



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Korleis kan vi legge til rette for at individuell plan kan vere nyttig for personar med samtidig rusliding og psykisk liding?

How to facilitate individual service plan for persons with co-occurring substance abuse and mental disorder?

Hånes, Per Olav Frøysa

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 20.05.2016



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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Rønning, Solrun Brenk

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: 20.05.2016

Anntal ord: 9110

Innleiing

Problemstilling	3
Forforståing	3
Avklaring av omgrep	5
Metode	6
Val av metode	6
Litteratursøk	6
Døme på Oria-søk	7
Kjernelitteratur	7
Hovudinnhald	8
Litt historikk	8
Psykisk helsevern gjennom tidene	8
Rus gjennom tidene	9
Alkohol	9
Narkotika	10
Kva er psykisk lidning?	12
ROP-liding	14
Teoretiske perspektiv på ROP	14
Kven har ansvaret for ROP-pasientane?	16
Tverrprofesjonelt samarbeid (TPS)	17
Individuell plan (IP)	18
Relasjonen mellom hjelparen og ROP-pasienten	23
Avslutting	25
Samandrag	25
Konklusjon	25
Litteratur	27
Bøker og artiklar	27
Nettlenkjer	28

1.0 Innleiing

Tema for denne bacheloroppgåva er personar med samtidig rusliding og psykisk liding, denne tilstanden blir i dag omtala som *ROP-liding (Rusliding og Psykisk liding)*. Mellom 4000 og 6000 personar i Noreg har alvorlege psykiske vanskar og samtidig rusliding (Evjen, Kielland og Øiern 2012). Arbeidet med desse personane stiller krav til både kompetansen til ein skilde yrkesutøvarar si profesjonalitet, men det stiller også krav til samhandling og koordinering tenesteytarane og etatane mellom. Helse- og sosialdepartementet har dei siste åra sett psykisk helse og rusomsorga på dagsorden, mellom anna gjennom Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse: ”*Oppfølgingsplanens mål er at personer med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusproblemer, skal ha god helse, kunne leve aktive meningsfulle liv, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet*” (Helsedepartementet 2013-2016:9).

Tverrprofesjonelt og tverretatleg samarbeid er omgrep som stadig blir diskutert i helse- og sosialfaglege miljø. Gjennom samhandlingreforma (Stortingsmelding nr. 47) ligg det føringar for at tenesteytarar og fagmiljøa skal samhandle på tvers av profesjonar og etatar. Tverrprofesjonelt samarbeid som historisk har vist seg å by på utfordringar i helse- og omsorgssektoren. Denne oppgåva tek føre seg korleis *Individuell plan* kan vere eit middel for å samarbeide og koordinere tenestane til personar med samtidig rusliding og psykisk liding. *Individuell plan* skal vere ein måte å ivareta brukarperspektivet til personar som tek imot helse- og omsorgstenestar, men forskning viser at svært få i denne brukargruppa har fått utarbeida ein slik plan.

Tverrprofesjonelt samarbeid er eit svært sentralt segment av vernepleiaren sin kompetanse. I fylgje fagplanen til vernepleiarutdanninga ved Høgskulen i Molde, skal vernepleiaren vise samarbeidskompetanse, yrkesidentitet, og vere ein brubyggjar i tverrprofesjonelt samarbeid (Fagplan 2012). Både rusomsorg og psykisk helsevern er også svært relevante tema for ein vernepleiarstudent. Vernepleiaren er ein profesjon som er kvalifisert for ei rekke helse- og omsorgstenestar.

Oppgåva er blitt løyst ved å bruke litteraturstudie som metode. Hovudperspektivet gjennom oppgåva er samhandlinga mellom tenestemottakar og hjelparane på kommunalt nivå, noko som involverer både individperspektiv og systemperspektiv.

Hovuddelen av denne oppgåva vert innleia med å gjere greie for historikken til rusomsorga og psykisk helsevern både i Noreg og på globalt nivå. Det vert det gjort greie for kva ROP-liding er og kva myndigheitene sine føringar og satsingsområde på området er. Vidare vert det også gjort kort greie for ulike forklaringsmodellar på ROP-liding, og deretter for kva tverrprofesjonelt samarbeid og individuell plan vil seie. Mot slutten vert det drøfta om individuell plan kan bidra til brukarstyring og koordinering for enkeltindivid. Kva har relasjonen å seie i planarbeidet? Kva om personen med ROP-liding ikkje ynskjer individuell plan? Dette er tema som blir drøfta.

2.0 Problemstilling

Korleis kan vi legge til rette for at individuell plan kan vere nyttig for personar med samtidig rusliding og psykisk liding?

I arbeidet med dette temaet samhandling i ROP-fagfeltet, har problemstillinga blitt endra fleire gongar. Det kom etterkvart fram at individuell plan er noko av kjernen i temaet. Då vart det naturleg å ha med det omgrepet i problemstillinga. Personar med ROP-liding er i aller høgste grad i målgruppa som kan ha god nytte av individuell plan. Både i forhold til å koordinere og sikre kontinuitet i tenestane, men også i forhold til å ivareta brukarperspektivet. Likevel er det få med ROP-liding som har individuell plan (Evjen m. fl. 2012:245). Problemstillinga er formulert slik som den er for å fokusere på kva ein kan gjere for å snu denne *trenden*. Korleis kan ein legge til rette for at det kan bli meir attraktivt for aktørane, tenestemottakarar inkludert, å bruke denne reiskapen som individuell plan er?

2.1 Forforståing

Alt vi som menneske ser og oppfattar blir forma av forforståinga vår. Forforståinga blir til gjennom dei erfaringane vi gjer oss gjennom livet, og utgjer vår forståingsverd.

Røknes og Hanssen (2012) omtalar forforståing som brillene vi har på oss, og fargar alt vi ser. Vidare skriv dei at erfaringane som utgjer forforståinga tileignar vi oss gjennom menneskesyn, etisk grunnsyn, verdiar og normer, kulturell tilhørsle, fagleg tilhørsle, individuelle tenkemåtar og levereglar (Røknes og Hanssen 2012:153f).

Forforståinga mi er nok prega av mi yrkesrøynsle som miljøarbeidar i kommunalt psykisk helsevern, heimebasert omsorg. På min arbeidsplass har vi kultur for å ikkje skilje mellom rusbehandling og behandling i forhold til psykiske vanskar. Mine erfaringar tilseier at det ofte er vanskeleg å skilje kva som er rusproblematikk og kva som er psykiske vanskar. Ein tyr ofte til den kjende analogien, *kva kom fyrst, høna eller egget?* Er psykiske vanskar grunnen til rusmiddelmissbruket, eller har rusmiddelmissbruk utløyst psykiske vanskar?

Ideen til temaet i denne oppgåve fekk eg då eg samtala med ein eldre mann som jobba i psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta. Han uttrykte frustrasjon over at myndigheitene pressa fram eit samarbeid og ei samlokalisering av behandling for rusproblematikk og psykiske lidingar. I fylgje denne personen var motivasjonen for samordning av rus- og psykiatriarbeidet utelukkande å spare pengar, og var ikkje til det beste for tenestemottakarane. Eg undrast over dette utsegnet ettersom haldningane og verdigrunnlaget eg handlar utifrå tilseier at vi bør sjå det heile biletet av menneska vi samhandlar med. Dersom det er slik at det eine utløyser det andre, ser eg det som problematisk å isolere til dømes rusproblematikken, og fokusere berre på den. Det er klart at temaet er meir komplekst enn som så. Det handlar også om spesialisering av kompetanse kontra samordning av kompetanse. For enkelte personar kan også stigmatisering vere ein faktor som problematiserer å bli sett i ein ROP-bås. Både det å bli plassert i psykisk helsevern og i rusomsorg kan dessverre opplevast som belastande i forhold til stigmatisering. Eg har eit inntrykk gjennom eiga yrkesrøynsle at rusmisbruk kan vere eit symptom på vonde og tilsynelatande uhandterlege kjensler. Då vert det naturleg for meg å tenkje at dei to elementa går inn i kvarandre på ein måte som bekreftar behovet for fokusering på ROP.

Når eg tenkjer på individuell plan er det nærliggande å sjå føre seg personar med utviklingshemming, noko som sannsynlegvis er på grunn av at det berre er i arbeid med den brukargruppa eg har opplevd at det har blitt brukt. Det er likevel påfallande at eg tenkjer på ei avgrensa gruppe, og ikkje alle andre brukargrupper som er i målgruppa for IP. I prosessen med å skrive denne oppgåva har eg høgst uformelt spurt personar eg har snakka med, både kollegaer, tenestemottakarar og andre; Kven er målgruppa for individuell plan? Kven har individuell plan? Dei fleste svara då at det er personar med utviklingshemming som har individuell plan, noko som stemmer overeins med mi forforståing. Dette er på ingen måte empiri, men det kan gi oss eit lite inntrykk av

omdømet som individuell plan har. Og kan kanskje gi oss eit inntrykk av kvifor enkelte personar med ROP-liding takkar nei til individuell plan, stigma.

Reint personleg er eg oppteken av fridom. Gjennom å fokusere på fridom i arbeid med personar med psykisk liding og/eller rusmiddelmissbruk kan ein kome i ein posisjon til å skape ei fruktbar samhandling mellom tenestemottakaren og hjelparen. Behandlingshistorikken til personar med psykisk liding kjem til å bli omtalt i denne oppgåva, ein historikk som er prega av undertrykking og eit kritikkverdig menneskesyn. Mitt inntrykk gjennom arbeid med ROP-pasientar er at enkelte kjenner seg trakka på, dei kjenner at dei ikkje får bestemme over sitt eige liv. Kvifor må det vere sånn? Kvifor kan ein ikkje berre vere fri? Enkelte vil kanskje seie at eg er naiv, og at bruk av tvangsparagrafar er eit nødvendig segment av behandlinga som enkelte personar treng. Noko eg for så vidt er samd i, men det eg snakkar om er ikkje nødvendigvis bruk av tvang, men å legge til rette for at menneska kan ta sine eigne val. Å få hjelp til bli den personen ein sjølv ynskjer å vere er også fridom.

2.2 Avklaring av omgrep

Eit omgrep som ofte vert nytta i oppgåva er ROP, som tyder *rus og psykisk liding*. Tidlegare vart det ifylgje Evjen m. fl. (2012) brukt omgrepet *dobbeldiagnose* for å beskrive personar med samtidig rusmiddelmissbruk og alvorlege psykiske lidingar. Rusmiddelmissbruk omfattar både skadeleg bruk og avhengighet av rusmiddel (Evjen m. fl. 2012:24). Oppgåva kjem til å innehalde ulike betikningar for å omtale grupper i denne samanhengen. Omgrep som vert brukt om kvarandre er blant anna *tenestemottakarar*, *brukarar*, *rusmisbrukarar* og *pasientar*. Det er omdiskutert å omtale grupper generaliserande, men ettersom delar av oppgåva har eit samfunnsperspektiv må det av og til nyttast generaliserande terminologi for å tydeleggjere kva som skal formidlast. Det vert nytta to ulike diagnosesystem innanfor psykisk helsevern. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) er eit amerikansk diagnosesystem som er mykje brukt i både amerikansk og europeisk forskning. I denne oppgåva vert det vist til International Classification of Diseases (ICD), det europeiske diagnosesystemet som blir mest brukt i Noreg (Evjen m. fl. 2012:42).

3.0 Metode

3.1 Val av metode

I fylgje Dalland (2012) er ei metode ein framgangsmåte for å løyse problem, og å komme fram til ny kunnskap. Ei metode hjelper oss å samle den informasjonen vi treng til den oppgåva eller undersøkinga vi skal gjere (Dalland 2012:111f). Det eksisterer både kvalitative og kvantitative metodar. Dei kvalitative metodane har i fylgje Dalland (2012) den fordel at dei gir oss informasjon i form av målbare einingar. Kvalitative metodar blir karakterisert av at den kan fange opp opplevingar av eller meiningar om eit fenomen som ikkje let seg talfeste (Dalland 2012:112). Denne bacheloroppgåva er ein kvalitativ litteraturstudie. Det vil seie at forfattaren har fordjupa seg i relevant litteratur for temaet, og nytta litteraturen til å skrive denne oppgåva. Det har blitt gjort funn som har leia prosessen i ulike retningar utan at det alltid har vore ein plan på kva ein leitar etter, noko som ofte vert kalla *snøballmetoden*.

3.2 Litteratursøk

Når det vart bestemt kva tema denne oppgåva skulle ha, vart det gått gjennom kva bøker og artiklar på pensum som var relevant for problemstillinga. Så vart søkemotoren *Oria* nytta. *Oria* er søkemotoren til Biblioteket ved høgskulen, og har ei rekke databasar tilgjengeleg. Søkeord som vart nytta: *rus**, *samhandl**, *tverr**, *psykiatri**, *psyk**, *ROP**. Det vart søkt etter litteratur både på norsk og engelsk, men i denne fasen vart litteratur på norsk prioritert ettersom det var norske forhold som oppgåva skulle omhandle. Litteraturlister frå andre bøker har også vore ei kjelde til å finne relevant litteratur. Det har også vore nytta internasjonale databasar, medline og psykINFO, for å finne internasjonal forskning på temaet. Søkeorda som vart nytta var: *dual diagnose*, *substans use*, *mental ill**, *individual service plan*, *coordinated care*, *empowerment* og *user involvment*. Sjølv om det eksisterer mykje forskning på liknande tema, vart det ikkje funne forskning som vart vurdert til å takast med i oppgåva. Grunnen til at det ikkje vart nytta internasjonal forskning var at Schancke, Gravkrok, Andreassen og Myller (2009) sin rapport angående kompetansesenter rus – Nord-Norge har gjennomført om bruk av IP blant rusmiddelavhengige vart vurdert som svært relevant for problemstillinga til oppgåva. Det kan også sjå ut som individuell plan blir nytta på ulike måtar i andre land, til dømes kan det sjå ut som *individual service plan* blir nytta meir inn imot familiar, enn inn imot individuelle tenestemottakarar. Dermed er det forskning på norske forhold som blir mest relevant. Google har vore nyttig i

prosessen med å leite etter litteratur. Google har blitt nytta når det har blitt leita etter spesifikke artiklar, lover og offentlege dokument. Til dømes rundskriv frå helsedepartementet. Google er ikkje ein fagfelleverdert søkemotor, dermed er det viktig å vurdere eventuelle funn kritisk.

3.2.1 Døme på Oria-søk

To søkeord: *ROP* OG individuell plan.*

Avgrensing: Artiklar frå dei fem siste år.

Tal på treff: 2

Av dei to treffa vart *Nasjonale faglege retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse- ROP-lidelser* (Helsedirektoratet 2012) vurdert som mest relevant, og vart derfor nytta i oppgåva.

3.2.2 Kjernelitteratur

Dobbelt Opp, skrive av Evjen, Kielland og Øiern (2012) er ei bok som blir vist til ofte gjennom heile oppgåva. Grunnen til det er at heile boka er svært relevant i forhold til temaet for oppgåva. Kapittel som særskilt har blitt nytta er: kapittel 1, 4, 6, 7, 8 og 9. Elles vert det brukt litteratur som kjem frå anerkjende forlag, og stort sett ikkje er eldre enn ti år. *Nasjonale faglege retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse- ROP-lidelser* (Helsedirektoratet 2012), vert også vist mykje til gjennom oppgåva. ROP-retningslinja vert brukt i større eller mindre grad i det meste av arbeid med ROP-pasientar i Noreg. Det er vert å påpeike at den er ei retningslinje som gir anbefalingar, og ikkje pålegg tenestane noko.

4.0 Hovudinnhald

4.1 Litt historikk

4.1.1 Psykisk helsevern gjennom tidene

På 1700-talet vart personar med psykiske vanskar omtalt som ”galne”. Dei ”galne” vart utskilt som ein sosial kategori, og var underlagt ulike typar anstalt. Eit eksempel på type anstalt, var dei såkalla ”arbeidshusa”. Ekeland (2011) omtalar arbeidshusa som sosiale dumpingplassar for uverdige fattige. Ein anna type anstalt, var dei såkalla ”hospitla”, som også inkluderte sjuke, foreldreause og eldre. Etter kvart vart det meir fokusert på sjukdomsforklaringar og medisinerer som behandling. På 1850-talet dukka manglande moral opp som forklaring på psykiske vanskar, og metodikken i behandlinga var mellom anna basert på ”Moral Treatment-ideologien”. Sentralt i behandlinga var respekt, verdigheit, meiningsfull sysselsetting og ein tanke om at den ”galne” skulle betraktast som eit medmenneske (Evjen m. fl. 2012). Med den austerriske nevrologen og psykiateren Sigmund Freud, kom psykoanalysen i byrjinga av 1900-talet. Psykoanalysen leia til ei auka forståing av nevrologiske lidingar, og enkeltindividet sin måte å undertrykkje drifter på. Det var i fylgje Evjen m.fl. (2012) fortsatt eit stort fokus diagnostisering av dei individuelle defektane til pasientane. Problema til pasientane blei oppfatta som sjukdom (Evjen m. fl. 2012). I Noreg vart det oppretta ulike asylanstalt. Desse vart som oftast plassert i landlege omgivadar, som eit ledd i behandlinga. Mange menneske med psykiske vanskar vart verande på denne type institusjonar livet ut (Evjen m. fl. 2012:28).

I etterkrigstida byrja ein og skilje pasientane basert på framtidsprogosar, pasientar med utsikter for framtidig betring og pasientar som blei definert som uhelbredelige. På 1970-talet gjekk psykiatrien over i ein samfunnsbasert kontekst, og det vart fokusert på familieterapi og nettverksbaserte metodar. Etterkvart dukka *tverrfagleg tenkjing* opp som idealet, og arbeidet vart styrka av relativt nye profesjonar som sosionomar og vernepleiarar, samt psykologar og legar (Evjen m. fl. 2012:28).

Ein starta nedbygginga av døgnplassane, og på 1990-talet starta arbeidet med å bygge opp DPS (Distriktpsikiatrisk Senter). I tidsrommet frå døgnplassane i psykisk helsevern vart bygd ned og fram til DPS og andre alternative tilbod var bygd opp, er det rimeleg å anta at det var mange menneske som mangla eit tilbod. Evjen m. fl. (2012) stiller spørsmål ved

om nedbygginga kan ha leia til eit auka rusavhengighet blant personar med psykiske lidingar, nettopp på grunn av manglande tilbod (Evjen m. fl. 2012:29).

Psykiatrien si historie i Noreg er ifylgje Andersen og Karlsson (2011) prega av undertrykking og lite humane behandlingsmåtar. Kritikken til institusjonane og menneskesynet har vore sentral. Pasientar har opplevd å bli behandla uverdige og undertrykkjande, noko vi fortsatt ser eksempel på i dagens psykiske helsevern. Enkelte pasientar opplever å ikkje bli høyrde. Det er diagnosekriterier, og ikkje nødvendigvis pasienten sitt uttalte behov som avgjer tenestetilbodet (Andersen og Karlsson 2011:14ff). Bruk av mekaniske tvangsmetodar, som til dømes reimseng er tema som relativt ofte vert diskutert i media, noko som kan vere med på å oppretthalde eit negativt omdøme til psykisk helsevern.

4.1.2 Rus gjennom tidene

4.1.3 Alkohol

Når vi omtalar rus i samanheng med rusmisbruk snakkar vi om alkohol, og den store paraplykategorien: narkotiske stoff. Alkoholen har blitt brukt på mange ulike måtar, og er ikkje berre brukt som rusmiddel. Fekjær (2012) skriv at antropologar reiste rundt i verda på starten av 1900-talet for å observere ulike kulturar. Antropologane rapporterte at alkoholen blei brukt på mange ulike måtar. Den vart ikkje nødvendigvis brukt til åtferdsendring, slik vi ser tendensar til i dag. Alkoholen blei brukt som medisin, som måltidsdrikk, til religiøse og sosiale ritual, men også som såkalla ”fylledrikk”. Det faktum at alkoholen sitt bruksområde rundt omkring i verda sprikar, gjer at Fekjær (2012) peikar på alkoholen sin verknad som sosialt og kulturelt konstruert (Fekjær 2012:25).

I Noreg var øl den dominerande alkoholhaldige drikken fram til brennevinen vart framtrekande på 1600-talet. Brennevin vart i stor grad brukt som medisin, fram til medisinar med reel effekt kom på marknaden på 1900-talet. Alkoholforbruket i Noreg nådde toppen frå 1816 og utover, når Stortinget vedtok at det var tillatt med heimebrenning. Skadeverknadane som det enorme alkoholforbruket medførte, leia til ein motreaksjon av avhaldsrørsla. Dei neste hundre åra går alkoholforbruket jamt nedover, og når botnen på 1920-talet. I etterkrigsåra aukar alkoholforbruket igjen. Frå 1960-talet og fram til i dag, har forbruket på øl og vin gått kraftig opp, og forbruket på brennevin gått

ned. Det samla alkoholforbruket har gått litt opp, sannsynlegvis i tråd med at den gjennomsnittlege nordmann har fått betre økonomi og kjøpekraft (Fekjær 2012:27f).

På 1800-talet var det store skilnadar på personar med rusvanskar sitt tenestetilbod. Dei som kom frå ressurssterke familiar vart tekne hand om på kursstadar, medan dei såkalla ”fordrukne” vart tekne hand om av indremisjonen, og andre ideelle organisasjonar. Seinare kom avhaldsorganisasjonane på banen, men solidaritetstankegangen og verdigrunlaget til dei humanistiske og religiøse organisasjonane prega omsorga (Evjen m. fl. 2012:34). Det vart i liten grad fokusert på avhengighet, men det var *drukkenskap* som definerte rusproblemet. Fekjær (2012) skriv at i motsetning til i dag, der vi snakkar om leverskadar og andre somatiske vanskar, samt ulykker som rusmisbruk kan leie til, snakka ein då om å beskytte mor og born frå ein *fordrukken* far. Det var fyrst langt ute på 1900-talet ein byrja å snakke om rusmisbruk som sjukdom, og at rusmisbruk kunne vere ei ufriviljug handling. På 1930-talet dukkar ordet alkoholisme og stiftelsen Anonyme Alkoholikarar (AA) opp i USA. Ettersom det ikkje låg føre nemneverdig forskning på alkoholmisbruk, var stiftinga lite kunnskapsbasert i starten. AA fekk likevel fotfeste i mange vestlege land, og har hjelpt mange å bli rusfri gjennom sitt 12-trinnsprogram (Fekjær 2012:35ff).

4.1.4 Narkotika

Mange av stoffa vi i dag kjenner som narkotiske og illegale rusmiddel er svært gamle. Eit døme på dette er opium som vart brukt frå lenge før Kristi tid. Mange av dei narkotiske stoffa vart lansert som harmlaus medisin. Heroin kjenner vi i dag som eit tungt rusmiddel som øydelegg enkeltskjebnar og plasserer folk på gata i uverdige forhold. Opprinneleg vart heroin syntetisert frå morfin, og produsert som hostemedisin. Kokain var ein av ingrediensane når Coca-Cola vart lansert i 1885, og vart brukt på grunn av den oppkvikkande effekten. Amfetamin som blei omtalt som ein medisin mot trøytteleik, vart gitt til amerikanske soldatar under andre verdskrig, og var vanleg for nattevakter, studentar og liknande for å halde seg vakne. Morfin og opium blei på 1800-talet selt i engelske daglegvarebutikkar, og cannabis blei selt som medisin på norske apotek fram til 1960 (Fekjær 2012:29ff).

Bruken av morfin og heroin viste seg å vere svært avhengigheitsskapande, og vart på byrjinga av 1900-talet ulovleg. Det vart ifylgje Evjen m. fl. (2012) etablert store

fengselsliknande institusjonar som skulle behandle heroinavhengigheit. I Noreg vart ikkje misbruket av opiat særleg betydeleg før på 1960-talet, om lag samtidig som hasj blei introdusert i landet (Evjen m. fl. 2012:33f).

Fekjær (2012) omtalar 1960-talet si narkotikabylgje som *ungdomsnarkomani*, og omfattar bruk av cannabis, amfetamin og LSD. Mykje av bruken starta i opprørsk hippiekultur, men stoffa fekk også fotfeste blant ressurssterke unge. Kort tid etter, vart det rekruttert ungdom frå meir belasta og ressursvake miljø inn i rusmiljøa. På 1970-talet kom opiata og sprøytene inn i desse miljøa, og etterkvart som brukarane vart eldre, slutta ein å snakke om *ungdomsnarkomani* men om *gatenarkomani*. Etter kvart som åra gjekk, kom nye narkotiske stoff på marknaden. Kokain vart tatt i bruk i Noreg på 1980-talet og ecstasy på 1990-talet, for å nemne noko (Fekjær 2011:32).

Etterkvart som bruken auka, auka også rusrelaterte problem. Evjen m. fl. (2012) skriv at blandingsforbruk dominerte, brukarane nytta seg ofte både sentralstimulerande stoff for å kvikke seg opp, og opioider og benzodiazepiner for å roe seg. Overdosar tok mange liv i denne perioden (Evjen m. fl. 2012: 31). Den fyrste statlege klinikken for narkomane i Noreg, og i Nord-Europa for øvrig, vart oppretta i 1961. Denne klinikken ved Rundsfjorden baserte drifta si på moderne tenking, og tok omsyn til psykiske problem som forklaring på rusmiddelmissbruket. Målgruppa var i starten primært personar som var blitt avhengige av *benzodiazepiner*, det vi i dag omtalar som b-preparat, ofte etter medisinsk behandling. På 1970-talet vart behandlinga av rusmisbrukarar ofte implementert i psykiatriske avdelingar på ordinære sjukehus. Behandlingsmetodane sprika frå psykoterapi, gruppeterapi og arbeidstrening, til behandling med psykofarmaka. Sosiologiske tankemåtar fekk også etterkvart innpass i behandlinga, og samfunnsstruktur, sosiale relasjonar, økonomi og politikk vart presentert som moglege årsaksforhold. På 1980-talet vart det også fokusert på familie og nettverk i rusomsorga (Evjen m. fl. 2012:34f).

Evjen m. fl. (2012) omtalar ein tendens på 1980-talet til at skilnaden mellom rusomsorga og psykisk helsevern auka. Noko av det skilnaden dreia seg om var at den ideologiske narkotikabehandlinga stod i kontrast til den medikamentelle behandlinga, samt diagnosefokuset i psykiatrien. Dette til tross, var Veksthuset ved Gaustad sjukehus klare på at rusmiddelmissbruk ofte var eit symptom på psykiske vanskar. I 1995 vart det for fyrste

gong nytta metadon i behandlinga av opiatavhengige. Det vart anerkjent at medikamentell behandling av sjukdommen opiatavhengigheit fungerte for enkelte. Rusmiddelavhengige fekk med rusreforma i 2004 rettigheter som pasientar, noko som ikkje berre resulterte i positive reaksjonar frå fagmiljøet. Enkelte var kritiske til å fokusere på diagnostikk og sjukdomstenking kring denne gruppa. Som eit ledd i reforma vart Tverrfagleg spesialisert rusbehandling regulert som eit spesialistfelt under ansvar av helseforetaka (Evjen m. fl. 2012:35f).

I fylgje ROP-retningslinja (2012) kan ein person få ei rusdiagnose når eit rusmiddelmissbruk verkar øydeleggande på livssituasjon og livsførsel. I ICD-10 vert det skilja mellom skadeleg bruk og avhengighet. Ein skil ikkje mellom lovlege og ulovlege rusmiddel, men korleis rusmiddela påverkar den psykiske lidinga og det psykososiale funksjonsnivået. Skadeleg bruk er knytt til fysiske og psykiske helseskadar som er forårsaka av rusmiddelbruk, og er ikkje knytt til avhengigheit. Ein utstrakt bruk av rusmiddel er mogleg utan at det nødvendigvis kan klassifiserast som skadeleg bruk. ICD-10 sitt *avhengighetssyndrom* er ei diagnose som omfattar at personen har ei sterk lyst eller ei kjensle av tvang til å bruke eit rusmiddel, og ikkje greier å kontrollere bruken sjølv når det får skadelege konsekvensar. Det kan dreie seg om til dømes alkohol, narkotiske stoff, legemiddel eller liknande (Helsedirektoratet 2012:17f).

4.2 Kva er psykisk lidning?

Før ein går inn på kva psykisk lidning er, kan det fyrst vere nyttig å spørje seg kva *psykisk helse* er. Vi har alle ei psykisk helse, på lik linje med at vi alle har ei helse. Enkelte sosialantropologiske og biomedisinske tenkjarar vil hevde at *helse* er mennesket si evne til å takle sjukdom. Denne definisjonen har sine manglar til dømes i forhold til at ein vanske eller eit hinder for godt velvære ikkje treng å ha noko med sjukdom å gjere. Likevel kan definisjonen vere eit interessant perspektiv, ettersom den med ei kort setning oppsummerer kva helse kan vere. *Psykisk*, eller *psykologi* tyder som kjent *sinnnet*, eller *læra om sjela*. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer god psykisk helse som "*ein tilstand der individet kan realisere sine moglegheiter, kan handtere normale stressituasjonar i livet, kan arbeide på ein fruktbar og produktiv måte og har moglegheit til bidra overfor andre og i samfunnet*" (Regjeringa). Vi har alle ei psykisk helse, men likevel er det ofte vanskelegare å snakke om psykiske vanskar enn om somatiske vanskar. Det er lettare å vere open om at ein har influensa, enn å vere open om at ein har ein depresjon. Kvifor er

det slik? Kan det tenkjast at litt av det gamle synet på psykiatrien heng igjen? Ein vil ikkje bli sett på som *gal* eller *sinnsjuk*? Likevel må det nemnast at vi kan sjå tendensar i dag av at kjende personar er opne om sine psykiske vanskar. Eit dagsaktuelt døme er Agnethe Johnsen, den norske deltakaren i Eurovision Song Contest. Ho har velt vekk pressekonferansar og liknande i forkant av konkurransen på grunn av psykiske vanskar, og vore heilt open om det. Slike personar er med på å bryte ned barrierar og stigma rundt psykiske vanskar, ved å vere opne. Psykiske vanskar kan ramme alle, også kjende og suksessfulle personar.

Psykisk helsearbeid, tidlegare kalla psykiatri er eit medisinsk fagområde med sjukdomslære og diagnosekartlegging på lik linje med andre medisinske fagområder. Dersom vi ser reint klinisk på det handlar psykiatri om å behandle psykiske lidingar. Psykisk helsearbeid handlar også om mykje meir. I fylgje Snoek og Engedal (2008) handlar psykisk helsearbeid om å behandle *sjølvforståinga* til menneske som vert påverka av omgivnadane. Psykisk lidning kan vere så mangt, men kan omtalst som sinnet sine lidingar og/eller avvikande kjensler (Snoek og Engedal 2008:18 og 23). Å skulle definere psykisk lidning er ikkje enkelt, og det er heller ikkje lett å samanlikne psykisk lidning med somatisk sjukdom. Kropp og sinn er vanskeleg å skilje, dei to elementa som utgjer eit menneske er vevd saman på ein kompleks måte. Psykiske vanskar kan få utløp i kroppslege og somatiske lidingar og sjukdommar. Vi veit til dømes at stress kan vere ei kjelde til ei rekke kroppslege lidingar. I fylgje Evjen m. fl. (2012) består psykisk lidning av eit stort spekter av psykiatriske diagnoser. Fellesnemnaren er at psykisk lidning påverkar kognisjonen vår, det vil seie tankar, veremåte og kjenslene våre. Det er derimot ikkje diagnosen i seg sjølv som utgjer sjøve problemet, det er når symptoma og problematikken knytt til den psykiske lidinga verkar inn på dagleglivet til den einskilde (Evjen m. fl. 2012). Når vi snakkar om ROP-liding, er det såkalla *alvorleg psykisk lidning* som skal ligge til grunn i tillegg til rusmiddelmissbruket. Alvorleg psykisk lidning omfattar schizofreni, affektiv sinnsliding og alvorleg personlegdomsforstyrning. (Evjen m. fl. 2012:195).

Odd Volden (2011) vender eit kritisk blick på bruken av omgrep i psykisk helsearbeid. Han problematiserer ei rekke omgrep som vert nytta. Til dømes omgrepet *psykiatrisk pasient*. Kvifor snakkar vi ikkje om somatiske pasientar, men om psykiatriske pasientar? Han omtalar det som påfallande at denne utdaterte terminologien fortsatt har fotfeste i fagmiljøa, og peikar på uvisse og eit snev av maktbruk som forklaring på dette. Eit

fagspråk som ikkje greier å sette seg inn i andre aktørar sitt perspektiv kan ikkje reknast som fagspråk. Han er også oppteken av stigmaet rundt ordet *brukar*, og skriv at *brukarrolla er ei partikulær rolle*. Her meiner han at brukarrolla ikkje skal overskygge andre roller som eit menneske har. Brukarrolle betyr *berre* at personen tek imot ein eller fleire offentlege tenestar, noko dei fleste av oss strengt tatt gjer i løpet av livet (Andersen og Karlsson 2011:38ff).

4.3 ROP-liding

Som sagt, omfattar ROP-liding personar som har alvorleg psykisk liding og samtidig rusliding. ROP-liding inkluderer også ifylgje *nasjonalfagleg retningslinje for ROP-liding* (ROP-retningslinja 2012) personar med mindre alvorleg psykisk liding og samtidig rusliding, dersom kvar av dei to lidingane er forbunde til betydeleg funksjonssvikt. Ifylgje ROP-retningslinja er det få Norske studiar som viser førekomsten av ROP-liding i Noreg, men vi veit at det er ein klar samanheng mellom rus og psykisk liding, og at det kan vere ei utfordrande brukargruppe å hjelpe. Dei viser til Alonso m. fl. (2004) som seier at jo meir alvorleg ruslidinga er, til høgare er førekomsten av psykiske lidingar. ROP-retningslinja (Innvær m. fl. 2005) viser også til ei undersøking retta mot saksbehandlarar ved sosialkontora, der 80 prosent uttalte at personar med samtidig rusproblem og psykisk liding var den vanskeligaste klientgruppa å hjelpe (Helsedirektoratet 2012:25ff). Ifylgje Pettersen og Rudningen (2014) er manglande sjølvinnsikt og sjukdomsforståing eit vesentleg aspekt blant personar med ROP-liding. Mange pasientar har negative opplevingar i møte med helsevesenet, mellom anna blir bruk av tvangsbehandling trekt fram som særskilt belastande (Pettersen og Rudningen 2014:38). Desse aspekta kan bidra til eit gap mellom pasienten og hjelpeapparatet si oppfatning av hjelpebehovet. Og mange kan oppleve at hjelpearane ”pressar” seg på dei mot deira vilje.

4.3.1 Teoretiske perspektiv på ROP

Det eksisterer mange forklaringsmodellar på ROP-lidingar. Ein av forklaringsmodellane er den såkalla *sjølvmedisineringshypotesen*. I fylgje Evjen m. fl. (2012) viser studiar at rusmiddelavhengige ofte har hatt ein vanskeleg barndom, med opplevingar av til dømes overgrep eller undertrykking. Enkelte med vonde opplevingar i oppveksten utviklar posttraumatisk stressliding (PTSD), ei liding som gir betydeleg auka fare for

rusmiddelmissbruk. Evjen m. fl. (2012) skriv vidare at ROP-pasientar ofte sjølv kan identifisere seg med tanken om at rusmissbruket er ei sjølvmedisinering mot psykiske vanskar. Til dømes kan det bli hevda at alkoholen kan dempe uro og angst. I fylgje forskinga til Mueser m. fl. (2006) er det få undersøkingar som har bekrefta sjølvmedisineringshypotesen. Derimot peikar undersøkingane på at personar med alvorlege psykiske vanskar ikkje er selektive i val av rusmiddel opp imot individuelle vanskar. Valet av rusmiddel er det same som øvrige samfunnsgrupper, berre større mengd (Evjen m. fl. 2012:38f).

Ein anna forklaringsmodell er den såkalla *skademodellen*, som går ut på at rusmiddelmissbruk triggjar psykisk lidning. Evjen m. fl. (2012) viser til at undersøkingar av unge personar som har eit rusmiddelmissbruk, er meir disponert for å utvikle schizofreni i yngre alder enn andre. Vidare hevdar Vaillant (1995) at det er ein tydeleg samanheng mellom omfattande bruk av alkohol og depresjon. Det finst også undersøkingar på samanhengar mellom tidleg cannabisbruk og utvikling av psykosetilstandar, angst og depresjon (Evjen m. fl. 2012:38). Det er sjølvsagt vanskeleg å skilje kva psykiske vanskar som kan knytast til rusmiddelmissbruk, men at omfattande missbruk av rusmiddel kan utløyse ei rekke psykiske vanskar og lidningar, bør det vere liten tvil om.

Enkelte forklaringsmodellar peikar på at *felles årsaksfaktorar ligg bak psykisk lidning og rusmissbruk*. I fylgje Evjen m. fl. (2012) kjem personar med ROP-lidningar ofte frå familiar med enten historikk for psykisk lidning eller rusmiddelmissbruk, ikkje nødvendigvis begge deler. Forskinga finn ikkje belegg for at samtidig psykisk lidning og rusmiddelmissbruk er genetisk betinga. Andre forklaringsmodellar går ut på at *rusmiddelmissbruk og psykisk lidning påverkar kvarandre gjensidig* (Evjen m. fl. 2012: 39f).

Evjen m. fl. (2012) viser til hesetilsynet si kartlegging av ROP-lidningar, som då vart kalla *dobbeltdiagnose (Statens helsetilsyn 2000b)*. Der vart det gjort ei grovinndeling av ROP-pasientar. Dei omtala to hovudgrupper, dei *sårbare* og dei *utagerande*. Tanken med inndelinga var at å synleggjere at enkelte, dei *sårbare*, treng ei relasjonsorientert og mindre konfronterande behandlingssopplegg, medan dei *utagerande* har nytte av klare rammer, og rettleiing på kva som er sosialt akseptabel åtferd gjennom gruppebasert behandling. Samtidig vert det åtvara mot å generalisere ROP-pasientane inn i desse to gruppene, det er meir komplekst enn som så. Dei såkalla *sårbare* kan ha utagerande episodar, og dei som

befinn seg i gruppa for *utagerande*, kan i aller høgste grad vere sårbare (Evjen m. fl. 2012:27).

4.3.2 Kven har ansvaret for ROP-pasientane?

I fylgje Evjen m. fl. (2012) er det mange aktørar på banen når det gjeld hjelpeapparatet til personar med ROP-liding. Dei ulike aktørane er ofte ulikt organiserte, og det kan vere uklare grenser mellom kven som har ansvaret for kva tenestar. Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) er dei største aktørane som ytt tenestar for ROP-pasientane, men mange pasientar havnar ”midt mellom to stolar”, og får ikkje den hjelpa dei treng (Evjen m. fl. 2012:194).

Dei personane som tek imot helse- og omsorgstenestar på bakgrunn av alvorleg psykisk liding og rusproblematikk, kan ta imot tenestar frå fleire ulike aktørar. Hovudsakleg er dei organisert under det vi kallar psykisk helsevern. I fylgje stortingsmeldinga *Openheit og heilskap* (1996-97) skal hovudansvaret for denne pasientgruppa ligge hjå psykisk helsevern, noko som seinare offentlege styringsdokument har bekrefta. Hovudtilbodet til ROP-pasientane skal ligge hjå psykisk helsevern, der også rusproblematikken skal behandlast. I fylgje Evjen m. fl. (2012) skal det gjerast vurderingar i forhold til kva problematikk som er mest framtreddande. Til dømes dersom ein person har framtreddande rusmiddelproblematikk og psykisk liding som ikkje er prega av psykose, kan det vurderast om pasienten skal overførast til eit tiltak i russektoren (Evjen m. fl. 2012:195). Ein behandlingsmodell som enkelte kommunar nyttar seg av er såkalla ACT-team (Assertive Community Treatment), som kan oversettast som *aktivt oppsøkande behandlingsteam*. Behandlingsteama skal ifylgje Evjen m. fl (2012) ha tverrfagleg fokus, og ytte tenestar som *medisinsk hjelp og psykologisk og sosial oppfølging* i nærmiljøet til tenestemottakarane over lengre tid (Evjen m. fl. 2012:254). Når det gjeld å diagnostisere personar med rusliding og psykisk liding, er det ifylgje ROP-retningslinja enten ein lege eller ein psykolog som skal sette diagnosen. Legar og psykologar har nokre diagnostiske verktøy dei kan nytte seg av. Dersom det er nødvendig at pasienten er rusfri under utredning, anbefaler ROP-retteleiaren at pasienten får eit opphald på institusjon for å gjere det lettare å vere utan rusmiddel (Helsedirektoratet 2012:55).

Pettersen og Rudningen (2014) skriv at stadig fleire personar som fell under kategorien ROP-lidingar vert overført frå sjukehus til kommunale helse- og omsorgstenestar. Noko som har resultert i at personar med ROP-liding har blitt meir synlege i lokalsamfunna i Noreg. Vidare hevdar dei at det ikkje nødvendigvis lett å integrere denne gruppa i lokalsamfunnet, og peikar på stigmatisering, marginalisering og manglande kunnskap om ROP-liding som moglege årsaksforhold. Dette er noko som stiller krav til samarbeid både mellom profesjonar og etatar, og mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta (Pettersen og Rudningen 2014:10f). Schancke m. fl. (2009) påpeikar at haldningar er svært viktige i arbeidet med rusavhengige. Kvardagen til personar med omfattande rusmiddelmissbruk kan vere kompleks, hektisk og uforutsigbar, og yrkesutøvarar med positive haldningar kan vere avgjerande for at arbeidet kan gå framover (Schancke m. fl. 2009:73).

4.3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid (TPS)

I behandlinga av ROP-lidingar må ein som hjelpar forhalde seg til både den psykiske lidinga, rusmiddelmissbruket og andre livsproblem som tenestemottakaren står overfor. Denne kompleksiteten stiller store krav til hjelpeapparatet. Det stiller krav både til kompetansen og profesjonaliteten til den einskilde tenesteutøvarer, og evna dei ulike aktørane har til å vere profesjonelle. Men den stiller kanskje fyrst og fremst krav til dei ulike aktørane si evne til å samarbeide. Tverrprofesjonelt samarbeid vert ofte omtalt i Noregs lovverk, dermed må det vere rimeleg å hevde at departementet legg klare føringar for at vi tenesteytarar skal samarbeide. Også når det gjeld utdanning av helse- og omsorgsprofesjonar er det fokusert på tverrprofesjonelt samarbeid. Willumsen (2009) tek likevel til orde for at Noreg har kome relativt kort i utviklinga på dette feltet. Ho viser til ei undersøking som Helsetilsynet gjorde i 2009. Undersøkinga hadde som mål å kartlegge samarbeidet mellom ulike profesjonar i 114 kommunar. Berre 11 av desse kommunane fekk ingen bemerkningar på samarbeidet (Willumsen 2009:17f). Samarbeid på tvers av profesjonar og etatar har mange fordelar. Auka forståing for kvarandre sine utfordringar og oppgåver er ein positiv effekt samarbeidet kan ha. Samarbeidsvanskar mellom dei ulike aktørane i ROP-fagfeltet er eit gjennomgåande tema i ei rekke bøker, dokument og studiar.

4.4 Individuell plan (IP)

Retten til individuell plan er lovfesta i helse- og omsorgstenestelova § 7-1:

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte (Lovdata).

Thommesen, Nomann og Sandvin (2011) omtalar *individuell plan (IP)*, eller ansvarsgrupper knytt til IP som eit godt døme på viktigeita til tverrprofesjonelt samarbeid (Thommesen m. fl. 2011:100f). IP og ansvarsgrupper som blir brukt i mange delar av helse- og omsorgssektoren, har til hensikt å koordinere dei ulike tenestetilboda den einskilde tenestemottakar får. IP er eit glimrande døme på korleis samarbeid mellom ulike profesjonar heilt konkret tek i vare tenestemottakaren sine interesser og behov. Også i fylgje *pasient- og brukarrettighetslova § 2-5* har alle som tek imot langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenestar rett til å få utvikla ein individuell plan (Lovdata). ROP-retningslinja (2012) oppmodar til å utvikle ein individuell plan som eit ledd i å ivareta brukarmedverknaden til den einskilde. Det vert også oppmoda til at pårørande bør ha ei rolle i arbeidet med IP dersom det er hensiktsmessig. Pårørande kan vere store ressursar i behandling og utreiing. Dei kan bidra med kjennskap som er nyttig for hjelpearane, samt vere til god god støtte for pasienten (Helsedirektoratet 2012:41ff). Sentralt for arbeidet med individell plan er at kommunen skal tilby ein koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samt å sikre samordning av tenestetilbodet og framdrifta i arbeidet med individuell plan (Helse- og omsorgstenestelova § 7-2). Ein måte å gjere det på kan vere å opprette ei ansvarsgruppe i denne prosessen. Ansvarsgruppa består av representantar frå dei ulike tenesteområda som den einskilde tek imot tenestar frå. Til dømes NAV, fastlege, tverrfagleg spesialisert rusomsorg, psykisk helsevern, arbeidsgivar og liknande, i tillegg til pårørande og sjølv sagt tenestemottakaren sjølv. Enkelte kan vere i ansvarsgruppa fast, medan andre kan vere med i avgrensa periodar, alt etter kva behov planeigaren har. Det kan også vere aktuelt å innhente informasjon og rapportar frå personar og tenestar som ikkje har høve til å sitte i ansvarsgruppa, til dømes spesialistar. Koordinatoren koordinerer det heile, og er dermed ein svært sentral person i denne samanhengen. Koordinatoren er ofte ein som kjenner tenestemottakaren frå før, noko som kan vere nyttig i forhold til at samarbeidet bør bygge på tillit. Samtidig kan det i enkelte tilfelle vere nyttig å finne ein koordinator som ikkje tenestemottakaren kjenner frå

før. Til dømes dersom tenestemottakaren har negative kjensler knytt til helsevesenet, og har behov for å *starte på nytt* kan det vere lurt med ein koordinator som er ny for tenestemottakaren. I arbeid med IP er tillit eit nøkkelord, koordinatoren er prisgitt å ha ei viss tillit hjå tenestemottakaren for å ha eit fruktbart samarbeid. Tenestemottakaren bør ha tillit til at koordinatoren handlar utifrå tenestemottakaren sine ynskjer og behov.

«Tjenestene må ytes med utgangspunkt i hva brukerne ”ønsker med livet sitt”. Brukernes rett til selvbestemmelse er grunnleggende, og ansatte må ta hensyn til at de har andres hjem som hjelpearena. Hjelperens tenkning bør være orientert mot styrke og resurser, og basert på et verdisyn som innebærer at alle skal gis mulighet til å ha ansvar for seg selv og bestemme hva slags liv de vil leve. Fagfolkene må ivareta brukerens rett og mulighet til å delta» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:14)

Sentralt for arbeidet med individuell plan er at planeigaren (tenestemottakaren) si stemme skal bli hørt høgt og tydeleg. Thommesen m. fl. (2011) skriv at dersom tenesteytaren vågar å gi frå seg kontrollen, og stå på planeigaren si side, kan det gi store utviklingsmoglegheiter for den einskilde (Thommesen m. fl. 2011:22). Det vart tidlegare i oppgåva omtalt at brukarrolla er ei *partikulær rolle*, og at brukarperspektivet i den samanhengen omhandlar berre det faktum at mennesket tek i mot helse- og omsorgstenestar. Planeigaren skal kjenne seg ivareteken som menneske, og dermed bør den individuelle planen individuelt tilpassast. Dersom planeigar ikkje er komfortabel med at det blir snakka om personlege tema som ikkje direkte har noko med tenestane personen tek imot, er det ikkje sikkert at koordinatoren bør ha fokus på det. Vi må hugse at planeigaren er fyrst og fremst eit menneske, som også har ei brukarrolle.

Ein individuell plan kan omhandle ei rekke aspekt av livet til planeigaren. Planen kan omhandle skule eller arbeid, nettverk eller familieforhold, interesser og fritidsaktivitetar, økonomi og bolig for å nemne noko. Desse aspekta har ikkje nødvendigvis noko med ROP-lidinga å gjere, men er viktige delar av livet som kan vere godt å få hjelp til å fylgje opp. Det varierer sjølvsagt kva den einskilde treng hjelp til, og det varierer også kva delar av livet den einskilde ynskjer å dele med hjelparane. Tidlegare i oppgåva vert det vist til at det kan vere ei utfordring integrere ROP-pasientar i lokalsamfunnet. Pettersen og

Rudningen (2014) nemner stigmatisering, marginalisering og manglande kunnskap som årsak i den samanhengen. Kanskje kan dette temaet vere ein agenda i arbeidet med IP? Kanskje kan eit av måla i planen vere å bli integrert i lokalsamfunnet, noko som kan delast opp i fleire delmål som fremjar integrering av individet:

- Snakke med naboane sine
- Ikkje drikke offentleg
- Gå på jobb
- Vere med i lag og organisasjonar
- Vere med på dugnad

Rådet for psykisk helse gav i 2004 ut *Stykkevis og delt*. Heftet viser til at tiltaket *individuell plan* kan ha nokre ulemper og fallgruver. Til dømes dersom tenestemottakar eller pårørande ikkje tek del i utforminga av planen, då vert det ikkje nødvendigvis tenestemottakaren sin plan. Det vert også hevda at individuell plan kan bli ei liste over eksisterande tiltak, og dermed ikkje verke utviklande. Dei hevdar også at enkelte individuelle planar vert laga utan tverrfagleg samarbeid, noko som resulterer i at ei teneste planlegg kva ei anna teneste skal gjere (Rådet for psykisk helse 2004:26). Her bør det påpeikast at dette heftet er skriva for over ti år sidan, og treng ikkje å spegle korleis individuell plan blir nytta i dag.

Ettersom dei aller fleste personar med ROP-lidingar har behov for langvarige og koordinerte tenestar frå hjelpeapparatet, skulle ein tru at bruken av IP var utstrekt blant personar med ROP-liding. Det er vanskeleg å finne forskning og statistikk på kor stor del av personane med ROP-liding i Noreg som har IP, noko som kan forklarast med at ROP-liding er eit relativt nytt omgrep, samt at individuell plan kan sjå ut til å vere brukt på ulike måtar rundt omkring i verda. Det ligg derimot føre litt forskning på bruken av IP for personar med rusmiddelavhengigheit. Schancke, Gravkrok, Andreassen og Myller (2009) viser til ei studie av kompetansesenter rus – Nord-Noreg har gjort. Studien viser at berre ein av ti rusmiddelavhengige i Nord-Noreg har IP. Dei peikar på at både struktur- og aktørbetingingar påverkar bruken av IP. Kommunestørleik og korleis dei kommunale tenestane er organiserte, samt korleis kommunane koordinerer tenestane er døme på strukturbetingingar dei meiner påverkar bruken av IP. Av aktørbetingingar som har betydning for bruken av IP nemner dei grad av tillit mellom koordinator og pasient, og

koordinatoren sitt fokus i pasientarbeidet. Dei påpeikar her kor viktig det er at det blir retta fokus mot problem og ressursar hjå den einskilde pasienten (Schancke m. fl. 2009:73).

Ettersom denne oppgåva er utarbeida av ein vernepleiarstudent er det verdt å påpeike at brukarmedverknad er eit omgrep som står svært sterkt i vernepleiarfaget. Hensikta med brukarmedverknad er i fylgje ROP-retningslinja (2012) at brukaren av helse- og omsorgstenestar både på individuelt nivå og på systemnivå skal ha ein reel innflytelse på utforminga av tenestane. Brukaren har rett på informasjon presentert på ein måte som gir meining, slik at han eller ho er rusta til å ta eigne val. Det å få bestemme sjølv det som er viktig for ein, er eit grunnleggande behov både utifrå eit behandlingmessig og humanistisk perspektiv (Helsedirektoratet 2012:41). Omgrepet brukarmedverknad reiser nokre interessante etiske problemstillingar. Sjølv om sjølvbestemming og medverknad skal stå sterkt i alle helse- og omsorgstenestar, kan ytterste konsekvens vere omsorgssvikt. Har ein person rett til å drikke seg ihel? Har ein person rett til å velje vekk å ha noko med andre å gjere? Har ein person rett til å gjere ende på livet sitt? Kan ein velje vekk individuell plan?

Pettersen og Rudningen (2014) viser til eit utsegn frå eit kommunalt ROP-team sine erfaringar med å bruke IP i arbeid med denne målgruppa:

”De fleste av brukerne i teamet ønsker ikke Individuell Plan (IP) fordi den er vanskelig å følge. Hverdagen endres mye og det tar lang tid å forstå IP. Innføringen av elektroniske verktøy er særlig vanskelig når man har med brukere som er paranoide, og også når hverdagen er lite forutsigbar og ting skifter hele tiden. Mange brukere er svært kognitivt svekket og har et lavt funksjonsnivå etter mye rusbruk. IP greier ikke helt å fange opp de små målene og endringene. IP er et helt greit verktøy for oss som jobber i teamet, men ikke så greit for brukerne” (Pettersen og Rudningen 2014:39).

Grunnen til at personar med rusmiddelmissbruk ikkje nyttar seg av IP kan vere svært samansett. Det kan dreie seg om stigmatisering, og av og til kan ein få eit inntrykk av at det kan dreie seg om ein generell forakt og skepsis til *systemet*. Det kan oppfattast som eit paradoks at IP som har til hensikt å ivareta brukarmedverknad, blir motarbeidd av brukaren sjølv fordi personen ikkje ynskjer å gi frå seg kontrollen på livet sitt. Her har individuell plan eit omdømeproblem. Det vart nemnt innleiingsvis at enkelte ser for seg at det er personar med utviklingshemming som har IP, ei haldning som kan vere tenkeleg at

ROP-pasientar også har. Hensikta med å trekkje inn dette aspektet er på ingen måte å omtale personar med utviklingshemming som annanrangs eller mindreverdige, men å gi personar med ROP-liding ei viss forståing i forhold til stigmaet knytt til individuell plan. Det kan vere belastande å bli sett i bås. Evjen m. fl. (2012) hevdar at organisasjonane ikkje er flinke nok til å legge til rette for bruk av IP for personar med ROP-liding. IP-ane kan ha ei alt for komplisert og tidkrevjande form, og blir ikkje tilrettelagt for den einskilde (Evjen m. fl. 2012:245). Dersom vi greier å omtale IP som eit middel til å koordinere tenestar på ein individuelt tilpassa måte, kan det bli lettare for ROP-pasientar og andre tenestemottakarar å sjå moglegheitene og fordelane ved individuell plan, og gradvis bygge ned eventuelle fordommar og stigma.

For å setje i verk arbeidet med IP treng ein samtykke frå tenestemottakaren, noko som ikkje alltid er sjølvsgatt av tenestemottakaren vil gi. Og ettersom brukarmedverknaden til tenestemottakaren skal takast i vare, har strengt tatt tenestemottakaren full rett til å motsette seg ein IP. I helse- og sosialfag likar vi å tru at vi er opptekne av brukarmedverknad og reel innflytelse til individet, noko som fordrar at den einskilde må ha muligheit til å takke nei til individuell plan. For enkelte kan IP vere eit blindspor, og ein må kanskje nytte seg av heilt andre metodar. Dersom ein likevel ynskjer å motivere tenestemottakar til å sette i gang arbeidet med IP, kan ein i fylgje Gravkrok, Andreassen og Myller (2008) foreslå at ein koordinator kan hjelpe til med å systematisere den informasjonen som allereie er tilgjengeleg, ettersom det kan vere mindre inngripande for tenestemottakaren å gi frå seg samtykke til berre det (Evjen m. fl. 2012:246). Hovudregelen for all behandling i helse- og omsorgssektoren bygger på samtykke frå pasient eller tenestemottakaren. Dersom ein skal gå forbi samtykkeprinsippet skal det vere begrunna og heimla i lovverket (helse- og omsorgstenestelova § 7-2). Dersom ein startar i det små kan tenestemottakaren få ei kjensle av at ein IP kan vere eit fornuftig tiltak, og dermed bli nyfiken på å sjå kva moglegheiter IP har.

Vidare handlar IP om at tenestemottakaren formulerer kortsiktige og langsiktige mål. Det er svært individuelt kva forventingar og mål tenestemottakar ynskjer å setje seg. Enkelte kan uttale mål som tilsynelatande kan verke urealistiske. Dersom ein person med ROP-liding til dømes seier at han ynskjer på bli lege, er det nærliggande å problematisere og finne grunnar til at eit slik mål ikkje er hensiktsmessig for denne personen. Dersom koordinatoren eller ein anna tenesteytar i ansvarsgruppa då seier at det er eit urealistisk

mål kan det skape vanskar for vidare samarbeid samt skape avstand mellom partane i samarbeidet. Gravkrok (2008) seier at tilsynelatande urealistiske mål kan fungere som gode *prosessmål*. Ein kan bryte ned målet til meir handterlege delmål, som til dømes å møte fram på skulen eller jobben, unngå kriminalitet, og liknande. Mål bør formulerast positive og gjennomførbare (Evjen m. fl. 2012:247).

4.5 Relasjonen mellom hjelparen og ROP-pasienten

I alt arbeid med menneske er ein avhengig av gode relasjonar i samhandlinga. Eide og Eide (2007) omtalar omgrepet *hjelpande kommunikasjon*, som omhandlar hjelparen si evne til å la kommunikasjonen vere til hjelp for pasienten. Stikkord for hjelpande kommunikasjon er mellom anna å lytte aktivt til den andre, å få fram den andre sitt perspektiv, å skape likeverdige relasjonar, å formidle informasjon på ein forståeleg måte, ivareta den andre sine ynskjer og interesser, samt å stimulere til utvikling (Eide og Eide 2007:20f). I ROP-retningslinja kan vi lese at både i utredning, behandling og oppfølging er ein god relasjon mellom pasient og hjelpar ein føresetnad for å lukkast. Personlege kvalitetar som empati, ekthet og evna til å gi ubetinga positiv merksemd vert trekt fram som sentrale suksessfaktorar (Helsedirektoratet 2012:59). Thommesen m. fl. (2012) tek også til orde for å påpeike viktigheita av gode relasjonar i arbeidet med IP. Ein treng gode relasjonar med gjensidig tillit for å få eit godt samarbeidsklima (Thommesen m. fl. 2011:146).

Under kapittelet for teoretiske perspektiv for ROP, vert det omtala ei grovinndeling av ROP-pasientar. Dei *sårbare* pasientane, og dei *utagerande* pasientane. Ei slik inndeling er i beste fall unyansert og ei overforenkling. Det er ikkje berre det som Evjen m. fl. (2012) påpeikar, at elementa kan gå inn i kvarandre (Evjen m. fl. 2012). Det er også nærliggande å kritisere at ei pasientgruppe blir omtala som "*dei utagerande*". Kva er utagering? Omgrepet utagering seier ingenting om den spesifikke åtferda, det seier ingenting om kva som utløyste åtferda, og det seier ingenting om behov og vanskar som den einskilde har. Og det seier ingen ting om kontekst. Dermed må det kunne hevdast at omgrepet utagering ikkje er ei spesifikk nok betegning. Når pasientgruppa blir omtala som *dei utagerande*, er det ei grov generalisering som definerer individet som eit problem. Og dessutan reduserer det individet, eit menneske er alltid meir enn utageringa. Det vert kanskje sikta til symptom eller åtferdsmønster som sinne, oppfarande åtferd og vald når ein omtalar *dei*

utagerande. Då er det nærliggande å spørje: kvifor er dei sinte og oppfarande? Kvifor brukar dei vald? Som sagt peikar Pettersen og Rudningen (2014) på at enkelte personar med ROP-liding opplever å kjenne seg misforstått, har negative opplevingar med helsevesenet samt at dei opplever at hjelpeapparatet *pressar* seg på (Pettersen og Rudningen 2014:38). Kan det vere grunnen til at pasientane gjer som dei gjer? I så fall er det like mykje eit *samhandlingsproblem* mellom pasienten og hjelparane som eit *utageringsproblem*. Dersom utageringa kjem som fylgje av eit kommunikasjon- eller samhandlingsproblem mellom pasient og hjelparar, er det vel litt urettferdig at det berre er pasienten som skal sitte med ”svarteper” – den forøvrig svært negativt lada betegninga *den utagerande*. Denne oppgåva handlar ikkje direkte om utagering, men tematikken er likevel relevant ettersom ei individuell plangruppe er ein arena der ein kan vere seg sjølv, då er det uheldig dersom tenestemottakaren kjenner seg stempla generalisert. Er aggresjon og vald ein del av problematikken til den einskilde, er det kanskje akkurat det planen bør handle om. Kan det vere at individet berre ynskjer å vere fri?

Andreson og Karlson (2011) siterar den amerikanske psykologen Patricia Deegan. Ho har diagnosen schizofreni, og har jobba lenge med å bidra til skape større forståing for kva det vi seie å ha ei slik diagnose. Ho er oppteken av myndiggjering, og korleis lokalmiljø og storsamfunnet kan bli meir inkluderande. Ho seier fylgjande:

”Frihet er grunnleggende. Frihet og menneskelighet er tett sammenvevd. Når friheten reduseres, blir også menneskeligheten redusert. Når frihet framelskes, vil det menneskelige liv blomstre” (Andersen og Karlson 2011:23).

5.0 Avslutting

5.1 Samandrag

Denne kvalitative litteraturstudien har tatt for seg arbeid med menneske med samtidig rusliding og psykisk lidning, ofte kalla ROP-liding. Historisk sett har dei to fagområda vore relativt avskilt frå kvarandre. Historikken til fagfeltet for psykisk lidning har vore prega av undertrykking og nærmast oppbevaring av dei ”galne” og ”avvikande”. Pasientar har tidlegare opplevd bli undertrykte og har ikkje hatt medverknad og samtykkerett i behandlinga, noko vi fortsatt ser glimt av i dag. Rusomsorga gjennom tidene har vore prega av ein kamp mellom *drukkenskap* og avhaldsorganisasjonane, indremisjonen og humanistiske organisasjonar har vore sentrale i omsorga av rusavhengige. Det var fyrst på 1900-talet at sjukdomsombrepet dukka opp når ein omtala rusmiddelmissbruk. Behandlinga vart etterkvart implementert i ordinære sjukehus. Med rusreforma i 2004 fekk rusmiddelavhengige pasientrettar.

Vi veit lite om førekomsten av ROP-liding i Noreg, men vi veit at sterkt rusmiddelmissbruk triggar psykisk lidning (Helsedirektoratet 2012). ROP-liding er eit felt med stor grad av kompleksitet, og kan ha ei rekke årsaksforklaringar. Mange med ROP-liding får ikkje den hjelp dei treng, og dei ulike hjelpeaktørane ser ut til å ha vanskar med å samhandle godt nok. ROP-retningsleiaren oppmodar om bruk av *individuell plan (IP)* og *ansvarsgruppe* for å sikre koordinering av tenestane, og å ivareta brukarmedverknaden til den einskilde. Det er derimot varierende kor mange som takkar ja til å lage ein IP. Pettersen og Rudningen (2014) hevdar at grunnen kan vere at IP er for vanskeleg å forstå, og at det ikkje alltid er lett å sjå den konkrete hensikta. Ifylgje Schancke m. fl. (2009) har det både struktur- og aktørbaserte årsakar, og det eksisterer både ROP-pasientar og tenesteyterar som ikkje ynskjer å nytte seg av IP. Individuell plan er ein lovbestemt rett som alle som tek i mot langvarige og koordinerte tenestar har.

5.2 Konklusjon

Problemstillinga til denne oppgåva spør korleis vi kan legge til rette for at individuell plan kan vere nyttig for personar med samtidig rusliding og psykisk lidning. Drøftinga i denne oppgåva peikar mellom anna på at relasjonen mellom koordinator og tenestemottakar er svært viktig for å oppnå ein vellukka individuell plan. Koordinatoren bør vere ein person som er *ekte* og empatisk, samt ha evner til å kommunisere på ein måte som gir mening.

Ein god start i arbeidet kan vere å systematisere den informasjon som allereie ligg føre i arbeidet. Og ikkje nødvendigvis starte prosessen med å *grave* etter informasjon, noko som kan vere belastande for tenestemottakaren, og skape avstand. Når det gjeld målformuleringane til den individuelle planen, bør det vere enkle og gjennomførbare mål. Store tilsynelatande urealistiske mål kan fungere som gode prosessmål. Haldningane til tenesteytarane har også ei viktig betydning i arbeidet, Pettersen og Rudningen (2014) skriv at negative haldningar til målgruppa kan gjere det vanskeleg å skape gode tenestar. Samhandlinga bør vere enkel og personleg. Ein individuell plan må individuelt tilpassast, og ein bør reflektere over kva tenestemottakaren har behov for, og likeeins kva hjelparane ynskjer å få ut av arbeidet. Vi må hugse at ein individuell plan er ein *individuell* plan. Med individuell tilpassing kan tenestemottakaren få ei kjensle av eigarskap til planen, noko som må seiast å vere hensikta. Dersom tenestemottakaren sitt med ei kjensle av at dei andre medlemmane i plangruppa jobbar genuint for å ivareta tenestemottakaren sine interesser og ynskjer, er arbeidet på rett veg. Tenestemottakaren skal kjenne seg heime i gruppa, og fremst av alt kjenne seg fri.

I etterkant av å ha jobba fram denne oppgåva, sitt ein igjen med ei rekke spørsmål. Kva gjer ein med personar som vel vekk IP? Har vi andre tilbod til dei? Er det eigentleg tenestemottakaren eller tenesteytarane som har behov for IP? Og dersom det er tenestemottakaren som har behov for IPen, er vi klar for å sleppe taket, og la mennesket blomstre fritt?

6.0 Litteratur

6.1 Bøker og artiklar

Andersen, Anders J. W. & Bengt E. Karlson (2011) *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2012): *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, Hilde & Tom Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

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

Fekjær, Hans Olav (2011) *RUS, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Helse- og sosialdepartementet (2013-2016) *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse*

Pettersen, Karen Sofie & Gudrun Rudningen (2014) *Samspill eller svarteperspill?* Arbeidsforskningsinstituttet

Røknes, Odd Harald & Per-Halvard Hanssen (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Rådet for Psykisk helse (2003) *Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal(2008). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordring*. Trondheim: Akribe Forlag.

Schankce, Vegard, Øystein Gravkrok, Marit Andreassen & Terje Myller (2009) *Individuell plan for rusmiddelavhengige – status og muligheter for styrking av arbeidet*

Thommesen, Hanne, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin (2011). *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

Willumsen, Elisabeth (2009) *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

6.2 Nettlenkjer

Fagplan for bachelor i vernepleie, Høgskulen i Molde (2012)

<http://www.himolde.no/studier/Bachelorivernepleie/Documents/Fagplan%20vernepleie%202012.pdf> (Lest:18.05.2016)

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal fagleg retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse- ROP-lidelser*

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (Lest 18.05.2016)

Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreformen (2008-2009)

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> Lest: 18.05.2016

Regjeringen 2014, Verdens helseorganisasjon

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/> (Lest: 18.05.2016)

Lovdata (2015) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1 og 2.*

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven#KAPITTEL_7 (Lest: 18.05.2016)