Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helsevansker (ROP) hos ansatte og studenter?

Hjørdis Fodstad
hjordis.fodstad@hioa.no

Bjørg Christiansen
bjorg.christiansen@hioa.no

Sammendrag

Erfaring og studier tyder på et manglende helhetlig ansvar for behandlingstilbud til personer med samtidig rus- og psykiske helsevansker. Høgskolen i Oslo og Akershus tok i 2009 initiativ til et samarbeidsprosjekt med et distriktpsykiatrisk senter (DPS) og tilhørende bydeler. Hensikten var å styrke kompetansen hos studenter i videreutdanning i psykisk helsearbeid (VIP), samt å bidra til å fremme en mer integrert tenkemåte på ROP-feltet.

Som ledd i en prosessevaluering av samarbeidet ble det utført en kvalitativ studie i form av to fokusintervju. Funn tyder på noe ulik forståelse av personer med ROP-vansker blant ansatte og studenter i utvalget.

Nøkkelord: ROP-lidelser, ROP-felt, integrert behandling, samarbeidsprosjekt, videreutdanning i psykisk helsearbeid, prosessevaluering.

Summary

How do employees and students perceive people with concurrent substance abuse and mental health (ROP) problems?

Experience and studies suggest that no treatment institution took full responsibility for people with ROP problems. In 2009 the Oslo and Akershus University College initiated a collaborative project with a DPS and its urban districts. The purpose was to strengthen the competence of students in Further Education in Mental Health (VIP) and help to promote a more integrated way of thinking in the ROP field.

As part of a process evaluation a qualitative study was performed with two focus group interviews. Findings may indicate that employees' perspective was somewhat different than the students with regard to the ROP field.

Keywords: concurrent substance abuse and mental health problems, integrated treatment, collaborative project, mental health students, process evaluation.

Bakgrunn

Det har inntil de siste årene vært lite fokus på sammensatt problematikk som rusavhengighet og psykiske lidelser. 1. forfatter arbeidet i Uteseksjonen i Oslo fra 1982–94, og møtte sammen med kollegaene der flere unge på drift med sammensatte psykososiale problemer, rusavhengighet og tegn på lidelser som schizofreni, angst, depresjon, selvskading eller spiseforstyrrelser. Men vi ble ofte hjelpeløse når vi ønsket å finne riktig hjelp. Vår erfaring som oppsøkende sosialarbeidere i utsatte ungdomsmiljøer var at det psykiske helsefeltet ikke tok imot personer med alvorlig rusproblematikk. Rusinstitusjonene var lite villige til å ta imot ungdom med større psykiske vansker (Fodstad, 1996). Skretting (2010) beskriver de store endringene i hjelpe- og behandlingstilbudet til personer med rusavhengighet fra 1960-tallet til i dag i lys av politiske og faglige strømninger. På 1980- og 1990-tallet, før HIV-epidemien, var det stor grad av behandlingsoptimisme, med en sosialpsykologisk forståelse av personer med stoffproblemer (Skretting, 2010).

Rusreformen i 2004 med statlig opptrappingsplan (Helsedirektoratet, 2008) medførte ny innføring av medisinsk tenking og sykdomsmodell på rusfeltet. Personer med alvorlige rusproblemer får pasientrettigheter i TSB, tverrfaglig spesialisert behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Nyere politiske føringer bygger opp under tenkingen omkring integrert hjelp og behandling, med vekt på samhandling mellom etater og nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 2008; HOD 2011–12). Samspillet mellom utdanning, forskning og arbeidsliv, mellom nivåene i utdanningssystemet og mellom ulike profesjoner er en nøkkel til økt kvalitet og kompetanse i helse- og sosialtjenestene (Kunnskapsdepartementet, 2011; Helsedirektoratet, 2011b).

Det har omsider vokst fram politisk og faglig enighet om at pasienter med samtidig psykiske lidelser og rusavhengighet i framtiden skal tilbys en mest mulig koordinert, integrert behandlingsmodell (Landheim, Bakken og Vaglum, 2002; Helsedirektoratet, 2011a). Begge lidelser skal behandles samtidig og helst av samme behandlingsteam. Dette forutsetter forpliktende samhandling omkring pasienter med sammensatt problematikk – ROP-pasienter. En av grunnene til at retningslinjen fra Helsedirektoratet er krevende å ta i bruk, er at psykisk helse- og rusfeltet inntil nå har vært organisatorisk og faglig adskilt. Mens behandlingen på rusfeltet kan karakteriseres som episodisk, er den helst kontinuerlig på det psykiske helsefeltet (Mueser, Noordsky, Drake & Fox, 2006). De to feltene har gjennom årtier utviklet egne tradisjoner og faglighet knyttet til hvordan forstå, møte og hjelpe personer med psykiske vansker og rusproblemer. Rusavhengighet har blitt sett på sekundært i forhold til psykiske lidelser på det psykiske helsefeltet, mens det motsatte gjelder på rusfeltet (Mueser et al., 2006).

Det er problematisk når minst halvparten av dagens pasienter med rusavhengighet også har psykiske problemer slik det fremgår av Mueser et al. (2006). Bakken, Landheim og Vaglum (2003) fant at hele 85 prosent av pasientene ved norske rusinstitusjoner i 1997–1998 i løpet av 12 måneder hadde manifest psykisk lidelse samtidig med ruslidelsen. I en oppfølgende studie med særlig vekt på tilbakefall fremheves et samtidig fokus på psykisk lidelse og avhengighet, med

diagnose og behandling av psykisk lidelse hos personer med rusproblematikk (Landheim, Bakken & Vaglum, 2006). Innen det psykiske helsefeltet erkjennes det samme – en stor andel av pasientene har også rusproblematikk. Gråwe og Ruud (2006) viste i sin studie at omtrent 10 prosent av pasientene som mottok behandling i psykisk helsevern (døgn og poliklinikk), og 47 prosent av pasienter med diagnose i rustiltak hadde både rusavhengighet og psykiske lidelser.

Mye tyder på at mange fortsatt tenker at rusavhengighet må behandles av andre før behandlingsopplegg i psykisk helsefelt kan igangsettes. Behandling skjer med andre ord sekvensielt, til tross for at både erfaring og forsking tyder på at dette er mindre virksomt. Internasjonalt har integrert behandling – samtidig behandling som helst utføres av det samme teamet – vist bedre resultater enn parallell behandling med atskilte behandlingsteam eller tradisjonell sekvensiell behandling, der rusbehandling kommer før behandling for psykisk lidelse (Drake, O'Neil & Walach, 2008; Mueser et al., 2006).

I bestrebelsene på å fremme integrert behandling av sammensatte lidelser som rus og psykiske helseproblem har det også kommet innsigelser. Tiet og Mausbach (2007) konkluderte eksempelvis i en oversiktsartikkel basert på 59 studier, at effekten av integrert behandling er uklar. Det kan se ut til at integrert behandling, dvs. samtidig behandling for rusavhengighet og psykiske lidelser er bedre enn 'vanlig behandling', men resultatene er ikke overbevisende. Behandlingslitteraturen for personer med ROP-lidelser har mangler, og flere studier er nødvendig ifølge Tiet og Mausbach (2007).

Fredrikkeprosjektet

For å styrke innsikt og kompetanse hos studenter i VIP når det gjelder ROP-problematikken, ble det høsten 2009 iverksatt et samarbeidsprosjekt (Fredrikkeprosjektet) mellom Høgskolen i Oslo og Akershus og et DPS med tre tilhørende bydeler. Førsteforfatter var prosjektleder. Hensikten var også å utvikle kunnskap og forståelse for hjelp til personer med rus- og psykiske helsevansker i lys av en mer integrert tenkemåte, og fremme samarbeid mellom praksisfelt og høgskole.

En erfaren bruker i Mental Helse Oslo var en periode engasjert som prosjektmedarbeider det andre året. Hensikten var å ivareta brukerperspektivet. Hun var samtalepartner, deltok i faglunsj med studenter og ansatte og i samtaler med nøkkelpersoner. Eksempelvis hadde vi møter med fokus på samhandling og tjenester til utsatte grupper med rus og psykisk lidelse med ledere innen Velferdsetaten i Oslo, ansatte i Gateavisen =Oslo og leder for spesialisthelsetjenestens lavterskel tilbud 24SJU.

Fra 2011 har myndighetene satset på at sykehus og kommuner over hele landet kan søke prosjektmidler for å utvikle forpliktende samhandling omkring personer med ROP-lidelser som ellers ikke får den hjelpen de skal ha. DPSet og de tre bydelene som var med i Fredrikkeprosjektet, søkte om midler for å utvikle et felles team på ni medarbeidere for et bedre forpliktende samarbeid i møte med ROP-klienter.

Fra 2009 til 2013 har nærmere 50 studenter fra videreutdanningen i psykisk helsearbeid deltatt i Fredrikkeprosjektet med målsettingen å øke sin kompetanse om ROP-lidelser.

Studentene valgte selv å bli med etter muntlig og skriftlig informasjon og ikke minst forelesninger om ROP-problematikken. For de fleste som deltok, var motivasjonen å lære mer fordi de hadde jobben sin i rusfeltet eller psykisk helsevern og kjente behovet for å finne bedre måter å forstå og samarbeide med feltet og brukere. Praksisplassene var gjennomgående meget tilfreds med studentene som tilførte sine erfaringer og stilte spørsmål ved arbeidsmåtene for å forstå mer. Praksisstudiene innebærer at studentene i prosjektet gjerne hospiterer ved hverandres praksissteder, har felles ukentlig gruppeveiledning og ansvar for å arrangere åpne faglunsjer. På slutten av studiet skriver de fordypningsoppgaver der problemstillingen knyttes til samhandling og ROP-problematikk. Praksisfeltet ble invitert når studentene ved avslutningen la fram sine funn og presenterte teorier knyttet til disse.

Som ledd i en prosessevaluering av samarbeidsprosjektet ble det utført en kvalitativ studie i form av fokusgruppeintervju hvor både studenter og veiledere fra praksisfeltet deltok.

Metode

Prosessevaluering innebærer at man legger mer vekt på forhold underveis i et prosjekt, enn resultat (Patton, 2002). Ifølge Patton (2002) er kvalitative metoder spesielt egnet for prosessevaluering. Studien tok utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helseproblemer hos ansatte og studenter?

Fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppeintervjuer ble valgt som en egnet metode for å få fram synspunkter og erfaringer fra ansatte (studentveiledere) og studenter. Fokusintervju er en metode som har flere fordeler når deltagerne kommer fra en homogen gruppe. En fordel er dynamikken som kan oppstå mellom deltagerne, som medvirker til at spørsmålsstillinger kan utdypes og nyanseres underveis. Moderator leder fokusgruppeintervjuene og diskusjonene (Kvale & Brinkmann, 2009; Halkier, 2010). Det ble sendt skriftlig forespørsel om deltagelse til ansatte som var veiledere for studentene i DPS og bydelene. Selv om vi planla fokusintervju med seks til syv studentveiledere og et tilsvarende antall studenter, ble det av ulike årsaker frafall ved gjennomføring av de to fokusgruppeintervjuene. Bare tre ansatte møtte. En av disse var også tatt ut til det forpliktende samhandlingsprosjektet mellom de tre bydelene og DPSet. Tilsvarende forespørsel ble sendt til de elleve studentene som deltok samme år. Bare to møtte. Det lave oppmøtet kan handle om at intervjuet foregikk dagen etter at de hadde levert sin fordypningsoppgave, og studiet var dermed avsluttet. Vi vurderte det på forhånd slik at vi ikke ville ta av eksamenstiden til studentene.

Til tross for et lavt antall respondenter, bestemte vi oss for å gjennomføre intervjuene som planlagt, men da som to fokuserte intervjuer med henholdsvis tre og to deltagere. Vi hadde på forhånd utarbeidet en tematisk guide. Moderator ledet intervjuene, mens medmoderator kom med innspill under intervjuene. Moderator skrev egne refleksjoner umiddelbart etterpå. Det ble gjort lydopptak under intervjuene, som ble transkribert ordrett.

Analyse

Analysen ble utført i tråd med Kvale og Brinkmanns (2009) tre tolkningskontekster.

Transkripsjonene ble lest igjennom i sin helhet, hvor intensjonen var å forstå meningsinnhold i lys av respondentenes selvforståelse (1). På grunnlag av gjennomlesing og spørsmål i guiden utkrystalliserte det seg foreløpige tematiske overskrifter. I de påfølgende gjennomlesninger var ett og ett tema i fokus, noe som medførte strukturering og meningsfortetting, men også justering av tematiske overskrifter. I den endelige fremstillingen er funn fra de ansatte og studentene presentert hver for seg, selv om tema som «rus skapte problemer» (ansatte) og «lite fokus på ROP-lidelser» (studenter) omhandler mye av det samme, men fra ulike perspektiv. Presentasjon av funn gjenspeiler tolkningskonteksten «kritisk forståelse basert på sunn fornuft» (2), hvor tolkningen beveger seg utover respondentenes selvforståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Den tredje tolkningskonteksten innebærer å forstå og diskutere funn i lys av teori.

Pålitelighet og gyldighet

Ifølge Halkier (2010) dreier pålitelighet og gyldighet seg om å gjøre de ulike fasene i forskingsprosessen eksplisitte og gjennomskuelige for andre, noe vi har tilstrebet. Selv om utvalget er lite, mener vi at studien kan bidra til å synliggjøre perspektiver på ROP-problematikk blant ansatte og studenter gjennom å finne ut hva som blir vektlagt. Implisitte, «tatt for gitt»-forestillinger kan bli eksplisitte, og kan videreformidles til praksisfeltet.

Som nevnt var en erfaren bruker i Mental Helse Oslo knyttet til Fredrikkeprosjektet i en periode. Hun bidro også i analysearbeidet ved å lese gjennom deler av intervjuene for å gi sine refleksjoner. Hun la særlig vekt på holdninger overfor brukerne slik det kom til uttrykk i utvalget, og kom med synspunkter på de ansattes og studentenes perspektiv i denne sammenheng.

Etiske hensyn

Studien var på forhånd godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD nr. 26988). Etiske retningslinjer med informert skriftlig samtykke og ivaretakelse av konfidensialitet ble fulgt.

Lydopptak fra intervjuene ble slettet etter transkribering, og navn er erstattet med bokstaver.

Forskerrollen kan være problematisk, siden førsteforfatter er prosjektleder, lærer og veileder for studentene og møtte de ansatte ved evalueringer underveis i praksisstudiet. Vi var oppmerksom på at det kunne føre til at både studenter og ansatte følte seg ufri i intervjusituasjonen. Vi understreket at det var frivillig å delta, og tilstrebet å fremme en avslappet atmosfære under intervjuene.

Funn

Ansatte: Rusproblematikk skapte problemer

De ansatte ved DPS fremhevet det de var gode på, nemlig psykisk helse, samtidig som rusproblematikk var utfordrende: «Jeg er litt uenig i at vi skal ha så mye rus hos oss, da. Jeg synes det er veldig vanskelig å jobbe med ruspasienter.» De opplevde møte med rusproblematikk som utfordrende når det gjaldt egen kompetanse, som primært var knyttet til psykiske lidelser, og kunne føle seg mer hjelpeløse når klientene hadde et uttalt rusproblem.

På døgnposten ved DPS var det lav bemanning om kvelden og natten, og de ansatte nevnte eksempler på at de måtte tenke risiko når rusing førte til truende væremåte:

> *Det var en rusa som kom opp en natt og skremte nattevakten ganske kraftig. Vi er én til to på kveld, og én på natt på hele huset. Så det er ikke greit ved truende adferd. Vi må tenke risiko også, både for oss selv og alle de andre.*

Rusproblematikk ville også virke forstyrrende og skape problem for psykisk syke pasienter: «Det er så tett miljø blant pasientene og gruppefokusering.» Hensyn til behandlingsmiljøet, trygghet for den enkelte pasient og arbeidsmiljø medførte at det var innført nulltoleranse for rus på døgnposten:

> *En periode var det drikkekultur på huset, de skulle lure oss. De drakk på huset og det er ikke lov. Brusflasker med sprit. Det ble press. Det ble nulltoleranse for rus hos oss. Det blir så utrygt for de andre.*

Den ansatte fra bydelen fortalte om erfaringer fra de kommunale boligene: «Kommer det nye rusa folk inn i boligene, går det ut over de psykisk syke beboerne. For eksempel med problemer i boligen.» Hun var bekymret for at de psykisk dårligste kan bli glemt fordi personer med uttalt rusing tar oppmerksomheten hos de ansatte fra bydelen.

Rusproblemet kunne tilsløre andre problem hos pasienten: «Når rusen har lagt seg, blomstrer andre symptomer opp.»

Fikk de DPS-ansatte ikke motivert pasienten til å stoppe rusmisbruket, så de ofte ikke annen utvei enn utskriving. Slike brå avslutninger av behandlingen stred mot deres ideal for helhetlig behandling og videreføring av pasienten til bydel på en god måte. Det innebar å bruke tid og sørge for at oppfølgingen ble bra. Selv om de erfarte at pasienten som ble utskrevet, ikke kom videre med sitt problem, mente de utskriving kan være riktig: «Vi ville ikke ha kommet lenger i prosessen vår hvis hun skulle ha fortsatt med å ruse seg. Men det er vanskelig.»

De to ansatte fra DPS var kjent med at den tradisjonelle fordelingen av pasientene med sammensatte lidelser er omdiskutert. Likevel fremgikk det at kontakt og samarbeid med eksempelvis ruspoliklinikk var minimal: «Jeg har ikke noe erfaring med samarbeid med rusomsorgen.» Det var imidlertid en åpenhet for samarbeid på visse betingelser: «Jeg mener man må stille harde krav mot å ruse seg på en psykiatrisk institusjon. Så får vi heller samarbeide med rusbehandlingen – at de har fått behandling før de kommer til oss.»

De erkjente imidlertid at sammensatte lidelser er svært utbredt. Løsningen slik de så det, var at rusfeltet økte sin kompetanse på psykiske lidelser: «Må trappe opp rusomsorgen, og så får vi gjøre det vi er gode til. » Rusen måtte først behandles i en egnet institusjon eller rus-poliklinikk, så kunne DPS følge opp med behandling av psykisk lidelse og motivere for fortsatt avholdenhet.

Den ansatte fra bydelen erfarte at det var vanskelig å få hjelp til personer med ROP-problematikk. Ofte fikk pasientene avslag på grunn av rusproblem og sammensatte psykososiale problem, eller for lite behandlingsmotivasjon.

Studenter: Lite vekt på ROP-lidelser i praksis

Gjennom valg av DPS som praksisplass ønsket A å lære mer om hvordan man kan

samtale om rusproblematikk med personer med psykiske lidelser. B ønsket å lære mer om motiverende samtaler og intervju for å fremme motivasjon for endring hos hjemmeboende brukere i bydelen. Begge studentene erfarte at det ble lagt liten vekt på ROP-lidelser på praksisstedene:

Det som først og fremst var i søkelyset, sa de, var psykiske problemer og lidelser. Men flere pasienter i DPS og klienter i bydelen hadde, ifølge studentene, både rusproblemer og psykiske vansker som ble møtt på ulike måter: «Det er noe jeg også kjenner igjen fra mitt tidligere arbeid i lokalbasert psykisk helse, at rus blir et underkommunisert tema som ligger der, og du har mistanken». Den ene studenten ga et eksempel på en konfronterende måte å håndtere rusproblem på i avdelingen: «Det var en situasjon der det kom fram mistanke om alkoholpåvirkning, og vedkommende ble bedt, ved konfrontasjon, da, om å ta en test. Som vedkommende følte seg veldig forulempa for.»

Det viste seg at pasienten hadde et angstproblem som ikke hadde vært tematisert før.

Studentene ga uttrykk for at det var lite hensiktsmessig med en konfronterende eller moralistisk måte å ta opp rusproblem på. De etterlyste samarbeid og veiledning omkring rusproblemer som en naturlig del av arbeidet. Det var nødvendig for å kunne ha en naturlig tilnærming og møte pasienter og brukere med «gode holdninger». «Å tørre å gå inn i problematikken! Vise at vi ser dem og tror på dem, ikke bare ser det negative.» Begge studentene erfarte at fokuset på sammensatte lidelser i praksisperioden ikke var som de hadde forventet.

Student B hadde erfart at mange pasienter med ROP-lidelse heller ikke hadde motivasjon til å ta imot behandling. B tok selv initiativ for å lære mer om sammensatte lidelser i sin praksis i bydel. Hun hadde satt seg grundig inn i Motiverende intervju (MI) før praksistiden og fortalte fra samarbeidet med fire brukere med ROP-lidelse:

> *Jeg har fulgt opp pasientene med kartleggings- og vurderingssamtaler. Og jeg fikk muligheten til å bli kjent med dem, utforske motiverende samtale og adferdsterapi, som jeg har tenkt å skrive om i min fordypningsoppgave.*

A framhevet skam som et problematisk tema for ROP-brukere, særlig kvinner. «Skam og troen på seg selv, å få til endring. Skam for ikke å klare hverdagen, morsrollen.» Hun hadde interessert seg for kvinneperspektivet når det gjelder ROP, og ønsket alternativer både til det medisinske perspektivet og til bruk av moralsk pekefinger.

B erfarte at stigma er et sentralt perspektiv: «Ved ROP er problemet ofte at pasienten ikke oppsøker hjelpeapparatet. Dårlig erfaring fra tidligere, en stigmatisert gruppe. Oppsøker ikke hjelp før i alvorlig akutt fase.» Hun trakk også fram hvor viktig det var å oppnå tillit hos en gruppe personer som opplever stor grad av stigmatisering: «Det handler om tillit. Respekt og empati er mangelfullt. En stigmatisert gruppe som holder seg unna helsevesenet i Norge. Sier de har liten tro på helsetilbudet og forskjellige behandlere.»

A framhevet samhandling som særlig viktig for å sikre helhetlig forståelse og hjelp i arbeidet med ROP-pasienter. Fastlegen er nøkkelpersonen i samarbeidet: «Den som

kan skrive ut resepter. Og det er fint om brukeren inviterer oss med dit. Dersom brukeren bruker faste legemidler, er det greit at vi vet. At vi kan ha en åpen dialog.» Som ledd i å øke kompetansen på ROP-lidelser anbefalte student B at personalet hospiterte andre steder. Forståelse og samhandling kunne derved fungere bedre, i stedet for å skyve ansvar over på andre.

Studentene sammenlignet det de erfarte i klinisk praksis med sitt ordinære arbeid. B var ansatt på en rehabiliteringsavdeling med psykose- og rusproblematikk. Avdelingen hadde ingen nulltoleranse for rus:

> *Like før samhandlingsreformen begynte vi med integrert behandling. Tidligere behandlet vi bare abstinensproblematikken utenom psykose. Nå jobber vi videre med kompetansen, har seminarer relatert til rusproblematikk og jobber med integrert behandling. Og kognitiv terapi.*

B fortalte om en bevisst ledelse der hun var ansatt, med en plan og mål for avdelingens arbeid med ROP-lidelser, også med vekt på brukermedvirkning.

Studentene fremhevet at ROP-retningslinjen er et viktig område å sette seg inn i for helsearbeidere, basert på mye oppdatert forskning. «Den kan brukes som et konkret utgangspunkt for å jobbe med ROP-lidelse hos pasienten, både samtalen, kartleggingen og tiltakene.» Studentene hadde lest høringsutkastet som tydeliggjør tilbud og rettigheter pasienten har krav på, og de mente man burde informere, være mer strukturert og målrettet i arbeidet med ROP-pasienter.

Diskusjon

Funn tyder på at ansatte i feltet og studenter fra VIP har varierende syn på hvordan samarbeidet mellom behandlingssystemene skal være i arbeidet med personer med ROP-problemer. Psykisk helse- og rusfeltet framsto som adskilte for de tre ansatte i DPS og i bydel. De ansatte i DPS ønsket å jobbe med det de var gode på – nemlig psykiske lidelser. I tråd med funn i studier erkjenner de ansatte at det er utbredt med både rus- og psykiske helsevansker hos pasientene (Bakken et al., 2003; Gråwe & Ruud, 2006). Funn tyder på at døgnpostene ved DPS tenkte og handlet etter en sekvensiell modell med hensyn til ROP. Først må rusen behandles i en dertil egnet institusjon eller rus-poliklinikk, så kan DPS følge opp med behandling av psykisk lidelse, og motivere for fortsatt avholdenhet. Studier har imidlertid framhevet at parallell og/eller sekvensiell behandling har vist seg ineffektive (Mueser et al., 2006). Pasientene blir kasteballer og sammenhengen mellom rusbruk og psykiske lidelser blir ignorert (Gråwe 2006).

ROP-feltet er komplisert med motstridende funn når det gjelder «hva som virker». Tiet og Mausbach (2007) konkluderte eksempelvis i sin oversiktsartikkel at det er usikker effekt av integrert behandling av rusavhengighet og psykiske lidelser hos ROP-pasienter. Mye tyder på at det er behov for videre studier innen dette feltet.

Det er ikke vanskelig å forstå at rus forstyrret i arbeidet med pasientene – bildet blir mer komplisert og det blir mer å forholde seg til samtidig. DPS-ansatte fortalte at løsningen ble å etablere nulltoleranse og skrive ut pasienten med rusproblemer fra psykisk helsevern. Funn tyder på at det var lite kon-

takt og samarbeid med ruspoliklinikk og rusfelt ved de to DPS-døgnpostene, selv om de ga uttrykk for at det var noe de ønsket å få til. Mueser et al. (2006) understreket betydningen av samarbeid mellom etater og nivåer når det gjelder sammensatt problematikk. Poenget er at behandlingen av de ulike helseproblemene bør skje samtidig, helst av ett og samme team for å unngå at pasientene fortsatt blir kasteballer mellom institusjoner og personer. Den nasjonale retningslinjen ved ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2011a) anbefaler derfor at det psykiske helsefeltet skaffer seg mer kompetanse på rus, og at rusfeltet øker sin kompetanse på psykiske problemer.

ROP-retningslinjen inneholder 93 anbefalinger for ansatte. Feltet utfordres på holdninger, samarbeid og samhandling, økt kompetanse og ikke minst økt brukerinvolvering. Den kanskje viktigste anbefalingen er at uenighet om ansvarsforhold ikke må føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.

Det som først og fremst ble vektlagt av de ansatte, var psykiske problemer og lidelser. Med en kontekstuell forståelse blir viktige samarbeidspartnere foruten brukeren de pårørende, ansatte fra rusfeltet, boligfeltet og arbeidsfeltet med en felles målsetting om et bedre liv i hverdagen.

Studentene hadde bevisst valgt praksisplass på et annet nivå enn i sitt ordinære arbeid innen psykisk helse. Det ga dem et bedre grunnlag til å forstå den tverrfaglige samhandlingen mellom det lokalbaserte psykiske helsearbeidet og spesialisthelsetjenesten. De reagerte på fortielse og konfrontasjon når det gjaldt rusproblematikk. Funn viste at studentene ønsket å utvikle sitt faglige repertoar, for eksempel MI (motiverende intervju) og kognitiv terapi i møte med ROP-pasienter. Det samme ble tema ved implementeringen av Nasjonal retningslinje, som understreker hvor viktig denne kompetansen er – å snakke om rus. Det er utarbeidet et eget nettsted for å øve opp slik kompetanse, med informasjon og videosnutter om anbefalte metoder: *www.snakkomrus.no*.

Betydningen av en aktiv brukerrolle ble ikke nevnt av de ansatte, noe prosjektmedarbeideren fra Mental Helse reflekterte over i sin gjennomlesing av intervjuene. Det er store utfordringer knyttet til brukermedvirkning hos brukere som hittil i stor grad har blitt sviktet, ikke minst som følge av diskriminerende holdninger i befolkningen og hos ansatte. Samtidig finnes eksempler der aktiv brukermedvirkning lykkes til tross for utbredte fordommer (Hind, 2011; Helsedirektoratet, 2012; Fugletveit & Vold Hansen, 2013). Den nasjonale ROP-retningslinjen legger stor vekt på brukermedvirkning for å lykkes i arbeidet.

Sannsynligvis ble interessen for ROP-problematikk og nasjonale retningslinjer vekket hos veiledere i bydelene og DPSet gjennom de spørsmålene som studentene var opptatt av. Flertallet av de ansatte ønsket å fortsette som veiledere i prosjektet for nye studenter de påfølgende årene.

Konklusjon

Det fremgår at det var ulike oppfatninger knyttet til personer med ROP-vansker, hos ansatte og studenter som deltok i prosessevalueringen av Fredrikkeprosjektet. Et hovedpoeng i diskusjonen syntes å være

enighet om at ROP-lidelser er utbredt, men at det legges liten vekt på denne problematikken. Studentene framhevet behov for en helhetlig, faglig fundert forståelse av personer med sammensatte lidelser, hvor motiveringsarbeid er sentralt. Fredrikkeprosjektet kan ha medvirket til at ROP var i søkelyset hos studentene, mens det ble en problematikk blant flere i de ansattes hverdag.

Mye tyder på at studentenes faglige engasjement innen tematikken kan ha betydning for de ansattes tenkemåter og samhandlingsformer på sikt. Ni ansatte fra DPS og de tre bydelene ble i løpet av prosjekttiden tatt ut til å delta i prosjekt for forpliktende samhandling overfor personer med ROP-problemer. Dette er en videreføring av Nasjonal retningslinje ved ROP-lidelser i Norge (Helsedirektoratet, 2011a).

Det er mulig at Fredrikkeprosjektet og lignende samarbeidsprosjekt mellom VIP og psykisk helsefelt kan stimulere til fremtidig kompetanseheving på psykisk helsefeltet. Utfordringen handler om både å utvikle kompetanse og holde på kompetansen. Utfordringen handler ikke minst om å gjøre implisitte forestillinger til noe «talt». Dette kan i sin tur øke mulighetene for refleksjon og utvikling med tanke på om praksisfeltet etterlever verdiene de selv ønsker å jobbe etter.

Referanser

Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance abusers: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders. *Alcohol & Alcoholism, 38*, 54–59.

Coombes, L., & Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14.*

Drake, R.D., O'Neal, E.L., & Walach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occuring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*, 123–138.

Fodstad, H. (1996). *I skyggen av Eika.* Oslo: Universitetsforlaget.

Fugletveit, R., & Vold Hansen, G. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10* (3), 209–218.

Gråwe, R.(2006). Psykisk helsevern for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. *Tidsskrift for psykologforeningen, 43,* 561–562.

Gråwe, R., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Rapport. Sintef.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2008). *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Statusrapport.

Helsedirektoratet (2011a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*.

Helsedirektoratet (2011b). *Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport.

Helsedirektoratet (2012). *Tillit, tid, tilgjengelighet. Tett individuell oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester*. Rapport.

Hind, A. (2011). The drugs, the NHS, recovery and me... *Advances in Dual Diagnosis, 2,* 84–90.

Kvale & Brinchmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi, 12* (3), 309–318.

Landheim, A. S.; Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of Comorbid Psychiatric Disorders on the Outcome of Substance Abusers: a six Year Prospective Follow-up in two Norwegian Countries, 5. *BMC Psychiatry, 6,* 44.

Meld. St. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Meld. St. 30 (2011–2012). *Se meg! Stortingsmelding om rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods.* California: Thousand Oaks, Sage Publications.

Skretting, A. (2010). Tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere – Noen utviklingstrekk. *Fortid. Historiestudentenes tidsskrift, 4.*

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

Tiet, Q.Q., & Mausbach, B. (2007). Treatments for Patients with Dual Diagnosis: A Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 4* (31), 513–536.

www.snakkomrus.no