

SPL 3901

Avsluttende eksamen

06HBSPLH

GRUPPE 639

Individuell plan som et verktøy i rehabiliteringen

”Hvordan kan individuell plan bidra til å styrke R’en i LAR?”



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie. Mai, 2009

Antall ord: 9495

Ekskludert innholdsfortegnelse, etterord og litteraturliste

SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen: SPL 3901- Avsluttende eksamen i sykepleie

Kull 06 HBSPLH

Gruppe nr. 639

Dato 11.05.09

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

”Hvordan kan en individuell plan bidra til å styrke R’en i LAR?”

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

”How can an individual plan contribute to strengthen the rehabilitation in LAR?”

Sammendrag

Behovet for legemiddelassistert rehabilitering øker. Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet 2009, kommer det frem at satsingen på den ikke medikamentelle rehabiliterende delen i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har vært sviktende. En av grunnene til dette er at det er en utfordrende oppgave å jobbe tverrfaglig. En individuell plan (IP) kan bidra til å sikre et bedre tverrfaglig samarbeid, noe som kan styrke rehabiliteringen. LAR brukere har ofte flere og sammensatte problemer, og er derfor en gruppe som har behov for å få tilrettelagt sine tjenester i form av en IP. IP kan være et fint verktøy for både tjenestemottaker og tjenesteyter dersom det blir brukt som det verktøyet det er ment for å være. Dessverre er det manglende kunnskap, engasjement og vilje når det handler om å ta i bruk IP. Dette kan medføre at LAR brukerne ikke får den helhetlige oppfølgingen de har krav på.

Nøkkelord

Tverrfaglig samarbeid, Individuell plan, Virginia Henderson, rehabilitering, koordinator, oppdatering, helhetlig tjenestetilbud, brukermidvirkning, livskvalitet, forpliktelse, engasjement,

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	s. 5
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	s. 5
1.1.1 Begrepsavklaring.....	s. 5
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	s. 5
1.2.1 Sykepleiefaglig perspektiv.....	s. 6
1.2.2 Samfunnmessig perspektiv.....	s.7
1.3 Oppgavens oppbygning.....	s. 7
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	s. 8
2.0 METODE.....	s. 9
2.1 Valg av metode og fremgangsmåte.....	s. 9
2.2 Hospitering som metode.....	s. 10
2.3 Kildekritikk.....	s. 11
3.0 TEORI.....	s. 13
3.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	s. 13
3.2 Rehabilitering.....	s. 15
3.3 Tverrfaglig samarbeid.....	s. 16
3.4 Livskvalitet og brukermedvirkning.....	s. 16
3.5 Individuell plan.....	s. 18
3.6 Sykepleieteoretiker Virginia Henderson.....	s. 20
3.6.1 Teoriens viktigste elementer.....	s. 21
4.0 DRØFTING.....	s. 23
4.1 Ulike utfordringer – og noen løsninger?.....	s. 23
4.1.1 Personalgjennomtrekk.....	s.23
4.1.2 Brukergruppen.....	s. 24
4.1.3 Mangel på kunnskap.....	s. 26
4.1.4 Lite oppdaterte planer.....	s. 27
4.1.5 Oppfatninger om at IP er krevende arbeid.....	s. 28
4.1.6 Tverrfaglig samarbeid.....	s. 28
4.1.7 Andre utfordringer.....	s. 31
4.2 Hendersons teori sett i forhold til rehabilitering og IP.....	s. 31

5.0 KONKLUSJON.....s. 35
6.0 ETTERORD.....s. 37
7.0 LITTERATURLISTE.....s. 39

1.0 INNLEDNING

Under dette kapitlet skal vi presentere problemstilling, med begrepsavklaring, samt begrunne vårt valg av tema. Vi vil også gå inn på avgrensninger av oppgaven.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Gjennom denne oppgaven vil vi forsøke å gi svar på: ”*Hvordan kan en individuell plan bidra til å styrke R'en i LAR?*”

1.1.1 Begrepsavklaring

LAR: Forkortelse for Legemiddelassistert rehabilitering. LAR er den norske ordningen for behandling med metadon eller buprenorfin (Subutex), såkalt substitusjonsbehandling. Pasientene er over 25 år med et langvarig opiattdominert rusmisbruk, såkalt narkomane. Utover substitusjonsbehandlingen inngår også andre rehabiliterende tiltak, dermed R'en for *rehabiliteringen* i LAR (Helse øst, 2007; Fekjær 2004, kap 6).

IP: Forkortelse for individuell plan. En *IP* er et dokument som skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Molven 2006, kap 9).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

I oppslag i lokalavisen fra 2008, ble det beskrevet en situasjon hvor en bruker i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) hadde ligget død i leiligheten sin over lengre tid, uten at noen reagerte. Dette gjorde oss nysgjerrige på legemiddelassistert rehabilitering. Gjennom hospiteringen fikk vi inntrykk av at rehabiliteringen av LAR brukere var sviktende. Som en selvstendig del av rehabiliteringen i LAR, inngår bruk av substitusjonsmedikamenter. Mange er ikke klar over at rehabiliteringen er en

prosess som innebærer å dekke flere behov enn bare substitusjonsbehandling. Ifølge helsedirektoratets evalueringer av LAR i Norge, viser det seg at for det overveldende flertallet av brukerne, har målene om å forebygge overdosedødsfall og dårlig helse blitt oppfylt. Når det gjelder videre rehabilitering – den andre delen av målsettingen – er resultatene mer uklare (Helsedirektoratet, 2005). På bakgrunn av overnevnte fakta samt hospitering, ble vi interessert i å gå nærmere inn på den ikke -medikamentelle rehabiliteringen i LAR.

Det ble i 2004 hjemlet i sosialtjenesteloven at rusmisbrukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester hadde rett på å få utarbeidet en individuell plan (IP). Individuell plan er en viktig del for å styrke behandlingstilbudet til rusmisbrukere, til tross for dette viser flere nylige rapporter at få personer med rusmiddelavhengighet har en slik plan (Helsedirektoratet, 2009). På bakgrunn av dette har vi valgt å se nærmere på viktigheten av å ha en individuell plan, som trolig vil styrke det tverrfaglige samarbeidet, dermed rehabiliteringen, for LAR brukere.

Vi skal nå begrunne valg av tema, ut i fra to perspektiver, slik at forståelsen av oppgaven fra et sykepleie- og samfunnsmessig perspektiv kommer bedre frem.

1.2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Sykepleiens innhold består av verdier og fagkunnskap. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Vi mener dette er relevant for vår problemstilling, da sykepleieren er godt egnet til å se hele mennesket, og dets behov. Dette er sentralt innen rehabiliteringen, da sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket. Med utgangspunkt i sosialdepartementets beskrivelse av sykepleiefunksjonen og plandokumenter som styrer innholdet i sykepleierutdanningen, kan følgende funksjonsområder identifiseres: den helsefremmende og forebyggende funksjon, den behandlende, den lindrende, den undervisende, den administrative, den fagutviklende og den *rehabiliterende* funksjon

(Kristoffersen ,2006 kap 1). Rehabilitering krever stor tverrfaglig yrkeskompetanse, og sykepleieren er ofte en viktig deltaker i dette arbeidet.

Problemstillingen vår er sykepleierelatert, samtidig kan den være aktuell for andre yrkesgrupper som en sykepleier kan samarbeide med i rehabiliterende arbeid. Som sykepleiere vil vi møte ulike individer som har behov for rehabilitering og individuell plan. Denne oppgaven bidrar til økt kunnskap om viktigheten av individuell plan og hvordan den kan benyttes til å styrke rehabiliteringen. Dette kan vi ta med videre i yrkeslivet.

1.2.2 Samfunnsmessig perspektiv

Legemiddelassistert rehabilitering er effektivt og fører til mindre bruk av illegale stoffer, kriminalitet og dødelighet. Dette viser to nye kunnskapsoppsummeringer fra helsedirektoratets nettsider (Rossine, 2006). Disse fakta og det faktum at antall LAR brukere øker, viser at det krever en stor satsning på rehabilitering. Rehabiliteringen har en samfunnsøkonomisk side ved at brukeren rehabiliteres tilbake til samfunnet og dermed kan han bidra til fellesskapet (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Ettersom sykepleieren også skal utføre sykepleie ut i fra et samfunnsmessig perspektiv, ser vi nytten av vår valgte problemstilling, da denne belyser hvordan en IP kan styrke rehabiliteringen, som igjen vil være samfunnsnyttig.

1.3 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven følger vi høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving. Vi har valgt å presentere teori og drøfting hver for seg. Dette fordi vi synes dette gir en bedre oversikt og forståelse av innholdet. Vi henviser til kilder underveis i teorien. I drøftingen velger vi å referere til kilder etter endt avsnitt. Dette fordi vi i drøftingen anvender den teorien vi har, med våre egne synspunkter, tanker og erfaringer fra tidligere praksis og hospitering. Før hvert hovedpunkt vil vi ha en kort presentasjon av hva vi vil presentere videre.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Som sykepleier kan man både ha en aktiv rolle i rehabiliteringen, som for eksempel koordinator (side 19), eller en mindre rolle som det å dele ut substitusjonsmedikamenter i hjemmesykepleien. Det blir for omfattende å skrive om alle funksjonene en sykepleier *kan* ha i forhold til rehabiliteringen og individuell plan. Ut i fra problemstillingens ordlyd kan vi ikke bare se dette ut fra et sykepleieperspektiv, men også fra andre yrkesgrupper som er deltagende i en rehabilitering. Vi vil i denne oppgaven ikke fokusere på sykepleierens eller andre fagpersoners direkte rolle i rehabiliteringen, men på rehabilitering, individuell plan og tverrfaglighet generelt.

Vi har valgt å skrive om den ikke medikamentelle rehabiliteringen av LAR, da vi har forstått at den medikamentelle delen av LAR ikke anses å være det største problemet, men derimot den videre rehabiliteringen.

Vi har valgt å ikke legge vekt på hva rehabiliteringen innebærer, men hvordan rehabiliteringen kan *styrkes* gjennom å bruke individuell plan. Dette fordi rehabiliteringen er individuell, og derfor fokuserer vi lite på hva innholdet av rehabiliteringen for den enkelte kan være.

Vi har gjennom oppgaven benyttet begrepene bruker, tjenestemottaker og pasient. Ut i fra et sykepleieperspektiv vil vi betrakte en LAR bruker som en pasient. Ettersom oppgaven har fokus på individuell plan, noe som innebærer tverrfaglig samarbeid, vil mange av samarbeidspartnere involvert i planprosessen, betrakte tjenestemottakeren som bruker. Derfor velger vi å benytte alle tre begrepene om hverandre, gjennom hele oppgaven.

2.0 METODE

Under dette kapitlet vil vi forklare hva en metode er og presentere vår fremgangsmåte for å finne kunnskap og svar på problemstillingen. Vi vil også redegjøre for hva slags litteratur som er valgt og hvorfor. I kildekritikken vil vi se på gyldigheten og påliteligheten til den litteraturen som er valgt.

En metode kan defineres som en fremgangsmåte for å finne kunnskap eller etterprøving av påstander, som fremsettes, med krav om at de skal være gyldige, sanne eller holdbare. Vilhelm Aubert formulerte det slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007, s 81, kap 5).

2.1 Valg av metode og fremgangsmåte

Det finnes ulike metoder for å finne kunnskap og svar på en problemstilling. I denne oppgaven har vi valgt litteraturstudie. En litteraturstudie vil si en omfattende gransking og tolkning av litteratur om et bestemt emne og man går til litteraturen for å finne svar på en problemstilling. Da vi sier gransking mener vi at vi går kritisk til verks og vurderer litteraturen vi har valgt å bruke. Ved tolkning oppsummeres det viktigste fra en kilde og dette trekkes ut (Dalland 2007, kap 6). Etersom det er en tidsbegrensning på oppgaven, falt valget på litteraturstudie fremfor empirisk studie, som er mer tidkrevende.

En svak side ved litteraturstudie er at vi ikke får muligheten til å snakke med brukerne. Ved at vi hadde fått muligheten til dette kunne vi satt oss nærmere inn i hva som er brukernes synspunkter på sin egen rehabilitering og om de mener IP fungerer. Her setter også retningslinjer fra skolen begrensninger.

For å finne teori til oppgaven vår gikk vi til pensumlitteraturen, annen faglitteratur, internett, offentlige dokumenter, veiledere, databaser, (Ovid nursing, helsebiblioteket og BIBSYS) og til slutt gjennom uformelle samtaler med fagpersoner innenfor det aktuelle området. Søkeordene vi benyttet til søk på internett og databaser var: *Metadon, legemiddelassistert rehabilitering (LAR), Subutex, individuell plan (IP), rehabilitering, tverrfaglighet, tverrfaglig samarbeid, rusmisbruk, rusmisbrukere, Henderson, livskvalitet, brukermedvirkning*. Samt ulike kombinasjoner av disse. I tillegg til å ha brukt databasen BIBSYS har vi også benyttet oss av offentlige bibliotek, med identiske søkeord

Det er et pluss at man anvender en engelsk forskningsartikkel i oppgaver, men etter søk på dette i diverse databaser var det ikke mulig å oppdrive en relevant engelsk forskningsartikkel til denne oppgaven.

2.2 Hospitering som metode

Hensikten med hospitering er å styrke forbindelsen mellom det teoretiske arbeidet og den praktiske virkeligheten som foregår i praksis (Høgskolen i Gjøvik, 2008). Det kan være stor forskjell på teori og praksis. Gjennom hospiteringen møtte vi ulike fagpersoner med relevans for vår problemstilling. Vi opplevde det vanskelig å finne egnende hospiteringsplasser som var villige til å ta oss i mot. En annen utfordring har vært å få tak i de rette personene via telefon og e-post, noe som har ført til frustrasjon og unødvendig bruk av tid. Vi opplevde også at avtaler ble brutt, uten tilbakemelding. Vi fikk på tross av dette snakket med dyktige og erfarne fagpersoner innen sine fagområder. Blant fagpersonene vi har snakket med har en av dem vært aktiv innen legemiddelassistert rehabilitering siden oppstart. Andre fagpersoner vi har snakket med gjennom hospiteringen er engasjerte og brenner for sitt yrke. Noen har til og med hjulpet oss med å tilspisse oppgavens problemstilling. Gjennom hospiteringen oppdaget vi at det ikke er nok satsning og fokus rundt det rehabiliterende arbeidet med LAR brukere. Dette trigget nysgjerrigheten vår, noe som førte til at vi valgte en annen problemstilling enn tidligere tenkt.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er at man vurderer og kritiserer den litteraturen, som er benyttet og skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet, som er brukt i oppgaven (Dalland 2007, kap 4). Vi har vurdert og kritisert den litteraturen vi har anvendt. Vi har særlig stilt oss kritiske til sekundærlitteratur og ulike internettkilder. Vi har ansett valgt primærlitteratur, som pålitelige kilder, da mye av dette er pensum i vår sykepleieutdanning. Med primærlitteratur menes litteratur som er skrevet av opprinnelig forfatter. Sekundærlitteratur vil si litteratur som refererer til andre forfattere enn den som opprinnelig har skrevet den (Dalland 2007, kap 4). Derfor må man være kritisk til bruk av sekundærlitteratur, da dette kan være forfatterens tolkning av andres teorier. Vi har måttet benytte noe sekundærlitteratur, da det har vært lite primærlitteratur om det temaet vi har valgt.

Vi valgte å bruke boken *Sykepleieteorier* av Marit Kirkevold (2001) for å tolke Hendersons teorier. Dette er sekundærlitteratur, men vi mener boken er pålitelig ettersom Marit Kirkevold er sykepleier og professor innen sykepleievitenskap, og boken hennes er velkjent. *Grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen (2006) er meget gode bøker, og vi har også støttet oss mye til dem.

Den boken vi har benyttet oss mest av i forhold til temaet rusmiddelavhengighet, er boken *Rus* av Hans Olav Fekjær (2004). Boken er anerkjent og tar for seg hele bredden av rusfeltet, med forskningsbasert dokumentasjon. Noen av våre pensumbøker, refererer til Fekjær som kilde, noe som gjør boken til pålitelig primærlitteratur.

Det var vanskelig å finne litteratur om LAR i pensum – og faglitteratur, ettersom det er forholdsvis lite litteratur om dette temaet. Vi har derfor benyttet oss av dokumenter utstedt av offentlige instanser, samt at vi har støttet oss til fagpersoners uttalelser. Vi fant litteratur om individuell plan, men lite om *hvordan* den kan benyttes i forhold til rehabilitering. Derfor var det kanskje ekstra vanskelig for oss å finne svar på problemstillingen. Gjennom prosessen med å skrive denne oppgaven, har vi måttet finne litteratur om individuell plan og rehabilitering, og ut i fra dette forsøke å se

sammenhengen mellom disse to temaene, slik at vi på best mulig måte kunne svare på problemstillingen.

3.0 TEORI

I denne delen av oppgaven vil vi presentere relevant teori i forhold til valgt problemstilling. Teorien vi vil gi en innføring i er: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), rehabilitering, tverrfaglighet, livskvalitet, brukermedvirkning, individuell plan og Virginia Hendersons sykepleieteori.

3.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Fram til 1960 tallet var de narkomane, som da ble kalt legemiddelmisbrukere, helsevesenets ansvar og hørte til under psykiatrien. I 1961 kom den første klinikken for narkomane og på slutten av 1960 tallet begynte klinikken å ta imot ungdomsnarkomane. Det ble opprettet egne avdelinger for unge stoffmisbrukere på psykiatriske sykehus, etter ønske fra den daværende helsedirektøren. Uteseksjonen i Oslo startet med oppsøkende virksomhet i 1969 og etter hvert ble det etablert en slik tjeneste mange steder i landet. Statens klinikk for narkomane og Sollia bo og arbeidskollektiv ble opprettet i 1970. Og i årene etter ble det startet en rekke lignende kollektiver rundt om i landet. Etter hvert ble noen av disse nedlagt eller fikk endret funksjon. Oslo og Bergen var de første til å opprette psykiatriske team og gi tilbud om poliklinisk behandling til unge stoffmisbrukere. Resultatene av den polikliniske behandlingen viste seg å være svært vellykket og Stortinget vedtok å opprette poliklinikker over hele landet, såkalt psykiatriske ungdomsteam. Dette arbeidet kom i gang fra 1978. Inspirasjon fra USA førte til at det første terapeutiske samfunn, veksthuset, ble etablert i Oslo i 1980. Senere kom flere institusjoner som drev etter prinsippet om terapeutisk samfunn. De fleste kollektivene var basert på frivillig innleggelse, mens det også ble rapportert om gode resultater av tvangsbehandling i Sverige. Derfor ble det opprettet kollektiver i 1980 og etter hvert ble det etablert flere avdelinger, som ble kalt "levefellesskap" (Fekjær 2004, kap 6)

En behandling, spesielt for tunge stoffmisbrukere, ble introdusert i New York på 1960 tallet. Prinsippet gikk ut på å erstatte de tunge narkotiske stoffene, da spesielt heroin, med metadon. I Norge ble også dette brukt i liten grad i noen år, men ble forbudt fra

1976. På grunn av stor spredning av HIV blant sprøytemisbrukere, tillot man i 1991 metadonbehandling av HIV positive sprøytemisbrukere i Norge. Dette på grunn av frykten for at de skulle smitte andre. I 1994 startet et prøveprosjekt i Oslo hvor flere narkomane fikk starte med metadonbehandling (statsdop). Prosjektet møtte mye motstand, men i 1998 ble det etablert metadonbehandling som et permanent, landsomfattende tiltak. Tiltaket tok sikte på rehabilitering med metadon, som et av flere elementer, og ble derfor kalt metadon-assistert rehabilitering (MAR). Senere ble buprenorfin introdusert, som Subutex og subuxone, og da ble det offisielle navnet forandret til legemiddelassistert rehabilitering (LAR), mens betegnelsen medikamentassistert rehabilitering (MAR) også blir brukt (Ibid).

De tjenester som er underlagt kommunen er førstelinjetjenester, mens de mer spesialiserte statlige og private helseforetakene er andre- og tredjelinjetjenester. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ligger under spesialisthelsetjenesten, det vil si andrelinjetjenesten. For å søke seg inn til LAR, må tjenesteveien gå via førstelinjetjenesten, For eksempel sosialkontor eller fastlege. Inntakskriteriene for å bli LAR bruker er at man må være over 25 år og at man må ha et langvarig opiattdominert misbruk, som i rimelig omfang har gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon eller opiater med sikte på rusfrihet. Det kan bli gjort unntak for aldersgrensen dersom pasientens psykiske og somatiske helse tilsier det. Tilbudet om LAR vil normalt ikke være et førstevalg (Helse øst, 2007). Da søknaden om LAR er innvilget blir brukeren tildelt en ansvarsgruppe. Denne gruppen bør ha en begrenset størrelse slik at den enkelte føler ansvar. Samtidig er det viktig at hjelpeinnsatser som fastlege, ruskonsulent fra kommunen samt en LAR konsulent er med i gruppen. Ansvarsgruppen skal fungere som et hjelpemiddel for brukeren. Meningen er å få koordinert, samt konkretisert hvilke andre hjelpeinnsatser LAR brukeren har behov for, da de som oftest har sammensatte problemer, samt liten egenerve til samarbeid. Det må oppnevnes en ansvarlig leder innen ansvarsgruppen. Ved at ansvarsgruppen er involvert i den individuelle planen vil dette kunne bidra betydelig ved utarbeidelsen og oppfølgingen av planen (Fekjær, 2004, kap 36).

Målet med bruk av substitusjonsmedikamenter, metadon eller Subutex, er at brukeren ikke lenger skal bruke de tunge stoffene som heroin og andre opiater. Deretter er det et mål at man skal bistå de aktuelle misbrukerne med å komme seg ut av hardt belastede misbruksmiljø, nyttiggjøre seg av annen behandling, rehabilitering og omsorgstiltak. Det er et mål å redusere misbruket og faren for overdose og dødsfall. LAR jobber for å bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen, bedre livskvalitet og yrkesmessig og sosial rehabilitering, i den grad det er mulig. Mestring av rusproblemene er altså bare ett av flere mål (Hansen m.fl, 2004, s 75; Helse øst, 2007).

LAR følger forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). Forskriften har som formål å gjenvinne fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt på grunn av sykdom eller skade. Målet er å gjøre den enkelte bruker i stand til å fungere så godt som mulig i hverdagen ut ifra sine forutsetninger og ønsker (Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

3.2 Rehabilitering

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, § 2, defineres rehabilitering slik:

"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet". (Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

I rehabilitering legges det vekt på ressurser og begrensninger i forhold til funksjon i dagliglivets aktiviteter, deltagelse i samfunnslivet og opplevd livskvalitet. Målet med rehabiliteringen er rettet mot å gjenvinne tapt funksjon som igjen skal føre til økt grad av livskvalitet, deltagelse og aktivitet. Når fremgangen i rehabiliteringen ikke er tilstrekkelig, må man tilrettelegge ved bruk av hjelpemidler og tilpasning av omgivelser som bolig, fritidsaktiviteter og arbeidsplass. Målet er å oppnå best mulig funksjon psykisk, fysisk og sosialt ut fra personens ønsker og ressurser (Dansk sygeplejerråd, 2005 kap 10; Hummelvoll, 2004, kap 21).

I rehabiliteringen samarbeider ulike faggrupper innen helsetjenesten. Dette skjer best ved samordning av ulike typer kompetanse. Resultatet av rehabiliteringsprosessen er helt avhengig av personens aktive medvirkning for å lykkes. Brukermedvirkning er vesentlig i prosessen og forutsetter at brukeren deltar aktivt i å utforme mål for rehabiliteringen og være med på å avgjøre hvilke tiltak som velges. Det forutsetter at personen får tilstrekkelig informasjon og motiveres for å delta gjennom hele rehabiliteringsprosessen. Familie og sosialt nettverk er for mange en viktig ressurs og kan medvirke til et godt resultat. For hver enkelt er det viktig å fungere så godt som mulig innenfor rammer og muligheter som samfunnet gir (Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

3.3 Tverrfaglig samarbeid

For at rehabiliteringen skal få et godt resultat forutsetter det tverrfaglig samarbeid. En tverrfaglig samarbeidsform vil si at ulike fagpersoner og etater jobber sammen mot et felles mål. Det er ofte mulig å oppnå bedre resultater dersom en arbeider sammen etter felles målsetning, og ser tiltakene i sammenheng med en felles forståelse av brukerens situasjon. Ved at man bruker hver enkelt fagpersons spisskompetanse, kan man sikre brukeren en mer helhetlig oppfølging. Det tverrfaglige arbeidet tilstreber en helhetlig tilnærming til brukerens livssituasjon. Hver yrkesgruppe må ha fokus på de overordnede målene og tilpasse egne delmål ut ifra disse (Kristoffersen, 2006, kap 26; Hummelvoll, 2004 kap 16).

Generelt kan man si at behovet for tverrfaglig samarbeid er størst når situasjonen er sammensatt og uavklart. Det tverrfaglige teamet kan bestå av mange ulike profesjoner, som for eksempel leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, logoped/spesialpedagog og psykolog (Ibid).

3.4 Livskvalitet og brukermedvirkning

Livskvalitet og brukermedvirkning er to begreper som står sterkt i både rehabilitering og individuell plan. I den senere tid har det mer moderne begrepet livskvalitet klart å

erstatte helse som overordnet begrep (Mæland 2005, kap 2). Ordet livskvalitet har mange betydninger og gjenspeiler ulike oppfatninger om hva "det gode liv er". Livskvalitet uttrykker mer psykologiske og (i noe mindre grad) sosiale aspekter ved tilværelsen. Selv om noen knytter livskvalitet til ytre kriterier, er de fleste enige om at livskvalitet først og fremst er uttrykk for folks subjektive vurderinger av sitt eget liv (Ibid).

For å få en mer helhetlig forståelse av hva livskvalitet er så har vi valgt å ta utgangspunkt i psykologen Siri Næss' beskrivelse, omtalt i Kristoffersen (2006). Hun hevder at livskvalitet knyttes til individers indre opplevelser. Næss knytter også livskvalitet til indre tilstander og i utgangspunktet ikke til noe mennesket har, for eksempel inntekt eller familie. Det er heller ikke knyttet til noe mennesket gjør eller omgis av, men kan ses på som et resultat av mestring, og handler derfor ikke om den objektive livssituasjonen, men om hvordan personen håndterer den (Kristoffersen 2006, kap 2).

Brukermedvirkning er et begrep som ofte kan henge sammen med begrepet livskvalitet. Brukermedvirkning defineres som:

"De som berøres av en beslutning, eller en bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet" (Arbeids og inkluderingsdepartementet 1996/1997).

Brukermedvirkning skjer på to nivåer. På individnivå foregår samarbeidet mellom den enkelte bruker og forvaltningen. På det individuelle nivået innebærer brukemedvirkning at brukeren og den ansatte sammen finner frem til tiltak som brukeren er fornøyd med. Brukerens rett til medvirkning under gjennomføring av helsehjelp, fremkommer i pasientrettighetsloven § 3.1. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. God samhandling mellom brukeren og tjenesteutøveren på det individuelle nivået er som regel med på å sikre bedre rehabilitering (Elster 2001, kap 2).

Det andre nivået av brukermedvirkning er systemnivå. På systemnivå er det brukerorganisasjoner som representerer brukeren for å ivareta brukerens erfaringer for å bidra til å utvikle tjenester. Dette kan skje gjennom møter, høringer og prosjekter.

(Brodtkorb mfl., 2004m kap 4; Elster, 2001, kap 2). Et eksempel på brukermedvirkning på systemnivå kan være når en gruppe brukere eller representanter fra brukere er med i planleggingen av nye tiltak eller ved drift av tjenester.

3.5 Individuell plan (IP)

De som har rett på IP er tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester. Et eksempel på en slik tjenestemottaker er en LAR bruker. I forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, skrives det at forskriften som gjelder IP skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialisthelsetjenesteloven § 4-3a. Forskriften gjelder bare for helse- og sosialtjenesten. Dette innebærer at tjenesteytere som iverksetter tiltak etter annen lovgivning ikke kan pålegges å utarbeide en IP etter sosial- og helselovgivningen. Aktuelle instanser bør trekkes inn i samarbeidet om utarbeidelse av en felles overordnet IP. I forskriftens § 6 går det fram at dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, for eksempel skole eller NAV-kontoret, skal kommunens helse- og/eller sosialtjeneste og helseforetak samarbeide med disse (Sosial og Helsedirektoratet, 2007).

I pasientrettighetsloven er IP utformet som en rettighetsbestemmelse for tjenestemottakeren, mens den i den øvrige helselovgivningen pålegger helsetjenesten en plikt til å utarbeide en individuell plan for den enkelte, uavhengig om det er satt fram krav om dette. Rett til IP betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Tjenestemottakeren har rett på en plan, men ikke ubetinget rettskrav på bestemte tjenester. Så lenge tjenesten til enhver tid er faglig forsvarlig, kan den enkelte kommune bestemme hvilke tjenester som skal tilbys, hvordan tjenestene skal gis, herunder hvilket av flere alternative tiltak eller tjenester som skal tilbys. Planen i seg selv utløser ingen rettigheter, men den vil være en viktig premissleverandør når vedtak om tjenester skal fattes. Dermed kan planen bidra til å utløse nødvendige tjenester og bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet. Planen skal inneholde bare det som er relevant i forhold til en persons behov for tiltak og tjenester (Ibid).

Formålet med en individuell plan er:

- *Å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter, kalt koordinator, som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.*
- *Å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.*
- *Å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Sosial og helsedirektoratet, 2007, s 43).*

Videre i veileder til forskrift om individuell plan (2007), står det at forskning og erfaringer har vist at individuell planlegging ikke bare handler om tjenester. Det kan også handle om opprydding, strategier for å utløse ressurser og om å skape tilgjengelighet og støtte i tjenestemottakerens omgivelser. Erfaring viser at det viktigste for tjenestemottakeren er å bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikke minst å få hjelp til å se muligheter. IP er et verktøy og en prosess. Den skal ikke erstatte behovet for mer detaljerte behandlingsplaner som f. eks pleieplan og rehabiliteringsplan, men skal være en overordnet plan hvor tjenestetilbudet samordnes. Ordningen med individuell plan er frivillig. Frivilligheten er ment for å øke selvbestemmelsen til den enkelte. Derfor kreves det samtykke fra personen før det kan utarbeides en IP. Det må som hovedregel innhentes informert samtykke før taushetsbelagte opplysninger kan utveksles, selv om personen har samtykket i at han ønsker at det skal utarbeides en IP (Ibid).

Etter forskrift om individuell plan, § 7, skal planen inneholde følgende hovedpunkter:

- *En oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester.*
- *En oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen.*
- *En oversikt over hva tjenestemottaker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet.*
- *En oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse.*
- *En beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres*
- *En angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen.*

- *Tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltagerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagt opplysninger.*
- *En oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.*
- *En angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av, og fremdriften i arbeidet med planen, en koordinator (Molven, 2006 s 130 – 131, kap 6).*

Koordinatoren må ha kjennskap til hvordan tjenesteyterne i de ulike etatene, instansene og sektorene jobber, og hvilke regler og myndighet de har. Det er også viktig at han har en viss oversikt over hva en person kan ha rett til av bistand, samt finne fram til de samarbeidsformer som virker mest hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle. Dette fordi koordinatoren er den som skal ta kontakt med de etater og instanser det er behov for tjenester fra. Koordinatoren skal sikre at brukeren får informasjon og har innflytelse underveis i prosessen. Han er også den personen som står brukeren nærmest og han skal sikre oppfølgingen av tjenestemottakeren og en god fremdrift i planprosessen. Det er vesentlig at samhandlingen mellom pasienten og koordinatoren er regelmessig og at kommunikasjonen er god og preget av tillit og trygghet (Ibid). Den som har blitt utnevnt til hovedansvarlig i ansvarsgruppen, kan også få rollen som koordinator for den individuelle planen (Fekjær 2004, kap 36).

3.6 Sykepleieteoretiker Virginia Henderson

Teorien til Virginia Henderson prøver å beskrive hva som er sykepleierens særegne funksjon eller ansvarsområder. Hendersons definisjon er:

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig» (Kirkevold 2001 s.101, kap 5).

Begrepet grunnleggende behov er et annet viktig begrep i Hendersons teori. I følge Henderson har sykepleiens grunnleggende gjøremål sitt opphav i de universelle

menneskelige behov. Ivaretagelse av disse behovene er en forutsetning for de gjøremål som fremmer pasientens helse eller fredfulle død (Kirkevold 2001, kap 5).

3.4.1 Teoriens viktigste elementer

I Kirkevold (2001) står det at Henderson hevder at alle mennesker, friske så vel som syke, har fjorten grunnleggende behov. Behovet for anerkjennelse, meningsfull og skapende sysselsetting samt å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser er eksempler på slike behov. I følge Henderson må vi som sykepleiere hjelpe til å dekke disse behovene, dersom pasienten ikke har kunnskap, krefter eller vilje til å klare dette selv (Kirkevold 2001, kap 5).

Hendersons teori tar utgangspunkt i at all sykepleie skal utføres med fokus på pasientens oppfatning av de grunnleggende behovene, og av hvordan de best kan tilfredstilles, for å oppnå det vedkommende oppfatter som god helse, helbredelse eller en fredfull død (Ibid).

Hun peker også på faktorer som påvirker de grunnleggende behovene og personens evne til å møte dem. Blant annet understreker hun sosial og kulturell bakgrunn, fysiske og psykiske krefter, vilje, motivasjon og alder. Henderson hevder at målet for sykepleie er å fremme helse og helbredelse, eller en fredfull død der døden er uunngåelig. Hun understreker sterkt at det er pasienten som legger innholdet i begrepene. Hun mener at sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til det han eller hun opplever som helse, velvære eller eventuelt en fredfull død. Hendersons egen forståelse av helse synes å omfatte mer enn fravær av sykdom. Hun hevder at sykepleieren har ansvar for å bidra til at pasientens liv også inneholder sosialt samvær med andre og meningsfulle aktiviteter som gir livet og hverdagen mening, for den enkelte (Ibid).

Hendersons menneskesyn er preget av at hun oppfatter mennesket som et selvstendig, aktivt handlende individ som har generelle behov. Individet tolker og uttrykker behovene på hver sin måte, ut fra den kulturelle og sosiale sammenheng individet befinner seg i. Under normale omstendigheter tilfredsstiller selv pasienten sine behov. På grunn av sykdom, eller andre tilstander kan mennesket bli ute av stand til å tilfredsstille sine behov (Ibid).

Samtidig som Henderson understreker sykepleiens særegne funksjon, anser hun sykepleiefunksjonen og de andre funksjonene i helseteamet som delvis overlappende. Hendersons hovedfokus rettes mot de individuelle behovene til hver enkelt pasient. Hun mener at sykepleien må planlegges og utføres ut i fra den enkelte pasientens behov og manglende evne til å oppfylle dem (Kirkevold 2001, kap.5).

4.0 DRØFTING

Under dette kapittelet vil vi drøfte den presenterte teorien og trekke inn våre synspunkter og erfaringer fra hospitering og tidligere praksis.

4.1 Ulike utfordringer – og noen løsninger?

Det er mange ulike utfordringer da det kommer til rehabiliteringsarbeidet til LAR brukere og individuell plan. Vi vil nå drøfte hva vi mener er de største utfordringene og se på hvordan en individuell plan eventuelt kan bidra med å minske de ulike utfordringene.

Tjenesteyterne og etater må ha mulighet og villighet til å investere i LAR brukerens rehabilitering. Dette fordi hver enkelt har behov for tilpassede tiltak, det vil si oppfølging fra fastlege, kommunehelsetjenesten, faglig tilpassede tiltak som ansvarsgruppe og individuell plan. Sosialt tilpassede tiltak, som aktivisering, økonomi og lignende. Mange brukere i LAR har også behov for andre spesialisthelsetjenester i tillegg til den behandlingen som gis innenfor LAR. Dette kan være behandlingstilbud både innenfor somatikk og psykiatri. Det finnes utfordringer som trolig vil påvirke rehabiliteringen (Sosial og helsedirektoratet, 2007; Fekjær, 2004 kap36).

4.1.1 Personalgjennomtrekk

I henhold til hovedrapporten til LAR fra 2004, er en fungerende sosialtjeneste en forutsetning for at tjenestene til LAR skal kunne fungere. Etter hospitering hos ulike instanser oppfatter vi kontakten mellom saksbehandlere i sosialtjenesten og LAR brukere som et problem. Årsaken til dette kan være mangel på kvalifisert bemanning, samt lite stabilitet blant personalet. Etter det vi har erfart fra hospitering og uformelle samtaler er det stor personalgjennomtrekk i deler av kommunen. Dette kan være med på å skape utrygghet hos pasientene som benytter seg av tjenesten og hos de ulike samarbeidsinstansene. Det vil trolig også kreve mye tid og ressurser for eventuelt nye ansatte å sette seg inn i de ulike pasienters rehabilitering. Videre kan det være ugunstig

for brukeren å måtte forholde seg til nye saksbehandlere, da det kan føles ubehagelig og vanskelig å utlevere seg ovenfor nye personer. Møtet med saksbehandleren skal, etter vår mening, være tillitsvekkende og være en arena der brukeren skal føle seg trygg og ivaretatt. Dette kan bli vanskelig dersom det stadig blir utskiftninger i personalet. En grunn til utskiftninger blant personalet kan trolig skyldes utfordringen det kan være å jobbe med denne brukergruppen. Noen vil kanskje si at den psykiske belastningen ved å arbeide innen dette feltet, er større enn hva den kan være i somatikken. Denne psykiske belastningen kan igjen føre til personalgjennomtrekk. Personalgjennomtrekken kan videre skape ekstra utfordringer innenfor det tverrfaglige samarbeidet. Dette fordi de ulike samarbeidspartnere må etablere en ny kontakt, noe som både vil være ressurs – og tidkrevende. Med en IP kan man lettere få oversikt over tjenesteytere, og ved eventuelle utskiftninger vil det bli synliggjort hvilken etat eller tjenesteyter som ikke lenger er delaktig og hvor det trengs ny rekruttering for at rehabiliteringen skal opprettholdes. Det er en forutsetning at IP oppdateres og evalueres jevnlig, slik at man til enhver tid har oversikt over de involverte i planen. Denne oversikten kan sannsynligvis også føre til økt trygghet for brukeren med tanke på at det blir dokumentert hvem som har overtatt stillingen. Et eksempel kan være at det blir sykdom hos en ruskonsulent fra sosialkontoret. Denne stillingen blir da besatt av en ny ruskonsulent. Planen oppdateres og man vil raskt få oversikt over den nye tjenesteyteren, og hvordan den kan kontaktes. På en annen side vil også den nye ruskonsulenten raskt få oversikt over hvem som er involverte i planen, samt brukerens mål, ressurser og tiltak. Ved at nye ansatte setter seg inn i brukerens oppdaterte individuelle plan, vil man raskere få et helhetlig bilde av brukerens behandling (Hansen m.fl, 2004; Sosial og helsedirektoratet, 2007).

4.1.2 Brukergruppen

Da de fleste brukerne i LAR har levd i et rusmiljø, uten et rusfritt støtteapparat, i form av venner, familie eller arbeid kan det trolig være flere utfordringer for de involverte parter i rehabiliteringen. Det kan være flere grunner til dette. Med LAR brukere, så vel som med andre brukergrupper, er det mange som har vanskeligheter med å si fra, dersom de har tanker eller føler misnøye med rehabiliteringen og ellers i behandlingen. Dette kan da trolig føre til vanskeligheter med å kartlegge brukerens behov og

problemer, som videre kan føre til mangelfull helhetlig oppfølging. På den andre siden har vi fått inntrykk av at det også finnes brukere som til stadighet uttrykker misnøye og utakknemlighet ovenfor det behandlingstilbudet som de har blitt tilbudt. De forlanger mer av rehabiliteringen enn hva som kan bli innfridd. Dette vil antagelig føre til at motivasjonen hos hjelpeapparatet blir satt på prøve. Da noen innen brukergruppen har vanskeligheter med å uttrykke hva de ønsker av rehabiliteringen, vil de ha god nytte av det tverrfaglige samarbeidet. I et tverrfaglig samarbeid vil flere yrkesgrupper sammen kunne hjelpe brukeren til å se muligheter. Det tverrfaglige samarbeidet styrkes igjen gjennom IP. Når brukeren har IP stilles det krav om at han må gjøre noe aktivt for egen rehabilitering, som igjen vil styrke brukermedvirkningen (Fekjær, 2004 kap 6; Kristoffersen 2006, kap 26; Elster 2001 kap 2; Kristoffersen 2006, kap 26; Brodtkorb m.fl, 2004 kap 4).

I løpet av hospiteringsperioden har vi forstått det slik at noen av brukerne har vanskeligheter med å overholde avtaler. Dette kan bli en utfordring da det krever tid og ressurser når så mange yrkesgrupper og etater er involvert. En av grunnene til at noen ikke møter opp til avtaler kan være at dette er en brukergruppe som har levd på utsiden av samfunnet, og kanskje derfor ikke har de samme normer og regler som andre samfunnsborgere. På den andre siden er det ikke alltid at tjenesteyterne holder avtaler, av ulike årsaker. Det som også må reflekteres over er at det kan være uklare avtaler, samt dårlig kommunikasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter vedrørende eventuelle forandringer. Dette kan føre til at brukeren ikke vet hvem han skal forholde seg til, noe som ikke vil være gunstig for den rehabiliterende prosessen. En individuell plan kan hjelpe brukeren med å klargjøre hvem han skal kontakte om han ikke har mulighet til å komme på møtet, har spørsmål eller beskjeder som skal gis til de ulike tjenesteyterne

I rehabiliteringsperioden vil de fleste brukere i LAR føle på frustrasjon og kanskje få en følelse av motarbeidelse. Hvis det er en periode pasienten mister litt vilje eller troen på seg selv, kan IP hentes frem som en dokumentasjon på hva brukeren tidligere har klart å gjennomføre. Dette vil trolig gi mestringsfølelse, noe som igjen kan føre til økt motivasjon. En annen side ved dokumentasjonen er at det er like viktig for

tjenesteyterne å se tiltak, som tidligere har blitt prøvd, men som ikke har vært tilstrekkelige i forhold til at brukeren skal nå sine mål. På denne måten kan det unngås at brukeren lider unødig med at samme tiltak iverksettes på nytt. Det blir heller ikke dobbelt opp med arbeid for fagpersonellet, i form av tid og ressurser. På den andre siden kan det hende at tiltakene i seg selv var gode nok, men at brukeren ikke var på rett stadium i rehabiliteringen. Slike tiltak kan da eventuelt videreføres på et senere tidspunkt, når brukeren føler seg klar til dette (Fekjær, 2004 kap 29; Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Etter hospitering forstår vi at enkelte fastleger er skeptiske til å være fastlege for LAR brukere. En grunn til dette kan være at enkelte brukere ønsker medikamenter i tillegg til metadon eller Subutex. Det kan være vanskelig for legen å avgjøre om ønsket om medikamenter er et forsøk på å ruse seg, eller om det er reelt behov for brukeren. Hvis legen velger å skrive ut medikamenter, for eksempel angstdempende, må dette dokumenteres i IP. Det må også dokumenteres hva som er målet med medikamentforordningen. Hvis målet for eksempel er at brukeren skal klare å ta bussen alene, uten angstsymptomer, bør det stilles krav til at brukeren forsøker å utføre dette innen en viss tid. Dette for å se virkningen av medikamentet. Hvis brukeren ikke greier å fullføre tiltaket på tross av medikamentene må dette også skrives ned. En stor fordel med denne dokumentasjonen ser man hvis pasienten kommer tilbake til legen om et halvt år og sier at han trenger noe mot angsten. Da kan legen vise til IP hvor det er dokumentert at medikamentene ikke hadde den ønskede effekten. Legen kan på denne måten unngå eventuelle ubehagelige situasjoner, hvor brukeren forsøker å utnytte legens foreskrivelsesrett av medisiner (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

4.1.3 Mangel på kunnskap

Gjennom tidligere praksis, erfaringer samt hospitering oppfatter vi at det er mange i helse- og sosialsektoren og andre instanser, som ikke har hørt om individuell plan og som ikke vet hva formålet med planen er. Ved at fagpersoner og de som har behov for individuelle tilpassede tiltak, ikke har hørt om IP, vil planen sannsynligvis ikke bli tatt i bruk, eller bli brukt som et nyttig arbeidsverktøy. Det er et mål å bryte ned barrieren om at IP er et vanskelig tilgjengelig verktøy for tjenesteytere og brukere. I arbeidet

med å bryte ned denne barrieren er det laget et tipshefte for tjenesteyteren: "Gjør det så enkelt som mulig", samt en brukerrettet brosjyre: "veien til et rusfritt liv". Disse heftene blir sendt til fylkesmann og koordinerende for rehabilitering i kommunene. Det har også blitt avholdt og det skal avholdes flere regionale konferanser om IP. Dette vil føre til at flere tjenesteytere og brukere får informasjon om IP, som egnet verktøy for å oppnå flere og bedre individuelle planprosesser. Vi ser dette som meget gode tiltak, men det er allikevel vesentlig at de ulike etater og tjenesteytere får *lik* opplæring i bruk av IP. Dette fordi det krever tverrfaglig kompetanse å utarbeide en IP (Huus, 2009; Sosial og helsedirektoratet, 2007)

4.1.4 Lite oppdatert planer

Slik vi har fått inntrykk av gjennom hospitering er det ofte at individuelle planer ikke oppdateres og blir benyttet. Oppdateringen av IP er ansvaret til den av tjenesteyterne som er koordinator for den individuelle planen. Det er forskjell på hvor langt arbeidet med utarbeidelse av IP har kommet i de ulike kommunene i landet. Dette kan sannsynligvis føre til forskjeller i rehabiliteringsprosessen, da noen har et mer velfungerende individuelt planarbeid enn andre. Vi vet om flere kommuner som har kommet langt i arbeidet med IP. Noe av grunnen til dette kan være at koordinatoren har med seg bærbar pc på hvert ansvarsgruppemøte, og planen oppdateres da direkte. Vi syns dette virker som et godt tiltak for å kunne være med på å sikre at IP blir benyttet, som det verktøyet det er ment å være. Noen kommuner har opprettet egne stillinger for utarbeidelse av et godt system for individuelt planarbeid i kommunen. Dette ser vi på som et viktig tiltak for å øke bruken og informasjon om IP. Dette vil også sikre en hurtigere fremgang i arbeidet med å kunne tilby alle som har behov og ønske om en individuelt tilpasset plan. Det er viktig for rehabiliteringen, at pasienten får den nødvendige oppfølging, støtten og motivasjon til å kunne se fremover og komme ett skritt nærmere målet. Ofte er det slik at veien blir til mens man går. Dette vil antakelig være tilfelle for mange av brukerne i LAR. Det kan være at pasienten har fått flere eller nye mål eller behov. Da er det viktig at dette blir oppdatert i planen og at det følges opp. Hvis ikke planen oppdateres vil vi ikke i senere tid kunne gå tilbake i prosessen for å se hva pasienten har prøvd av tidligere tiltak. Det er viktig at det dokumenteres hvilke tiltak og mål som har blitt utprøvd tidligere i

rehabiliteringsprosessen, og om tiltakene har vært vellykket. Dette er viktig fordi det forteller bruker og tjenesteytere *hva* brukeren har oppnådd og *hvordan* målene har blitt oppnådd. Hva trenger pasienten å jobbe videre med for å komme nærmere de fastsatte målene? Kan det bygges videre på tiltak som har vært, eller må det ses etter andre tiltak? Trengs det å innhente hjelp fra andre instanser eller faggrupper? (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

4.1.5 Oppfatninger om at IP er krevende arbeid

Det kan virke som mange har en oppfatning av at det er komplisert og tidkrevende å utarbeide en individuell plan, og at oppgaven som koordinator er krevende. Vi har hatt et uformelt møte med en person som har en prosjektstilling, som blant annet går ut på å utarbeide et godt system for bruk av IP i kommunen. Det arbeides med å få en oversikt over alle som har en IP og om den brukes. Denne personen er også koordinator for alle andre som er koordinatorene for personer med IP i kommunen. Det blir gitt veiledning, undervisning og holdt årsmøte for koordinatorene. Vi ser på dette som betydningsfullt, da mange vegrer seg for å bli koordinator. Rollen som koordinator er, som nevnt tidligere, vesentlig for å sikre oppfølgingen av pasienten og en god framdrift i planprosessen, og det er en forutsetning at denne rollen fungerer godt for at IP skal være rehabiliterende. Videre er det viktig at koordinatoren spiller på lag med brukeren, da det er han som eier planen. Pasienten har brukermedvirkning og det er han som er under rehabilitering. Det er derfor et vilkår at det er brukerens ønsker, behov og mål for rehabiliteringen det skal utarbeides en plan rundt. Som tidligere nevnt, kan mestring ses på som et resultat til økt livskvalitet. At brukeren får medvirke i sin egen plan, kan bidra til at pasienten opplever økt livskvalitet på den måten at hans selvbestemmelsesrett bevares selv om han har behov for ulik helsehjelp (Elster, 2001 kap 2; Brodtkorb m.fl 2004 kap 4; Mæland 2005 kap 2).

4.1.6 Tverrfaglig samarbeid

Ut i fra det vi har oppfattet gjennom ulik hospitering, vil et godt tverrfaglig samarbeid være et kriterium for at den legemiddelassisterte rehabiliteringen skal fungere optimalt for brukeren og dens behov for ulike, sammensatte tjenester. I LAR vil dette særlig

omfatte samarbeid mellom LAR, sosialtjenesten, fastlege og pasienten. For en bruker i LAR vil det være hensiktsmessig at flere fagpersoner vurderer situasjonen sammen, og at tiltakene samordnes mot et felles mål. Slik vi ser det kan det være en utfordring at de involverte partene tolker de ulike målene for rehabiliteringen forskjellig. For eksempel kan en fastlege legge noe annet i ordet livskvalitet, enn hva en sykepleier kan gjøre. Brukerens syn på hva livskvalitet er, vil ofte variere fra en fagpersons synspunkt. Derfor er det meget viktig at alle er bevisste på at det er brukerens mål og behov som skal være i fokus. Det er ofte mulig å oppnå bedre resultater dersom alle involverte arbeider etter brukerens målsetting og setter tiltakene inn i en sammenheng som tar utgangspunkt i en felles forståelse av brukerens situasjon. Brukermedvirkning er altså vesentlig i det tverrfaglige rehabiliterende arbeidet (Kristoffersen 2006, kap 26).

En annen utfordring kan være uenighet om arbeidsoppgaver, hvem som skal ta ansvar for hva, eller rammebetingelser som ikke kan kombineres med ønsket måloppnåelse. Slik vi ser det, bør det være klare rammer på hvem som skal utføre hva, ut i fra de ulike tjenestene. Hver yrkesgruppe må etter vår mening, ha pasientens mål som hovedfokus og tilpasse sin egen yrkesgruppes delmål ut fra disse. Det tverrfaglige samarbeidet må ta utgangspunkt i en *helhetlig* plan for pasientens livssituasjon og samlede behov, altså en individuell plan (Kristoffersen 2006, kap 26; Hummelvoll, 2004 kap 16).

Det er viktig at alle de som samarbeider, samt pasienten, er enig om de overordnede målene i rehabiliteringen. I enkelte tilfeller må pasientens familie også inngå i denne planen, der det er behov for dette. Med utgangspunkt i felles problemforståelse og felles mål utvikles en konkret plan der de enkelte yrkesgruppene sammen med brukeren bidrar til å utforme tiltakene. Yrkesgruppene skal påvirke hverandre og forsterke hverandres tiltak. I fellesskap skapes en forbindelse der yrkesgruppenes ekspertise og ressurser utnyttes bedre i utviklingen av løsninger til pasientens beste. Det er i disse situasjoner at opprettelse av en individuell plan kan bidra til å sikre det tverrfaglige samarbeidet (Ibid).

Det er ofte store utfordringer i å finne frem til praktiske samarbeidsformer innenfor ulike yrkesgrupper og etater. Som nevnt tidligere er samkjøring av kunnskap og koordinering av informasjon mellom ulike yrkesgrupper og etater nødvendig for å fatte riktige beslutninger og iverksette de riktige tiltakene raskere. IP kan være med på å sikre dette arbeidet, da det oppnevnes en koordinator, som er ansvarlig for å sikre oppfølgingen av tjenestemottakeren og en god framdrift i planprosessen (Kristoffersen 2006, kap 26).

For at den individuelle planen skal kunne styrke brukerens rehabilitering er det viktig at planen blir brukt som det verktøyet det er ment å være. Selve planen i seg selv er ikke rehabiliterende hvis ikke systemet rundt IP og pasienten fungerer. Vi har hatt uformelle dialoger med flere aktuelle personer som jobber med brukere som har krav på IP, og som jobber som koordinatører. Etter å ha snakket med flere som jobber i spesialisthelsetjenesten, er det mest utfordrende å få til et fungerende samarbeid med kommunen. Dette fordi det kan være vanskelig å få tak i de rette personene og fordi de statlige og kommunale instansene trolig har for liten kjennskap til hverandre. Med en IP kunne sannsynligvis det tverrfaglige samarbeidet fungert bedre. Dette fordi IP er et fint verktøy til tverrfaglighet, da det står i planen hvilken instans brukeren trenger bistand fra og hvem som er ansvarlig for hvilke tjenester. På en slik måte vil de ulike instansene få bedre kjennskap til hverandre (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Sett fra en annen side kan det være personavhengig hvor godt samarbeidet fungerer. Vi har gjennom hospiteringen blitt fortalt at enkelte som er med i en ansvarsgruppe, eller som er oppnevnt som ansvarlig på et område i IP, ikke gjør den jobben de skal gjøre i forhold til tjenestemottakeren. En IP forplikter tjenesteytere og tjenestemottakere, ved at den ansvarliggjør hver enkelt. Dermed vil det kanskje bli vanskeligere å forsømme sine arbeidsoppgaver. Hvis den ansvarlige for en type tjeneste ikke følger opp brukeren, må koordinatoren forsøke å finne frem til samarbeidsformer i forhold til denne personen. På denne måte vil trolig pasienten få den hjelpen han trenger. I planen beskrives også brukerens overordnede mål, slik at alle involverte vet hvilke mål de skal jobbe mot. Dette samsvarer også med forskriften om habilitering og rehabilitering. Forskrift om IP og rehabilitering og tverrfaglig samarbeid går inn i hverandre. En IP

krever tverrfaglig samarbeid og rehabilitering krever tverrfagligsamarbeid. Behovet for tverrfaglig samarbeid er størst hos brukere som har krav på en IP og som er under rehabilitering (Ibid).

4.1.7 Andre utfordringer

Gjennom tidligere praksis, nåværende hospitering og samfunnsdebatter har vi forstått at det er ulike holdninger og tanker i forhold til denne brukergruppen. Noen vil si at det er en sykdom å være rusmisbruker, andre kan igjen vurdere det som et samfunnsproblem, en lært atferd eller et moralsk avvik. Vi mener at frykten for det ukjente, samt mangel på kunnskap trolig er den største grunnen til negative holdninger. Samfunnet generelt synes å ha en nedsettende holdning til denne gruppen. Grunnen til dette kan være at det har vært et lite prioritert satsningsområde. Videre kan dette føre til at det er et lite ettertraktet yrke blant helse og sosialtjenestene. Vi mener det er synd at det er en slik holdning, da man vil møte personer med rusproblematikk innenfor de fleste områder i helse – og sosialtjenesten. På den annen side er det også viktig å få frem at det finnes mange ildsjeler og personer med engasjement og interesse for denne brukergruppen. Noen av brukerne er heldige og kan komme i kontakt med disse, mens andre igjen kan møte på de med mindre interesse og kunnskap på området. Dette kan igjen føre til en ulikhet i rehabiliteringstilbudet, noe som etter vår mening, ikke burde forekomme (Helse Øst, 2007; Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

4.2 Hendersons teori, sett i forhold til rehabilitering og IP

Som sykepleiere skal vi, etter Hendersons teori, ha fokus på de grunnleggende behovene, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at pasienten får dekket disse på best mulig måte. Vi vil nå se nærmere på fire av de fjorten grunnleggende behovene, som er mest relevante for vår problemstilling og hvordan vi som sykepleiere kan assisterte pasienten til å få dekket disse behovene.

- *”Å hjelpe pasienten til å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser”.*
- *Å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler”.*

- ”Å hjelpe pasienten til meningsfull og skapende sysselsetting”.
- ”Å hjelpe pasienten å lære, oppdage og tilfredsstillende sin nysgjerrighet på en slik måte at det fremmer normal utvikling og helse” (Kirkevold 2001, s 103, kap 5).

Mange av LAR brukerne har behov for utvidet sosialt nettverk, underholdning og fritidssysler. Dette er et av de fjorten grunnleggende behov, som Henderson beskriver. Sett ut i fra Hendersons teori skal vi som sykepleiere bidra til å legge til rette for at brukeren skal få dekket dette behovet. Når man ikke har annet nettverk enn de man forlot i rusmiljøet, blir det vanskelig å unngå kontakt med disse igjen. Mange av brukerne har også manglende møtesteder og aktiviteter hvor de får utløp for sine interesser og får brukt ressursene sine. Selv om man kommer ut av rusmiljøet, er det på ingen måte tilstrekkelig for å få et godt liv. Man trenger samfunnsintegrering, meningsfulle aktiviteter hvor man får brukt ressursene sine og et sosialt nettverk – og det er dette som er målet for en god rehabilitering. I noen kommuner finnes det ulike grupper som kan hjelpe rusmisbrukere etter de har blitt rusfrie eller startet opp med LAR. For mange vil slike selvhjelpsgrupper trolig hjelpe brukerne til å etablere et nytt sosialt nettverk og dermed kan sjansene være større for at man holder seg unna rusmiljøet man forlot. Ved å føle seg nyttig i samfunnet kan man få økt selvfølelse og en følelse av tilhørighet, noe som bidrar til at brukeren kan få økt livskvalitet, og at han holder seg unna rusmiljøet. Som sykepleiere har vi et ansvar for å informere og veilede brukeren. Ifølge Hendersons sykepleierteori opp mot vår problemstilling ser vi viktigheten av å gi brukeren tilstrekkelig informasjon om ulike selvhjelpsgrupper og aktiviteter, som kan bidra til å styrke det sosiale nettverket. Vi som sykepleiere kan hjelpe til å koble sammen personer med samme livssituasjon, som kan danne et fellesskap. Sykepleieren må også hjelpe til å opprette nye grupper og møtesteder, klargjøre frykt og forventninger. Det er viktig at brukeren selv tar initiativ og er villig til å opparbeide et sosialt nettverk. Brukerens ønsker skal prioriteres, og det er viktig at brukeren selv legger innholdet i begrepene, noe Henderson understreker sterkt. Det vil si at begrepet sosialt nettverk kan tolkes individuelt. Derfor er det viktig at vi spør brukeren om hva den legger i begrepet, slik at vi kan etterkomme hans ønsker på best mulig måte. Som tidligere nevnt, kan det være en utfordring at noen av LAR brukerne har vanskeligheter med å uttrykke behov og følelser. Etter Hendersons syn på sykepleie, skal vi legge til rette for eller hjelpe pasienten, slik at han på en bedre måte

kan klare å gi uttrykk for sine behov og følelser, noe som igjen kan være med på å styrke brukermedvirkningen. Et av målene med å ha en IP er at det til en hver tid er en som har det overordnede ansvaret, koordinator. Som nevnt tidligere må koordinator og bruker ha et forhold preget av tillit og trygghet. Dette kan igjen føre til at brukeren lettere klarer å uttrykke sine behov og følelser, noe som igjen vil styrke rehabiliteringen, da innholdet i IP kan gå i dybden på hva pasienten ønsker og har behov for i rehabiliteringen (Fekjær 2004, kap 6; Kirkevold, 2001, kap 5; Kristoffersen 2006, kap 18; Hummelvoll 2004, kap 21).

Ifølge Henderson skal sykepleieren hjelpe brukeren med skapende og meningsfull sysselsetting og lære, oppdage og tilfredsstille sin nysgjerrighet. Mange LAR brukere har ofte behov for å bli sysselsatt, i form av arbeid, skole eller andre meningsfulle aktiviteter. Slik vi tolker Hendersons teori, mener vi at sykepleieren skal assistere brukeren slik at han får benyttet sine kunnskaper. Sykepleieren må ha tillit til brukerens egne ressurser og utviklingsmuligheter, og være ydmyk for brukerens situasjon og livserfaring. Sykepleieren må motivere pasienten til å benytte sine kunnskaper, men allikevel skal man ikke gi brukeren urealistiske forhåpninger. Et eksempel kan være at vi som sykepleiere, eller andre yrkesgrupper, motiverer brukeren til videre skolegang, hvis dette er et mål brukeren har satt seg. Det er da viktig at det ikke stilles for høye krav til brukeren, men samtidig skal man heller ikke undervurdere han. Det må da trekkes inn som et mål i den individuelle planen og i samarbeid med koordinator må man deretter finne frem til rette samarbeidsinstanser, og videreføre ansvaret til den instans som viser seg å være riktig for dette målet (Kirkevold, 2001; Kristoffersen 2006, kap 21; Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Fra et sykepleieperspektiv syns vi Hendersons teori er aktuell i forhold til vår problemstilling. Grunnen til dette er at hun legger vekt på viktigheten av tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, livskvalitet og viktigheten av at brukeren skal være i sentrum i sin egen rehabilitering. Henderson ser på viktigheten av at pasienten har brukermedvirkning. Hun ser på pasienten som et selvstendig og aktivt menneske. Videre hevder hun at sykepleieren skal hjelpe pasienten på hans premisser og utføre handlinger slik pasienten selv ville gjort det, om han hadde kunnskap, krefter eller

vilje. Det som også er viktig i forhold til rehabiliteringen er at mennesket skal gjenvinne sin selvstendighet, noe som også Henderson vektlegger. Videre tolker vi det slik at hun ser viktigheten av tverrfaglighet, da hun mener at de ulike yrkesgruppene kan overlape hverandre. Tverrfaglighet er igjen viktig for at IP skal fungere som det verktøyet det er ment å være (Kirkevold, 2001 kap 5; Kristoffersen, 2006 kap 23).

5.0 KONKLUSJON

Det finnes ikke antageligvis *et* svar på denne problemstillingen, da alt går over i hverandre. Vi vil nå gi en systematisk oversikt over hva *vi* har kommet frem til gjennom arbeidet med denne oppgaven.

For at en individuell plan skal bidra til å styrke rehabiliteringen til en LAR bruker, må man ha en velfungerende plan. Dette får man ved:

- Å oppdatere planene jevnlig
- Kursing og informasjon til brukere, tjenesteyter og koordinator
- Engasjement og vilje
- Tverrfaglig samarbeid
- Brukermedvirkning

Når planen er velfungerende, kan dette føre til:

- Klarere avtaler
- Bedre oversikt
- Økt brukerfokus
- Økt brukemedvirkning
- Økt livskvalitet for bruker
- Klare mål og tiltak
- Tillit og trygghet
- Økt kunnskap for bruker
- Økt kunnskap for tjenesteyter

Til sammen vil dette føre til at brukeren får en helhetlig plan, noe vi mener vil styrke rehabiliteringen til en LAR bruker.

Hendersons teori gir oss som sykepleiere en bedre forståelse av viktigheten for å se det enkelte menneskets behov og assistere mennesket tilbake til selvstendighet, så godt det lar seg gjøre. Dette er hovedmålet for rehabilitering.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven så vi også at en annen interessant problemstilling kunne vært: Hvordan kan man styrke rehabiliteringen i LAR gjennom oppfølging av brukere i midlertidig botilbud?

6.0 ETTERORD

Da vi først lærte om individuell plan på skolen, syns vi at det var kjedelig og tørt stoff. Vi hadde opprinnelig ikke tenkt at oppgaven skulle omhandle individuell plan, men da vi så viktigheten av IP som et verktøy i rehabiliteringen av LAR brukere, ble det brått mer interessant.

Etter å ha arbeidet sammen i tidligere utførte oppgaver, valgte vi i å gjøre dette i denne avsluttende eksamenen i sykepleie. På den måten har vi fått diskutert godt, samt fått ulike synspunkter gjennom hele oppgaven, men det har til tider vært en utfordring å være fire personer på gruppen. Dette fordi alle har sine egne meninger og vi har måttet ta hensyn til hverandre. Vi ser også styrken ved dette, da alle har måttet argumentere godt for sine synspunkter. På denne måten har vi kvalitetssikret hverandre.

Vi begynte tidlig å tenke på *hva* vi egentlig ville finne ut av. Gjennom prosessen kom vi frem til flere aktuelle problemstillinger som pirret nysgjerrigheten vår, før vi kom frem til en endelig problemstilling. Vi forstod etter hvert, at mye av prosessen med denne avsluttende eksamenen var alt forarbeidet med å komme frem til en problemstilling. Vi har fordelt arbeidsoppgaver samt arbeidet en del sammen.

Vi synes vi har lært mye gjennom denne perioden. Spesielt da vi underveis har hospitert på ulike steder og snakket med dyktige fagpersoner. Vi har lært mye om hvordan en individuell plan kan bidra til å styrke rehabiliteringen i LAR, samt viktigheten av et godt tverrfaglig arbeid.

Vi har benyttet oss mye av vår veileder, og har på forhånd forberedt oss med spørsmål, slik at vi fikk mest mulig ut av veiledningen. For hvert møte kom vi nærmere målet, men veiledningen førte også til nye spørsmål, som vi måtte reflektere rundt i etterkant.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven, hadde vi vanskeligheter med å skille rehabilitering, individuell plan og tverrfaglighet fra hverandre. Det var først da vi kom til konklusjonen at vi ropte Eureka! Da så vi klart sammenheng av alt vi hadde kommet

frem til. Vi har hele tiden vært dette bevisst, men det var først da vi så det helt systematisert og klart for oss. Dette har vært en tidskrevende, spennende og læringsfull prosess og vi er fornøyd med sluttresultatet.

.

LITTERATURLISTE

Bøker:

Brodtkorb, Elisabeth m.fl (2004). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Dansk sygeplejerråd (2005). *Sygeplejens fundament 1*. 1. Utgave. København: Nyt nordisk forlag, Arnold Busck. (17 sider)

Elster, Ellen (2001). *Eldre og medvirkning*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

*Fekjær, Hans Olav (2005). *RUS – bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 2. Utgave, 2. Opplag. Oslo: Gyldendal akademisk. (17 sider)

*Huus, Gitte (2009). *Opptrappingsplan for rusfeltet – statusrapport 2008, IS 1660*. Oslo: Oslo forlagstrykkeri. (13 sider)

Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *HELT – ikke stykkevis og delt*. 6. Utgave 1. Opplag. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Høgskolen i Gjøvik (2008). *Undervisningsplan, studienehet 3, avdeling for helse, omsorg og sykepleie, seksjon sykepleie*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik

*Kirkevold, Marit (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. 2. Utgave, 2.opplag. Oslo: Gyldendal (27 sider)

Kringlen, Einar (2003). *Psykiatrici*. 7. Utgave, 2. Opplag. Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl (2006). *Grunnleggende sykepleie bind 1, 3, 4*. 2.opplag. Oslo: Gyldendal

Molven, Olav (2006). *Helse og jus – en innføring for helsepersonell*. 5. Utgave, 1. Opplag. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Mæland, John Gunnar (2005). *Forebyggende helsearbeid*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Trykksakekspedisjonen. (56 sider)

Internett:

*Arbeids og inkluderingsdepartementet (1996/1997) St.mld 34 1996/1996 -Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede, og veien videre. [online] URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/regpubl/stmeld/19961997/stmeld-nr-34_1996-97.html?id=191142 (25.04.09) (1 side)

*Hansen, Mona, Hege Kornør og Helge Waal (2004). *Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge - En rapport til sosial- og helsedirektoratet* [online] URL: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/UIO-SKR-7_2004_hovedr_1428a.pdf. (01.04.09) (38 sider)

*Helsedirektoratet (2005). *Legemiddelassistert rehabilitering – LAR*. [online] URL: http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/behandling/lar/legemiddelassistert_rehabilitering_lar_10736. (27.04.09) (1 side)

*Helse og omsorgsdepartementet (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. [online] URL: <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010628-0765.html> (21.04.09) (18 sider)

*Helsedirektoratet (2009). *Samhandling gir god praksis – eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering*. [online] URL:

[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/samhandling_gir_god_praksis
br_eksempler_p_nytten_av_habilitering_og_rehabilitering_376064](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/samhandling_gir_god_praksis_br_eksempler_p_nytten_av_habilitering_og_rehabilitering_376064) (21.04.09)
(50 sider)

*Helse Øst, LAR innlandet (2007). *Viktig å vite som fastlege i LAR – fastlegens oppgaver innenfor LAR og informasjon om LAR innlandet*. [online] URL:
http://www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=7284. (24.03.09) (21
sider)

*Rossine, Berit Kolberg (2006) *Kunnskapsgrunnlag for LAR-retningslinjer* [online]
URL:[http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&
_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref1
34_67727_134_67714_67714.articleId=54764](http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=54764) (29.04.09) (1 side)

*Selvvalgt litteratur = ca. 250 sider.