



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan vernepleiere benytte 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?

Ingrid Sveinsvoll Aae

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 25.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bjørn Kjetil Larsen

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

Dato: 25.05.2022

Antall ord: 9607

Forord

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte en klem
Jeg trengte å snakke om den som var slem

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte et fang
To lyttende ører til min sorgfulle sang

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte din hånd
Som holdt meg stødig, til jeg fikk tenkt meg om

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte et rom
Til å være meg selv, selv med minner som kom

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte ny kraft
Til å si alle ord som ble sittende fast

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte en prat
Jeg trengte å høre: «Det blir bedre snart»

Jeg trengte aldri en pille
Jeg trengte øyne som så
Som evnet å se at jeg hadde langt å gå

Jeg trengte aldri en pille
Om det ble aldri så ille!
Jeg trengte et vitne som bar sannheten fram

Nora Graff Kleve

Sammendrag

Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og det kan føre til at de oppstår samtidig. Da kan det kalles en samtidig rus og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Flere studier påpeker at det er en økning i tilfeller med ROP-pasienter. Det er også få konklusjoner i disse studiene på hvilke behandlingsformer som faktisk fungerer for ROP-lidelsene. Vernepleiere kan utføre en systematisk arbeidsprosess ved hjelp av vernepleierens arbeidsmodell. Det å forske nærmere på hvordan vernepleieren kan bruke sin kompetanse i behandlingen av ROP-lidelser, kan sees på som interessant.

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

Oppgaven bygger på en kvalitativ forskningsmetode. Litteratur har blitt funnet igjennom digitale søk og manuelle søk. Det blir også beskrevet en kasusbeskrivelse for å kunne belyse den praktiske bruken av vernepleierens arbeidsmodell. Dette vil være med på å kunne vurdere gunstigheten av modellen.

I flere av studiene som viser at det er mange som strever med ROP-lidelser, poengterer også at det er lite forskning på hvordan det faktisk skal behandles. Flere forskere viser til behandling av rus og psykiske lidelser hver for seg, hvorfor er det slik? En egen studie viser at over 300 kommuner i Norge har uttrykt ønske om mer kompetanse innen ROP-lidelser og behandlingen for denne samtidigheten.

Konklusjonen blir at modellen er et gunstig verktøy i systemisert arbeid og dette funnet kan sees i sammenheng med at modellen vil kunne være et verktøy for å kartlegge ROP-pasientens situasjon grundig. Derifra vil det være mulig å kunne utføre et systemisert arbeid tilrettelagt for ROP-pasientene individuelt. Funnene viser også at det er en grundig evaluering innad i arbeidsmodellen, som kan sees på som som gunstig i sammenhengen med å vurdere hvilken behandling som kan fungere. Vil det å forske nærmere på arbeidsmodellen som et verktøy være relevant for fremtidig behandling av ROP-lidelser?

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valgt tema og område	1
1.2 Formålet med oppgaven.....	2
2.0 Problemstilling.....	2
2.1 Avgrensning av oppgaven.....	2
2.2 Definisjoner/forklaring av begreper i problemstillingen.....	3
3.0 Metode	3
3.1 Manuelle søk	4
3.2 Digitale søk	4
3.3 Kildekritikk	6
3.4 Min forforståelse	6
4.0 Teori.....	7
4.1 Dobbeltdiagnoser og ROP-pasienter.....	7
4.2 Vernepleierens kompetanse i behandling av ROP-lidelser.....	9
4.3 Behandling av ROP-pasienter	10
4.4 Vernepleierens arbeidsmodell.....	11
5.0 Drøfting	12
5.1 Case.....	13
5.2 Bruk av vernepleierens arbeidsmodell.....	13
5.2.1 Kartlegging.....	14
5.2.2 Målvalg	18
5.2.3 Tiltak	23
5.2.4 Evaluering	25
5.3 Vernepleierens arbeidsmodell i forebyggingen etter endt behandling.....	26
6.0 Avslutning	27
6.1 Oppsummering.....	28

Litteraturliste

1.0 Innledning

I et tidsskrift publisert av Norsk Psykologforening (Lillevold 2016) blir det belyst at personer med ruslidelser, samtidig som psykiske lidelser, blir henvist frem og tilbake fra behandlingsentre. Og i enkelte tilfeller blir pasienter sendt til et behandlingssted hvor de ikke møter begge problemstillingene i behandlingen. Hva skjer med ROP-pasienter som er «for» psykisk syk til å være på avdeling for rus? Og hva med ROP-pasientene som er «for» rusavhengig til å kunne være på en psykiatrisk avdeling? Hva skjer med de som da *havner mellom stolene*? Hvordan kan en behandle ruslidelser og psykiske lidelser, samtidig?

Temaet i denne bacheloroppgaven er behandling av samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser), med hjelp av vernepleierens arbeidmodell. ROP-lidelser og vernepleierens arbeidsmodell i seg selv er hovedfokus. Innad i dette området vil jeg trekke inn teori om ROP-lidelser, dobbeltdiagnose og hvordan vernepleieren kan bruke dens kompetanse, rolle og arbeidsmodell.

Drøftingsdelen vil gå mer inn på hvordan en direkte kan benytte arbeidsmodellen i behandling av ROP-lidelser. Det finnes avdelinger som behandler alvorlige rusproblemer, og så finnes det avdelinger som behandler psykiske lidelser. Hvordan skal en kunne møte begge problemstillingene og kunne utføre en gunstig behandling? Vil det å se nærmere på vernepleierens arbeidsmodell kunne være løsningen?

1.1 Begrunnelse for valgt tema og område

Ruslidelser og psykiske lidelser er noe jeg synes har vært et spennende lenge før jeg begynte på vernepleierutdanningen. Denne oppgaven er en god mulighet til å kunne sette meg godt inn i stoffet og lære masse om ROP-lidelser og hvordan en vernepleier vil kunne bidra. I selve vernepleierstudiet har vi ikke hatt så veldig mye om dette temaet. Vi har lært en god del om vernepleierens arbeidsmodell, og for meg blir denne modellen bare mer og mer spennende også. Derfor blir det naturlig for meg å kombinere disse temaene i oppgaven min.

Rus og ruslidelser er noe jeg ikke har noe spesielt med kunnskap eller erfaring med fra før. Jeg har hørt mange forskjellige historier om mennesker som har latt rusen styre deres liv og tapt mot rusen. Samtidig som at det er mange som har fått god hjelp. Det finnes mange forskjellige typer rusmidler og det er skummelt å tenke på hvor lett tilgjengelig det også kan være. Det er mange mennesker som trenger tilrettelagt hjelp for å kunne bli møtt i sin situasjon.

Vernepleierens arbeidsmodell er en modell som jeg ha blitt godt kjent med i løpet av studieårene på vernepleierutdanningen. Denne modellen har gjort meg mer nysgjerrig på den aktive og praktiske bruken. Derfor ønsker jeg å sette denne i sammenheng med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Dette ser jeg for meg vil kunne gi et nytt perspektiv på hvordan en kan benytte arbeidsmodellen i arbeidslivet om en skal bli med å behandle ROP-pasienter.

1.2 Formålet med oppgaven

Med denne oppgaven er formålet mitt todelt. Den ene delen av formålet er å belyse den praktiske bruken av vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av ROP-lidelser. Dette er for å kunne se på ulike behandlingsformer og hvordan vernepleieren kan bistå ved å bruke sin kompetanse i arbeidet. Vernepleieren har en bred kompetanse og denne kompetansen vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 4.0. Den andre delen av formålet er å se nærmere på hvordan en kan behandle både ruslidelser og psykiske lidelser samtidig. Vernepleierens arbeidsmodell vil å bli vurdert opp mot gunstigheten rettet mot behandlingen av ROP-lidelser.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan vernepleiere benytte vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av ROP-lidelser?

2.1 Avgrensning av oppgaven

For å avgrense oppgaven vil det i hovedsak være fokus på ROP-lidelser, vernepleierens kompetanse og vernepleierens arbeidsmodell. Det vil trekkes inn teori om

dobbeltdiagnoser, ROP-pasienter, vernepleierens kompetanse opp mot behandling av ROP-lidelser, behandling av ROP-lidelser i seg selv, hva vernepleierens arbeidsmodell er og hvordan den fungerer.

2.2 Definisjoner/forklaring av begreper i problemstillingen

Helsedirektoratet (2012) definerer *ROP-lidelser* som en samlebetegnelse for samtidig psykisk lidelse og ruslidelse.

Vernepleierens arbeidsmodell er en målrettet arbeidsprosess, hvor modellen fungerer som et hjelpemiddel for å utføre et strategisk arbeid gjennom kartlegging, analyse, målvalg, tiltak, metode og evaluering. Vernepleierens arbeidsmodell kan da sees på som en problemløsningsmodell (Brask, Østby og Ødegård 2016).

3.0 Metode

Denne bacheloroppgaven skal bygge på en kvalitativ metode. Dette er for å ta sikte på å fange opp opplevelse og mening som ikke kan tallfestes. Når en er kvalitativt orientert, velger man heller å gå i dybden, i stedet for i bredden som en gjør når en gjennomfører en kvantitativ metode (Dalland 2012). I oppgaven er ønsket å få frem en helhet og forståelse av problematikken med ROP-lidelser og hvordan arbeidsmodellen kan benyttes som et verktøy. Derfor blir kvalitativ metode mest hensiktsmessig. Dalland (2012) forteller at forskerne som benytter kvalitative data, kalles ofte for «tolkere» (Dalland 2012).

Når jeg skulle finne teori som var relevant for min problemstilling og for å besvare oppgaven, ble litteraturstudie brukt. Det kan beskrives som en systematisk gjennomgang, innsamling og fremstilling av litteratur rundt et valgt tema eller problemstilling (Dalland 2012). Jeg kom frem til at litteraturstudie var den mest hensiktsmessige metoden for å finne litteratur som kan hjelpe meg å besvare problemstillingen. Metoden litteraturstudie bidrar også til å få en oversikt over allerede eksisterende kunnskap innad i fagområdet, forklarer Dalland (2012), samtidig som det å arbeide kunnskapsbasert og se behovet for ny kunnskap innad i dette område.

3.1 Manuelle søk

Etter å ha bestemt tema i bacheloroppgaven begynte jeg med å utføre manuelle søk. Jeg gikk igjennom alle bøkene som var tilgjengelige hjemme for å få en oversikt over relevant teori. Alle bøkene fra de tidligere studieårene har blitt tatt vare på, for det var greit å ha de tilgjengelig til når bacheloroppgaven skulle skrives. I min egen bokhylle fant jeg en god del bøker som var relevante og har da ikke hatt behov for å fysisk dra på et bibliotek. Ved å benytte mine egne bøker, begynte jeg med teoridelen i oppgaven. Etter å ha jobbet meg gjennom de ulike bøkene som var relevant, gikk det over til en sterkere grad av digitale søk etter relevant litteratur og relevant forskning som kunne knyttes inn i oppgavebesvarelsen.

3.2 Digitale søk

I de digitale søkene ble Oria, Norart, Helsebiblioteket og Nasjonalbiblioteket brukt. Det ble også søkt noe på google, for å få et større omfang mulig relevante artikler og lignende. For å søke etter relevant litteratur, ble søkeordene ROP-lidelser/ROP-pasienter og behandling brukt mest. Da det ble søkt etter ROP-lidelser og vernepleierens arbeidsmodell sammen, var det ikke mye aktuelt som kom frem. Der var mange tidligere bacheloroppgaver som da kom frem og litteraturlistene i disse har blitt sett igjennom for relevant litteratur. Under søk på google ga alle søkeordene mye treff, men det er vanskelig å orientere seg når kan være over 100 000 treff. Da ROP-lidelser alene ble søkt opp i google, ga det 131 000 treff. Det som ga mye treff på google, ble søkt opp på nytt med samme søkeordene i andre søkemotorer.

Da ulike ord ble søkt opp, bladde jeg nedover siden for å finne relevante sider, artikler, tidsskrifter og lignende. På enkelte søk kom det også opp bøker som kunne være relevant. Hos Nasjonalbiblioteket har et par bøker blitt brukt, hvor det har måttet bli søkt om tilgang til dette. Når det ble funnet ulike artikler som så relevant ut, gikk jeg også i litteraturlistene for å se etter relevant teori der. Det har også kommet tips fra medstudenter i forhold til relevante bøker og annen litteratur. Engelske søkeord som «substance use», «mental illness» og «treatment» ble også brukt i søkene. Ut ifra søkene som ga mye treff hos Helsebiblioteket, Oria og Norart, valgte jeg å lete videre etter relevant teori i nasjonalbiblioteket og i pensumlitteratur.

Søk i Helsebiblioteket:	Søk i Oria:	Søk i Norart:
<ul style="list-style-type: none"> ○ ROP-lidelser ga 282 treff. ○ ROP-lidelser, behandling ga 197 treff. ○ Behandle ROP-lidelser ga 89 treff. ○ Vernepleier, ROP-lidelse ga 2 treff. ○ ROP-pasienter ga 324 treff. ○ ROP-pasienter og behandling ga 262 treff. ○ Substance use and mental illness ga 31 treff. ○ SUD and mental illness ga 11 treff. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ROP-lidel* ga 16 treff. ○ ROP-pasient* ga 2 treff. ○ ROP-lidelser OG behandling ga 64 treff. ○ Rus* OG psykisk* lidel* ga 391 treff. ○ ROP-lidelser OG verneplei* ga 6 treff. ○ ROP-pasienter OG verneplei* ga 1 treff. ○ ROP-pasienter OG behandling ga 17 treff. ○ Arbeidsmodel* OG vernepleie* ga 10 treff. ○ Arbeidsmodel* OG ROP* ga 5 treff. ○ ROP-pasient* ELLER ROP-lidel* OG vernepleie* OG kompetanse* OG behandling* OG vernepleierens arbeidsmodell* ga 13 treff. ○ Substance use* OG mental illness ga 192 645 treff. ○ Substance use* OG mental illness OG treatment* ga 158 629 treff. ○ Substance use* OG mental illness OG social educator* ga 9 995 treff. ○ Substance use* OG mental illness OG social educator* OG treatment* ga 7 899 treff. ○ Substance use* OG mental illness OG social educator* OG treatment* OG depres* ga 5 116 treff. ○ Substance use* OG mental illness OG social educator* OG treatment* OG depres* OG anxiety* ga 3 527 treff. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ROP-lidelser ga 2 treff. ○ ROP-lidelser OG behandling ga 1 treff. ○ ROP-pasienter ga 1 treff. ○ ROP-pasienter OG behandling ga 2 treff. ○ Rusmiddel* OG psykisk* lidelse* ga 7 treff. ○ Rus* OG psykisk* lidelse* OG behandling* ga 15 treff. ○ ROP-lidels* ELLER ROP-pasient* OG kompetanse* ga 16 treff. ○ ROP-lidels* ELLER ROP-pasient* OG behandling* ga 3 treff. ○ Substance use OG mental illness ga 10 treff. ○ Substance use OG mental illness OG treatment ga 3 treff.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2012) beskriver kildekritikk som å vite sikkert at en kilde er sann. Det betyr at kildekritikk er å karakterisere og vurdere de kildene som blir brukt (Dalland 2012). Det å sjekke kildene som blir benyttet, har jeg alltid i bakhodet under arbeidet. Det som da blir sjekket etter er blant annet forfatter, gyldighet, holdbarhet og relevans. Relabilitet og validitet ser jeg også på som en viktig faktor i en kilde. Det kan lettere tenkes at kilden er til å stole på hvis, for eksempel, det er en kjent forfatter fra før. Det kan være flere av de samme forfatterne som går igjen i ulike sammenhenger. I forhold til gyldigheten av kilden, har årstallet blitt fokusert på, med tanke på å finne mer nyere og kanskje mer aktuell teori som er oppdatert.

3.4 Min forforståelse

Aadland (2011) forklarer forforståelse som «en forståelse som går forut for erfaring; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli» (Aadland 2011: 308). Til dette temaet er min forforståelse blandet på de ulike områdene. Vernepleierens arbeidsmodell er jeg godt kjent med og vet mer om hvordan arbeidsmodellen fungerer, og hva det er. Under vernepleierutdanningen hadde vi en praksisperiode hvor vi skulle bruke arbeidsmodellen i ei oppgave og komme frem til et tiltak som skulle planlegges og gjennomføres. Gjennom de tidligere praksisperiodene og studieårene, har jeg fått et større innblikk i hvordan en vernepleier arbeider og hva det er. Igjen er jeg interessert i å bli tryggere i rollen som vernepleier.

Jeg har jobbet i en bo- og habiliteringstjeneste for psykisk utviklingshemming i tre år og der er det tjenestemottakere med ulike psykiske lidelser. Samtidig synes jeg psykiske lidelser er spennende i seg selv. Pasienter innblandet rus og ruslidelser har jeg ikke mye erfaring med, men jeg har vært i praksis hos en ungdomsbasis hvor det var få tilfeller hvor rus var innblandet. Jeg har også lest noe teori om det. Dette er igjen et tema jeg synes er veldig spennende og jeg ønsker å lære mer om det.

Mitt personlige forhold til rus er at jeg vet det er mye forskjellige rusmidler og vet at flere jeg har gått med på skole og kjenner har benyttet seg av ulike sterkere rusmidler. Jeg selv har aldri prøvd noe annet rusmiddel enn alkohol. Hvor jeg kommer fra var det normalt å

begynne å dra på fest i en alder av 14/15, det året man blir konfirmert. Jeg har vært oppvokst med, det jeg vil se på som, et naturlig forhold til alkohol hvor det har blitt forklart hva alkohol er og hva som kan være farlig med det. Dette har påvirket meg på den måten at jeg har vært veldig bevisst og forsiktig med alkohol. Jeg vet at det har vært et miljø for sterkere rusmidler i nærmiljøet. Selv har jeg aldri vært en del av eller oppsøkt dette miljøet.

4.0 Teori

Drag (2016) forklarer at personer med ROP-lidelser utgjør en stor del av fengselsbefolkningen i Norge og ellers i verden. Ved ROP-lidelser blir parallellbehandling brukt av de aller fleste helsetjenester i fengsler verden over framfor integrert behandling. Det som noen forskere ser på som ulempen med parallellbehandling er at pasientene ofte opplever det vanskeligere med å navigere mellom de to ulike tjenestene. Tjenestene har også ofte ulike tilnærminger til behandlingen (Drag 2016). En undersøkelse som NAPHA (2019) har gjennomført, viser at det er kompetansebehov i over 300 kommuner om ROP-lidelser. I denne undersøkelsen har kommunene oppgitt de områdene de selv ønsker mer kompetanse på og ROP-pasienter vært prioritert høyest på kompetansebehovet (NAPHA 2019).

4.1 Dobbeltdiagnoser og ROP-pasienter

Snoek og Engedal (2017) forklarer at dobbeltdiagnose er en kombinasjon av psykiatriske lidelser og rusmiddelmissbruk som er behandlingstrengende. De forklarer videre at det ser ut til at det vil være økende med pasienter med dobbeltdiagnoser. Kielland (2000) viser til at uttrykket «doppeltdiagnose» ofte blir kritisert på grunn av at det blir brukt på ulike måter og er upresist. Kritikken går til en viss grad på at begrepet også kan benyttes i andre medisinske sammenhenger, som omhandler helt andre kombinasjoner av lidelser. Da andre kombinasjoner enn det som blir gjeldende for rusmisbruk og psykiatri. Det kommer også frem kritikk på at mange av pasientene har flere enn to samtidige lidelser, som da gjør at uttrykket blir for begrensende. Samtidig er uttrykket også kortfattet og praktisk (Kielland 2000).

Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) hevder psykoser som har blitt utløst av psykotrope medisiner, har blitt mer vanlig de siste ti årene. I de fleste tilfellene er det sentralstimulerende stoffer eller amfetamin eller andre vært det utløsende stoffet. Kokain, «partydop» og «ecstasy» er eksempel på sentralstimulerende droger. Hos spesielt sårbare personer, kan også inntak av cannabis være en utløsende faktor for psykoser (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke 2010). Marconi mfl. (2016) forklarer at det har blitt rapportert at inntak av cannabis kan øke sannsynligheten for langvarige psykotiske lidelser.

Det har blitt mer og mer vanlig at narkotika, spesielt amfetamin og cannabis, blir misbrukt av personer med tilbakevendende eller kronisk psykose. Dette kan bli sett på som en av konsekvensene som er uønskede av at mennesker, som er kronisk psykotiske, ikke lenger får bo på en institusjon med langtidsopphold. De dette gjelder forventes å bo ute i samfunnet og flere opplever å bli marginaliserte og ensomme. Kombinasjonen av rusmisbruk og psykose ser dessverre ut til å være dårlig og er vanskelig å behandle (Melle 2008).

Kombinasjonen av rusmisbruk og psykose treffer godt under uttrykket «kompliserte tilstander med rus og psykose», men har gått under betegnelsen «dobbeltdiagnose». I dag er den anbefalte formen integrert behandling av team som har kompetanse innen rusbehandling og psykosebehandling. Det blir også lagt stor vekt på motivasjonsarbeid. Dette arbeidet har som mål å fremme avholdenhet til rusmidler og egenviljen til stressreduksjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke 2010).

Det er ingen sykdom i seg selv å bruke rusmidler, men inntaket kan derimot forårsake tilstander som kan ligne alvorlig sinnslidelse og varige hjerneskader. Det blir kallet «selvmedisinering» når pasienter med definert psykiske lidelse, bruker rusmidler for å dempe psykiske plager. Videre kan denne «selvmedisineringen» videreutvikle seg til et behandlingstrengende misbruk. Pasienten vil da trenge en behandlingsform som både tar hensyn til den underliggende psykiatriske lidelsen og den rusrelaterte lidelsen (Snoek og Engedal 2017). Rusrelaterte helseskader i befolkningen som helhet er høyere blant pasienter med psykiske lidelser. Livstidsforekomsten av rusmidler er mellom 40 og 60 % blant personer med alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2012).

Aarre (2018) forklarer at det kan være vanskelig å vite om det er den psykiske lidelsen som har ført til rusen, eller om det er rusen som har ført til den psykiske lidelsen. Personer som nylig har ruset seg, vil gjerne ha vansker for å gjenfortelle en sykehistorie som er sammenhengene og ha dårlighukommelse. Dette gjør at informasjon fra pårørende vil være avgjørende i mange slike tilfeller. I noen tilfeller vil det være sterke mistanker om at pasienten ruser seg, og samtidig ikke vil samarbeide med å få en tilstrekkelig utredning av situasjonen. Dette kan medføre at det kan være helt umulig å finne ut av hva som er rett diagnose. En får ikke tilbydd en tilfredsstillende hjelp, om en ikke greier å komme til en forståelse sammen med pasienten (Aarre 2018).

4.2 Vernepleierens kompetanse i behandling av ROP-lidelser

I behandlingen av ROP-lidelser har vernepleieren mye ulike kompetanser å bidra med. Gjennom hele utdanningen blir man integrert en tategang hvor en lærer mer å se løsninger og muligheter i ulike problemstillinger. FO (2017) hevder vernepleierens kombinerte kunnskapsgrunnlag kan bli med å bidra til økt deltakelse, selvbestemmelse, mestring og myndiggjøring. Vernepleie legger, gjennom praksiserfaring, til rette for best mulig endring, opprettholdelse og læring av ferdigheter (FO 2017). Vernepleieren kan derfor bidra som en motivator i behandlingen av ROP-pasientene, samtidig kunne være til hjelp og trygghet. Vernepleieren kan fungere, for eksempel, som en primerkontakt og som en brobygger mellom de ulike instansene. Derifra vil en kunne jobbe i et tverrprofesjonelt samarbeid og tilrettelegge behandlingen etter hver pasientens ønsker og behov.

I selve behandlingen av ROP-lidelser er, for eksempel, fysisk aktivitet viktig og gunstig for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Samtidig som det ser ut til å ha en gunstig påvirkning på den fysiske og psykiske helsen. Mange kan ha problemer med å komme i gang med fysisk aktivitet på egen hånd, og miljøterapeuter har derfor en viktig funksjon som tilretteleggere og motivatorer (Helsedirektoratet 2016). I denne sammenhengen kan vernepleieren være miljøterapeuten som kan bli med å motivere og tilrettelegge for aktivitet.

Mange tror at fysisk trening, ifølge Aarre (2018), har god effekt som tilbakefallsforebygging. Ifølge Helsedirektoratet (2012) har mennesker med ruslidelser en betydelig overhyppighet av depresjon og angstlidelser. Trening og fysisk aktivitet kan da ha en

angstdempende og beroligende effekt, samtidig også redusere depresjonen. Det å bli med på aktiviteter kan også bidra til å erstatte noe av tomrommet som noen får etter bruken av rusmidler. Denne deltakelse i organisert trening, idrett og fysisk aktivitet kan være med å etablere sosiale nettverk utenfor de rusmiljøene som var etablerte (Helsedirektoratet 2012).

4.3 Behandling av ROP-pasienter

Snoek og Engedal (2017) hevder en krever en spesiell kompetanse, når en skal behandle ROP-pasienter. ROP-retningslinjen gir føringer for samarbeid med andre instanser og hvordan en skal utrede og behandle pasientene og deres videre oppfølging (Helsedirektoratet 2012). Pasienter som ruser seg kan ha vansker med å fortelle en sammenhengende sykehistorie, på grunn av at de gjerne har dårlig hukommelse. I mange tilfeller vil derfor informasjon fra nære og pårørende være avgjørende. Grunnet uoppdagede somatiske sykdommer kan diagnostikken også bli vanskelig (Aarre 2018).

Pasienter bør få tilbud om behandling av de rusrelaterte og de psykiske plagene samtidig, hvis sykehistorien tyder på at pasienten hadde psykiske plager før vedkommende utviklet rusmiddelproblem. Hvis det er andre veien og pasienten var tidligere frisk og at de psykiske plagene kom etter rusmiddelproblemet, vil det være aktuelt å tenke at plagene er rus påførte. I slike tilfeller vil det viktigste tiltaket være rusbehandling og deretter vil de psykiske plagene gå over når pasienten har vært rusfri en stund (Aarre 2018).

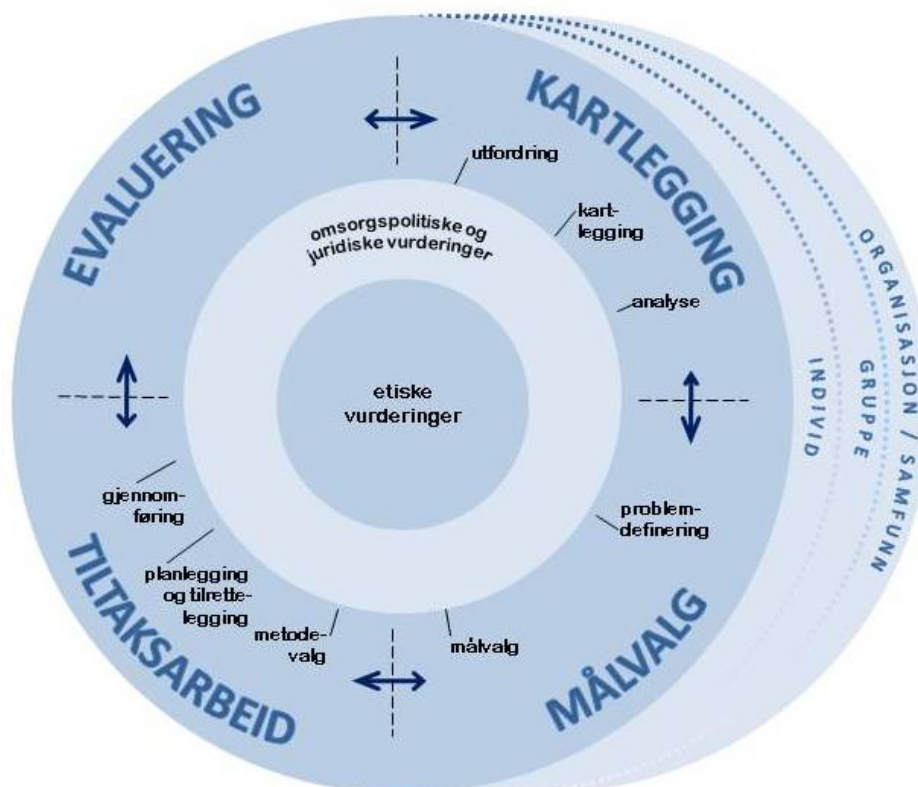
Aarre (2018) forteller at avrusning er det viktigste tiltaket i behandlingen av psykiske lidelser som er rusmiddel påførte. Da vil de psykiske symptomene vanlig vis bli borte av seg selv etter noen dager eller uker. Enkelte pasienter vil oppleve plager i lengre tid etter de har ruset seg. Symptomer som er psykotiske kan behandles med medisin som er antipsykotisk. Denne typen behandling varer sjeldent, men enn noen få måneder etter at pasienten har blitt bedre. Prognosen vil som oftest være god hvis pasienten deretter klarer å holde seg unna rusmidler (Aarre 2018).

Ute i kommunene har det blitt et større behov for sekundærforebyggende tiltak. I slike tiltak har sosialfaglige profesjoner, som vernepleiere og sykepleiere viktige funksjoner. For mennesker som strever med sin psykiske helse har økt tilgang til meningsfulle aktiviteter og sosiale felleskap en stor forebyggende verdi. Ved å kunne ta del av et

felleskap som er preget av forståelse og støtte, vil de som er med kunne motivere hverandre til aktiv innsats. Herifra vil de kunne oppleve mestring, utfolde sine sterke sider og oppnå personlig vekst (Helgesen 2017).

4.4 Vernepleierens arbeidsmodell

Vernepleierens arbeidsmodell er en generell problemløsningsmodell. Dette er en modell for planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeid der en person eller et miljø ønsker endring. At modellen tydeliggjør og ivaretar samspillet mellom bruker og hjelper, er det viktigste for vernepleieren. Etterrettelighet og faglig forankring i den profesjonelle hjelpen sikres gjennom etisk og analytisk refleksjon i vernepleierens arbeidsmodell. Hensikten med denne arbeidsmodellen er å etterstrebe at personen selv skal være deltakende aktør i hele prosessen som foregår (FO 2017). I modellen er det fire hoveddeler med flere deler innad.



FIGUR 1: Vernepleierens arbeidsmodell (Høyskolen i Molde 2020)

Denne arbeidsmodellen illustrerer at vernepleieres arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene har en tilknytning til hverandre. I alle faser av modellen må vernepleiere lytte etter og samarbeide med både tjenestemottaker og deres pårørende. Det blir fokusert på avveininger, etiske dilemmaer, juridiske og omsorgsideologiske vurderinger i alle faser. Valg av områder som skal satses på og videre prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som blir utarbeidet og skal være sentrale for tjenestemottakeren (FO 2017).

Vernepleierens arbeidsmodell er ikke knyttet til individuelt arbeid eller bestemte brukergrupper, men er egnet til ulike typer arbeid. Vernepleierens arbeidsmodell har fire hovedfaser, kartlegging, analyse, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering. I forhold til kartleggingen, må vernepleieren være bevisst på hva som må kartlegges. Dette handler om å ha konkret kunnskap om den saken som er aktuell. Ved målvalg, handler det om å angi retning ved å sette mål som han eller hun vil oppnå. Etter målvalg skal det iverksettes og tilrettelegges for et tiltak som skal oppnå målet. Dette fører videre til en evaluering om hvor godt tiltaket oppnår målet. Denne prosessen vil inneholde liknende elementer om en samarbeider i forhold til samfunn, grupper eller individer (Høgskolen i Molde 2020).

5.0 Drøfting

Teorien som ble funnet i bøker var mer om rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser hver for seg og behandling hver for seg, enn teori om samtidigheten. Gjennom bøker og artikler på nett, ble det funnet mer om behandlingsformer og aktualiteten av ROP-lidelser/ROP-pasienter i dagens samfunn. ROP-lidelser er et område som vil være aktuelt å forske mer på og NAPHA (2019) formidler at det er flere kommuner som ønsker mer kompetanse innen dette området.

I søkene mine fikk jeg flere treff når jeg søkte på engelsk, men flere av artiklene o.l. jeg fant ble det formidlet at forskningen er vag på dette med behandling av ROP-lidelser. Helsedirektoratet (2012) formidler at det, i de siste årene, har vært økt oppmerksomhet på personer med en ROP-lidelser, men enda er det fortsatt mye som mangler innad i utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet 2012). Det var heller ikke mye teori om ROP-lidelser/-pasienter og vernepleierens kompetanse sammen. Litteratursøkene mine viser at psykiske lidelser og ruslidelser blir ofte behandlet hver for seg.

5.1 Case

I denne casen vil jeg presentere en fiktiv person, som jeg har valgt å kalle Henriette.

Henriette er en jente på 24 år som har vært rusavhengig i mange år. Hun har depresjon og sliter med angst. Hun slet med sosial angst på videregående, og droppet ut da hun skulle begynne på tredje året. Rusavhengigheten har ført at hun har lenge vært innlagt på ulike behandlingsinstitusjoner. Henriette har skilte foreldre og hun sier selv at hun har lite kontakt med begge parter. Behandlerne fra behandlingsinstitusjonene beskriver Henriette som en person som er likegyldig til situasjoner ellers i livet, snur fort meningene sine, vanskelig å komme inn på og til tider vanskelig å ha med å gjøre. Henriette sier noen dager at hun ikke trenger hjelp, men andre dager sier hun at hun trenger det. Ingen behandling tidligere har vist effekt.

En klinikk for rusavhengige har nå tilbydd plass til Henriette. Hos dette behandlingssenteret, er det planlagt at hun skal igjennom et behandlingsopplegg som strekker seg over ett år. Dette behandlingssenteret har ingen erfaringer med Henriette fra før, så her blir det å starte opp helt fra grunnen av.

Jeg er vernepleier hos dette behandlingssenteret som har tilbydd plass og har blitt satt opp som primærbehandler og kontakt for Henriette. Jeg ønsker å benytte meg av vernepleierens arbeidsmodell som et verktøy og som et bidrag i behandlingen av Henriette.

5.2 Bruk av vernepleierens arbeidsmodell

For å svare på problemstillingen, vil bruken av vernepleierens arbeidsmodell i behandlingen av ROP-lidelser, bli belyst med den beskrevne casen til grunn. Ved å gå igjennom del for del, vil den praktiske bruken av vernepleierens arbeidsmodell kunne vises og samtidig vurdere gunstigheten av modellen i denne typen behandling. Hvordan kan da denne arbeidsmodellen benyttes i sammenheng med behandling av samtidig rus og psykiske lidelser?

I tillegg til at vernepleierens arbeidsmodell kan brukes som et verktøy, er individuell plan et annet verktøy som, i følge Breimo m.fl. (2015), enkelte pasienter har rett på og er derfor viktig å trekke inn. For eksempel hvis en pasient er hos en langtidsinstitusjon, som i den nevnte casen, og skal ha langvarige og koordinerte tjenester, har pasienten rett på å få utarbeidet en individuell plan. Den individuelle planen skal inneholde en konkret beskrivelse av tjenester pasienten har behov for og videre skal det komme frem hvordan disse tjenestene er koordinerte og hvem som har ansvar for de ulike tjenestene (Breimo m.fl. 2015). Derfor vil det være relevant å utforme en individuell plan i praksis, men videre i denne oppgaven vil fokuset være på vernepleierens arbeidsmodell.

5.2.1 Kartlegging

Den første delen i arbeidsmodellen er kartlegging. Kartleggingsdelen er tredelt og består av å identifisere utfordringer, selve kartleggingen og analyse av kartleggingen som har blitt gjort. Det er viktig med grundig kartlegging. God kartlegging er grunnlaget for en kunnskapsbasert praksis. Dette grunnlaget kan en ta med seg videre i arbeidsprosessen. Dette arbeidet kan senere hjelpe med å vurdere effekt av tiltak eller det å begrunne tiltakene (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). I arbeidet sammen med Henriette, tenker jeg at partnerrollen er en viktig faktor i starten av arbeide og i starten av relasjonen mellom meg og Henriette. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) handler partnerrollen mye om fokuset på relasjonen med den enkelte bruker eller tjenestemottaker. Da er det lagt vekt på individuell tilpasning, dialog og samarbeid, der det er den andres premisser som er vektlagt (Braks, Østby og Ødegård 2016).

Terapeuten har en viktig rolle, samtidig som det viser seg at terapeuter som har gode sosiale ferdigheter, lite konfronterende og er empatiske, får de beste resultatene (Aarre 2018). I første møte med Henriette vil jeg introdusere meg og bruke tiden på å bli kjent med henne. Jeg som vernepleier vil være tålmodig med Henriette og la henne få bruke tiden hun trenger på å bli kjent og trygg med meg. Ved at Henriette forteller meg om sin situasjon og erfaringene jeg vil erfare med henne vil en, ved hjelp av arbeidsmodellen, kunne få en oversikt over hennes situasjon for å begynne arbeidsprosessen. Evjen, Kielland og Øiern (2012) belyser at betydningen av relasjonen mellom pasient og behandler blir sett på som avgjørende i terapiforskning. Dette vil si også at relasjonen betyr

veldig mye mer enn den terapimetoden som faktisk benyttes (Evjen, Kielland og Øiern 2012).

5.2.1.1 Utfordring

Figur 1 viser vernepleierens arbeidsmodell, i kartleggingen skal en begynne med å få en oversikt over hva som er utfordringen. Nordlund, Throndsen og Linde (2015) påpeker at når en kartlegger og er det gunstig å velge en utfordring som skal fokuseres videre på. Dette er positivt for å kunne kartlegge grundig og arbeide systematiskrettet mot det gitte området. Med dette vil det ha konsekvenser for en annen utfordring eller et annet område (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). Ved å sette dette opp mot behandling av ROP-lidelser vil arbeidsmodellen fungere godt for å utrede systematisk situasjonen til ROP-pasienten. På den andre siden kan du også miste mye nyttig informasjon ved at hovedfokuset blir satt i en spesifikk retning. Nordlund, Throndsen og Linde (2015) fremmer at nye utfordringen kan oppstå og da kan det vurderes om det er behov for en ny kartlegging.

Utfordringene i casen som blir gitt kan være mange, men for å begrense det til problemstillingens relevans, vil det være fokus på den samtidig rus og psykiske lidelsen. Med vernepleierens arbeidsmodell i bakgrunnen, får vi vite i casen at Henriette er rusavhengig og har vært det i mange år. Det første som da hadde vært relevant å se på som en utfordring vil være rusbruken og konsekvensen av rusbruken over flere år. For meg som primærbehandler og kontakt til Henriette, kan det være en utfordring å finne en løsning og behandlingsform som møter rusavhengigheten og de psykiske lidelsene. Tidligere behandlingen hos andre behandlingssentrene har heller ikke fungert.

Aarre (2018) påpeker at det kan være vanskelig å kartlegge om rusen har uløst de psykiske plagene eller om det er omvendt. Helsedirektoratet (2012) fremhever også at en kan ikke konkludere med et endelig svar på hvilken behandling som er best. Flere forskninger påpeker også at forskning på dette området er vag. Aarre (2018) forklarer at personer med rusmiddelproblemer ofte har psykiske eller fysiske plager i tillegg. Langvarig rusbruk kan for eksempel føre til angst og depresjon (Aarre 2018). Casen forteller at Henriette har depresjon og angst, kan da de psykiske lidelsene ha vært rusutløst?

Henriettes samtidige rusproblemer og psykiske lidelser kreve det som Fekjær (2011), kaller et tett samarbeid med flere instanser. Da er det snakk om samarbeid med psykiatri, rustiltak, sosialkontor, helsetjenesten og andre. Dette vil være svært viktig i arbeidet med mennesker som har dobbeltdiagnoser (Fekjær 2011). Det grunnleggende at samarbeidene mellom tjenestenivåene er mellom nivåene og internt. Dette skal bidra at ROP-pasientene får god og forsvarlig hjelp (Helsedirektoratet 2012).

5.2.1.2 Selve kartleggingen

Etter bevisstgjøring av utfordringene, kommer selve kartleggingen. Kartlegging handler i denne sammenhengen om å innhente informasjon om tjenestemottakeren.

Kartleggingsfasen er også viktig for resten av arbeidet, med tanke på å sikre seg god kvalitet og unngå tilfeldigheter i resten av arbeidsprosessen (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). Hvis jeg som vernepleier skulle utøvet dette i praksis ville jeg i starten av kartleggingen se på det å ha en samtale med Henriette først som viktig. Ved å få vite Henriettes sykehistorie, vil jeg blant annet kunne få et overblikk over når hun opplevde angst og depresjon for første gang og i hvilken grad. Aarre (2018) hevder personer som har drevet lenge med rus kan slite med hukommelse og føle seg forvirret. Derfor vil det være gunstig å prate med nære pårørende for å få en mer grundig kartlegging av sykehistorien (Aarre 2018). Det å spørre mer om rusmisbruket, når det startet og hvilke rusmidler hun har benyttet, vil være relevant for den videre kartleggingen.

I selve kartleggingen vil strukturen i arbeidsmodellen som en fordel med at problemstillingene er identifisert på forhånd. Ved hjelp av vernepleierens arbeidsmodell blir kartleggingen mer systematisk og oversiktlig (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). For Henriette kan det tenke seg at det vil være lettere for henne å forstå hvordan vi rundt henne ønsker å jobbe fremover. I tillegg kan det å vise en visualisert modell gjøre det lettere å forstå. Det er også en fordel at modellen er fokusert på brukervedvirkning (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). Eide og Eide (2017) fremhever at økt kunnskap vil kunne gi pasienten en følelse av kontroll. I sammenheng med ROP-lidelser vil det si å formidle praktisk informasjon, med særlig hensyn til fullstendighet, forståelse og forutsigbarhet (Eide og Eide 2017). Derifra vil behandlingsløpet fremover kunne være mer forutsigbart. Dette kan sees i sammenheng med at Olsen (2011) fremhever betydningen av forutsigbarhet og struktur i samvær med andre mennesker eller andre situasjoner. Dette

kan sees på som et eksempel på noe som spiller inn på at de grunnleggende behovene er dekket (Olsen 2011).

5.2.1.3 Analyse

Neste steg i arbeidsmodellen er analyse av kartleggingen som har blitt utført. Ifølge Nordlund, Throndsen og Linde (2015) er analysen en type styrt ordning og lesning av den informasjonen som er innhentet, for å ta sikte på å fremheve de betydningene som er særskilte. Nordlund, Throndsen og Linde (2015) beskriver analyse som systematisering av informasjon. Vernepleierens arbeidsmodell kan være til fordel for Henriette sin situasjon ved at analysedelen vil kunne få eventuelle mønstre tydeligere. Dette gjøres praktisk ved å ordne til og fremstille data som har blitt utarbeidet gjennom kartleggingen.

Systematiseringen handler også om å ta bort informasjon fra kartleggingen som ikke sees på som relevant. Deretter er det en fordel med å bruke arbeidsmodellen for å få en slags styrt ordning og lesning av informasjonen, som skal ta sikte på at særskilte betydninger skal bli framhevet (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

Ut ifra kartleggingen av Henriette og hennes situasjon til nå, vil fokuset videre i oppgaven fortsatt være på den samtidige rusavhengigheten og de psykiske lidelsene, angst og depresjon. Helsedirektoratet (2012) hevder mindre alvorlige psykiske lidelser, som akkurat depresjon og angst, er svært vanlig blant personer med alvorlige ruslidelser. I slike tilfeller vil ofte rusmisbruket være det dominerende problemet og de psykiske problemene vil reduseres parallelt med reduksjon av rusmisbruket. Dette krever da heller ikke noe form for spesiell behandling (Helsedirektoratet 2012). Dette kan da sees i sammenheng med Henriette sin situasjon, og at hennes depresjon og angst vil da muligens være rusutløst. Dermed vil det være aktuelt med avrusning uten noe annen spesiell behandling.

Når vernepleierens arbeidsmodell blir brukt, blir ikke arbeidet gjennomført av seg selv, modellen er basert på samarbeid fra pasienten også. Hvis Henriette, for eksempel, ikke vil samarbeide vil dette ha konsekvenser for arbeidet og gjennomføring av modellen som verktøy. Med utgangspunkt i casen vet vi at Henriette har tidligere fort kunne snu og være

vanskelig å ha med å gjøre slik at det er en fare for at utfordringer vil dukke opp underveis. Nordlund, Throndsen og Linde (2015) påpeker det at hvis det stadig skulle dukke opp nye utfordringer må en vurdere om en på begynne på nytt i arbeidet. Dette er en faktor som kan gjøre at effekten av modellen i seg selv falle bort. Dette er et godt eksempel på hvor viktig det grunnleggende arbeidet i starten er. Hvis en ikke får utført en grundig nok kartlegging og analyse av den, vil ikke det videre arbeidet bli like grundig og av god kvalitet (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

5.2.2 Målvalg

Nå er hele kartleggings delen i vernepleierens arbeidsmodell ferdig. Neste steg er målvalg. I arbeidsmodellen er målvalg delt inn i to, problem definering og målvalg. I denne delen av modellen skal en ta utgangspunkt i tjenestemottakerens egne mål for å få et så vellykket samarbeid som mulig (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). For Henriette kan dette sees på som en fordel og at det å selv kunne bli med å bestemme seg for mål kan være motiverende og forutsigbart. Ved å jobbe på denne måten sammen, vil det være relevant å tenke at det er enklere for Henriette å vite hva vi skal jobbe frem mot i samarbeidet med tjenesteyterne rundt henne. I tillegg vil alle instansene og tjenesteyterne rundt Henriette vite hva målene er.

5.2.2.1 Problemdefinering

Etter kartleggingen og analysen vil jeg utarbeide mål sammen med Henriette. Da blir det avklart hva vi ønsker å jobbe sammen mot og målene vil også forhåpentligvis spille inn som en motivasjonsfaktor for Henriette. Når jeg og Henriette skal utarbeide mål, vil jeg være tålmodig og lytte til hennes ønsker. Deretter kan hun komme med enge forslag på hva hun vil jobbe med fremover og hva hun ønsker hjelp til fra meg og andre rundt. Fra analysen har vi fokusert på rusavhengigheten, depresjonen og angsten. Derfor vil vi definere dette som problemet vi har lyst å arbeide videre med. Etter kartlegging og analyse vil det å definere problemene være enklere når en har innhentet godt med informasjon som grunnlag. Videre vil problemdefineringen gjøre det enklere å utarbeide et målhierarki, hvor utformingen av over ordnet mål, hovedmål og delmål skal foregå (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

Som vernepleier har jeg kunnskap til å forhåpentligvis kunne betrygge og være til støtte for Henriette. Rusavhengighet er en ganske alvorlig situasjon og i denne situasjonen vil ansvarsrollen, for en vernepleier, være aktuell. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) handler ansvarsrollen om å være beredt til å vurdere for eksempel tjenestemottakerens helse- og sikkerhetsrisiko, da hvis tjenestemottakerens evne til å vurdere selv ikke strekker til. Med tanke på at Henriette har vært rusavhengig i mange år og trolig lett trekker tilbake til rus, vil det være relevant å trå inn i en ansvarsrolle rettet mot dette.

Det er viktig å motivere til utvikling hos personer med ROP-lidelser, samtidig skal en også skjermes fra nederlag. Her er det viktig å finne en balanse mellom å ikke stille for store krav og det å utfordre pasienten (Helsedirektoratet 2012). Ved å sette vernepleierens arbeidsmodell i denne sammenhengen, kan modellen være gunstig i sammenheng med å utforme et større bilde over hva pasienten vil jobbe fremover med. ROP-pasienten kan da komme med sine ønsker og formidle hva som er «frisk nok» til å ha den livskvaliteten de ønsker. Helsedirektoratet (2012) fremhever at det som er «bra nok» for den enkelte, trenger ikke nødvendigvis å gjelde for en annen.

5.2.2.2 Valg av mål

Her vil fokuset være med utgangspunkt i hvordan jeg, som primærbehandler og Henriette ville samarbeidet sammen for å utforme mål. Vernepleierens arbeidsmodell vil da ligge til grunn. Først vil det bli utarbeidet et overordnet mål sammen med Henriette, for å så bestemme et hovedmål. Etter at hovedmålet er bestemt, skal det utarbeides delmål som knyttes opp mot hovedmålet. Modellen vil være mer gunstig etter mer Henriette er med å medvirker selv. Nordlund, Thronsen og Linde (2015) poengterer at pasienten ofte vil føle seg mer i kontroll og motivert, hvis vedkommende selv er med å bidra. Samtidig som at tjenesteyterne, da spesielt primærbehandleren, vil optimalt være en motivator når det er behov. Brask, Østby og Ødegård (2016) beskriver en motivator som noen som har i hensikt å påvirke noen andres handlinger i en bestemt retning. Motivering handler blant annet om å få en person inn på en ny kurs eller igangsette et initiativ for at personen skal oppnå noe en mener er viktig for personen (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Fra person til person med ROP-lidelser kan målsettingen for selve behandlingen være svært ulik. For noen vil det være aktuelt å ha mål om bedret livskvalitet og skadereduksjon. For noen andre kan det igjen være aktuelt med mål om full rusfrihet, integrering i samfunnet, symptomfrihet og god funksjonsevne. Uansett vil ofte målsettingen i selve behandlingsforløpet komme til å endre seg (Helsedirektoratet 2012). I utarbeidingen av mål, kan trolig trivselsmål være aktuelt. Ifølge Nordlund, Throndsen og Linde (2015) er trivselsmål fokusert på tjenestemottakerens livskvalitet, trivsel og deltakelse i eget liv. Med tanke på Henriette sine utfordringer med rusavhengighet, angst og depresjon, vil fokus på deltagelse i eget liv og opplevelsen av å ha kontroll og føle seg bra være viktig.

Eksempel på utarbeiding av mål sammen med Henriette:

Overordnet mål

Som et overordnet mål har Henriette og jeg utformet målet *Jeg har begynt på en utdanning*. Helsedirektoratet (2012) hevder mange pasienter med ROP-lidelser har mangelfull skolegang og utdanning. Av ROP-pasienter har mange hatt problemer med kognitive funksjoner og spesifikke lærevansker. Derfor vil det å gi pasientene hjelp til å fullføre utdanning og opplæring være viktig (Helsedirektoratet 2012). Etter endt behandling hos oss ønsker hun å til slutt å ta igjen skolen hun droppet ut av og kunne begynne på en utdanning. Ved å først bli rusfri og være mer stabil psykisk, ser Henriette for seg at hverdagen skal bli enklere, greie seg bedre i skolesammenheng og kan ha det bedre med seg selv. Dermed kan Henriette få fullført skolen og begynte med en utdanning hun vil ha. Henriette har da valgt å ha dette som overordnet mål, slik hun kan jobbe fremover mot dette.

Hovedmål

Som hovedmål ønsket Henriette å ha *Jeg har det bra med meg selv* fordi hun ønsker å jobbe med å bli kvitt angsten og depresjonen. Samtidig for å begrunne hovedmålet har Henriette uttrykt at hun ønsker å slutte med rus for godt og vil jobbe med seg selv rettet mot depresjonen og angst. Med få det bra med seg selv, vil Henriette oppleve en mer stabil og forutsigbar hverdag, deretter vil hun kunne fungere bedre i skolesammenheng. Dette vil

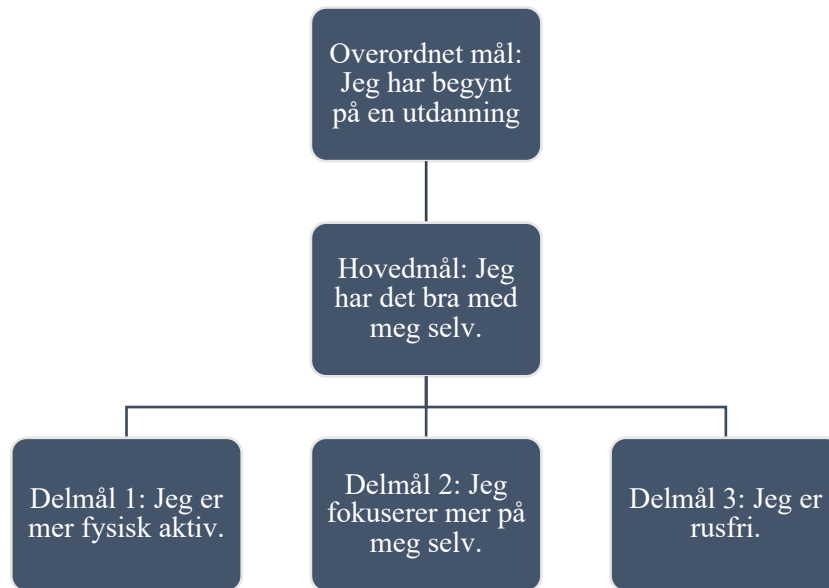
gjøre det lettere for henne å nå det overordnede målet. Det er også opp til Henriette hva som er bra nok for henne, i forhold til hva det vil si at hun har det bra med seg selv.

Tre delmål

Delmålene skal støtte opp hovedmålet. Jeg og Henriette har komt frem til tre delmål som støtter hovedmålet. For å begrunne det første delmålet som er *Jeg er fysisk aktiv*, vil fysisk trening muligens hjelpe Henriette i forhold til både rusavhengigheten, angsten og depresjonen. Henriette ser også for seg at hun vil få bedre selvtillit og selvfølelse hvis hun føler seg i form og bruker tiden på å fokusere på sin fysiske helse. Bedre fysisk helse hjelper også på den psykiske helsen, hevder Aarre (2018).

Det andre delmålet er *Jeg fokuserer mer på meg selv*. Ved at Henriette fokuserer mer på seg selv og være observant på hva som er bra og dårlig for henne, vil hun kunne fremme det som er bra og eventuelt ta avstand eller jobbe med det som kanskje ikke oppleves så bra. Henriette kan i praksis fokusere å gjøre ting i hverdagen som gir henne mestring og glede. Forhåpentligvis vil dette også styrke hennes psykiske og fysiske helse.

Det tredje delmålet er *Jeg er rusfri*. Begrunnelsen for dette delmålet er at Henriette har vært rusavhengig i mange år og det påvirker kroppen hennes fysisk og psykisk. Dermed er rusen noe som påvirker hennes liv og helse i stor grad. Med tanke på hennes fortid med rusavhengighet i mange år og at behandlingene tidligere ikke har fungert positivt vil jeg tro at Henriette har lett begynt med rus etter at hun har vært avhold en periode. Derfor ser jeg og Henriette på det å bli rusfri som en stor mestring fra hennes side og jeg ønsker at hun skal oppnå dette.



FIGUR 2: Her vises en illustrasjon av målene. Øverst i figuren ser man det overordnede målet, under ser man hovedmålet, som igjen er etterfulgt av tre delmål.

Andre eventuelle mål

Når vernepleierens arbeidsmodell blir brukt skal en også i målvalg kunne vurdere andre mål som kunne blitt prioritert. For eksempel, med utgangspunkt i casen, kunne en ha vurdert et mål innen kontakt med foreldrene. Samtidig kan en sette opp nye mål etter behov og etter mål er oppnådd (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). For henne kan det være lettere å ta opp kontakten etter at hun blir tryggere på seg selv og har mer kontroll over sin egen situasjon. Videre vil kontakt med foreldrene trolig være til støtte og hjelp, men også motivere henne og være en trygghet. Helsedirektoratet (2012) påpeker at det kan være viktig for ROP-pasienter å ha kontakt med familie.

For å vurdere gunstigheten av vernepleierens arbeidsmodell retter mot ROP-lidelser, vil en slik systematisk målvalgsprosess gjøre målene for ROP-pasienten klare. Det vil være mange forskjellige instanser innad i behandlingen, som Fekjær (2011) fremhevet, og de vil da kunne arbeide mot et klart og felles mål. Owren og Linde (2011) hevder den beste kilden til informasjon være det pasienten selv uttrykker i mål som dreier seg om pasientens opplevelser eller erfaringer av noe. Dette kan trekkes inn i behandlingen av ROP-lidelser ved at det kan være vanskelig å vite om det er rusen som har utløst de psykiske lidelsene, eller motsatt. Selv om vernepleierens arbeidsmodell kan fungere som et godt verktøy, er det uansett tjenesteyterens utfordring, ifølge Owren og Linde (2011), å fortolke og forstå den informasjonen som blir innhentet.

5.2.3 Tiltak

Etter målvalg, kommer tiltaksarbeidet i vernepleierens arbeidsmodell. Tiltaksarbeidet er inndelt i tre. Metodevalg, planlegging og tilrettelegging sammen og gjennomføring. Tiltaket kan begynne i det små, og man kan iverksette flere tiltak etter hvert (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

5.2.3.1 Metodevalg

Før en kan utarbeide et tiltak må en finne en metode for å nå de målene som er utarbeidet. Ved å kunne velge en arbeidsmåte som er passende vil det kunne hjelpe tjenestemottakeren i utviklingsprosessen. Denne arbeidsmåten må vurderes ut fra funksjonsevnen og behovene til tjenestemottakeren. Kunnskap om ivaretagelse av omsorg og tilrettelegging for læring er fokusområder som kan stå som sentrale i arbeidet. Når en så bestemmer seg for en metode og den benyttes, må det dokumenteres (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). For Henriette vil metodevalget spille inn på den videre utarbeidingen av tiltak. Ved å dokumentere metodene som blir benyttet, vil vi kunne se behovene og effekten av den valgte metoden. Herifra vil det være enklere å kunne tilrettelegge og planlegge et aktuelt tiltak (Nordlund, Trondsen og Linde 2015).

5.2.3.2 Planlegging og tilrettelegging

Neste steg i vernepleierens arbeidsmodell er planlegging og tilrettelegging. Nordlund, Throndsen og Linde (2015) hevder at tilretteleggingen må være systematisk for å nå et mål som er klart. I denne delen kan en planlegge rammebetingelser for arbeidet videre og samtidig tilrettelegge for individuelle behov (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). Dette kan kyttes opp mot viktigheten av individuell tilrettelegging for hver enkelt ROP-pasient som Hestedirektoratet (2012) påpeker. For å ta utgangspunkt i casen, vil ikke Henriette ha tilgang til rusmidler til å ruse seg med, men det blir fremhevet at det er en fare for at pasienten kan få tak i rusmidler fra utsiden og ruse seg med under behandlingen (Helsedirektorater 2012).

For å komme med et eksempel på tiltak retter mot casen, vil miljøterapi være et aktuelt tiltak som kan vurderes. Dette er en behandlingsform som er benyttet i problemstillinger med både rusavhengighet og psykiske lidelser (Aarre 2018). I Henriette sin situasjon, ser fysisk trening ut som et godt fokus innad i miljøterapien og kan være en god start. Med tanke på delmål 1, vil det å starte med fysisk aktivitet også spille inn på de to andre delmålene i det store bildet. I en metaanalyse av 22 studier hadde resultatene vist at fysisk trening kan øke sannsynligheten for at personer med rusproblemer oppnår, ifølge Aarre (2018), mindre abstinensplager, avholdenhet og redusert depresjons- og angstsymptomer.

Hos ROP-pasienter som er i en aktiv behandling, ser en svært ofte dysfori, som betyr ubehag, hos pasienten. I slike tilfeller er det vanskelig å skille ut en uavhengig angstlidelse for personer som er i en abstinensfase eller ruser seg. Hos personer med depresjon og angst, som misbruker alkohol av og til, er det dokumentert at de oftere blir bedre ved rusfrihet. I motsetning til et vedvarende misbruk. Hvis det ikke skjer en spesiell bedring av depresjonen eller angstlidelsen, må lidelsene fortsatt behandles (Helsedirektoratet 2012). Med utgangspunkt i casen vil det være relevant å ha bruke modellen som et verktøy for å få systematisert og eventuelt finne mønstre i ubehaget. Dermed kan en lettere finne årsaken til symptomene (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

En utfordring som kan spille inn på gunstigheten av arbeidsmodellen, er hvis Henriette ikke innser selv og/eller vedkjenner sine problemer. Da vil dette være en utfordring i tiltaksarbeidet med tanke på at hun ikke ser selv at hun trenger hjelp, eller at hun ikke ønsker forandringer. Helsedirektoratet (2012) hevder flere med ROP-lidelser kan ha vanskeligheter med å tilvenne seg nye omgivelser og nye rutiner. Så hvis hun en dag vil ha hjelp og en annen dag så synes hun ikke at tiltaket er hensiktsmessig, kan dette gå utover selve arbeidet rundt henne. Deretter vil det trolig ikke bli kontinuitet i arbeidet som blir utført. Hvis det ikke blir kontinuitet i behandlingen, hevder Aarre (2018) at en bør vurdere om det er hensikt i arbeidet som blir gjennomført. I et slikt tilfelle kan vernepleierens arbeidsmodell benyttes for å vurdere en annen type behandling (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

5.2.3.3 Gjennomføring

Når man oppretter et tiltak, skal det også lages en gjennomføringsplan. Denne planen skal vise hvordan tiltaket skal gjennomføres, samtidig i hvilke situasjoner eller hvor. Planen skal også vise når tiltaket skal gjennomføres, videre også hvem som skal gjennomføre det og ha ansvaret for evalueringen (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). For å ta utgangspunkt i den praktiske bruken av modellen og at miljøterapi vil være et tiltak, kunne man i praksis gjennomføre tiltaket ved å sette grenser, konfrontere, gi en opplevelse av mestring. Samtidig bidra til en rytme og struktur på dagen eller lære det å uttrykke egne behov som oppfattes som mer direkte. Vernepleierens arbeidsmodell tar utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte tjenestemottaker (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). Trening og fysisk aktivitet er en viktig del av arbeidet innad i miljøterapi. Fysisk aktivitet av alle slag bidrar til økt velvære, gir en følelse av kontroll og mestring, samtidig som det bedrer selvfølelsen. Videre spille alle disse faktorene inn på å bedre den psykiske helsen (Snoek og Engedal 2000).

5.2.4 Evaluering

Til slutt i den aktive behandlingen kommer evaluering, når en bruker vernepleierens arbeidsmodell (Owren og Linde 2011). Evaluering av tiltak handler om å faglig vurdere effekten av tiltaket og om det er hensiktsmessig å fortsette med det. Det skal også evalueres om det har bidratt i å nå noen av målene som her blitt satt. Parallelt som man utarbeider tiltaket, skal det utarbeides en evalueringsplan. Denne planen skal vise målsettingen med tiltaket og med evalueringen. Samtidig som at den skal vise hva som skal evalueres og hvilken informasjon det er behov for å ha for å kunne evaluere. Det skal også bestemmes hvem som skal evaluere og når det skal evalueres (Nordlund, Throndsen og Linde 2015).

Helsedirektoratet (2012) hevder at det er vanlig med kortvarige tilbakefall i en aktiv behandling. Videre bør ikke dette være til hinder for målsetting om full rehabilitering. En kan vurdere tilbakefall som en mulighet til å lære hvordan behandlingsforløpet videre kan forbedres. Man bør unngå brudd i den etablerte behandlingsrelasjonen i forebyggingen av tilbakefall (Helsedirektoratet 2012). Når et tilbakefall skjer, er det viktig å ikke gi opp. I tilfeller med tilbakefall vil det være gunstig å vurdere og sette seg nye og kanskje mer realistiske mål, hvis en ser at de målene som er satt ikke lengre er aktuelle (Aarre 2018).

Med tanke på tilbakefall kan vernepleierens arbeidsmodell bli med som et verktøy for å arbeide systematisk for å forebygge at det samme skjer igjen (Nordlund, Throndsen og Linde 2015). I Henriette sitt tilfelle, har ikke tidligere behandling fungert og at det har resultert med tilbakefall. Dette er med å gjør sannsynligheten for tilbakefall større etter endt behandling, hvis behandlingen hos oss ikke har ønsket effekt. Ifølge Helsedirektoratet (2012) kan ROP-lidelsene være så forskjellig fra person til person. Dette speiler det Aarre (2018) påpeker, med at det kan være vanskelig å finne en behandlingsform som passer for den enkelte.

5.3 Vernepleierens arbeidsmodell i forebyggingen etter endt behandling

Etter endt behandling er målet, ifølge Helsedirektoratet (2012), at ROP-pasienten skal finne sine egne ressurser for å øke selvfølelse og livskvalitet. Dette gjelder da å få seg jobb, øke det sosiale nettverket, finne meningsfull aktivitet, løse boligmessige og økonomiske behov. I denne prosessen må pasientens egne ressurser støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at en får bedret livskvaliteten (Helsedirektoratet 2012). Etter endt behandling kan vernepleierens arbeidsmodell være gunstig for å kartlegge ROP-pasientens behov for oppfølging og evaluere deres resultat av behandlingen som har blitt utført. Ifølge Nordlund, Throndsen og Linde (2015) kan denne informasjonen brukes til å utarbeide eventuelle forebyggende tiltak, samtidig blir arbeidet mer oversiktlig og systematisk. Helsedirektoratet (2012) ser på overgangen til et rusfritt og selvstendig liv som en kritisk fase etter institusjonsbehandling. Det er mange ROP-pasienter som ikke klarer en slik overgang, selv med gradvise tilvenningsprogrammer (Helsedirektoratet 2012).

Helsedirektoratet (2012) påpeker at det vil være viktig med gode sekundærforebyggende tiltak i ettertid av behandling for ROP-pasienter. I denne sammenhengen vil det være relevant å bruke vernepleierens arbeidsmodell for å vurdere hvilke sekundærforebyggende tiltak som kan være gunstig å benytte. Ifølge Helgesen (2017) er det et behov for flere sekundærforebyggende tiltak i flere kommuner. Et sekundærforebyggende tiltak kan for eksempel være tilgang på meningsfulle aktiviteter (Helgesen 2017). Mer direkte rettet til det forebyggende arbeidet hos pasienter med tidligere ROP-lidelser, kan tilgjengelige

sekundærforebyggende tiltak sees i sammenheng med å forhindre utviklingen av ROP-lidelser, ved at fysisk aktivitet kan avlede pasientene fra de eventuelle symptomene og abstinensene (Helsedirektoratet 2012).

Hvis en har benyttet seg av vernepleierens arbeidsmodell i arbeidet med ROP-lidelser, og modellen har fungert optimalt, skal i teorien arbeidet ha fungert optimalt og behandlingen skal ha blitt tilrettelagt. Helsedirektoratet (2012) hevder det er ønskelig at ROP-pasientene skal få følelsen av selvstendighet og trygg økonomi. I denne sammenhengen vil det å få seg en jobb være viktig. Lønnet arbeid kan bidra til uavhengighet og innflytelse, samtidig ha stor betydning for vedkommende sin økonomi. Det å kunne arbeide er med å gi mulighet for opplevelse av mestring, være til nytte og bidra til sosial deltakelse. Hvis ROP-pasientene ikke kommer seg i arbeid og blir utestengt fra dette, kan det svekke hennes selvrespekt. Dette vil deretter øke forekomsten av nedtrykthet, depressive symptomer, rastløshet og uro. Det viser seg også at forekomsten av slike symptomer er rundt tre ganger så høy blant de som ikke er i arbeid som blant de som er i arbeid (Helsedirektoratet 2012).

6.0 Avslutning

Owren og Linde (2011) hevder vernepleierens arbeidsmodell er fokusert på regulering av pasientens rom for skjønn, i ulike situasjoner det gjelder og faglig skjønn. Denne typen regulering skal da ha som mål at tjenesteyterne skal ha nok støtte til å gode handlingsvalg og tilpasninger fortløpende. Alt dette skal gjøre tjenestene og hjelpen gode. Det vil også være en balanse mellom den faglige forsvarligheten og pasientens mulighet til å påvirke tjenesten og hjelpen som blir ytet (Owren og Linde 2011). Det vil være behov for hjelp og bistand fra andre instanser, som gjør at modellen ikke kan behandle ROP-lidelser alene. Arbeidsmodellen kan være et hjelpemiddel for å få behandlingen til å møte ruslidelsene og de psykiske lidelsene samtidig, dette kaller Helsedirektoratet (2012) integrert behandling. Det blir videre poengtert at «det er rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP-lidelser har effekt av en integrert behandlingsmodell» (Helsedirektoratet 2012: 58), noe som kan støtte vurderingen av arbeidsmodellen som et gunstig hjelpemiddel i behandlingen av ROP-lidelser.

Ut ifra de fordelene og utfordringene har blitt nevnt fortløpende i de ulike delene av vernepleierens arbeidsmodell, vektlegger Nordlund, Throndsen og Linde (2015) at ulike utfordringer kan oppstå når som helst i behandlingen og i alle delene av arbeidsmodellen. Samtidig blir det bevist at modellen er et godt verktøy for å arbeide systematisk rettet mot de situasjonene en står i, i tillegg kan en komme frem til forskjellige løsninger for utfordringene. Nordlund, Throndsen og Linde (2015) har konkludert med at løsningene ikke nødvendigvis trenger å være så omfattende. Avslutningsvis vil vernepleierens arbeidsmodell kunne bli vurdert som et nyttig verktøy/hjelpemiddel i behandlingen av ROP-lidelser, men det kreves ulike instanser og tjenesteytere for å få behandlingen integrert. Gjennom de tidligere kapitlene har det blitt bevist at modellen kan bidra i å systematisere og tilrettelegge et målrettet arbeidet. Samtidig som det blir formidlet at modellen bidrar til økt fokus på pasientens medvirkning i eget behandlingsløp.

6.1 Oppsummering

ROP-lidelser er et begrep som nå oppleves veldig svært. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven og lest mye forskjellig teori, virker dette området bare mer spennende. Fikk også kjenne på det å virkelig prioritere hvilken tekst som skal være med, for i denne besvarelsen er det kuttet ut flere tusen ord. Ved å ha hatt dette som tema har jeg lært at det er mye som er under ROP begrepet. Gjennom litteratursøkene mine ble det funnet en godt del teori om at ROP-lidelser trenger å bli møtt av en behandling som er individuelt tilrettelagt og treffer begge deler i samme behandlingsløp, men lell er det nesten ingen konklusjoner på hvilke behandlingsmåter som skal benyttes. Dette gjør at mine tanker retter seg mot alle de menneskene som sliter med ROP-lidelser og kanskje ikke får den *rette* behandlingen for den enkelte. Dette kan jeg forstå med tanke på at det sannsynligvis ikke er så enkelt å finne den *rette* behandlingen, siden det ikke er noe fasitsvar. Dette blir da med på å påvirke at det trolig er enda mennesker som «faller mellom stolene» den dag i dag. Jeg tenker helt klart at ROP-lidelser trenger mer fokus og at flere behandlingssenter kanskje skulle satt seg mer inn i ROP-lidelser.

Det er mye studier og undersøkelser som konkluderer med at det er sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser. Så derfor stusser jeg på at det ikke praktisk har blitt gjort mer for å forbedre behandlingsformen for ROP-lidelser. Jeg vil tro det er vanskelig å vite hvor du skal begynne i behandlingen av ROP-lidelser, i forhold til utfordringene som muligkan komme. Det å jobbe strategisk og lage seg en oversikt vil være fordel, og Norddlund, Throndsen og Linde (2015) forklarer at det er dette vernepleierens arbeidsmodell kan brukes til. Vernepleierens arbeidsmodell tenker jeg nå er svært aktuell, med tanke på å få kartlagt hver enkelte pasient for å kunne tilrettelegge den beste behandlingsformen og samtidig ha fokus på brukervedvirkning. Som kan knyttes opp mot at helsedirektoratet (2012) påpeker, som sagt, at behandling av ROP-pasienter trenger individuelt tilrettelagt behandlingsløp. Nå etter å ha sett nærmere på den praktiske bruken av modellen og vurdert gunstigheten, ville jeg, som vernepleier, helt klart brukt modellen som et hjelpemiddel i behandlingen av ROP-lidelser.

Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. *Og eg seg på deg... – Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Arre, Trond F. 2018. Kapittel 12. «Rusmiddelproblemer» i boka *Psykatri for helsefag*. Red. Trond F. Aarre. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller: en refleksjonsmodell*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Breimo, Janne Paulsen, Trine Normann, Johans Tveit Sandvin og Hanne Thommesen. 2015. *Individuell plan – Samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Drag, Sissel Johanne. 2016. *Hva er effektiv behandling for ROP-lidelser i fengsel?* ROP: Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Faglig oppdatert: Lest: 18.05.2022.

<https://rop.no/aktuelt/hva-er-effektiv-behandling-for-rop-lidelser-i-fengsel>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk*. 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. 2017. *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen.

<https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner – Lærebok i psykologi*. Oslo: Cappelen Damm AS

Helsedirektoratet. 2012. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser*. Lest 05.05.2022

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje (fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje (fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. 2016. *Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Faglig oppdatert 13.05.2016. Lest 05.05.2022

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/fysisk-aktivitet-musikkterapi-og-akupunktur-ved-avrusning#paragraf-0002-0004-n3r90L>

Høgskolen i Molde. 2012. *Bachelor i vernepleie - Fagplan 2020*. Molde: Høgskolen i Molde

Kielland, Knut Boe. 2000. *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk: kartlegging av antall og behandlingsbehov*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Lillevold, Hanne Jacobsen. 2016. *Mellom to stoler - Utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. Oslo: Tidsskrift for Norsk psykologforening. Oppdatert 01.12.2016. Lest 01.03.2022

<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2016/12/mellom-stoler>

Marconi, Arianna, Marta Di Forti, Cathryn M. Lewis, Robin M. Murray og Evangelos Vassos. 2016. *Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis*. Lest: 02.05.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988731/>

Melle, I. 2008. Red. Hakan Hall og Elisabeth Hall. "Early detection and intervention" I boken *Schizophrenia: Modern Concepts and Research Findings*. Lund: Studentlitteratur.

NAPHA. 2019. *Vil bli bedre på å hjelpe personer med ROP-lidelser*. Oppdatert 29.08.2019. Lest 09.05.2022. https://napha.no/content/23506/vil-bli-bedre-pa-a-hjelpe-personer-med-rop-lidelser?fbclid=iwar2j7gtq__fayambvoycupxtijlyxp9pkkxp-c9akdl1rqjto2wquxav2qm

Nordlund, Inger, Anne Throndsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie – kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, Jan Christian. 2011. Red. Thomas Owren og Sølvi Linde. Kapittel 15. «Tjenesteutøvelse i trange handlingsrom» i boka *Vernepleierfaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. Red. Thomas Owren og Sølvi Linde. Kapittel 1. «Innledning» i boka *Vernepleierfaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. Red. Thomas Owren og Sølvi Linde. Kapittel 4. «Vernepleierens arbeidsmodell» i boka *Vernepleierfaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stanicke. 2010. *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, Jannicke Engelstad og Knut Engedal. 2000. *Psykiatri*. Trondheim: Akribe Forlag.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri – for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm AS