



Kandidatnummer: 36
Emnekode: SEPREPTU 9010
Innleveringsfrist: 02.05.2024 kl. 12.00
Antall ord: 4380

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Første behandlingsmodell	2
2.1	Integrert behandling av ROP-lidelser.....	2
2.2	Fordeler og ulemper med integrert behandling i arbeidet med å fremme bedringsprosesser og livskvalitet hos ROP-pasienter inneliggende på avgiftningspost	4
2.2.1	Samtidig og langvarig behandling.....	4
2.2.2	Relasjoner.....	5
2.2.3	Helhetlige tjenester.....	6
3	Andre behandlingsmodell	8
3.1	Miljøterapi	8
3.2	Fordeler og ulemper med miljøterapi i arbeidet med å fremme bedringsprosesser og livskvalitet hos ROP-pasienter inneliggende på avgiftningspost.....	10
3.2.1	Rammer og rutiner som utgangspunkt for miljøterapi	10
3.2.2	Miljøterapi er relasjonsbehandling.....	10
3.2.3	Miljøterapi må være gjennomtenkt og forankret i ledelsen	12
3.2.4	Egnethet hos miljøterapeuten	13
3.2.5	Egnethet hos pasienten	13
4	Avslutning	14
	Litteraturliste	15

1 Innledning

I mitt arbeid på en døgnpost for avgiftning møter jeg stadig oftere pasienter som sliter med samtidige lidelser av både rus og psykiatri (ROP). Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for ROP-lidelser er en ROP-pasient «Personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, hvis hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt» (Helsedirektoratet, 2012, s. 16).

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på ROP-pasienter, da dette er veldig relevant i min arbeidshverdag. Av mange behandlingsmodeller som er aktuelle i samarbeid med ROP-pasienter har jeg valgt integrert behandling av ROP-lidelser og miljøterapi. Integrert behandling av ROP-lidelser har jeg valgt fordi jeg tenker det er viktig å lære mer om. Miljøterapi har jeg valgt fordi jeg selv jobber som sykepleier på en døgnpost hvor miljøterapi er en del av behandlingen. Jeg har avgrenset oppgaven til å gjelde ROP-pasienter inneliggende på døgnpost for avgiftning, fordi det ellers ville blitt for vidt.

Jeg har valgt å redegjøre for en modell av gangen, med påfølgende drøfting av fordeler og ulemper med modellen i arbeidet med å fremme bedring og livskvalitet hos ROP-pasienter. Jeg bruker anonymiserte eksempler fra egen arbeidsplass.

2 Første behandlingsmodell

2.1 Integrrert behandling av ROP-lidelser

Jeg har gjennom mange år dessverre sett at ROP-pasienter ofte faller mellom to stoler. De passer verken helt inn i psykiatrien eller i rusomsorgen, og blir derfor utsatt for ansvarsforskyvning frem og tilbake mellom ulike tjenestenivå, eller mellom rus og psykiatri, noen ganger over flere år. Rusavdelingene mener den psykiske lidelsen må håndteres først. Psykiatrien mener at det ikke er mulig å utrede eller behandle psykiske lidelser så lenge pasienten bruker rusmidler (Linderoth, 2022). For å komme med et eksempel kan en ROP-pasient først bli akuttinnlagt på somatisk avdeling grunnet en overdose, før han på grunn av suicidrisiko overføres til akuttpsykiatrien, som neste dag overfører pasienten til oss, som tilslutt skriver pasienten ut til kommunen. Etter kort tid blir pasienten innlagt rus-akutt, enten via legevakt eller Ambulant Akutt Team, men på grunn av tiltagende psykotiske symptomer utover kvelden overføres pasienten til akuttpsykiatrien, før han etter et par dager tilbakeføres til oss. Det er nærliggende å tro at en slik runddans i systemet ikke er spesielt helsefremmende for pasienten. Ifølge Linderoth (2022) er et slikt skyvespill også direkte skadelig.

For å forbedre et slikt fragmentert tjenestetilbud til disse pasientene er det de siste årene kommet statlige føringer om at ROP-pasienter skal tilbys integrert behandling (Lien & Lie, 2022). Integrrert behandling av ROP-lidelser, også kalt Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) er en behandlingsmodell, eller et manualbasert verktøy som gir grunnlag for systematisk oppfølging av ROP-pasienter på tvers av tjenestenivå (Frimand, 2021).

Integrrert behandling innebærer at ruslidelser og psykiske lidelser behandles samtidig, av behandlere i samme team, ved hjelp av samme behandlingsmodell. De ulike delene av tjenesteapparatet (både kommune og spesialisthelsetjeneste) jobber sammen og tar hensyn til at pasienten har samtidige lidelser. Det er viktig med langsiktighet og kontinuitet og at alle involverte parter har en felles ansvarsfølelse (Linderoth, 2022). Til tross for en økt satsning fra myndighetene til denne pasientgruppen har det imidlertid vist seg at det fortsatt er utfordrende å gi helhetlige tjenester til pasienter med langvarige og sammensatte behov

(Lien & Lie, 2022). Det er som oftest disse pasientene som blir innlagt hos oss, de som er dårligst fungerende, og som av ulike grunner ikke klarer nyttiggjøre seg av poliklinikk og kommunale tilbud. Dette er ofte også en marginalisert pasientgruppe, med dårlig fysisk helse og økonomi (Linderoth, 2022).

Pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet, noen har marginal økonomi og tilhører våre fattigste, og mange har dårlig livskvalitet. (Helsedirektoratet, 2012, s. 13)

I IDDT er det essensielt at det aktuelle behandlingsteamet forholder seg til et bredt spekter av viktige områder for pasienten, slik at de fleste behovene pasienten har blir dekket på samme sted. Dette inkluderer ikke bare helsetjenester, men også sosiale tjenester:

Pårørendearbeid og god koordinering av tjenestene står sentralt. Medikamentell behandling er en del av et stort hele, og det arbeides med bolig, økonomi, nettverk, det å fylle tiden med arbeid eller fritidsaktiviteter – over lang tid. Oppfølgingen skjer best i tverrfaglig sammensatte team eller ansvarsgrupper, gjerne organisert på tvers av førstelinjetjenesten (kommunen) og spesialisthelsetjenesten (DPS). (Linderoth, L. 2022, s. 25)

Det er også spesielt fokus på hvor i endringsprosessen pasienten er, slik at behandlingsmetoder som motiverende intervju og kognitiv terapi, som er de to behandlingsmetodene som spesifikt anbefales til ROP pasienter, ikke tas i bruk før pasienten er klar for det. I tillegg er psykoedukasjon, recovery og selvhjelpsgrupper elementære deler i integrert behandling (Linderoth, 2022).

Behandling for ROP-pasienter kan ha svært ulik målsetting. Det er ikke nødvendigvis rusfrihet som er målet, men for eksempel skadereduksjon eller økt livskvalitet, eller bedre psykisk helse og funksjonsevne. Et annet mål kan være bedre integrering i samfunnet. Ofte vil målsettingen endre seg underveis i behandlingsforløpet (Helsedirektoratet 2012). Det er hensiktsmessig at ROP-pasienter får utarbeidet en individuell plan, men dessverre er det de færreste som får dette (Lien & Lie, 2022).

2.2 Fordeler og ulemper med integrert behandling i arbeidet med å fremme bedringsprosesser og livskvalitet hos ROP-pasienter inneliggende på avgiftningspost

2.2.1 Samtidig og langvarig behandling

Fordeler med integrert behandling er at pasienten vil motta samtidig behandling for begge lidelser der han er og ikke lenger bli flyttet rundt som en kasteball i systemet. I stedet for flere parallelle løp som ikke helt snakker med hverandre, kan pasienten få samordnet sine tjenester etter samme behandlingsmodell, med et tverrfaglig og fast team over lang tid. På denne måten vil ikke belastningen lenger tilfalle pasienten, men helsevesenet (Linderoth, 2022). Koordinerte og samordnede tjenester vil derfor kunne antas å ha stor positiv innvirkning på pasientens livskvalitet. En utfordring med idealet om samkjørte tjenester kan være at alle tjenesteyterne må delta på lik linje, noe som kan være vanskelig i praksis uten systemisk implementering fra høyere hold. Ledelsen i de ulike tjenestenivåene må derfor være involvert. Økonomi og driftsmessig press kan også vanskeliggjøre muligheten til å jobbe på tvers av tjenestenivå, da tjenesten kanskje blir mest opptatt av sitt eget mandat (Lien & Lie, 2022).

Spekteret av pasienter som kommer til en avgiftningspost er stort. De kommer fra alle samfunnslag og bakgrunner og ruser seg av ulike årsaker, med ulike rusmidler. Noen for å regulere seg opp, andre for å regulere seg ned, noen for begge deler og andre for å få en hallusinogen virkning (Skudal, 2021). Rusens omfang og funksjon varierer fra person til person og vi har til enhver tid en god blanding av ulike pasienter med ulike lidelser og behov. Det er sjelden jeg ser pasienter med alvorlig ruslidelse som ikke har noen psykisk lidelse til grunn. Som oftest er det en lang liste med diagnoser i pasientens journal. På en ruspost som hos oss, vil derfor integrert behandling også kreve mer av den enkelte ansatte, da det ikke bare er nødvendig med omfattende kunnskap om ulike ruslidelser, men også om ulike psykiske lidelser.

Det er imidlertid ikke alltid slik at miljøpersonalet på en ruspost har omfattende kunnskap om psykiske lidelser eller hvordan tilpasse miljøterapien deretter. Vi har for eksempel stort utskifte av personal og tidvis mange vikarer, som ikke nødvendigvis har bakgrunn innen

helse. I følge Skårderud & Sommerfeldt (2013) kan eksempler på tilpasset miljøterapi være at psykotiske pasienter er i behov av trygghet og forutsigbarhet og en ikke altfor konfronterende tilnærming, at maniske pasienter kan ha behov for skjerming, pasienter med angstlidelser behov for eksponering, deprimerede pasienter observasjoner i forhold til selvmordsfare osv. Vi fokuserer allikevel mest på ruslidelsen når pasienten er hos oss, og er forsiktige med å blande oss i psykiatrisk behandling som følges opp andre steder, «fordi det ikke er vårt bord». Eksempelvis når vi har unge jenter med spiseforstyrrelser som allerede følges opp av Spiseforstyrrelsespoliklinikken eller når vi har pasienter med traumer. Rusavdelingen er spesialister på rus, ikke nødvendigvis på psykiatri og omvendt. Kanskje er dette medvirkende årsak til ansvarsforskyvningen mellom rus og psykiatri. Når det avdekkes et rusproblem sendes pasienten til oss. Når vi ikke har «rammene», det vil si bemanning eller kompetanse til å håndtere det psykiske, så overføres pasienten til psykiatrien. Vi gjør nok dette i god hensikt, fordi vi ønsker at pasienten skal få best mulig behandling, men det er lett å forestille seg at pasienten i stedet kan føle seg avvist eller at han ikke er velkommen. I tillegg kan det være vanskelig å måtte forholde seg til mange mennesker og fortelle historien sin om og om igjen.

2.2.2 Relasjoner

Relasjonsbygging er avgjørende i samarbeidet med ROP-pasienter, men det kan ta lang tid å få til en god arbeidsallianse, noen ganger opptil flere år. Det er derfor viktig med et langsiktig perspektiv, noe som er grunnen til at den viktigste oppfølgingen for en ROP-pasient er en kommunal tjeneste eller oppsøkende behandlingsteam som ACT og FACT (Linderoth, 2022).

Som nevnt tidligere er det også viktig å være bevisst hvilken fase i en endringsprosess pasienten er, da de ulike fasene; engasjementsfasen, overtalelsesfasen og behandlingsfasen krever ulik tilnærming. Hvis man er for tidlig ute med målsettinger, kan dette føre til motstand og at pasienten mister den motivasjonen han allerede har. Det er derfor vesentlig i begynnelsen at det etableres en trygg arena der pasienten blir møtt som han er uten å presse fram endring han ikke er moden for. Det stilles ingen urealistiske krav om rusfrihet og det er ikke hastverk. Fokuset er mer på pasientens livskvalitet og at pasienten er «godt

justert» for å få utbytte av en samtale, enn at pasienten er rusfri og abstinent, eller ikke møter i det hele tatt (Linderoth, 2022).

Utfordringer med en slik tilnærming på en avgiftningspost er at pasienten er innlagt over kort tid. Vi har ikke så mye tid til rådighet, verken til relasjonsbygging eller utvikling av endringsmotivasjon. I tillegg er vi mange profesjonelle som pasienten må forholde seg til, og vi har et generelt stort fokus på rusfrihet, noe som kanskje ikke er ønskelig eller realistisk for en ROP-pasient. Kanskje er ikke målet til pasienten å bli rusfri, men å fungere bedre i hverdagen og leve et så godt liv som mulig. Hvis vi er for fokusert på avdelingens mandat og overfører våre mål til pasienten, i stedet for å lytte til pasientens egne mål, kan dette kanskje føre til at pasienten føler seg mislykket fordi han ikke klarer å nå dette målet.

Samtidig er det absolutt mulig å tenke mer integrert behandling også hos oss. Mange pasienter er innlagt med jevne mellomrom, så vi blir godt kjent med dem. Vi kommer ofte også veldig tett på, siden vi ser dem fra deres mest sårbare side. Og med kunnskapen vi har om at ROP-pasienter profitterer mest på langvarige og faste team er det fullt mulig å tilstrebe kontinuitet rundt pasienten, for eksempel å legge til rette for det samme behandelende teamet fra gang til gang. Hvis pasienten kan forholde seg til et fast team med samme lege, psykolog og primærkontakt vil dette antageligvis kunne bidra til mer stabilitet og trygghet, noe som positivt kan virke inn på pasientens bedringsprosesser.

2.2.3 Helhetlige tjenester

Innleggelse på døgnpost er også en god mulighet for miljøpersonalet til å heve blikket ut av avdeling og nøste opp i pasientens ulike behov der ute. Vi kan koble på nye samarbeidspartnere der det er nødvendig, gjenopprette kontakt der det er falt ut, eller videreføre det gode arbeidet som allerede gjøres av f.eks ROP team, ruskonsulent, psykiatrisk team, NAV osv. Vi kan invitere til samarbeidsmøter eller ansvarsgruppemøter og på denne måten ruste pasienten som best vi kan til utskrivelse. Vi kan fungere som et forsterkende tiltak i pasientforløpet, eller en time-out som gjør opp status og legger til rette for pasientens mange og sammensatte behov.

For integrert behandling handler i stor grad om å ivareta pasienten helhetlig. Hos oss kan vi nok tidvis ha et litt for smalt fokus. Vi prioriterer, naturlig nok, den fysiske og psykiske helsen

under en avgiftning, men vektlegger kanskje ikke i tilstrekkelig grad andre aspekter, som også er vesentlig for god livskvalitet. Ofte overlater vi ansvaret for slike ting til kommunen, som vi tenker at i større grad enn oss, har rom for videre oppfølging. For eksempel er sosiale relasjoner noe flere pasienter sliter med, noe som i verste fall kan bidra til forverret helse. I motsatt fall, kan også gode relasjoner bidra til bedre helse. Det er mulig å legge til rette for mer pårørendeinvolvering selv i den korte perioden pasientene er innlagte hos oss. Bøckman (2014) refererer til ulik forskning som sier at systematisk involvering av pårørende har en positiv påvirkning på behandlingsforløpet hos den som er syk og understreker at det også ligger statlige føringer om pårørendeinvolvering i de psykiske helsetjenestene. I tillegg er det viktig å ha noe meningsfylt å gå til etter utskrivelse, så pasientene ikke ender opp med å isolere seg. Kanskje vi kan oppmuntre mer til deltagelse i aktiviteter i kommunen der de bor og informere om kommunale tilbud som kreative verksted og musikk, lesegrupper, gå- og treningsgrupper, jobbtrening og ulike selvhjelpsgrupper og hjelpe dem opprette kontakt med disse stedene under innleggelsen.

3 Andre behandlingsmodell

3.1 Miljøterapi

Miljøterapi er det gjennomtenkte arbeidet som drives av en gruppe personale overfor en gruppe pasienter i den hensikt å bidra til pasientens bedring. Miljøterapi er sprunget ut av døgnbehandlingssenheter og er utviklet nettopp med det målet for øye at alt som skjer «de andre 23 timene» skal ha en terapeutisk innretning. (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.18)

I litteraturen finnes det minst fire ulike retninger miljøterapi. Dette er blant annet den humanistisk og demokratisk orienterte, psykodynamisk, medisinsk-psykiatrisk og behavioristisk og kognitive. Selv om miljøterapeutiske prinsipper ligger til grunn i pasientoppfølgingen i de fleste rusinstitusjoner i dag, brukes det sjelden noen rendyrket modell. Elementer fra ulike tilnærminger er imidlertid vanlig og i Norge brukes ofte Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser til å avgrense og strukturere en metodisk tilnærming gjennom miljøet (Helsedirektoratet, 2016). Behandlingsstedet Fekjær (u.å.) beskriver disse fem prinsippene som beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring.

Det er menneskemøtene og fellesskapet som fører til endring og det er dette som skiller poliklinisk virksomhet fra døgnpost, fordi man tilbringer så mye tid sammen med andre mennesker, både med medpasienter og ansatte (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Miljøterapi skjer innenfor den aktuelle avdelings rammer og strukturer, noe som varierer fra sted til sted. Siden avgiftning i institusjon de siste årene har fått et økt medisinsk fokus (Skudal, 2021), betyr dette at behandlingen hos oss initialt har et stort fokus på pasientens fysiske og psykiske helse. Det er viktig å forebygge alvorlige abstinenser som f.eks delir eller kramper og å lindre de mest akutte symptomene pasientene opplever under avgiftningen. Vi bruker i denne fasen en del medikamenter. I følge Skudal (2021, s. 283) er imidlertid ikke økt medisinsk fokus ensbetydende med degradering av andre tiltak: «Mange vil karakterisere miljøterapi som «bærebjelken» blant ikke-medikamentelle tiltak i institusjon. I den inngår

deltagelse i avdelingens tilbud og aktiviteter, samspill med medpasienter, samtaler med miljøpersonell, gjennomføring av oppgaver mv».

Miljøterapi hos oss består i den første fasen mye av å kartlegge og lindre symptomer, samt å legge til rette for trygge rammer, ro, søvn og ernæring. Vi er lydhøre for pasientens prekære behov og skjermer pasienten fra inntrykk og støy. Etter den akutte fasen begynner vi gradvis å uttrykke forventning om at pasientene tilpasser seg postens rutiner; til å stå opp om morgenen, holde rommet ryddig, møte til faste måltider, delta i samtalegrupper, felles gåturer med mer. Avhengig av deres fungering i miljøet tilbyr vi støttesamtaler og veileder pasientene etter behov.

Miljøterapi kan også innebære å hjelpe pasienten forholde seg til offentlige systemer, bolig, arbeid osv (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Ofte har våre pasienter ulike sosiale problemstillinger, som gjør det vanskelig for dem å nyttiggjøre seg behandling før dette blir ryddet opp i. Miljøterapi kan også inneholde pedagogiske eller spesialpedagogiske oppgaver. Dette kan være aktuelt for eksempel på en barnevernsinstitusjon, hvor barna også skal dannes som mennesker og til å mestre hverdagens utfordringer. Her vil økt kompetanse for de ansatte kunne være utdannelse i dannelses, noe som betyr «gode forståelser av samspill mellom strukturer, følelser, folk og forhold. «Forhold» viser til samvær og samtaler mellom profesjonelle og beboere, men også til samværet og samtalene de profesjonelle imellom» (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Tross alle ulikhetene ROP pasientene har, i bakgrunner, ruslidelse og psyke, så har de også noe felles. Alle er innlagt for et rusproblem, de fleste med abstinenser, økt symptomtrykk og rus-sug. De er på sitt mest sårbare og skal være innlagt over tid, med flere andre, mens de tilpasser seg avdelingens rammer og rutiner. I følge Skårderud og Sommerfeldt (2013) kan det være høyrisiko å samle en gruppe mennesker med alvorlige lidelser og relasjonsskader innenfor fire vegger tjuefire timer i døgnet. De understreker derfor i sin bok «Miljøterapi» at miljøterapien må være gjennomtenkt. De fremhever mentalisering som en sentral fellesfaktor i virksomme terapier og viser at å «implementere mentaliseringsbasert tenkning og terapi er å organisere miljøterapiens mange deler, strukturer og aktiviteter til en gjennomtenkt helhet» (s.17). Ideelt sett vil terapeuten da bruke seg selv som et redskap, på en systematisk og ærlig måte og det han sier og gjør vil ha en hensikt. Ved å sette ord på

følelser og mentalisere egne reaksjoner, kan terapeuten fungere som en rollemodell slik at pasienten oppdager andre og mer hensiktsmessige måter å håndtere vanskelige følelser på (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

3.2 Fordeler og ulemper med miljøterapi i arbeidet med å fremme bedringsprosesser og livskvalitet hos ROP-pasienter inneliggende på avgiftningspost

3.2.1 Rammer og rutiner som utgangspunkt for miljøterapi

Rammer og rutiner kan bidra til forutsigbarhet og trygghet, men kan også virke triggende for noen. «Det skapes rammer og strukturer, og disse kan kollidere med pasientenes tilvendte livsformer» (Skårderud & Sommerfeldt, 2020, s.18-19). Mange ROP-pasienter har med seg bagasje i form av tilknytningstraumer og skadde relasjoner, noe som kan føre til utfordrende situasjoner i møte med avdelingens struktur. Fordelen med miljøterapi er at «den har tid og rom og gjennomtenkte praksiser for at slike kollisjoner skal arbeides med og danne grunnlaget for endring. Det finnes tid for reparasjoner av brudd og risper i forhold» (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 19). Det er tid og rom for å systematisk anvende noe som skjedde i fellesmiljøet eller i temagrupper tidligere på dagen og følge opp dette senere på dagen eller overlappende videre til neste vaktlag. Med tid tilgjengelig har man også muligheten til å reparere eventuelle alliansebrudd (Heldal, 2021). En ulempe kan være at miljøterapien foregår mens pasienten er innlagt under trygge rammer. Det kan være lettere å forholde seg til relasjonelle utfordringer mens de er inneliggende på avdelingen, men vanskelig, kanskje umulig å ta det i bruk i sitt hjemlige miljø, som kanskje er der de trenger det mest.

Noen ganger kan rammene og rutinen også utfordre de ansatte. Forholdet de ansatte imellom er imidlertid også svært viktig, da de fungerer som rollemodeller (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

3.2.2 Miljøterapi er relasjonsbehandling

I følge Skårderud og Sommerfeldt (2013, s. 29) er miljøterapiens viktigste fokus «å anvende relasjoner til å hele relasjonsskader». Men for å være i stand til å hele relasjonsskader gjennom relasjoner vil det først være nødvendig å etablere en god relasjon. «Uten en arbeidsallianse kommer vi ingen vei» (Linderoth, 2022, s. 28). Som nevnt tidligere, kan det ta lang tid før en ROP-pasient får tillit og trygghet på at vi vil han vel og tåler ham som han er. I følge Linderoth (2022) er den beste måten å gjøre dette på, å gi pasienten noe han er interessert i, noe som ofte dreier seg om praktisk hjelp og støtte. Av egen erfaring har jeg opplevd at det å se og avhjelpe det pasienten selv opplever som det mest akutte problemet der og da kan bidra til en tillitsfull relasjon. Dette kan for eksempel være å lindre pasientens abstinenser med medikamenter, veilede pasienten gjennom et panikkanfall, eller hjelpe pasienten med en telefon til NAV fordi det er det som «brenner» akkurat nå. I denne forbindelse er det også viktig å ikke glemme ROP-pasientens behov for langsiktighet og tilstrebe faste behandlingsteam, da dette kan gi mer trygghet og stabilitet for pasienten. Det blir tydelig at det vi vanligvis tenker på som terapi, også suppleres med omsorg. Tiden og rommene skaper naturlige rammer for følelsesmessig og praktisk omsorg (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Relasjonens betydning blir tydelig beskrevet i en tekst fra et brukerperspektiv. Pasienten er innlagt på en psykiatrisk avdeling, er deprimert og har sluttet å spise:

Mange har tilbudt meg noe å spise. Like mange ganger har jeg takket nei. Jeg klarer ikke få ned mat. Det er som om hele magen er fylt med ubehag. Likevel, denne dagen kommer du inn. Du har med deg mat, selv om du vet jeg ikke vil ha. Du kommer med tre runde brødbiter som ligner kanapeer. En liten agurkskive på hver. Ved siden av ligger det to eplebåter. Eplebåtene lukter godt. Du setter fra deg tallerkenen på nattbordet og en kopp te med melk, sier vær så god og går. At du vet at jeg bruker melk i teen, er omtanke. Måten du forsøker å få meg til å spise på viser omsorg. Det er tillitsvekkende. Her bruker du alt du har lært om grunnleggende sykepleie. I tillegg bruker du hele din relasjonelle kompetanse for å få kontakt, kanskje ubevisst, men det virker. Etter tretti dager uten mat, begynner jeg nå å spise igjen. (Jensen, 2022, s. 130)

Relasjoner bygges ikke på vaktrommet. Relasjoner bygges ved å bli kjent og være sammen. Hvis vi klarer å ta hensyn til både ruslidelsen og den psykiatriske diagnosen, samtidig som vi også evner å se forbi diagnosene, forbi alle merkelappene og klarer å møte pasienten direkte og akseptere ham som han er, så vil kanskje pasienten oppleve å bli sett. Ikke bare som en ROP- pasient, men som et menneske, som deg og meg. Hvis vi på den annen side er for diagnosefokuseret kan vi risikere at pasienten opplever å bli stigmatisert, noe som kan gi opphav til følelser av avmakt eller krenkelse og påvirke relasjonen negativt (Jensen, 2022).

3.2.3 Miljøterapi må være gjennomtenkt og forankret i ledelsen

Det finnes ingen garanti for at miljøterapien er terapeutisk, og det kan avhenge av flere faktorer om miljøterapien faktisk bidrar til bedring og økt livskvalitet for pasienten eller ikke.

Skårderud og Sommerfeldt (2013) påpeker at miljøterapi er mer enn «det som skjer i miljøet» og at det må ligge en grunnleggende tenkning eller behandlingsfilosofi i bunn, som er kjent i hele personalgruppen og som deretter avspeiler seg i personalets holdninger og handlinger. Dette fordrer at ledelsen har et klart forhold til teorien bak miljøterapien og at det tilrettelegges for at ansatte får tilstrekkelig opplæring og kompetanse. Nasjonalfaglig retningslinje om behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016) anbefaler at miljøterapiens arbeidsmåte og teoretiske forankring nedfelles i tjenestestedets planverk og prosedyrer.

I tillegg må den enkelte ansatte se betydningen av å lære om de teoretiske prinsippene som er ment å organisere behandlingen. Mange miljøterapeuter har valgt yrket nettopp fordi det er så praksisnært, men hvis miljøterapien mangler teoretisk tyngde kan dette være farlig og raskt henfalle til praktiske gjøremål. Det er tankevekkende at selv erfarne miljøterapeuter har vanskeligheter med å definere hva miljøterapi egentlig er (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Om dette sier Schjødt og Heinskou «Det henvises hurtig til hva man praktisk gjør, og mindre til tenkningen om hvorfor man gjør nettopp dette» (gjengitt fra Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.19).

Selv om miljøterapi er en del av det psykoterapeutiske feltet, er det påfallende lite beskrevet eller dokumentert (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Dette stadfestes også av

Helsedirektoratet (2016), som sier det er behov for mer forskningsbasert kunnskap når det kommer til miljøterapiens innhold og nytteverdi.

3.2.4 Egnethet hos miljøterapeuten

Det er også viktig at den enkelte miljøterapeut har et noenlunde avklart forhold til egne mønstre, tilknytning, og relasjoner, selv om dette ikke alltid er tilfelle. Også miljøterapeuter kan bære med seg bagasje og være skadet i relasjoner. Hvis miljøterapeuten ikke er bevisst det som spiller seg ut i relasjonene eller har kunnskap om for eksempel overføring og motoverføring, er det ikke sikkert at miljøterapien nødvendigvis er terapeutisk for pasienten. Mentalisering smitter, men det gjør også mentaliseringssvikt (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

3.2.5 Egnethet hos pasienten

Og vi er mange miljøterapeuter, med ulike personligheter, erfaringer og titler, som møter mange pasienter med ulike personligheter, erfaringer, traumer og diagnoser. ROP-pasienter har som nevnt størst nytte av langvarig oppfølging av faste tverrfaglige team, mens det hos oss er turnusdrift med stor utskiftning av ansatte. Kanskje er ikke dette en gunstig arena for pasienten. I tillegg er det som oftest de dårligst fungerende pasientene som kommer til døgnbehandling, så vi kan ikke se bort fra at det er nettopp de som tåler miljøterapi dårligst. Mangler og krenkelser på forskjellige vis har gjort dem sårbare, noe som også følger dem inn i institusjonene, hvor de kan skape spenninger og utfordringer (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Et for stort fokus på oppdraget eller at miljøterapi skal være terapeutisk, vil kanskje heller ikke alltid være til mest nytte for ROP-pasienten. Er vi innforstått med hva bedring og livskvalitet betyr for den enkelte? Kanskje kan det være sånn at det er pleie og omsorg som er det viktigste for oss å gi.

4 Avslutning

Jeg har nå gjort rede for behandlingsmodellene integrert behandling og miljøterapi, og drøftet fordeler og ulemper i samarbeidet med ROP-pasienter innlagt på avgiftningspost. Felles for begge modellene er at de kan bidra til bedring og livskvalitet for ROP-pasienter hvis de tilpasses ROP-pasientens behov. Dette innebærer imidlertid noen forutsetninger. Blant annet må teoriene bak modellene være lederforankret, da det kreves kompetanseheving for alle ansatte, noe som også krever ressurser. Det kreves videre en bevisstgjøring blant alle ansatte om at ROP-pasienter er spesielt sårbare og i behov av integrert behandling, etter en overordnet plan. Det kreves også at den enkelte ansatte tar del i en felles ansvarsfølelse og ønsker pasienten velkommen. Til sist handler begge modellene kanskje aller mest om å utvikle en terapeutisk allianse med pasienten over tid. Ifølge Helsedirektoratet (2012) er det den gode relasjonen mellom bruker og tjenesteyter som har størst betydning for behandlingsresultatet, noe som ofte kan være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt.

Litteraturliste

Bøckmann, K. (2014). Pårørende. I L. Borge & A. Almvik (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 265-284). Fagbokforlaget.

Fekjær. (u.å). *Miljøterapi*. Hentet 30.04.2024 fra

<https://www.fekjaer.no/dognbehandling/behandling/miljoterapi/>

Frimand, M. (2021, 25.november). *IDDT: Ny behandlingsmetode gir bedre integrert behandling for ROP-gruppen*. <https://rop.no/aktuelt/ny-behandlingsmetode-gir-bedre-integrert-behandling-for-rop-gruppen/>

Heldal, A. (2021). Miljøterapi i rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg., s. 336-350). Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948).

<https://helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling av rusmiddelproblemer og avhengighet* (IS-2219). <https://www.helsedirektoratet.no>

Jensen, M.J.F. (2022). Mangt skal vi møte, mangt skal vi mestre. I C. Schacht-Magnussen, G. Brox Haugen, A. Ek & S. Haugsgjerd (Red.), *Relasjonsboka: Dynamisk relasjonsarbeid- medmenneskelig, sammenhengende og effektiv behandling med mennesker med psykiske lidelser* (1.utg., s. 128-143). Hertervig Forlag Akademisk.

Lien, L. & Lie, T.W. (2022). Tanker om samhandling. I L. Lien & T. W. Lie. (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (1.utg., s.13-23). Fagbokforlaget.

Linderoth, L. (2022). Integrert behandling i praksis. I L. Lien & T. W. Lie. (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (1.utg., s.24-44). Fagbokforlaget.

Skudal, E. (2021). Avrusning. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg., s. 279-295). Gyldendal Norsk Forlag.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*boken: *Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)* (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.