

Den umulige bruker

Stort sett hvert sosialkontor har brukere som til tider oppleves håpløse å oppnå endringer hos, de kan både ruse seg heftig, ha omfattende psykiske lidelser, være preget av forkommenhet, av til dels truende og utagerende atferd, uten eget sted å bo og uten sterke evner til å styre sin økonomi.

Av MARTHA LOMELAND
og PER WILLY ORMESTAD

Ofte ender henvendelser for eksempel om nødhjelp, med heftige diskusjoner i skranken. De klarer ikke å stille opp til faste avtaler og kan gjennom sin væremåte tidvis oppleves som en belastning for kontoret.

På kant med systemene

Sosialtjenestens førstelinje opplever ofte at de tjenester og tiltak den rår over for å bistå denne brukergruppen med å oppnå selvhjulpenhet, ikke strekker til. Også henvisninger om bistand fra polikliniske- eller døgnbehandlingstiltak ender ofte opp med tilbakemelding om at personen ikke møter opp og ergo ikke kan være særlig motivert for endring eller behandling.

Uavhengig av forvaltningsnivå, når hjelpesystemene således ikke ut til denne brukergruppen med nødvendige tiltak for å oppnå varige endringer. Resultatet blir at vi ender opp med gjengangere innen de ulike linjenivåer: Brukere som gjentatte ganger faller på kant med hjelpesystemene, grunnet sin manglende «vilje» til å ta tak i situasjonen.

Samtidig er dette langt fra en kjedelig gruppe; mye skjer på én gang, de mobiliserer store ressurser for å leve det livet de gjør, på hver sin måte. De er overleverer, er engasjerte og fulle av energi, humoren trekkes lett frem og de

evner å trigge hjelperrollen. Det har vist seg at de store skritt er umulige å gå, og at de små skritt er rett tilnærming, dersom en endrer litt på den tradisjonelle måten vi møter denne typen brukere og utfordringer de gir.

Ett case

Vi vil ta utgangspunkt i ett konkret case. Tanken er ikke å påstå at våre forslag til løsninger vil ha gyldighet for alle. Poenget er at vi tror at det finnes mange tjenestemottakere med likhetstrekk til caset vårt, og at våre erfaringer kanskje dermed kan ha interesse for andre sosialarbeidere som betjener «problembrukere».

Vi vil se på hvordan vi har reflektert over og valgt tilnærminger knyttet til noen ulike og helt sentrale situasjoner hos brukeren.

Situasjon 1: Grunnlag for bekymring
Sosialtjenesten mottar meldinger om bekymring om vedvarende og omfattende rusing, avmagring og sterk forkommenhet og får bekrefte dette ved hjemmebesøk. Det forsøkes iverksatt frivillige hjelpe-tiltak, uten at vedkommende evner å nyttiggjøre seg eller ta i mot disse. Vedkommende blir bare dårligere og bekymringen for liv og helse blir forsterket ettersom tiden går.

Refleksjon:

Skal en gripe inn i situasjonen med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2 – tilbakehold uten eget samtykke? Er kriteriene oppfylt, er det hensiktsmessig og nødvendig, eller vil det å bruke tilbakehold være et overgrep? Hva vil en kunne oppnå med å bruke dette verktøyet?

En tydelig rusmiddelavhengighet fremstår med særdeles negative virkninger på vedkommendes helsesituasjon. Vedkommendes fokus i situasjonen ligger ene og alene på rus og rusopplevelse, samtidig som helsetilstanden forverrer seg. Ser hun ikke hva som er i ferd med å skje? Hva vil vi se dersom vi tar vekk rusen? En oppegående og godt fungerende kvinne i stand til å fungere uten rusmidler? Hun har ikke ruset seg i mange år og skal forut for dette ha fungert godt.

Tilnærming:

Vi iverksetter en utredning hvor det blir innhentet opplysninger fra primærlege, ruspoliklinikk og den kommunale oppfølgingstjenesten for å få avklart vedkommendes faktiske situasjon. Det hersker ingen tro på at videre forsøk langs den frivillige veien alene, vil kunne gi noen endring. Hun er klart i behov av oppfølging fra helseapparatet, som hun ikke evnet å nyttiggjøre seg grunnet sitt rusmisbruk. Behandlende lege på sykehuset fastslår at vedkommende sakte er i ferd med å ta livet av seg.

På bakgrunn av innhentede opplysninger, egne observasjoner og erfaringer utarbeider sosialtjenesten en saksfremstilling om tilbakehold på institusjon uten eget samtykke etter § 6-2. Saken blir fremmet Fylkesnemnda for sosiale saker som enstemmig kommer frem til at kriteriene for tilbakehold på institusjon uten eget samtykke for en periode på inntil tre måneder, er tilstede.

Situasjon 2: Feilplassert

Plassering på institusjon etter § 6-2 er foretatt. Formålet er utredning, tilrettelegging og motivering for frivillig behandling.

Det fremstår raskt at problematikken til vedkommende er annerledes enn hva institusjonen og sosialtjenesten i utgangspunktet hadde forestilt seg. Med sine rammebetingelser strekker ikke plasseringsstedet til i forhold til å skulle kunne håndtere situasjonen. Atferden som utvises er ekstrem. Kvinnen engasjerer seg i alt som skjer i alle andre beboers liv, hun oppleves som slit-som og vanskelig å forholde seg til, hun mister fokus i samtaler, skifter tema lynraskt, er høyt og lavt, klarer ikke å forholde seg til hverdagsrutiner, fører stadige forhandlinger om den minste ting, har sterke følelsesutbrudd, er verbalt utagerende, og svinger mellom å oppfatte ansatte som i det ene øyeblikk å være helter, og i det neste øyeblikk håpløse. Et hyperfokus på mobiltelefon og ruskontakter ute, er noe av det mest tydelige. Hun vurderes å nærmest slite ut institusjonen og medbeboerne der.

Refleksjon:

Det fremstår som åpenbart at vedkommende ikke fungerer innen de rammene institusjonen har for håndtering av saker etter § 6-2. Hun passer rett og slett ikke inn i deres opplegg. Hun fungerer verken som observatør i gruppesamlinger eller som medbeboer på huset. Det må tas hensyn til de utslitte ansatte og beboerne. Noe må gjøres, men hva? Atferden er ikke i samsvar med hva en forventer å møte innen rusomsorgen. Den avviker så klart fra resten av beboergruppa at vi begynner å undres på hva dette kan dreie seg om. Hva er det vi har med å gjøre?

Tilnærming:

Institusjonen om at hun gjennom aktiv deltagelse i institusjonens opplegg skal kunne bli motivert for behandling, gir ikke resultat. Her må det gjøres noe totalt annet dersom en skal få til noe som helst. Og det haster. Koordinator velger å trekke inn hva selve lovbestemmelsen § 6-2 formulerer om formålet med tilbakehold. Rett og slett gå tilbake til det egentlige utgangspunktet for tiltaket. Det er helt klart at vedkommendes behov og institusjonens tilbud ikke matcher hverandre.

§ 6-2 hjemler tilbakehold for å utrede, tilrettelegge og motivere for frivillig behandling. Det er liten tvil om at vi her har hoppet rett på *motiveringen* uten tanke på de tre andre nevnte fasene; utredning og tilrettelegging. Fokuset har vært det man pleier å gjøre, og ikke en individuell tilnærming til vedkommendes fungering og behov for bistand. Det blir besluttet å følge en tilnærming etter de tre nevnte fasene, i rekkefølgen; utredning, tilrettelegging og motivering.

For at det i det hele tatt skal være mulig for kommunen og institusjonen å gjennomføre formålet med plasseringen etter § 6-2 blir det søkt utredningskompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Ruspoliklinikken blir bedt om å gå inn i saken, og i og med sakens natur samt tidsperspektivet på bruk av § 6-2, blir henvendelsen prioritert.

Situasjon 3: Paradigmeskifte

Via de tester som blir gjort, gjøres det klart at vedkommende har helt andre behov for bistand enn kun fokus på rusmiddelstrøking og det ordinære løpet institusjonen hadde som praksis i forhold til gjennomføring av saker etter § 6-2. Det fremkommer klart at det her er snakk om behov for tilrettelegging i forhold til flere livsområder, og at funksjonsnivået til vedkommende er betydelig mer svekket enn hva noen hadde forestilt seg.

Refleksjon:

Funksjonssvifter eller -hemninger blir brakt inn som karakteristikk i saken. Atferden kvinner utviser er ikke nødvendigvis noe hun selv styrer. Hvordan klare å få omgivelsene til å omdefinere henne fra en selvvalgt umulius til en funksjonshemmet innenfor ulike livsområder? Og hvordan skal vi så behandle henne?

Snakker vi ikke her om et paradigmeskifte i forhold til måten å oppfatte vedkommende på, med behov for ytterligere kunnskaper om hvordan en så skal klare å imøtekomme dette «nye»? Er vi i stand til å omstille oss, og hva mener hun selv om dette?

Tilnærming:

Det blir innkalt til et eget samarbeids-møte med vedkommende selv, og hovedkontakt på institusjonen og kommunen, hvor spesialpsykologen som har gjennomført utredningen, går gjennom den og forklarer sine funn. Spesialisttjenesten konkluderer med å anbefale å organisere hjelpen rundt bruker med utgangspunkt i teorier om casemanagement, samt at medisinerer for å dempe vedkommende forsøkes. Kan hende vil dette også ha som følge at frustrasjonen behandlingsinstitusjonen har i forhold til vedkommendes væremåte reduseres. Det blir bestemt at alle 3. linjenivåer fremover skal samarbeide tett, og spesialpsykologen skal følge saken videre og gi kommune, institusjon og bruker løpende veiledning. Tilrettelegging i forhold til vedkommendes funksjonsnivå og bistandsbehov blir satt i fokus.

Det blir utarbeidet en plan for overføring til frivillig behandling på institusjonen med avtale om frivillig tilbakehold etter sosialtjenestelovens § 6-3. Bestillingen til institusjonen er nå å aktivt kvalifisere vedkommende til å gå over i oppfølging ute i kommunen. Det vil si å tenke strukturer, utarbeide planer og belyse hvor godt eller dårlig hun fungerer innenfor dette.

Situasjon 4: Praktisk handling

Vedkommende hadde åpenbart et omfattende behov for tjenester av både sosial- og helsemessig karakter fra så vel 1., 2. og 3. linjen for å kunne fungere i en fremtidig bolig. Samtidig med at det jobbes for å holde vedkommende inne i det frivillige opplegget på institusjonen, er det behov for å forankre den fremtidige tiltaksjobbingen ute i kommunen, blant de aktører som kan være aktuelle å trekke inn i saken. Hvordan omsette teori til praktisk handling?

Refleksjon:

Utfordringer i kø. Vil det i det hele tatt være mulig å håndtere en bruker med denne sammensatte problematikken ute i kommunen? Hvordan skal dette kunne gjøres? Hvem må involveres og hvem kan bistå med hva i en sak som dette? Har vi de ressurser som må til, og hvem vet noe om hvordan en eventuelt får disse på plass? Hvem tar ansvaret for å koordinere dette? Er det mulig å jobbe med rendyrket case-management eller må vi tilpasse metoden noe, eventuelt hvordan?

Tilnærming:

Det blir innhentet fullmakt fra vedkommende til å avholde et samarbeidsmøte på et overordnet nivå i kommunen. Frem til nå er det kun sosialtjenesten som kjenner saken og som følger klienten. Nå er det på tide at andre aktører som kommer til å få med henne å gjøre når hun kommer ut av institusjonen, blir trukket inn i saken. Dette er ikke en sak sosialtjenesten kan håndtere alene. Her er det behov for tverrfaglig samarbeid. Et samarbeidsmøte har fokus på utredning, funksjonsnivå og bistandsbehov, og tilsvarende det som ble avholdt på institusjonen. Spesialpsykologen presenterer utredningen, funn og hvilken tilnærming som sees som hensiktsmessig. Vedkommende ser selv behovet for et slikt møte, men ønsker ikke selv å delta fordi så mange er tilstede.

Situasjon 5. Rydding i kaos

Kaos, kriser, frem og tilbake, oppsigelse av avtaler, samarbeidsvegring, vilje til samarbeid, ønske om hjelp, ikke ønske om hjelp. Sier en ting i det ene øyeblikket og noe annet i det neste. Kommer så tilbake til det første og så er sirkelen i gang. Spør man om hun har forstått den avtalen hun har gjort til neste gang, svarer hun ja, men spør man om hun kan si hva man har avtalt, svarer hun nei. En avtale varer ikke lenger enn til hun er ute av døra. Setter du opp en avtale, så kommer hun ikke til denne. Glemte den ... Forhandler om alt fra a til å. Ting går stort sett aldri som planlagt. Ønsker å bo, evner ikke å være i boligen.

Oppsøker miljøet. Konstant fokus på hvordan det går med alle andre. Ekstrem fokus på rusopplevelse i alle samtaler og i alle settinger. Konstant trussel i alle forhandlinger. «Hvis jeg ikke får det, så gjør jeg sånn og sånn, og ikke sånn». Har vansker med å holde seg til én ting i samtalen – har fokus på alt annet. Det virker som hun ikke er trent i å snakke om noe annet enn rus. Hun begynner på ett tema og er plutselig over i fire andre temaer, opp og ned i stolen, klarer ikke sitte stille, fokus på alt utenfor og inne på kontoret.

Kaos preger forholdet til samarbeidspartnere. Ingen gjør som avtalt, ting endres fra gang til gang. Ringer alle til enhver tid, spør om alt mulig, engasjerer pårørende som overtar, dikterer i telefonen hva som skal sies til hvem, er truende, snurrer folk rundt fingeren, plasserer og kategoriserer folk ut fra hva de kan brukes til og etter hvilke situasjoner som passer det formålet hun vil oppnå.

Refleksjon:

Hvordan i all verden skal vi klare å jobbe med dette? Dette er langt fra hva man forventer av en kvinne i denne

alderen. Hvordan få til brukermedvirkning i praksis? Hva er et overgrep? Skal man ta henne på alvor, skal man følge avtalene man har inngått når de hele tiden sies opp og endres på? Evner hun å se sitt eget beste og ivareta sine egne interesser? Hvordan holde seg til temaet? Kan man gjøre tegn til en «time out» midt i en samtale? Hvor lenge skal man sitte før man avslutter? Skal man avtale det i forkant av en samtale? Hva har folk vansker med å skjønne i denne saken? Hvorfor gjør man ikke det som er avtalt? Er det hun som får dem til å endre seg, eller er det valg de tar selv? Foreligger det aksept på hva funksjonshemmingen hennes faktisk består av?

Tilnærming:

Back too basic. Struktur og forutsigbarhet er helt sentrale elementer for å skulle kunne lykkes i tilnærmingen. Det blir jobbet mye med temaet «ekstrem struktur», som her ikke betyr noe annet enn at struktur skal legges på forhånd og ikke i ettertid. Man legger strukturen mest mulig detaljert og tydelig ut fra en teoretisk tilnærming, og den tilpasses stadig til hvordan vedkommende etter hvert viser seg å fungere innenfor den i praksis. Utredningene legger føringer for vedkommendes fungering og bistandsbehov ut fra teorier, og må kompletteres ut fra hvilke erfaringer som gjøres underveis.

Har man inngått en avtale, skal denne følges opp og kun endres etter nye avtaler. De inngåtte avtaler er klarert med hjelpevergen og av vedkommende selv, er forankret i overordnet ansvarsgruppe og alle involverte må være lojale i gjennomføringen av disse. Hjelpevergen er medlem i overordnet ansvarsgruppe.


Vedkommende har selv bedt om bistand gjennom mandatet til koordinator, har gitt denne et oppdrag om å få gjort en jobb, og alle forutsetningene for oppdraget framgår tydelig av mandatet. Koordinator representerer vedkommende, avholder egne møter som kalles «Min Tid» med sin oppdragsgiver, og er



bindeleddet mellom samtlige berørte instanser. Dersom oppdragsgiver ikke er tilfreds med koordinator, kan denne

sies opp slik som skissert i mandatet¹. Denne oppsigelsesmuligheten er gjen-sidig.

For å ytterligere rydde i kaoset blir det laget en oversikt med kontaktinformasjon om «hvem jeg snakker med hva om». Når spørsmål om økonomi kommer opp, vet alle hvem det skal adresseres til. Det samme gjelder spørsmål knyttet til medisin, helse og innhold i oppfølgingen. Spørsmål av typen «hvordan jeg har det og hvordan er jeg fornøyd med tingenes tilstand», adresseres til koordinator på møtene *Min tid*. I praksis betyr dette at hjemmesykepleien for eksempel i stedet for å gå inn i diskusjonene der og da, aktivt henviser til planen eller oversikten over de som er ansvarlig for ulike tema. Planen demper frustrasjoner og gir en forutsigbarhet og trygghet for bruker.

Også disse samtaler må ha struktur og forutsigbarhet. Hva avtalte vi å snakke om i dag? Går ting som de skal, er det ting som må og bør endres på? Det hjelper å lære seg avledninger. «Når du snakker rus, snakker jeg om været.» Eller spørre om hva det er vi har avtalt å skulle snakke om i dag, bringe utgangspunktet for møtet tilbake. Ikke være med på hoppingen, men representere strukturen i møtet. 

Martha Lomeland er vernepleier, ansatt i ADHD-teamet ved Sørlandet sykehus HF
Martha.Lomeland@sshf.no

Per Willy Ormestad er sosionom med spesialkompetanse rus og er ansatt som ruskonsulent i Kristiansand kommune
Per.Willy.Ormestad@Kristiansand.kommune.no

I del to av denne artikkelen i neste utgave av *r&a*, kommer forfatterne tilbake til en beskrivelse av metodikken de har valgt i dette caset, med vekt på forankring og brukermedvirkning.

¹ Se artikkel i neste utgave av *rus & avhengighet*