaet er at det er vanskelig å finne ut hva som kom først av ruslidelsen og den psykiske lidelsen. Siden dette henger slik sammen og kan ses i sammenheng av hverandre tror jeg dette nesten er helt umulig, spesielt hvis ikke personen selv vet det. Hypoteser eller antakelser om hvordan disse lidelsene henger sammen og samspiller på kan bli avgjørende for hvordan forebygging og behandling av ROP-lidelser

skal gjøres. For de som skal behandle disse ROP-pasientene vil det være avgjørende om de vet om personen vil bli bedre i form av at den psykiske lidelsen vil bedres som følge av at rusmisbruket tar slutt eller om rusmisbruket opphører dersom den psykiske lidelsen blir bedre (Evjen, Kielland og Øiren 2012).

Jeg har også den formening om at hadde for eksempel den psykiske lidelsen blitt tatt på alvor eller personen med den psykiske lidelsen blitt møtt der personen er, om det var denne lidelsen som kom først, ville dette kunne vært med på å redusere sjansen eller unngå at det kom en ruslidelse i tillegg. Dette fordi jeg tror at kombinasjonen ofte starter på grunn av selvmedisinering. I boka *Dobbelt OPP* (2012) står det at det finnes en selvmedisineringshypotese, som sier at psykisk lidelse fører til ruslidelse. Gruppen rusavhengige har ofte vært mye utsatt for overgrep og andre traumer, knyttet til et vanskelig liv med kriminalitet og ulykker. På grunn av dette utvikler noen posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Chilcoat og Breslau (1998) sier at mange av de som utvikler og har PTSD har en veldig økt risiko for å utvikle rusmiddelbruk (Evjen, Kielland og Øiren 2012). Mange forskere sier at hos de fleste kan det sannsynliggjøres at rusmiddelbruk er sekundært til den psykiske lidelsen (Bakken mfl. 2003 i Evjen, Kielland og Øiren 2012). Og omvendt er jeg nesten sikker på at om personen med ruslidelsen hadde blitt behandlet eller sett på et tidlig stadie, kunne den psykiske lidelsen vært unngått fordi det er langvarig og tung bruk av rusmidler som er hovedårsaken til at den psykiske lidelsen kommer i tillegg. Det finnes en modell som heter skademodellen, denne forteller og er en antakelse av at rusmisbruk forårsaker psykiske lidelser som ellers ikke ville oppstått. Modellen kan brukes som en forklaring på at psykiske symptomer er senvirkninger av bruk av ulike rusmidler (Evjen, Kielland og Øiren 2012).

Min forforståelse er også det at det er vanskelig å behandle ROP-pasienter og at det er veldig enkelt å få tilbakefall i alle fall i forhold til rusmiddelbruken.

## **4.0 Teori**

I dette teorikapitlet vil jeg belyse hvordan behandlingen av ROP-pasienter foregår, og hvilke aspekter som blir brukt i behandlingen. Etter dette vil jeg beskrive vernepleierens kompetanse og rolle, med hovedvekt på miljøarbeid, for å belyse hvordan vernepleieren kan bidra i behandlingen av ROP-pasienter, ved bruk av den helhetlige arbeidsmodell (vernepleierens arbeidsmodell) i behandlingen. Grunnen til at jeg velger å ha hovedvekt på

miljøarbeid i vernepleierens kompetanse er fordi i vernepleierens rammeplan er dette det største emnet som det legges størst vekt på og det er også dette emnet vernepleierens arbeidsmodell hører til under.

#### **4.1 Aktualiteten av dobbeltdiagnoser**

Fekjær (2011) skriver at i en SIRUS-rapport fra 2003 ble det gjort en norsk studie av 462 stoffmisbrukere i ulike typer behandling. Det ble brukt anerkjente psykiatriske diagnoseverktøy til å fastslå psykisk helse. Det ble funnet ut at de hadde eller hadde hatt disse lidelsene og problemer før behandlingen startet:

Depresjon 61%

Angst 58%

Antisocial personlighetsforstyrrelse 52%

Borderline personlighetsforstyrrelse 27%

Tanker om selvmord 62%

Forsøkt selvmord 46% (Fekjær 2011)

#### **4.2 Rusavhengighet**

I boka Dobbelt OPP (2012) står det at rusavhengighet blir sett på som en del av det psykiatriske sykdomspanoramaet. Det å bruke rusmidler slik det er beskrevet i de diagnostiske kriteriene på ruslidelser vil være noe annet enn det det var i begynnelsen, som et selvstendig uavhengig valg. Tilslutt blir det å bruke rusmidler mer en sykdom enn et valg. Muligheten for å gjøre valg for bruk eller ikke-bruk når man er avhengig av et rusmiddel er veldig redusert fordi fraværet fra å ta stoffet fører til andre og mye lidelse i form av abstinenser og suget etter virkningen av stoffet er mer eller mindre uimotståelig (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

Avhengighetssyndromet kan karakteriseres og er når flere kognitive, atferdsmessige og fysiologiske faktorer forekommer etter stoffbruk gjentatte ganger. Dette avhengighetssyndromet kan handle om et spesifikt psykoaktivt stoff, som for eksempel tobakk eller alkohol, en gruppe stoffer, som for eksempel opioider eller et bredt spekter av forskjellige farmakologiske psykoaktive stoffer. Det kreves en viss tid før avhengighetssyndromet oppstår, i forhold til skadelig bruk (Helsedirektoratet 2011). For at diagnosen avhengighet kan settes må tre av disse seks kriteriene oppstått samtidig det siste året:

- Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen

- Problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde
- Fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nært beslektet) stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
- Utviklet toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga (for eksempel alkohol- eller opioidavhengige personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling)
- Føler økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruken
- Opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskade etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang (Helsedirektoratet 2011:18).

#### **4.2.1 Behandling av rusavhengighet**

I behandlingen av ruslidelser finnes det ingen fasit. Hvert menneske som man møter og som har en ruslidelse er unik. For at en rusbehandling skal være vellykket forutsetter det en tverrfaglighet som både tar hensyn til de rusmessige faktorene i pasientens liv, eventuelt en dobbeltdiagnose, og samtidig somatisk helse, sosiale problemer og det nettverket og familien pasienten har. Det forutsetter også en god terapeutisk allianse, som deretter forutsetter at hvert enkelt individ blir møtt med forståelse, respekt og empati (Kronholm 2012). Det finnes mange behandlingsformer som kan brukes i rusbehandling. En utvalg av disse kan være motiverende intervju og mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling.

#### **4.3 Psykisk lidelse**

Psykiske lidelser er forskjellige sykdommer og lidelser som først og fremst ikke rammer den fysiske kroppen. De psykiske lidelsene påvirker følelser, tanker (kognisjon) og

væremåte. Dette kan få store konsekvenser i dagliglivet og omgivelsene. Det kan dreie seg om et voldsomt stort spekter av lidelser når det er snakk om de psykiske. Mange som har disse lidelsene har ikke vært utredet diagnostisk, men har problemer i hverdagen, det kan være problemer med å bo, å ha et godt forhold til familie eller til jobben.

Alvorlighetsgraden i den psykiske lidelsen kommer an på i hvor stor grad symptomene viker inn på personens hverdag, og ikke hvilken diagnose som ligger til grunn. Selv om det finnes graderinger på lidelsene som finnes, vil forløpet til diagnosene være ulik fra person til person, derfor kan ikke lidelsen bestemme alvorlighetsgraden (Evjen, Kielland og Øiren 2012).

### **4.3.1 Behandling av psykiske lidelser**

Det finnes mange forskjellige behandlingsformer for psykiske lidelser som psykoterapi, støttesamtaler, atferdsterapi, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, gruppeterapi, familierapi og miljøterapi (Snoek og Engedal 2008).

### **4.4 Dobbeltdiagnose**

Dette begrepet er brukt for å beskrive samtidig alvorlig rusavhengighet og alvorlige psykiske lidelser, spesielt schizofreni og bipolare lidelser med psykotiske symptomer og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Grønningsæter (2012) skriver at psykosene kjennetegnes ved at pasienten opplever verden annerledes enn andre og hører og ser det som andre ikke hører eller ser (Løvaas og Dahl 2013). Rusutløst psykose kalles det når disse psykosene er forårsaket av inntak av rusmidler. Betegnelsen dobbeltdiagnose kan ikke brukes dersom det er snakk om AD/HD samtidig med alvorlig rusmisbruk, den psykiske lidelsen må være av mer alvorlig karakter, som nevnt over (Løvaas og Dahl 2013).

### **4.5 ROP-pasienter**

ROP-lidelse eller ROP-pasienter er når en person har minst to selvstendige lidelser, personer som har en alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Når personer med mindre psykiske lidelser og ruslidelse sammen forårsaker betydelig nedsatt funksjon, som kan være sosial fungering, arbeide, det å bo eller på andre betydelige livsområder kan også dette betegnes med ROP. Med rusmisbruk menes det avhengighet av rusmidler og skadelig bruk av rusmidler, illegale og legale. For mange fører samtidig ruslidelse og psykisk lidelse til betydelig nedsatt funksjon, og ofte med dramatiske konsekvenser for personen



selv, og eventuelt også pårørende og nettverk. Livssituasjonen til mange ROP-pasienter blir preget av sosiale problemer, de har ofte behov for langsiktig og omfattende rehabilitering eller oppfølging, de misbruker ofte mange forskjellige stoffer, de går frem og tilbake i tiltaksapparatene og har ofte raskere sykdomsutvikling enn andre (for eksempel psykose), de er en stor belastning for pårørende, har høy risiko for selvmord, de har mer kontakt med politi og kriminalomsorg og har ofte sosialt avvikende atferd (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

#### **4.5.1 Behandling av ROP-lidelser/dobbeltdiagnoser**

Prosjekt Rus og Psykisk lidelse, som kalles kun ROP har en egen behandlingsfilosofi for ROP-pasienter. Det er viktig å tenke muligheter og ikke på hindringer, samtidig som at det er viktig å styrke håpet og motvirke håpløshet, det er viktig å vise den andre respekt og unngå vold eller trusler om det og det er veldig viktig å arbeide for at det er mulig å mestre vanskelighetene i livet uten å måtte stå alene (Lønne 2006).

I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (2011) står det at målet for behandlingen av ROP-pasienter kan være veldig ulik fra person til person. For noen kan målet være skadereduksjon og en bedre livskvalitet, men for andre kan det være full symptomfrihet, rusfrihet, god funksjonsevne og integrering i samfunnet. I behandlingsforløpet vil ofte målet endre seg. I behandlingen vil det være viktig å finne en balanse mellom å ikke stille for store krav eller forventninger samtidig kunne utfordre til endring (Helsedirektoratet 2011).

Personer med ROP-lidelser har problemer som er dypt rotfestet, både når det gjelder rusmisbruket og den psykiske lidelsen. Det kan være et samspill mellom de to forskjellige lidelsene. Selv om rusmiddelbruk i seg selv er destruktivt, kan dette også brukes som et forsøk på å bli kvitt og komme seg ut av den mentale smerten som en psykisk lidelse kan føre med seg. Dette perspektivet er det viktig å ha i bunn når man skal forsøke å få til en endring. For at pasienten skal få en bedre livssituasjon er det viktig at endringer skjer, fordi «løsningen» som blir brukt for å bli kvitt den mentale smerten med rusmidler, som bruk av rusmidler i det hele, skaper veldig mange problemer i seg selv. Rusmiddelavhengigheten i seg selv kan skape så mange problemer og bli vel så alvorlig som den psykiske lidelsen,

som kan ha vært utgangspunktet for rusmiddelbruken i første omgang (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

Når behandleren skal behandle ROP-lidelser, vil han nok møte pasienten i en situasjon hvor rusmiddelet oppleves å en nyttig funksjon knyttet til de bryssomme symptomene på den psykiske lidelsen. Ofte er også den sosiale rammen til de med ROP-lidelser preget av forfall og ustabilitet, med et tynt sosialt nettverk. Mennesker med rusmisbruk blir ofte utsatt for utstøting og stempling, og dette fører ofte til et dårlig selvbilde. Ambivalens kan også prege motiveringen for endring og dermed må behandling og tiltak av disse menneskene ha mange fasetter (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

Enten det er snakk om medikamentell, miljørettet eller individuell behandling, er det slik at personer med dobbeltdiagnoser, ROP-pasienter har svakere effekt av behandling enn andre. Derfor stilles det store krav til behandlerne. Disse personene har ofte følt seg som kasteballer i tiltakene fordi hjelpeapparatene har hatt en tendens til å skyve disse pasientene fra seg. Dette kan føre til at de møter hjelpeapparatet med mye mistillit og liten tro på at de får hjelp (Fekjær 2011).

Metodene som er brukt i behandlingen av bare ruslidelser eller psykiske lidelser er i prinsippet det som også blir brukt i behandlingen av dobbeltdiagnostikk. Forskjellene er at det må tas ulike hensyn hjelpetilbudets organisering og det må vektlegges ulike elementer. Mange av pasientene med dobbeltdiagnoser er ofte uten fremtidshåp og er motløse. Dette vil i mange tilfeller ses på som dårlig motivasjon til behandling. For at dette skal bli bedre må det jobbes for å øke deres mestringstillit (Fekjær 2011).

I arbeidet med mennesker med dobbeltdiagnoser er det svært viktig at det er et tett samarbeid mellom psykiatri, rustiltak, sosialkontor, helsetjenesten og andre. I arbeidet med dobbeltdiagnoser som er et utpreget område, trengs det i de aller fleste tilfeller å opprette ansvarsgruppemøter og utarbeide en individuell plan. Det er også hensiktsmessig at hjelpeapparatet ser på en helhetlig rehabilitering. Dette innebærer etablering av en trygg boligsituasjon, stabilisering av økonomi, tilbakegang til utdanning eller jobb, familiestøtte og krisehåndtering (Fekjær 2011).

I behandlingen av dobbeltdiagnoser tidligere var det mange som tenkte at det ene skulle behandles først, enten rus eller psykiatri, så det andre. Dette er noe det har blitt gått vekk ifra, og fokuset er nå på en integrert behandling av begge lidelsene samtidig. Hvor denne behandlingen skjer, enten innenfor psykiatriske tiltak eller innen rustiltak avhenger av hvilken lidelse og problemer som er de mest fremtredende. De personene som er psykotiske havner oftest i psykiatrien, mens de fleste som har en antisosial personlighetsforstyrrelse oftest havner i rustiltak. I rustiltak er det også viktig med samarbeid med psykiatriske tiltak, og benytter deres ekspertise, spesielt når det gjelder medikamentell behandling (Fekjær 2011).

#### **4.5.1.1 New Hampshire-modellen**

Den amerikanske delstaten New Hampshire har siden 1988 arbeidet uvanlig systematisk og målrettet med dobbeltdiagnoser. Dette har resultert i at den såkalte New Hampshire-modellen ble utviklet. Denne modellen tar sikte i å integrere behandlingen av psykiske lidelser og rusproblemer og en nær integrering av de ulike hjelpeinstansene. Disse ulike hjelpeinstansene er mobile behandlingssenter, døgnbehandlingsmulighet og bo- og habiliteringsenheter, og er viktige elementer. Behandlingsteamene er veldig tverrfaglige og består derfor av mange ulike typer kompetanse (Fekjær 2011).

Modellen deler behandlingen i fire ulike faser. Disse er: kontaktetablering, motiveringsarbeid, aktiv behandling og forebygging av tilbakefall. Det blir lagt vekt på at behandleren eller behandlingsteamet har veldig langvarig kontakt med pasienten. Det vil si at i praksis har en samme behandleren kontakt med pasienten både under og utenfor institusjonsopphold. Dette er selvfølgelig ønskelig der pasienten trenger langvarige tjenester fra og kontakt med behandlingsapparatet, men spesielt for de som har både ruslidelser og psykiske lidelser (Fekjær 2011).

«Integrert behandling viser til en behandlingstradisjon som favner alle tiltak og prosesser hvor behandlerintervensjoner for personer med ROP-lidelser kombineres innen samme behandlingsrelasjon eller –sted» (Helsedirektoratet 2011:60). Integrert behandling hevder dermed at behandlingen av både den psykiske lidelsen og ruslidelsen skal skje samtidig og av samme helsepersonell. Det viser seg at de mildeste psykiske lidelsene reduseres over tid parallelt med oppnådd rusfrihet. Flere kontrollerte studier i rusbehandlingstiltak viser at integrerte tiltak mot ulike ROP-lidelser har en bedre effekt om tiltakene innenfor

behandlingen ledes fra samme sted enn av ulike behandlere på flere steder (Charney et al., 2001; McLellan et al., 1993; Saxon & Calsyn, 1995; Weisner et al., 2001 i Helsedirektoratet 2011).

En slik integrert behandling kan derfor være at tjenestene mellom de ulike og selvstendige enhetene samordnes på en oversiktlig måte, slik at pasientens samtidige lidelser blir tatt hensyn til. At pasienten opplever behandlingen som helhetlig er det viktigste, enten den blir utført av et enkelt team eller av ulike enheter. Helt sentralt i den integrerte behandlingen er at det blir tatt en felles beslutningstaking mellom alle partene. En slik integrert behandling for ROP-lidelser skal skje etter en samlet plan, som er forankret i en individuell plan (Helsedirektoratet 2011).

#### **4.6 Miljøterapi**

Denne behandlingsformen er et terapeutisk arbeid som tilstreber å legge forholdene til rette for nye erfaringer ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet, og dette gjøres på en koordinert og systematisk måte. For å skape denne ønskede forandringen benyttes aktiviteter og her-og-nå-situasjoner, og gjerne i grupper. Behandlingsformen legger også stor vekt på endringer av atferd og tankemønstre, men har samtidig også stort fokus på relasjoner. For å skape situasjoner som kan skape endringer blir aktiviteter brukt bevisst og målrettet. Om det under disse aktivitetene benyttes samtaler skal disse handle om følelser, opplevelser og mestring knyttet til den aktuelle situasjonen og ikke til fortiden (Larsen og Selnes 1975; Hummelvold 1997 i Snoek og Engedal 2008). Miljøterapi handler om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere hverdagen slik at dette kan føre til at han eller hun mestrer sin livssituasjon bedre. Dette miljøarbeidet kan være så mye alt etter behovet til den enkelte. Det kan være å sette grenser, konfrontere, gi en bedre opplevelse av mestring, bidra til en bedre struktur og rytme på dagen eller lære å uttrykke egne behov på en mer direkte måte. Det er også viktig i miljøterapi at terapeuten er bevisst på målet med å sette i gang en aktivitet. Uten en slik bevissthet vil det ikke ha noen form for struktur og terapeuten vil da bare bli en som gjør noe bare for å gjøre det uten mål og mening. Målsettingen skal tilpasses hvert enkelt individ, men for måloppnåelsen, er også gruppeprosessen viktig, både mellom pasientene og omgivelsene (Snoek og Engedal 2008).

En ting som er viktig i all terapi er at pasientens egen selvinnsikt og mestring skal økes. Det er også viktig å få han til å forstå hvordan han påvirkes av andre og hvordan han påvirker andre. Hvordan personens tanker, følelser og oppfatning av sanseinntrykk skaper konflikter for ham selv og for omgivelsene er grunnleggende sett hva psykiske lidelser handler om (Snoek og Engedal 2008).

I miljøterapien er det også veldig viktig at målene som settes for forandring skjer i samarbeid med pasienten, og at de blir satt slik at det er mulig for pasienten å oppleve gleden ved økende mestring. Brukermedvirkning går ut på at pasienten er med på å definere mål og ønsker for behandlingen, i den grad han eller hun er i stand til dette. Det må likevel være terapeuten som tilrettelegger arbeidet på et realistisk og adekvat nivå. Aktivitetene som arrangeres kan være enkle og fritidspregede, om dette er det som blir med hensiktsmessig i forhold til pasientens diagnose og ønsker og mål for behandlingen (Snoek og Engedal 2008).

#### ***4.7 Vernepleierens kompetanse og rolle***

Vernepleiere skal være brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:4 i Folkestad 2009).

Vernepleierens kompetanse nevnes ofte som tre deler – helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig (Owren og Linde 2011).

Vernepleierens overordnede mål er å bidra til at de som mottar tjenester oppnår god livskvalitet (FO 2008).

##### **4.7.1 Miljøarbeid**

I vernepleierutdanningens rammeplan er miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid det største hovedemnet. Dette emnet beskrives som at studenten skal utvikle evne til å gi omsorg, gi veiledning og tjenester som samsvarer til tjenestemottakers behov, og dette skal ha som hensikt å øke livskvalitet og velferd. Studenten skal også læres til en yrkesutøvelse som skal bygges på å vise respekt og empati. De skal også kunne begrunne hvorfor det ble gjort slik det ble gjort slik at de kan utføre et godt metodisk arbeid både på individ- og samfunnsnivå. De skal også delta i gjennomføringen og kunne

utarbeide individuelle planer sammen med brukerne og andre yrkesprofesjoner (Utdanning- og forskningsdepartementet 2005).

Miljøarbeid karakteriseres som en systematisk arbeidsmåte der ulike kunnskaps- og fagretninger knyttes sammen som et grunnlag til den praktiske yrkesutøvelsen. Denne måten å jobbe på har et brukerorientert utgangspunkt med habiliterende og/eller rehabiliterende mål å gå mot. Ikke vil det bety bare å yte bistand i forbindelse med helse, daglig omsorg og trivsel, men det vil også bety å bidra til utvikling og opptrening av funksjoner som en person allerede har eller har mistet eller å bidra til at de allerede eksisterende funksjonelle ferdighetene opprettholdes. Det vil ikke bare gå ut på å arbeide med de problemene i hverdagen som individet har, men også se det i sammenheng med deres pårørende, nettverket og forvaltningsansvarlige (Høgskolen i Molde 2012).

Vernepleieren som miljøarbeider tilpasser sin tilnærming både til behovet til individet og situasjonen individet står ovenfor. Som fokuset på det enkelte mennesket og de ulike mulighetene og begrensninger som det har går hånd i hånd med fokuset på arbeid med relasjoner, systemer og betingelser som ligger omkring. Vernepleierens arbeidsmodell betegner viktige sider ved dette miljøarbeidet som er vernepleierens hovedfunksjon. Modellen sier noe om hvem trenger hva og i hvilke situasjoner. Hva modellen illustrerer gjenspeiler en handlingsorientert, planleggende og dokumenterende vernepleier. Modellen viser også prosessen vernepleieren må stå i for å kunne tilpasse seg brukeren kontinuerlig (Høgskolen i Molde 2012).

#### **4.7.2 Vernepleierens arbeidsmodell**

Vernepleiere bruker denne arbeidsmodellen for å komme frem til begrunnede løsningsforslag. Denne modellen begrepsfester ulike faser i en målrettet arbeidsprosess, for å kunne systematisk dokumentere sammenhengen mellom yrkesutøvelsen og begrunnede løsningsforslag er dette nødvendig. Når vernepleiere anvender denne modellen blir den teoretiske og den erfaringsbaserte kunnskapen som utdanningen gir brukt (FO 2008).

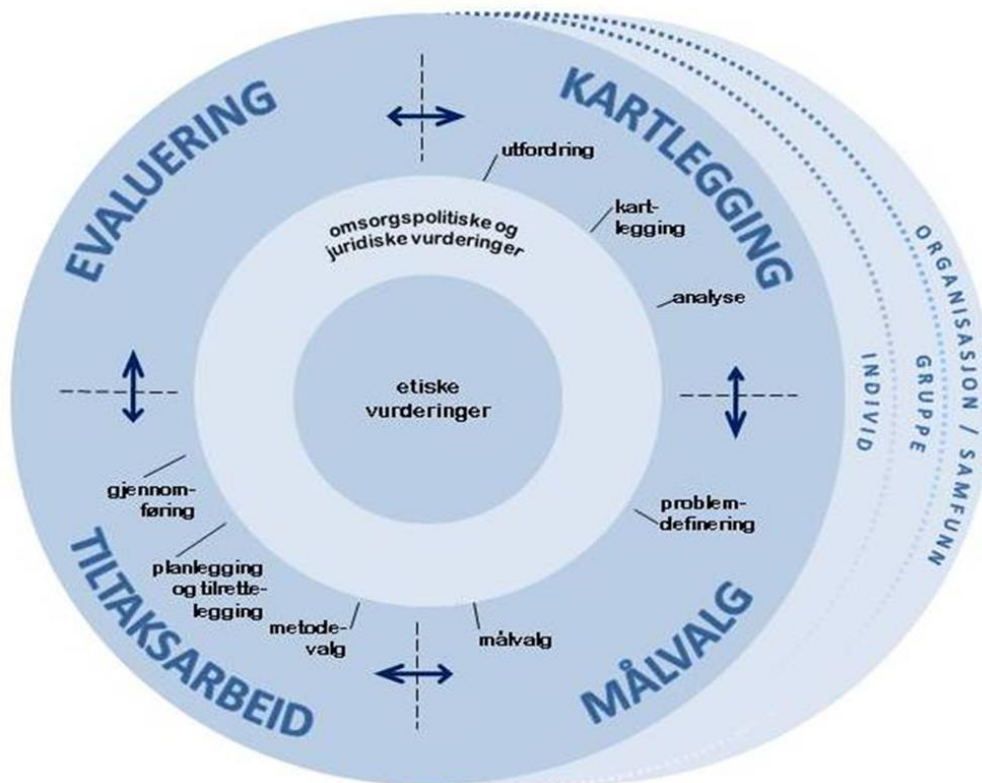
Faglig skjønn og regulering av tjenesteutøverens rom for skjønn i ulike situasjoner i møte med brukere er det vernepleierens arbeidsmodell fokuserer på. At tjenesteutøvere i hver situasjon skal ha nok støtte til å ta gode handlingsvalg i samhandling med brukerne, og for at hjelpen og tjenesten skal bli gode, fordi tjenesteutøvere har nok handlingsrom til å

gjøre tilpasninger som kreves fortløpende, er målet med reguleringen modellen fokuserer på. Denne balansen på ene siden sikrer faglig forsvarlighet og på den andre siden sikrer brukernes mulighet til å påvirke egen hjelp og tjenester (Owren og Linde 2011).

Modellen er delt inn i fire ulike faser eller prosesser:

1. Kartlegging – som inneholder både kartlegging og analyse
2. Målvalg
3. Tiltaksarbeid
4. Evaluering

Vernepleierens arbeidsmodell er ikke knyttet til bestemte grupper brukere eller individuelt arbeid og er egnet til veldig mange ulike typer arbeid. Ved bruk av modellen må vernepleieren være bevisst på å kartlegge, dette innebærer å ha kunnskap om den aktuelle saken. Det skal også analyseres, det vil si å vurdere det som er kartlagt opp mot relevant teori og empiri. Videre skal det settes mål for hva som skal oppnås med arbeidet, deretter tilrettelegge og sette i gang tiltak for å oppnå dette målet. Tilslutt skal hele prosessen evalueres. Alle disse prosessene vil være de samme, uavhengig om man jobber sammen med individer, grupper eller samfunn (Høgskolen i Molde 2012).



FIGUR 1: Vernepleierens arbeidsmodell (Høgskolen i Molde 2012).

Vernepleierens arbeidsmodell viser at vernepleierens arbeidsmåte kan ses på som en prosess, der alle de ulike aspektene i modellen står i et gjensidig forhold til hverandre. Gjennom hele prosessen må vernepleieren ha et nært og godt samarbeid, samt være lydhør ovenfor både tjenestemottaker og pårørende. Omsorgsideologiske- og juridiske vurderinger skal det fokuseres på i alle faser, likeså etiske dilemmaer og avveininger. Satsingsområdet som velges skal ha en sammenheng med hvilke mål som er viktige og hensiktsmessige for tjenestemottaker. Tjenestemottakeren skal i aller største grad være med i utformingen av dette (FO 2008).

Arbeidet med arbeidsmodellen er ikke ment å være utfyllende. Det vil alltid skje uforutsette ting som må tas hensyn til. Modellen kan heller ikke forstås som lineært, det er ikke alltid hensiktsmessig å starte på toppen for å ende opp i slutten. Overgangene mellom de forskjellige fasene bør forstås som dynamiske, der det ofte blir vekslet mellom fasene, der spesielle hensyn må tas, som for eksempel individuelle hendelser og relasjonelle forhold (Høgskolen i Molde 2012).

Modellen kan anvendes ved tilrettelegging av opplæring, opptrening av tidligere ferdigheter, behandling og livsmiljø, og har vist seg å være anvendelig både på individnivå og systemnivå. Hvilke valg man står overfor nå man skal jobbe målrettet med en endringsprosess er det som blir tydeliggjort ved bruk av denne modellen. Den utfordrer også vernepleieren til å begrunne valgene som blir tatt i de ulike aspektene av modellen. Valgene som blir tatt skal både forankres i tilgjengelig fagkunnskaper og ut fra tjenestemottakers livssituasjon. Når man jobber og bruker denne modellen er det også viktig at alt dokumenteres skriftlig, slik at det kan vurderes og kvalitetssikres av andre. Ved denne dokumentasjonen er vernepleierne også med på å sikre kvalitet og kontinuitet i sitt arbeid. Dette kravet om dokumentasjon, og at arbeidet skal inneholde faglig forsvarlighet forankres i sosialtjenesteloven, helsepersonelloven og bruker- og pasientrettighetsloven (FO 2008).

For at vernepleiere skal benytte seg av denne modellen må det knyttes sammen flere ulike fagområder, som skal belyse behovet bedre. «Bakgrunnen for vernepleieryrket er en erkjennelse av at man er avhengig av kunnskap fra flere fagområder for å kunne yte bistand til personer med sammensatte bistandsbehov» (FO 2008:16).



#### **4.7.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell som en metode for problemløsning**

Linde og Nordlund (2010) skriver at «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 2010:97). Eksempel på metodisk arbeid er å bruke en problemløsningsmodell som tar utgangspunktet i teori om problemløsningsprosesser. Denne problemløsningsmodellen kan være vernepleierens arbeidsmodell.

### **5.0 Drøfting**

Hvordan kan vernepleieren bruke vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av ROP-lidelser?

For å svare på denne problemstillingen vil jeg bruke en case, hvor jeg tar for meg de forskjellige fasene i vernepleierens arbeidsmodell i mitt første møtet med pasienten som vernepleier, senere i behandlingen og tilslutt i forebyggende arbeid.

#### **5.1 Case**

Casen handler om Kari, som er en fiktiv person som blir brukt i denne casen.

Kari er ei jente på 23 år som lenge har slitt veldig med rusmisbruk. Hun har lenge vært innlagt på flere behandlingsinstitusjoner, men uten hell. Behandlerne sier hun er veldig ambivalent i forhold til behandlingen og om endringer hun ønsker for sitt liv. Hun sier i mange tilfeller at hun har det bra slik som det er og at problemet hennes ikke er så stort som behandlerne skal ha det til, mens andre dager kan hun være veldig opptatt av at endringer må gjøres for at hun skal ha det bra. Behandlerne sier også at Kari er en veldig vanskelig person å komme inn på, hun er veldig vrang og de ser ikke at Kari kan ha noen nytte av behandlingen som tilbys.

Kari har nå blitt tilbydd plass hos et behandlingssenter – klinikk for rusavhengige, der hun skal igjennom et behandlingsopplegg som går over ett år. Denne klinikken har ingen erfaringer med Kari fra før, så her blir det å starte opp helt fra grunnen av.

Jeg har som vernepleier ved denne klinikken blitt satt opp som primærbehandler og kontakt for Kari. Jeg ønsker å benytte meg av vernepleierens arbeidsmodell som et verktøy og som et bidrag i behandlingen av Kari.

Det kommer frem i Prosjekt Rus og Psykiske lidelse (ROP) sin behandlingsfilosofi for ROP-pasienter at man heller skal tenke muligheter istedenfor hindringer og styrke håpet og motvirke håpløshet (Lønne 2006). Dette ser jeg på en av styrkene ved vernepleierens arbeidsmodell. Ved bruk av modellen vil det både komme frem styrker og svakheter hos individet, og slik jeg ser det brukes arbeidsmodellen for å styrke de mulighetene som finnes hos individet. Behandlingsfilosofien sier også at man uten å måtte frykte å stå alene skal man arbeide mot en tilværelse der det er muligheter for å mestre livets vanskeligheter (Lønne 2006). Når man aktivt jobber med vernepleierens arbeidsmodell mener jeg det skal være muligheter til å finne løsninger som hjelper med å mestre hverdagens vanskeligheter sammen. Modellen skal alltid brukes sammen med brukeren selv og når man i fellesskap kommer frem til løsninger på den vanskelige hverdagen kan det være muligheter for å føle at man ikke står alene. Siden arbeidsmodellen alltid skal gå som en runddans og alltid evalueres, mens tiltaket er i bruk vil alltid brukeren få si hva han eller hun mener gjennomgående gjennom hele prosessen.

Fekjær (2010) skriver at det er viktig at hjelpeapparatet ser på en helhetlig rehabilitering hos ROP-pasientene da de ofte har problemer på mange områder. Dette innebærer etablering av en trygg bosituasjon, stabilisering av økonomi, tilbakegang til jobb eller skole, familiestøtte og krisehåndtering. Dette mener jeg vernepleierens arbeidsmodell kan brukes til. De diverse tiltakene som man kan komme frem til kan være hensiktsmessig for å oppnå dette, og kan være med på å fremme dette om det er dette som kommer frem i kartleggingen. Dette mener jeg det også kan være enkelt å avdekke i arbeidet med denne modellen, fordi man gjør en så grundig kartlegging på mange områder.

New Hampshire-modellen som er utviklet for å integrere behandlingen av ruslidelser og psykiske lidelser er som nevnt tidligere er delt inn i 4 ulike faser: kontaktetablering, motiveringsarbeid, aktiv behandling og forebygging av tilbakefall (Fekjær 2011). Det er i disse fasene jeg ønsker å vise hvordan vernepleieren kan bruke vernepleierens arbeidsmodell.

## ***5.2 Bruk av arbeidsmodellen i første møtet med pasienten***

I det første møtet med Kari ser jeg at det kan være hensiktsmessig å bruke vernepleierens arbeidsmodell for å kartlegge hennes utfordringer. Jeg har ingen kjennskap til henne fra før, annet enn papirer jeg har lest fra andre behandlingstilstander hvor Kari har vært

innlagt tidligere, men jeg ser det som hensiktsmessig å snakke med Kari selv slik at vi kan begynne helt fra starten av sammen. Både for at jeg skal kunne lære meg henne å kjenne på bakgrunn av mine egne møter og samtaler med henne, og også for at vi skal kunne bygge en relasjon sammen. Som Evjen, Kielland og Øiern (2012) sier har betydningen av relasjonen mellom pasient og behandler vært sett på som avgjørende i terapiforskning og kan bety veldig mye mer enn den terapimetoden som benyttes.

Jeg starter først med kartleggingen av Kari. For å kartlegge bruker jeg samtale som metode. Dette ser jeg på som en fin arena til å både bli bedre kjent og for meg til å definere et kjent problemområdet hos Kari som vi kan jobbe videre med. Jeg tenker at det er i denne første fasen at jeg og Kari legger føringen for videre behandling også. Det kan i denne første kartleggingsdelen komme frem hva slags målsetting Kari har for behandlingen.

Linde og Nordlund (2010) skriver at kartleggingen danner grunnlaget for beslutningene som tas, og derfor er dette av betydning for kvaliteten på miljøarbeidet. Enhver miljøarbeider som gjør en datainnsamling, altså en kartlegging må ha utviklet en holdning som sier at faglige kvalitetskrav, kriterier for vurderinger av dataens gyldighet, relevans og pålitelighet er helt nødvendig i profesjonelt miljøarbeid. Om profesjonaliteten ikke er til stede kan det bli tilfeldigheter som legges til grunn for tiltak.

Gjennom samtalen med Kari finner jeg ut at rusmisbruket hennes startet fordi hun måtte prøve å overvinne angsten hun hadde for å være ute blant andre mennesker, og på grunn av dette har rusmiddelmisbruket blitt et enda større problem enn det den psykiske lidelsen var i utgangspunktet. Dette mener jeg var viktig for meg å vite og for den videre behandlingen av Kari. Etter kartleggingen finner jeg ut at et problem som kan være hensiktsmessig å ta tak i kan være angsten Kari sliter med først. Ut ifra dette finner vi ut sammen at det er ikke bare hensiktsmessig at Kari får hjelp fra klinikken for rusavhengige, men at hun også trenger hjelp av noen som kan hjelpe henne med den psykiske lidelsen. Som Fekjær (2011) skriver er det i arbeidet med mennesker med dobbeltdiagnoser svært viktig at det er et tett samarbeid mellom psykiatri, rustiltak, sosialkontor, helsetjenesten og andre.

Etter dette tar vi tak i dette problemet som Kari har med både angst og rusproblematikk. Dette vil kreve som Fekjær (2011) skriver, et tett samarbeid med flere instanser. Som det

også står i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging for ROP-lidelser (2011) skal det som viser seg som en god måte å behandle samtidige lidelser på, den integrerte behandlingen som det kalles, når flere instanser samarbeider for å behandle de samtidige lidelsene fra samme sted og med samme behandler. Dette skal også være forankret i en individuell plan.

Den teorien som blir beskrevet her mener jeg kan brukes i analysen av modellen. Denne teorien forklarer hvorfor det er viktig med samarbeid mellom forskjellige behandlingsapparater og hvorfor det er viktig med integrert behandling. En analyse er «...en undersøkelse ved at noe sammensatt oppløses i sine bestanddeler» (Store Norske Leksikon 1984 i Linde og Nordlund 2010:117). Aadland (2004) i Linde og Nordlund (2010) skriver at en analyse skal ordne og fremstille dataene som er innsamlet slik at eventuelle mønstre blir tydelige. Analysen vil ligge til grunn for hvilke mål som blir valgt.

Jeg og Kari kommer ut ifra det som kommer frem i analysen frem til mål om at hun skal ha en strukturert behandling og en forutsigbar hverdag når hun er i behandling. Ut ifra analysen kommer det frem en begrunnelse for valg av problemområde, gyldigheten til å arbeide videre med området ligger også i analysen. At det kalles problemområde trenger nødvendigvis ikke å være fordi klienten har problemer på området, men begrepet forteller om utfordringen som ligger i det videre arbeidet. Av problemområdet skal det utformes en problemstilling. Ut ifra denne problemstillingen som man skal arbeide videre med, kan det utformes kortsiktige og langsiktige mål, som settes opp i et målhierarki. Målene kan settes opp som et overordnet mål, et hovedmål med tilstrekkelig antall delmål. Jacobsen og Thorsvik (2002) i Linde og Nordlund (2010) sier at det viktigste i et planarbeid, som i arbeidet med vernepleierens arbeidsmodellen er kartleggingen, analysen og oppsettingen av mål. Dersom dette arbeidet er gjort grundig, vil det være lettere å sette i gang et tiltak som fungerer. Stemmer ikke det som er gjort på forhånd, vil tiltaket som settes i gang senere, mest sannsynlig ikke fungere. Et av de viktigste kjennetegnene ved den systematiske og planmessige rehabiliteringsprosessen er sterk vektlegging av kartlegging, analyse og oppsetting av mål (Linde og Nordlund 2010).

«Mål er generelt sett beskrivelser av framtidige tilstander som vi ønsker skal inntreffe» (Pettersen og Løkke 2004:204 i Linde og Nordlund 2010:122). Samarbeid med brukere og pårørende er det aller viktigste i arbeidet med målvalgsprosessen. Så langt det lar seg gjøre

skal brukeren motiveres til å være med i dette arbeidet. Prioriteringene som gjøres i målvalgsprosessen skal ta utgangspunkt i brukerens behov og ønsker, vurderinger av muligheter, brukerens situasjon og faglige avveininger (Linde og Nordlund 2010).

Jeg tenker at dette målarbeidet må gjøres i tett samarbeid med Kari. Jeg mener at målene kan være likegyldige for henne om hun faktisk ikke er med å utforme de og vil oppnå dem selv.

Videre skal det utformes et tiltak som skal hjelpe Kari i å nå målene sine. For at Kari skal kunne oppnå målene sine, vil tiltaket som settes i gang være at Kari får en individuell plan, slik at alle tjenesteutøverne og tjenestene som skal være inne i behandlerapparatet hennes blir koordinerte. I arbeidet med tiltaket skal det settes opp en veldig detaljert gjennomføringsplan av tiltaket slik at alle de forskjellige tjenesteutøverne som jobber med Kari skal kunne gjennomføre det. Dette mener jeg kan gjøre at kontinuiteten i arbeidet opprettholdes og det kan være med på at Kari ser at tjenesteyterne virkelig vil hjelpe henne med problemene hun har, og slik at hun kan nå målene sine. Det skal også beskrives hvilke tilretteleggelser som må gjøres for at tiltaket skal gjennomføres, og hvilke metoder som skal brukes for at tiltaket skal gjennomføres. Som Fekjær (2011) skriver har ROP-pasienter ofte blitt «kasteballer» i mellom de ulike tiltakene fordi hjelpeapparatene har hatt en tendens til å skyve disse pasientene fra seg. Dette har ført til at de ofte møter hjelpeapparatet med mistro og liten tillitt til at de får hjelp. ROP-pasienter har svakere effekt av behandling enn andre, og derfor stilles det store krav til behandlerne.

Linde og Nordlund (2010) sier at et tiltak skal inneholde hva som skal gjøres og hva som ønskes å oppnå. Det skal beskrives hvilket mål som skal oppnås og hva tiltaket går ut på. En konkret beskrivelse av hvordan tilrettelegge situasjoner og rammer for behandling, treningsopplæring eller pleie med tanke på en ønsket forbedring er hva et tiltak er.

Den siste fasen av modellen er evaluering. Her skal tiltaket evalueres jevnlig slik at eventuelle forandringer kan gjøres dersom dette er hensiktsmessig i forhold til å nå målene som er satt opp. Det kan også komme frem i evalueringen at tiltaket må avbrytes eller at hele prosessen må gjøres på nytt eller at et område for eksempel må kartlegges på nytt eller enda grundigere for å besvare eventuelle spørsmål underveis. Jeg tenker det er veldig viktig at også Kari er med i denne evalueringsprosessen, for det er ingen som virkelig kan

si om tiltaket virker og om det er ønskelig at tiltaket fortsetter bortsett fra Kari. Linde og Nordlund (2010) sier at evaluering er å vurdere om det gjennomførte tiltaket har fungert eller sin hensikt. For å kunne gjøre dette blir det samlet data underveis og etter gjennomført tiltak, dette danner vurderingsgrunnlaget. Kriteriene for evalueringen utarbeides samtidig som utarbeidingen av tiltaket, og bør på lik linje med all annen datainnsamling fokusere på og inneholde en positiv synliggjøring av brukerens ressurser. Kriteriene for evalueringen bestemmes ut ifra målet med tiltaket, dataene som finnes fra før, ressursene man har til rådighet, metoden som er valgt å bruke og konsekvensene som man på dette tidspunktet kan forutse. I arbeidet med modellen er det viktig å huske på at det er tjenestemottaker som må godkjenne og samtykke til innhenting og oppbevaring av data.

Gjennom hele denne prosessen er det også viktig å ta etiske valg og vurderinger. Dette mener jeg er til det beste både for brukeren og tjenesteutøver. Jeg har fått inntrykk av at vernepleieren som helsepersonell har gode evner til å foreta etiske vurderinger. Jeg har i alle fall etter min tid under dette studiet ved Høgskolen i Molde blitt drillet på å foreta etiske vurderinger og alltid reflektere over egne handlinger. Dette er noe jeg håper og tror er et fellestrekk for alle vernepleiere.

Jeg legger ved en mal som jeg gjennom vernepleierstudiet har brukt når jeg har brukt vernepleierens arbeidsmodell i mitt arbeid, både i caseløsninger og i praksis (se vedlegg 1). Denne viser hvordan det kan gjøres, og er ikke en fasit, men kan gjøre det lettere for en utenforstående å se hva som inngår i de forskjellige fasene av modellen.

### ***5.3 Bruk av arbeidsmodellen i den aktive behandlingen av pasienten***

Ut ifra kartleggingen av Kari ved det første møtet kom vi frem til et mål for behandlingen hennes. Kari ønsker å mestre hverdagen bedre.

Som det står i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (2011) vil det være viktig at pasienten har et mål for sin behandling. Dette målet kan variere fra person til person, og kan for eksempel være full symptomfrihet, bedre livskvalitet, integrering i samfunnet, annet og sterkere nettverk og mange flere.

Jeg tenker at ved bruk av vernepleierens arbeidsmodell kan dette målet stå sentralt i det tiltaket som blir satt i gang i forhold til behandlingen. Kanskje kan et slik tiltak for å nå målet kan være en av de forskjellige behandlingsformene som finnes, som for eksempel være psykoterapi, kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi, miljøterapi, motiverende intervju og mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. Tiltaket som settes i gang trenger nødvendigvis ikke å være behandlingen, men kan være en vei til oppnåelse av målet som kan være til stor hjelp i behandlingen og som kan være med på å gjøre endringer i livssituasjonen lettere.

I den aktive behandlingen blir behandlingsformen miljøterapi valgt fordi det er dette som blir det mest hensiktsmessige for Kari slik at hun når målet sitt med behandlingen. Som skrevet over er miljøterapi for eksempel å arrangere forskjellige aktiviteter. Som Snoek og Engedal skriver (2008) skal denne behandlingsmetoden etterstrebe å tilrettelegge forholdene for nye erfaringer ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet. Det kan være mange forskjellige hensikter med å sette i gang en slik aktivitet. Miljøterapi handler om å hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon bedre. Som Snoek og Engedal (2008) hevder er det viktig i miljøterapi at miljøterapeuten er bevisst på målet med aktiviteten som iverksettes. Her mener jeg også at vernepleierens arbeidsmodell kan anvendes. I kartleggingsdelen her tenker jeg det kan være hensiktsmessig å kartlegge Kari funksjonsnivå, både de sosiale ferdighetene og ADL-ferdighetene, altså de dagligdagse ferdighetene. Ut ifra det som kommer frem her, kan man analysere opp mot relevant teori som forankrer hvorfor vi velger å fokusere på det vi gjør.

La oss si at i kartleggingen kom det frem at Kari trengte hjelp til å forbedre og opprettholde ADL-ferdighetene slik at hun mestrer hverdagen sin bedre. Det var også Kari enig i. Disse ferdighetene var noe Kari kunne tidligere, men som etter lengre rusmisbruk hadde blitt dårligere og dårligere, og Kari så det selv på som at det hadde gått så langt at noe måtte gjøres. Hun hadde det ikke bra og hun klarte ikke å ta vare på seg selv lengre. Ferdighetene som Kari måtte bli bedre i er personlig hygiene, å stelle leiligheten sin, styre det økonomiske og å lage mat som er bra for hennes helse. Som det kommer frem har ROP-pasienter behov for omfattende oppfølging eller rehabilitering. En ROP-pasient kjennetegnes ved at den psykiske lidelsen og rusmisbruket sammen forårsaker betydelige nedsatte funksjoner. Dette kan være sosial fungering, arbeide, det å bo eller andre betydelige livsområder (Evjen, Kielland og Øiren 2012).

I analysedelen kunne det bli brukt teori som underbygget hvor viktig det er for mennesker å mestre hverdagen på en god måte. Det kunne også kommet frem hvorfor det er viktig å jobbe med disse ferdighetene i behandling av ROP-lidelser. Videre ble målene for igangsettingen av aktivitetene som skulle brukes i miljøterapien satt opp. Disse målene kunne være at Kari mestrer hverdagen på en god måte, at Kari lærer å ivareta egen personlig hygiene osv. Dette er målene miljøterapeuten også må være bevisst på, og som utgjør grunnlaget for hvorfor aktiviteten iverksettes. Etter at målene er satt skal aktiviteten settes i gang, og dette vil være tiltaket for å nå målene som er satt opp.

Etter at hele prosessen er gjennomført, skal det hele evalueres. Her er det hensiktsmessig å vurdere om tiltaket er hensiktsmessig i forhold til å oppnå målene Kari har satt for behandlingen, om Kari er fornøyd med det som har blitt gjort og at Kari's ferdigheter blir forbedret. På bakgrunn av evalueringene som blir gjort kan det hende at det må gjøres små eller store endringer for at målene blir nådd. Og slik kan denne prosessen fortsette og fortsette helt til målene er nådd. Når målene nådd, kan modellen brukes på nytt med nye mål som for eksempel å forebygge tilbakefall etter at behandlingen er utført og vellykket.

#### ***5.4 Bruk av arbeidsmodellen som forebygging etter endt behandling***

Senere etter endt behandling og når Kari har oppnådd målet med behandlingen, mener jeg også at vernepleierens arbeidsmodell også kan brukes for å forebygge eventuelle tilbakefall som kan komme etter endt behandling.

Her kan man kartlegge på nytt for å finne ut hvor Kari står etter at behandlingen er gjennomført og når hun kanskje og mest sannsynlig har kommet på en helt ny plass i livet. Her vil kanskje helt andre verdier være viktige og tiltak som krever litt mer utover det vanlige behandlingsoppsettet vil kanskje være nødvendig for at tilbakefall ikke skal forekomme.

#### ***5.5 utfordringer som kan oppstå***

Det er også en rekke utfordringer som kan oppstå i arbeidet med vernepleierens arbeidsmodell sammen med Kari. Kari kan for eksempel være veldig innesluttet og ikke ønske å dele noe med meg som skal arbeide sammen med henne. Dette kan gjøre kartleggingen og det videre arbeidet veldig vanskelig om ikke umulig, fordi som sagt



tidligere er kartleggingen veldig viktig for det videre arbeidet med modellen. Uten kartleggingen har man ikke noe å bygge videre på i de neste fasene.

En annen utfordring kan være at Kari ikke vedkjenner problemene hun har. Det er ikke sikkert at hun ønsker forandringer eller ikke ser at hun trenger hjelp selv om alle andre i rundt ser det. Hun kan være veldig ambivalent som gjør det vanskelig å sette i gang tiltak for å gjøre problemene eller hverdagen lettere. En dag kan Kari syns at tiltaket er hensiktsmessig, men en annen dag ikke, noe som kan gjøre at det ikke vil bli noen form for kontinuitet i arbeidet, og jeg mener da at det vil ha liten hensikt.

Utfordringene som kan oppstå mener jeg kan oppstå i alle fasene. Og jeg mener det selvfølgelig er mulig å jobbe med disse utfordringene som dukker opp. Det kan for eksempel handle om motivasjon eller for eksempel mestringstillitt og relasjoner til de man skal jobbe sammen med og jeg tror dette er veldig viktig å tenke over som tjenesteutøver i arbeid med mennesker med mange komplekse og sammensatte problemer.

## **6.0 Avslutning**

### **6.1 Refleksjon/konklusjon**

Jeg opplever at ROP-lidelser er veldig komplekse og at det er vanskelig å behandle personer med denne lidelsen og at det ikke er så lett å vite hvilket problem som skal tas tak i først. Jeg ser på det å bruke vernepleierens arbeidsmodell i arbeidet med disse menneskene kan være en styrke. Ikke bare kan modellen bare brukes i selve behandlingen, men den kan også brukes i relasjonsbygging mellom tjenesteyter og bruker, den kan brukes som opplæring/opptrening og som en god og systematisk kartlegging av brukeren.

Jeg har i denne oppgaven lært hvor vanskelig det kan være å behandle og jobbe sammen med mennesker som har sammensatte lidelser, men det har også fått meg til å tenke på hvor vanskelig det må være for de som lever med disse lidelsene. Som nevnt tidligere i oppgaven har disse menneskene ofte vært «kasteballer» mellom de forskjellige behandlingsinstansene og jeg ser derfor at det kan være veldig viktig å ta i bruk gode og stabile verktøy som kan hjelpe disse menneskene opp og frem.

Jeg vil konkludere med det at vernepleieren og vernepleierens arbeidsmodell kan brukes som et godt verktøy i behandlingen av ROP-lidelser. Jeg har fått veldig mye god kunnskap om hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan brukes i flere forskjellige aspekter av arbeidet med mennesker, i forhold til måter jeg har brukt modellen på gjennom dette studiet. Jeg har også fått god kunnskap om ROP-lidelser og hvordan jeg som fremtidig vernepleier kan bidra i behandlingen av disse, og jeg har i sett at uansett hva, hvem eller hvilket arbeid man skal gjøre er det viktig med tverrfaglighet slik at tjenestetilbudet til de menneskene man jobber med skal bli best mulig. Det tror jeg også i aller høyeste grad gjelder når vernepleierens arbeidsmodell blir benyttet.

## **7.0 Etterord**

Arbeidet med denne oppgaven har vært veldig lærerikt. Jeg valgte et tema som fanget min interesse, noe jeg tror har vært med på å gjort arbeidet med oppgaven lettere. Jeg har gjennom prosessen med arbeidet lært om min egen profesjons kompetanse og hvordan jeg som vernepleier kan bruke kunnskapen jeg har lært gjennom studiet på en god og hensiktsmessig måte. Gjennom prosessen har jeg både møtt medgang og motgang, men alt i alt syns jeg har arbeidet med oppgaven har gått veldig bra. Tilslutt må jeg bare få sitere Kristin Molvik Botnmark (2014) som skrev:

**«Vi er ikke gode vernepleiere uten at vi liker annerledeshet»**

(Botnmark 2014).

## 8.0 Litteraturliste

\*Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg....». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Botnmark, Kristin Molvik. 2014. <https://vernepleieren.com/2014/09/04/i-raushetens-grenseland/> (lest 23.05.16).

\*Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Evjen, Reidunn, Knut Boe Kielland og Tone Øiern. 2012. *Dobbelt OPP. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget

\*Fekjær, Hans Olav. 2011. *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging og historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*FO. 2008. *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen

\*Folkestad, Helge. 2009. «Vernepleiefaglig arbeid.» I *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer*, red. Gunn Strand Hutchinson, 51-66. Oslo: Universitetsforlaget AS

Helsedirektoratet. 2011. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948*.

\*Høgskolen i Molde. 2012. *Bachelor i vernepleie. Fagplan 2012*. Molde: Høgskolen i Molde

Kronholm, Karsten. 2012. «Avrusning.» I *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*, red. Kari Lossius, 169-193. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2010. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Lønne, Audhild Hjellup. 2006. *Å leve med psykisk lidelse og rusmisbruk*. Ridabu: Legeforlaget AS

Løvaas, Eva Karin og Therese Dahl. 2013. *Rusmiddelbruk og ADHD. Hvordan forstå og hjelpe?* Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. «Innledning.» I *Vernepleierfaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde, 13-20. Oslo: Universitetsforlaget AS

\*Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag

\*Utdanning- og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanning*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf) (lest 10.05.16).

\*Pensumlitteratur

## 9.0 Vedlegg 1 – disposisjon vernepleierens arbeidsmodell

### 1.0 Innledning

- Hva er bakgrunnen for oppgaven
- I hvilken sammenheng er den skrevet
- Kort beskrivelse av hovedpersonen
- Beskriv hvordan/ i hvilken grad du har samarbeidet med hovedpersonen
- Anonymisering (vis til gjeldende paragrafer)
- Innhenting av tillatelse (vis til gjeldende paragrafer)

### 2.0 Datainnsamling / metode

### 3.0 Kartlegging

Studenten skal gjennom observasjon og andre datainnsamlingsmetoder kartlegge målpersonens funksjonsnivå, omsorgsbehov, trivsel og utviklingsmuligheter, samt rammebetingelsene (se videre nedenfor). Det understrekes at studenten foretar **egne** observasjoner/kartlegginger, slik at datagrunnlaget ikke kun er gjentakelser av opplysninger fra andre kilder. Hvis det er satt i gang tiltak tidligere må det komme fram i kartleggingen. Det er viktig å gjøre en grundig kartlegging fordi dette danner grunnlag for det videre arbeidet. (Vær beskrivende!)

NB! Husk å synliggjøre hovedpersonen egne meninger, ønsker og behov underveis (der det er mulig)!

Ta det følgende oppsettet som et utgangspunkt, og **modifiser etter behov**, det vil si at studenten skal benytte de punkter som er relevante i forhold til sitt eget arbeid. Under de enkelte punktene vil det være viktig å få frem både ressurser og problemområder:

Det er viktig med en grundig kartlegging da denne danner bakgrunn for det videre arbeidet, men du skal, i det endelige produktet, ikke ta med mer enn det som er relevant.

Det betyr at du kanskje må utelate kartlegging du tidligere har gjort. På bakgrunn av kartlegginga velges områder som blir vurdert som særlig aktuelle å vurdere/foreta faglig analyse av.

### **3.1 Generelle opplysninger**

#### 3.1.1 Kort historikk

### **3.2 Funksjonshemming/ Funksjonsvansker/ Diagnose**

#### 3.2.1 Diagnose

#### 3.2.2 Omsorgsbehov

### **3.3 Helse**

#### 3.3.1 Medikamenter

#### 3.3.2 Nåværende helsetilstand (fysisk og psykisk )

### **3.4 Ressurser og interesser**

#### 3.4.1 Mestring og motivasjon

#### 3.4.2 Interesser og ønsker

### **3.5 Rammebetingelser i forhold til boforhold**

#### 3.5.1 Boforhold (egen leilighet/bofellesskap, alene/ sammen med flere, fysisk tilrettelegging i forhold til bruker)

#### 3.5.2 Personalressurser / personalets utdanning og kompetanse

#### 3.5.3 Personlig økonomi

### **3.6 Rammebetingelser i forhold til dagtilbud og fritid**

#### 3.6.1 Arbeid/sysselsetting/skole/dagaktivitet

#### 3.6.2 Nettverk

#### 3.6.3 Fritidsaktiviteter

#### 3.6.4 Støttekontakt

### **3.7 Kommunikasjon og samspill**

#### 3.7.1 Språkforståelse (reseptivt språk)

#### 3.7.2 Språklig uttrykksevne (ekspressivt språk)

#### 3.7.3 Kommunikasjonsformer og ordforråd

### **3.8 Utdrende atferd/ problematferd (utadvendt og innadvendt atferd)**

### **3.9 Dagligdagse ferdigheter**

- 3.8.1 Primære ferdigheter
- 3.8.2 Sekundære ferdigheter
- 3.8.3 Sosial ferdigheter

### **3.10 Eksisterende tiltak**

### **3.11 Utviklingsmuligheter**

### **3.12 Annet**

## **4.0 Analyse**

Vanligvis velges 2-3 områder ut for analyse, og valget skal begrunnes faglig og etisk.

En måte å organisere denne delen kan være å analysere hvert av de 2 – 3 områdene etter følgende oppsett; 1) opplysninger fra kartlegging (ikke gjenta alt, et kort sammendrag av det som er relevant), 2) teori/erfaringskunnskap, 3) teori opp mot data fra kartlegging

Med utgangspunkt i innsamlede data fra kartleggingen benyttes relevant teori og erfaringsbasert kunnskap/faglig skjønn for å drøfte målpersonens situasjon.

Teori/faglitteratur skal være med på å belyse, utdype og forklare de områder studenten har valgt å arbeide videre med. Egne vurderinger og kommentarer bør også være med, men de må være begrunnet, enten ved henvisning til litteratur eller ved egen argumentasjon.

Analysen kan ende med at ytterligere kartlegging er nødvendig.

Analysen skal munne ut i konkrete og aktuelle satsingsområder for personen.

Satsingsområdene må derfor komme som en naturlig konsekvens av det som er drøftet i analysen, og ta utgangspunkt i både ressurser og problemer.

## **5.0 Målvalg**

Analysen danner grunnlag for målvalg. Målene skal være individuelle og begrunnes i brukers behov og ønsker. Begrunnelsene presenteres sammen med presentasjon av målet.

Målene skal være faglig og etisk holdbare, og være i tråd med rettssikkerhetsmessige prinsipper. Tiltaksplanen skal ha ett **overordnet** mål og det skal begrunnes. Det skal videre

formuleres 2-3 hovedmål (ett hovedmål i forhold til hvert område du har analysert). Det er krav om faglig samsvar med analysen. Ett av hovedmålene skal konkretiseres til et tilstrekkelig antall **delmål**. Til hvert hovedmål med delmål skal det skrives en **begrunnelse**. Her må det være en vurderingssak om du enten begrunner hvert enkelt delmål for seg eller begrunner hovedmålet slik at det er dekkende for alle delmålene (en felles).

Ett av disse delmålene skal være utgangspunkt for utarbeidelse av tiltak og evalueringsplan.

## **6.0 Tiltak**

Det skal planlegges et tiltak med utgangspunkt i kartlegging, analyse og målvalg. Tiltaket skal

ha en teoretisk forankring og skal inneholde etiske og rettssikkerhetsmessige vurderinger/begrunnelse. I hvilken grad har hovedpersonen selv deltatt i dette valget?

### **6.1 Metode**

Vurder og beskriv hvilke metode(r)/ arbeidsredskap som dere bruker for å nå utvalgte delmål. Metoden(e) som velges bør ha en faglig forankring. Denne faglige forankring skal det kort gjøres rede for.

### **6.2 Planlegging og tilrettelegging**

Beskriv hvordan du planlegger og tilrettelegger før selve gjennomføringen. Hva må gjøres før en iverksetter tiltaket?

### **6.3 Gjennomføring**

- Beskriv tiltaket, og lag en systematisk gjennomføringsplan for dette. Er det et trenings, -opplærings, behandlingstiltak? Eller er det et omsorgstiltak? Vurdér også om det er hensiktsmessig å sette opp tiltaket som en handlingskjede.
- Beskriv hvordan du vil sikre en tilfredsstillende overføring til personalet på praksisstedet, med tanke på oppfølging etter avsluttet praksisperiode.

## **7.0 Evaluering**



Lag en plan for evalueringen av tiltaket. Evaluering skal knyttes til grad av måloppnåelse og vurdering av rammer, ressurser og metode. Evaluering er en analyse av hvorfor ting gikk som de gikk. Evaluer gjennomføringen av tiltaket så langt det har kommet ved praksisavslutning. **NB!** En evalueringsplan utarbeides før tiltaket settes i verk.

## **8.0 Avslutning og refleksjon**