



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 28.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 556

Antall ord: 8132



Høgskulen
på Vestlandet

Recovery som tilnærming i psykisk helsearbeid.

Høgskulen på Vestlandet, Bachelorutdanningen i sykepleie,
Haugesund, april 2017.

Kull 2014.

Antall ord: 8132

Sammendrag

Tittel: Recovery som tilnærming i psykisk helsearbeid

Bakgrunn for valg av tema: 1 av 4 har til enhver tid utfordringer med sin psykiske helse, og alvorlige psykiske lidelser kan redusere levetiden med opptil 20 år. Recovery er en tilnærming Helsedirektoratet mener bør prege helsetjenesten i årene fremover. Den skal bidra til å øke brukerens håp for bedring, hans identitet, mening i livet og evne til å ta personlig ansvar for eget liv.

Problemstilling: Hva mener voksne brukere med psykiske lidelser bidrar til recovery, og hvordan kan sykepleieren bruke disse erfaringene i sin yrkesutøvelse?

Hensikt: Formålet med bacheloroppgaven er undersøke hva brukere med psykiske lidelser mener bidrar i recoveryprosessen og hvordan brukerne mener sykepleiere kan bidra i deres prosess. Jeg håper oppgaven kan øke forståelsen til sykepleiere om recovery som tilnæringsmåte i møtet med denne brukergruppen.

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen.

Funn: Det kommer frem av forskning at de fleste brukere har sin egen definisjon av recovery, og det som går igjen er at definisjonen som regel er fremtidsrettet. Aksept og støtte er viktige bidrag i prosessen, sammen med håp, brukermedvirkning og deltagelse i sosiale kontekster. Sykepleierens bidrag er viktig, men det er viktig at bidraget skjer på brukerens premisser. Sykepleieren bør tilstrebe å inkludere brukeren i utviklingen av hans tjenestetilbud, aktivt lytte i samtaler og skape en terapeutisk relasjon.

Oppsummering: Recovery er noe brukeren selv aktivt må ta ansvar for. Sykepleiere kan bidra på flere områder, men viktigst er det å skape en trygg og terapeutisk relasjon med brukeren der brukermedvirkning er hovedingrediensen for et godt samarbeid.

Nøkkelord: Recovery, Håp, Identitet, Ansvarsgjøring, Relasjon, Brukermedvirkning.

Abstract

Title: Recovery as an approach in mental healthcare.

Background: 1 in 4 have challenges with their mental health at all times, and severe mental illnesses can reduce the life span by up to 20 years. Recovery is an approach The Directorate of Health believes that should emphasize health services in the years to come. It will help increase the user's hope of recovery, his identity, meaning in life and the ability to take personal responsibility for his or her own life.

Research question: What does adult psychiatric users mean contribute to recovery, and how can the nurse use these experiences in their professional practice?

Aim: The purpose of this bachelor thesis is to investigate what users with mental disorders thinks contributes in the recovery process, and what the users believe nurses can contribute with in their process. I hope the thesis can increase nurses understanding about recovery as an approach in meetings with this patientgroup.

Method: The Bachelor's thesis is a literature study in which research and professional literature has been used to elucidate the issue.

Findings: Research shows that most users have their own definition of recovery, and the definition is usually forward-looking. Acceptance and support are important contributions in the process, together with hope, user involvement and participation in social contexts. The nurse's contribution is important, but it is important that the contribution takes place on the user's premises. The nurse should strive to include the user in the development of his services, actively listen in conversations and create a therapeutic relationship.

Summary: Recovery is something the user himself actively has to take responsibility for. Nurses can contribute in several areas, but most importantly it is to create a safe and therapeutic relationship with the user where user involvement is the main ingredient for good cooperation.

Keywords: Recovery, Hope, Identity, Responsibility, Relationship, User involment.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----|--|----|
| 1.0 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Problemstilling..... | 1 |
| 1.3 | Presiseringer og avgrensninger i oppgaven..... | 2 |
| 1.4 | Hvorfor er tema og problemstilling relevant for sykepleiere | 2 |
| 1.5 | Definisjon av sentrale begrep..... | 2 |
| 2.0 | Teori..... | 3 |
| 2.1 | Sykepleiefaglig perspektiv | 3 |
| 2.2 | Recovery | 4 |
| | Figur 2.2.1. Tradisjonell tilnærming og recovery tilnærming (Slade, 2015). | 6 |
| 2.3 | Relasjonens betydning | 6 |
| 3.0 | Metode | 7 |
| 3.1 | Hva er metode..... | 7 |
| 3.2 | Litteraturstudie som metode..... | 8 |
| 3.3 | Kilder og kildekritikk..... | 9 |
| 3.4 | Forskningsetikk, personvern og etiske overveielser | 9 |
| 3.5 | Fremgangsmåte literatursøk | 10 |
| 4.0 | Resultat..... | 11 |
| 4.1 | Artikkel 1..... | 11 |
| 4.2 | Artikkel 2..... | 12 |
| 4.3 | Artikkel 3..... | 13 |
| 4.4 | Artikkel 4..... | 14 |
| 4.5 | Hovedfunn..... | 15 |
| 5.0 | Drøfting | 15 |
| 5.1 | Pasientens indre prosess..... | 15 |
| 5.2 | Sykepleierens holdning og relasjon til pasienten | 18 |
| 5.3 | Sosiale forhold i recoveryprosessen | 20 |
| 5.4 | Praktiske forhold i recoveryprosessen | 20 |
| 6.0 | Konklusjon | 22 |
| | Referanseliste | 24 |

| | |
|--|----|
| Vedlegg 1 – Søkeprosessen | 27 |
| Vedlegg 2. Oppsummering av hovedfunn i korte trekk. | 28 |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1 av 4 har til enhver tid utfordringer med sin psykiske helse (World Health Organization, 2015). For personer med alvorlige psykiske lidelser kan levetiden reduseres med hele 15-20 år (Karlsson og Borg, 2013, s. 91). Psykiske lidelser påvirker ikke bare den som sliter, men også de rundt, som familie, venner og samfunnet (World Health Organization, 2015). Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte utfordringer, der det for noen går som hånd i hanske med et rusmisbruk. Lidelsen kan få følger som påvirker identiteten, selvfølelsen, relasjoner, det sosiale, i utdanning og arbeid, og det kommer til uttrykk fysisk og psykisk (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 85).

Ingen skal defineres som for syke eller lidende til å leve et verdig og meningsfylt liv (Karlsson og Borg, 2013, s. 65). Recovery er en tilnærming som i de senere årene har blitt vektlagt i den psykiske helsetjenesten, og som ifølge Helsedirektoratet (2014) et perspektiv som bør prege helsetjenesten fremover. Recovery skal bidra til å øke brukerens håp, identitet, mening i livet og hans personlige ansvar (Slade, 2015).

Min interesse for psykiatrifeltet debuterte før jeg startet på bachelorutdanningen i sykepleie, men har vokst jevnt og trutt gjennom studietiden. I alle praksiser har jeg møtt pasienter som har slitt med psykiske lidelser eller plager, og har hatt behov for bistand for å mestre utfordringene. Noen har hatt forbigående utfordringer, mens andre har vært psykisk syke store deler av sitt liv. Feltet har fasinert meg, og lenge har jeg ønsket å vite mer om hva brukerne mener hjelper når de har det vanskelig. Recoverybegrepet møtte jeg første gang i psykiatripraksis, og opplevde her at helsearbeiderne syntes begrepet var vagt og vanskelig å forstå. Dette er grunnen til at jeg har valgt recovery og psykisk helse til bacheloroppgaven. Dette valget fører med seg økt forståelse og kunnskap, som kan brukes til å hjelpe brukerne i deres recoveryprosess.

1.2 Problemstilling

Hva mener voksne brukere med psykiske lidelser bidrar til recovery, og hvordan kan sykepleieren bruke disse erfaringene i sin yrkesutøvelse?

1.3 Presiseringer og avgrensninger i oppgaven

Denne oppgaven vil omhandle Recovery innenfor feltet psykisk helsearbeid til voksne brukere fra 18-65 år, med og uten rusproblematikk, Selv om oppgaven ikke omtaler rusproblematikk i stor grad, vil det være unaturlig å ikke nevne rusproblematikk, da mange brukere har ROP- lidelser (samtidig rus- og psykisk lidelse).

Jeg har valgt å inkludere alle pasienter uavhengig av hvor de mottar behandling og bistand, da recovery kan brukes i alle ledd av helsetjenesten.

Med bakgrunn i oppgavens ordbegrensning, har jeg valgt å kun fremheve noen av hovedfunnene i drøftingen, da ordrammen ikke tillater at jeg drøfter dem alle.

Ordet psykisk lidelse/sykdom vil i denne oppgaven referere til plager som påvirker den enkelte, uansett kontekst.

Brukeren vil omtales som han og sykepleieren som henne i oppgaven, selv om både sykepleier og bruker kan være av begge kjønn. Dette for å gjøre oppgaven mer leservennlig.

1.4 Hvorfor er tema og problemstilling relevant for sykepleiere

Sykepleiere skal ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.3 (Norsk sykepleierforbund, 2016) ivareta brukerens behov for helhetlig sykepleie. Dette innebærer at brukeren får bistand til å ivareta sine fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov. Dette er noe som recoverybegrepet tar sikte på å bistå brukeren til selv å ta grep om.

I heftet Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser (Helsedirektoratet, 2012) legges det også vekt på at recovery er sentralt i arbeidet med psykisk syke, og som nevnt tidligere er det denne tilnæringsmåten som anbefales i helsetjenesten i tiden fremover (Helsedirektoratet, 2014). Det vil derfor være relevant for sykepleiere å ha kunnskap om recovery.

1.5 Definisjon av sentrale begrep

Recovery: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2010), heretter kalt NAPHA, henviser til den norske oversatte versjonen av William A. Anthony's definisjon av recovery:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv.

Psykiske lidelser:

Samspeilet mellom individet og hans omgivelser vil reflektere hans psykiske helse. Psykiske lidelser kan komme av ulike biologiske, psykologiske eller sosiale årsaker. Lidelsen beskrives ut fra symptomenes art, grad og varighet. Symptomene kan oppleves mer plagsom for noen enn andre, men i hovedtrekk er det i hvilken grad de påvirker sosiale relasjoner og hverdagslivets aktiviteter som har størst betydning for den enkelte (Helsedirektoratet, 2014)

- Psykiske lidelser er psykiske plager med en intensitet som gjør at de kan diagnostiseres i henhold til ICD 10 (Norsk psykologforening, u.å.)

Relasjon: Relasjon karakteriseres av felles kommunikasjon og interaksjon (Karlsson og Borg, 2013, s. 144)

2.0 Teori

Oppgaven bygger blant annet på Joyce Travelbee's interaksjonsteori, hennes menneske til menneske syn og betydningen av relasjonen i møtet med enkeltindividet, teori fra NAPHA og fagbøker, samt forskningsartikler.

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier og var lærer og leder ved en sykepleierutdanning i USA (Travelbee, 1999, s. 5).

Travelbee (1999, s.29) definerte sykepleie på følgende måte:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikanten hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»

Travelbee (1999) så sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Hun var opptatt av at mennesker stadig er i endring, i vekst og utvikling gjennom livet, og at hvert individ er en unik person, og derfor skal pasienten vi utøver sykepleie til være i sentrum.

Gjennom å etablere et menneske- til menneskeforhold vil sykepleieren oppnå sine mål og sin

hensikt, noe som kan ses på som å hjelpe pasienten og/ eller hans familie. Her vil sykepleieren og pasienten dele opplevelser og erfaringer slik at pasientens behov for sykepleie blir ivaretatt. Hun skriver at behovene blir ivaretatt når sykepleieren anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemer, kombinert med å bruke seg selv som sykepleier terapeutisk. Sykepleieren har en åpen holdning og har kunnskap uten å opptre belærende ovenfor pasienten. Ved å være oppmerksom på hvordan væremåte og adferd er ovenfor pasientene, kan man lettere skape virksomme relasjoner til pasientene (1999, 29-36). Travelbee skriver at sykepleieren har to hovedfunksjoner i sitt arbeid. Det ene er å hjelpe pasienten som et enkeltindivid, men også hans familie eller samfunnet til å forebygge eller mestre lidelse og sykdom. Det andre er å hjelpe de til å finne meningen i sykdommen eller lidelsen de har (1999, s. 48).

Sykepleieren har også som oppgave å hjelpe brukeren til å holde fast på håpet og unngå håpløshet, mener Travelbee (1999, s. 123). Dette kan sykepleieren gjøre ved å stille seg selv tilgjengelig ovenfor brukeren og være oppriktig villig til å bistå. Hun ser på håpet som en motiverende faktor som bidrar til at mennesker er i stand til å mestre utfordringer som tap, ensomhet og lidelse.

2.2 Recovery

Fagbegrepet recovery har sin opprinnelse fra USA der det i 1960- årene var knyttet til menneskerettigheter for pasienter i psykiatrien. De siste årene har begrepet blitt mer og mer brukt i Norge. Recovery blir ofte oversatt til «bedring» og «tilfriskning» (Myhra, 2012, s. 125). Recovery er ikke knyttet til en bestemt lidelse, behandlingstilbud eller intervensjon. Det refererer til hva pasientene selv kan gjøre for å håndtere sine psykiske lidelser eller vansker i samarbeid med ressursene som finnes rundt de (Karlsson og Borg, 2013, s. 67).

Perspektivet bygger på systematisert kunnskap om brukeres egne erfaringer med å komme seg igjennom, eller å leve med ROP-lidelser. Samtidig handler recovery om å ta kontrollen tilbake, retten til å ha valg- og påvirkningsmuligheter og retten til å ha et reelt samarbeid med helsetjenesten (Karlsson og Borg, 2013, s. 66). Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunktet i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene problemet kan forårsake (Helsedirektoratet, 2014).

Selv om recoveryprosessen handler om personlig bedring, har ofte familie og andre støttepersoner en avgjørende rolle. I tillegg til støttepersoner er sosial inkludering sentralt (NAPHA, 2010).

Å støtte pasientens personlige recovery innebærer å gå fra å fokusere på å behandle sykdom til å fokusere på økt trivsel. Det innebærer en endring der profesjonelle modeller blir en del av en helhetlig forståelse av personen. Forståelsen kan fremmes gjennom den personlige recoverymodellen, som baseres på fire recoveryområder:

- Håp, som en hyppig rapportert komponent i recovery
- Identitet, deriblant gjeldende og fremtidig selvbylde
- Mening i livet, deriblant mening med livet og livsmål
- Personlig ansvar, evnen til å ta personlig ansvar for sitt eget liv (Slade, 2015).

Forskjellene mellom tradisjonell tilnærming og recovery tilnærming beskrives lettfattet i «100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell» (Slade, 2015). I tabellen under vil noen av disse vise forskjellene på tilnæringsmåter.

Figur 2.2.1. Tradisjonell tilnærming og recovery tilnærming (Slade, 2015).

| Tradisjonell tilnærming | Recovery tilnærming |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| Faktaorientert | Verdiorientert |
| Profesjonelt ansvar | Personlig ansvar |
| Kontroll | Valg |
| Makt over mennesker | Fremmer makt over eget liv |
| Vitenskapelig | Humanistisk |
| Diagnose | Personlig mening |
| Behandling | Vekst og utvikling |
| Fokusering på sykdommen | Fokusering på personen |
| Sykdomsorientering | Ressursorientering |
| Fokusering på symptomreduksjon | Fokusering på håp og drømmer |
| Personen tilpasser seg behandlingen | Behandlingen tilpasses brukeren |
| Ekspert koordinerer omsorgen | Selvstyring |
| Bekjempe sykdom | Fremme helse |
| Gjenopprette normalt tilstand | Endring (Slade, 2015). |

2.3 Relasjonens betydning

Relasjon mellom pasient og sykepleier kan være et viktig bidrag i recoveryprosessen for mange. Recoverytilnærmingen beskriver hva fagpersonene kan gjøre for å støtte opp under personers egen recoveryprosess. Kjernen i recoverytilnærmingen er at man beveger seg fra "pasientsentrert" til "personsentrert" hjelp (NAPHA, 2010). Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 84) skriver at å være i en relasjon med et annet menneske innebærer at man påvirkes av den andres situasjon, og uten å påvirkes følelsesmessig av den andres situasjon, kan det vært vanskelig å forstå hans opplevelse.

Gjensidighet i relasjonen er et grunnlag for etikk, nestekjærlighet og god omsorg (Kristoffersen og Nortvedt, 2011, s. 85) Slade (2015) sier at en recoveryorientert helsetjeneste kjennetegner at det er brukeren som er den som tar de endelige beslutningene, så sant det ikke foreligger overstyrende lovmessige forhold. Dette betyr ikke at profesjonelle alltid skal gjøre det pasienten sier; en sykepleier kan selvfølgelig ikke handle uetisk eller samarbeide med en

pasient om skadelig adferd. Den grunnleggende holdningen er imidlertid aktivt å la seg lede av pasienten. Dette betyr at et profesjonelt perspektiv kan være en av flere nyttige måter å forstå personens opplevelser på, men ikke den eneste mulige. Gjensidighet brukes for beskrive denne typen partnerskapsrelasjon – vissheten om at vi alle har overvunnet hindringer, og at det er nyttig å sette fokus på dette fellesskapet. Sykepleiere er forberedt på å arbeide side om side med pasienten og kan derfor være mer åpen ovenfor han. Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 85) påpeker at relasjonen må bygges opp med tillitt, og at sykepleieren derfor må være personlig ovenfor mennesker man ikke kjenner slik at denne kan få grobunn. Helsedirektoratet (2014) påpeker at i behandlingsalliansen mellom bruker og den som utøver tjenestene bør den gode relasjonen vektlegges.

Når den gode relasjonen er opprettet, er det viktig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens recovery. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Metoden er et hjelpemiddel til bruk ved innhenting av opplysninger og informasjon vedrørende det man ønsker å undersøke. Avhengig av forskningsspørsmålet velges den metoden man mener gir best mulig svar som belyser forskningsspørsmålet på en faglig og interessant måte, men man legger også vekt på hva som er praktisk gjennomførbart, etisk riktig, økonomisk- og tidsmessig realistisk. Uansett hvilken metode forskeren velger å bruke, bidrar forskningen til økt forståelse av samfunnet man lever i, enten det omhandler enkeltindivid, grupper eller andre deler av samfunnet og hvordan disse handler og/eller samhandler i en gitt kontekst (Dalland, 2012, s. 112).

Min bacheloroppgaven tar for seg litteratursøk som metode, og belyser forskningsartikler som tar for seg ulike metoder i sine studier. Artikkene jeg bruker er to enkeltstudier og en oversiktsstudie som tar for seg kvalitativ metode, samt en oversiktsstudie som tar for seg både kvalitative og kvantitative artikler. Derfor velger jeg å belyse forskjellene mellom de ulike metodene.

Kvantitativ metode sikrer forskeren svar på eksakte spørsmål, og gir deltageren liten mulighet til å utbrodere svarene sine. Den vanligste utformingen er spørreskjema med faste

svaralternativer, men kan også gjøres gjennom strukturerte og systematiske observasjoner. Informasjonen samles inn uten å være i kontakt med deltageren, noe som gir forskeren mulighet til å nå ut til flere og dermed får en høyere deltagerandel. Svarene omgjøres til data som gir målbare enheter og disse kan for eksempel brukes til å finne et gjennomsnitt eller en prosentandel av et fenomen.

Ved bruk av *kvalitative metoder* går forskeren mer i dybden med ønske om å få frem en sammenheng og en helhet. Deltagerne svarer på spørsmål gjennom intervju, der intervjuet kan endre seg ut fra hvem forskeren intervjuer, og er avhengig av hvilken informasjon deltageren gir. Svarene kan aldri gi målbare enheter, da de formidler deltagerens meninger og opplevelser. Metoden kan også utføres med ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2012, s. 112-114). Systematiske oversiktsartikler kan inneholde begge metodene, og oppsummerer studier samt sammenstiller studienes resultater. Disse har strenge krav til kvalitet- og utvalgsriterier (Dalland og Trygstad, 2012, s. 79).

3.2 Litteraturstudie som metode

I sykepleierutdanningen er det vanlig å utføre systematiske litteratursøk som former et litteraturstudie i bacheloroppgaven (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). En litteraturstudie systematiserer eksisterende kunnskap. Dette innebærer å gå kritisk gjennom og til slutt sammenfatte kunnskapen man har funnet (Thidemann, 2015, s. 79-80). Thidemann (2015, s. 80-81) sier at en god litteraturstudie kjennetegnes ved at:

- Problemstillingen er avgrenset og har en presis formulering.
- Har en hensikt som er tydelig beskrevet.
- Metodevalget er begrunnet.
- Søkestrategi og søkehistorikk er presentert tydelig.
- Alle vitenskaplige artikler er oppsummert i en litteraturmatrise.
- Kriteriene for å inkludere eller ekskludere artikler er begrunnet.
- Inneholder beskrivelse av hvordan tekstene i de inkluderte artiklene er analysert.
- Resultatene er presisert og diskutert.
- Informasjonen kommer fra flere kilder, og kildene er relevante.
- Problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål blir besvart i konklusjonen.
- Litteraturstudien er velskrevet, har en logisk struktur og er objektivt fremstilt (Thidemann, 2015, s. 79-81).

3.3 Kilder og kildekritikk

Ordet kilde brukes om opphavet til kunnskapen man benytter (Dalland og Trygstad, 2012, s. 63). Litteratur er et grunnlag i en oppgave, og hvorfor man har benyttet valgt litteratur bør fremkomme, slik at oppgavens troverdighet styrkes (Dalland og Trygstad, 2012, s. 67).

Kildekritikk handler om å bruke kildene på en reflektert og informert måte (Christoffersen et al., 2015, s. 60). Når man finner kilder man kan tenke seg å benytte i et arbeid, må kilden først vurderes. Den må vurderes i forhold til kvalitet, noe som forteller om kildens troverdighet og gyldighet, men man må også se på hvilken relevans den har for oppgaven (Dalland og Trygstad, 2012, s. 72-74). Kildekritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det materialet man bruker i oppgaven. I fagfelt som vokser raskt, kan det for eksempel være nødvendig å si noe om hvor oppdatert kilden er i forhold til dagens situasjon skriver Dalland og Trygstad (2012, s. 73). Når det kommer til kildekritikk skal man frem til de metodene som brukes for å fastslå om kilden er sann. Gjennom verifisering skiller man spekulasjon fra virkelighet, og man skal gjøre rede for at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildene man bruker i oppgaven. Grunnlaget for å utøve kildekritikk er kunnskap, på denne måten har man et grunnlag for å vurdere kunnskapen problemstillingen krever (Dalland og Trygstad, 2012, s. 67-74)

3.4 Forskningsetikk, personvern og etiske overveielser

Etikk handler om vurderinger og overveielser i forhold til ei handling, over normer for riktig oppførsel. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet til deltagerne og sikre troverdigheten av forskningsfunnene. Videre handler det om å ivareta deltagerne slik at de ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger ved å delta i forskningen. For å ivareta deltagerens integritet og velferd, samt samfunnets behov for forskning har man forskningsetiske retningslinjer og forskningsetiske komiteer oppnevnt av Kunnskapsdepartementet. Ved all forskning som berører mennesker skal det søkes forhåndsgodkjenning (Dalland, 2012, s. 94-98). Personopplysningsloven (2000) har som formål å hindre at personvernet blir krenket, og bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn. Loven sier også noe om hvordan opplysninger skal behandles, men også hva som kreves i forhold til forskning og studentprosjekter.

Kilder man bruker i studentarbeid kommer fra andre, og kopiering av andres arbeid kalles plagiat. Plagiat kan forekomme når man henviser til en kilde ukorrekt eller lar være å kildehenvise (Dalland og Trygstad, 2012, s. 80).

3.5 Fremgangsmåte literatursøk

Jeg valgte å utforske databasene SveMed+, PubMed, PsycINFO og Cinahl i søket etter relevante artikler, men endte til slutt opp med bruke artikler fra databasen Cinahl. Denne databasen var mest relevant å bruke i søket etter artikler som finner svar på min problemstilling, da databasen inneholder kvalitativ forskning om pasienterfaringer, men også den databasen som ga flest relevante artikler. Etter å ha lest artikler som omhandlet recovery, brukte jeg MeSH ord aktivt, noe som hjalp meg å avgrense søkene. MeSHordene jeg brukte var: personal recovery, recovery, patient centered care, mental health, mental health nursing, mental disorders, mental illness og patient satisfaction. Ordene ble brukt alene eller i kombinasjon med hverandre. Søkene måtte avgrenses ytterligere for å få mer relevante treff for min problemstilling. Jeg avgrenset søkene til å ekskludere artikler som var publisert før år 2010 og 2012 avhengig av hvilke søkord som ble brukt. Fremgangsmåten i søkeprosessen er presentert i vedlegg 1. Når jeg fant forskningsartikler jeg ønsket å benytte måtte jeg først vurdere om de kunne brukes i min oppgave. Sjekklisten utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2017) var til god hjelp for å fastslå troverdigheten, relevansen og gyldigheten av artiklene. Det var viktig å undersøke om artiklene jeg ønsket å benytte hadde overveid forskningsetikken, vernet om personvernet til deltagerne i studien eller fått godkjenning av etisk komitè, noe alle artiklene hadde. Siden oppgaven omhandler en sårbar gruppe deltagere, var det viktig at forskningen også hadde tanker om sårbarheten til sine deltagere.

Jeg har etterstrebet å bruke primærkilder, men dette lot seg ikke alltid oppdrive. Kildene er av nyere tid, slik at de er relevante for oppgaven. Artiklene som er brukt i denne oppgaven er fra 2013-2015 noe som er innenfor kriteriene jeg satte for søkene. Når artiklene ble analysert så jeg på gyldighet, troverdighet og relevans for min oppgave. Drøftingen av artiklene er gjort ut fra mine tolkninger av deres funn.

Jeg har vært nøye med riktig henvisning av kilder og prøvd å unngå direkte avskrift for å unngå plagiat av andres arbeid.

4.0 Resultat

Jeg vil her presentere utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling.

4.1 Artikkel 1

Milbourn, McNamara & Buchanan, (2014). Do the everyday experiences of people with severe mental illness who are «hard to engage» reflect a journey of personal recovery?.

Hensikt: Hensikten var å beskrive recoveryerfaringen til pasienter som har alvorlige psykiske lidelser som har fått merkelappen «vanskelig å engasjere».

Utvalg og metode: Kvalitativ studie. 11 pasienter i Australia med alvorlige psykiske lidelser ble intervjuet i løpet av en periode på 12 måneder i 2013. Utvalget var 3 kvinner og 8 menn i alderen 31-53 år.

Funn: Tre hovedtema ble funnet i studien:

1. «Personlig forståelse av recoverybegrepet»: Det å ha en personlig definisjon og tolkning av begrepet innvirker på hvordan pasientene ser på sin egen psykiske lidelse, forventninger og håp de hadde for fremtiden.
2. «Organisasjonsstruktur»: Begrensninger til å ta egne valg rundt deres psykiske helse, medikamenter og hvilke rettigheter de hadde ble forårsaket av eksterne strukturer, og ble en barriere for pasientenes recoveryprosess. Brukerne påpekte viktigheten av deltagelse.
3. «Daglige rutiner»: Struktur på dagene var essensielt, men ofte påvirket av støtteapparatet i forhold til medisinaladministrering og andre gjøremål. Pasientene opplevde dagene som ensformige. I tillegg til disse tre hovedtemaene kan det se ut til at strukturen på støtten pasienter med alvorlige psykiske lidelser som får merkelappen «vanskelig å engasjere» ikke er god nok. Studien sier også at gapet mellom teorien og de personlige erfaringene pasientene har ikke samstemmer.

Relevans for oppgaven: Studien er relevant for oppgaven, da pasientene man møter i psykiatrisk helsetjeneste er forskjellige. Noen er veldig engasjerte og klar for recovery, mens andre mangler noe engasjement og ikke orker mer enn å eksistere. Av og til kan man høre fra helsearbeidere at pasienten er «vanskelig å få i gang», og man har en utfordring med å motivere og hjelpe de. Det kan derfor være nyttig å se hva disse pasientene ser på som recovery, og hva som er barrierer for en recoveryprosess.

4.2 Artikkel 2

Newman, O'Reilly, Lee & Kennedy, (2015). Mental health service users' experience of mental health care: An integrative literature review.

Hensikt: Hensikten var å identifisere voksne pasienters (18- 65 år) erfaringer med psykisk helsetjeneste, og hvordan de opplever støtte og omsorg for å fastslå i hvilken grad disse prinsippene er innebygd i de moderne modellene i psykisk helsetjeneste.

Utvalg og metode: Oppsummert forskningen. 34 artikler ble inkludert, der 12 var kvantitative, 13 kvalitative, 6 var mixed methods (både kvantitativ og kvalitativ metode i samme artikkel) og 3 oversiktsartikler. Artikkelsøket gikk fra år 2008-2012.

Funn: Tre hovedfunn ble belyst.

1. Å anerkjenne at man har en psykisk lidelse og søker hjelp. For mange kan dette være vanskelig, og personene sliter alene uten å oppsøke hjelp.
2. Relasjon. Relasjonsbygging er visst å være viktig i møtet med brukere av helsetjenesten for å møte deres behov og forventninger. Å bli satt pris på og ha en tilknytning til personalet og å kunne stole på sykepleieren er essensielt, men det tar tid å skape relasjonen. Viktig å bli lyttet til, og få være med å delta i behandlingen og utforming av tjenestene de mottar (brukermedvirkning) og gitt valgmuligheter. Å jobbe mot samme mål krever god kommunikasjon og god relasjon.
3. Kontinuitet. Hvor enkelt det var å få tilgang til helsetjenesten og deres tilbud var viktig for brukerne. Å få bistand til å orientere seg i tjenesten var noe deltagerne la vekt på. Deltagelse i planlegging og utforming av tjenestene de skulle motta var svært viktig for brukerne. Barrierer for å oppsøke helsetjenester kunne være av praktiske forhold som transport og stigmatisering av psykiske lidelser i samfunnet. Selv om pasienten uttrykker at de er fornøyde med helsetjenesten, er det fremdeles noen punkter man finner problematisk.

Relevans for oppgaven: Artikkelen belyser relasjonens betydning og kontinuiteten i helsetjenesten, og hvor viktig brukerne synes dette er. Den omtaler også flere av aspektene i recoverymodellen som personlig ansvar og identitet.

4.3 Artikkel 3

Salzmann-Erikson, (2013). An Intergrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities.

Hensikt: Hensikten var å identifisere hva personer med psykiske lidelser erfarer bidrar til recovery.

Utvalg og metode: Studien er en systematisk oversikt som inkluderer 14 kvalitative fagfellevurderte forskningsartikler som var utført etter år 2000.

Funn: I studien fremkom tre hovedfunn.

1. «Recovery som en indre prosess»: Aksept av lidelsen og personlig ansvar for å få et selvstendig liv er viktig for prosessen. Brukerne oppga endringsvilje, håp, positivitet, ansvarsgjøring, uavhengighet og måloppnåelse som viktige faktorer.
2. «Bidrag fra andre»: Akseptere å måtte ha bistand av de rundt seg, men også å få aksept for hvem de var og støtte. Det var ønsker fra helsearbeideren til å bidra med sin kunnskap om lidelser og medikamenter og at disse ble lært bort og formidlet til brukeren.
3. «Deltagelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter». Viktigheten av meningsfulle aktiviteter/jobbb å gå til bidro til å skape struktur på dagen og følelse av samhold og aksept av samfunnet.

Sykepleiere som strekte seg litt lengre, og bort fra det profesjonelle til det personlige hjalp pasienten lengre i sin recoveryprosess. Det er viktig at sykepleieren støtter opp om pasienten i prosessen, og høre hva hver enkelt synes er viktig for de.

Relevans for oppgaven: Denne studien er den studien som er mest relevant for oppgaven min, da hensikten til forskeren var å finne ut hva pasientene mener bidrar til recovery, noe jeg også ønsker å finne ut mer av med min problemstilling. Forskeren sier det er svært relevant å forstå recovery ut fra pasientens erfaringer, noe jeg ønsker å belyse i denne bacheloroppgaven. Jeg mener dermed relevansen for bruk av studien i oppgaven er svært tilfredsstillende.

4.4 Artikkel 4

Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons & Hunt, (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting.

Hensikt: Denne studien som hadde som formål å undersøke hvilken forståelse sykepleiere på psykiatriske sykehus hadde om Recovery, og hvordan de integrerer Recovery i sin yrkesutøvelse. Videre ville de identifisere hvilke barrierer som påvirker recoveryprosessen etter en akuttinnleggelse.

Utvalg og metode: Kvalitativ studie. 21 sykepleiere fra Australia ble intervjuet. 4 av sykepleierne hadde noe formell trening eller utdanning i recovery.

Funn: De fant tre funn som har noe overlappende tema i forhold til recovery:

1. «Oppfatningen av recovery». Her inkluderte de sosiale faktorer, psykologiske og praktiske ferdigheter. En gruppe sykepleiere forklarte temaet med reduksjon i symptomer, bedring i psykisk helsetilstand og økt mestring av adferd.

2. «Mellommenneskelig forhold»: De viktigste bidragene sykepleierne kunne bidra med i recoveryprosessen var mellommenneskelig sykepleie. Dette inkluderte å samhandle med pasienten som et helt menneske, utvikle terapeutiske relasjoner, kommunisere godt, rådgi, være hyggelig, være en god lytter, diskutere meninger, oppmuntre og positivt forsterke, være positiv, håpefull, og samtale om fremtiden. De vektla også undervisning til brukeren. En sykepleier oppga at innsikt i sin egen situasjon, men også at støtte var viktig i prosessen.

3. «Praktiske forhold»: Fem emner konkluderte de spilte inn på recoveryprosessen.

De var medisiner, utdanning, mål og utskrivningsplaner, personlige forhold og sosiale og praktiske aspekter i dagliglivet.

De identifiserte at underbemanning og dårlig oppfølging i kommunene, hjemløshet, dårlig økonomisk bakgrunn og sosial isolasjon som barrierer for recoveryprosessen.

Relevans for oppgaven: Studien tar for seg hva sykepleieren mener bidrar til recovery, noe som vil være relevant når man ser på hva som er likt og ulikt i forhold til hva pasientene mener. Dette kan bidra til å rette et syn på hva som bør endres for å tilpasse måten man jobber på slik at pasientenes prosess blir lettere, og at sykepleieren ikke blir en barriere for å oppnå recovery.

4.5 Hovedfunn

Hovedfunnene i de valgte artiklene er å akseptere seg selv, og få aksept og anerkjennelse fra menneskene rundt. Endringsvilje viser seg å være viktig i en recoveryprosess. Håp er essensielt for bedringen, samt støtte fra helsepersonell og andre. Lytting er viktig som en del av kommunikasjonen, men også relasjonen mellom helsepersonell og bruker. Arbeid og andre aktiviteter bidrar til felleskap og mestring. Barrierer for recovery kan være manglende bolig, og dårlig økonomi.

5.0 Drøfting

Her vil jeg drøfte forskningsfunnene opp mot relevant teori, egne erfaringer fra arbeid med brukere og erfaringer brukere har. Drøftingen tar sikte på å finne svar på problemstillingen: «Hva mener voksne brukere med psykiske lidelser bidrar til recovery, og hvordan kan sykepleieren bruke disse erfaringene i sin yrkesutøvelse?».

5.1 Pasientens indre prosess

Recovery blir ofte omtalt som en prosess som starter med pasienten selv. En indre prosess som hver enkelt pasient selv aktivt må ta ansvar for. Forskningsfunn fra Salzmann-Erikson (2013) belyser at den indre prosessen handler om å akseptere seg selv, selv med de plagene og lidelsene man måtte ha. Det kan derfor tenkes at å starte en recoveryprosess ikke er mulig om brukeren ikke aksepterer seg selv som et helt menneske. Akseptet handler også om identiteten til pasienten, noe helsearbeiderne må være klar over (Ingstad, 2013, s. 126-128). Videre sier Ingstad at personlig identitet handler om hvordan pasienten ser på seg selv med sine kvaliteter og egenskaper, samtidig som identitetsfaktorer som hvor man bor og hvilken jobb man har, vil være en bidragsyter til pasientens identitet. Pasienten kan føle at identiteten blir endret når sykdom og skade rammer, og dermed blir han nødt til å se på seg selv og akseptere hvem han er i nytt lys. Dette er også noe Travelbee (1999, s. 87) belyser. Tolket man henne vil sykdom være en trussel mot identiteten og selvet. Redefinering av selvet handler om mer enn å bare se på den psykiske lidelsen eller utfordringen mener brukergruppen ved Sagatun brukerstyrt senter (Haukland, Langseth & Hummelvoll, 2017). De mener man må se på utfordringene man har som en liten del av et stort bilde, og for å ha en positiv selvforståelse er det viktig å omdefinere lidelsens karakter og virkninger.

Salzmann-Erikson's (2013) funn belyser at brukerne mener aksept fra menneskene rundt bidrar positivt i recoveryprosessen, og dermed blir annerkjennelse er viktig punkt å bemerke seg for sykepleieren. Et lignende tema blir belyst av Newman et al. (2015) som sier at mange ikke anerkjenner at de har det vanskelig, og dermed ikke søker hjelp og lider alene med sine utfordringer. Dette leder til tanken om hvor mange i samfunnet som sliter og som ikke er blitt fanget opp av helsetjenesten, men som med noe hjelp kan bedre sin livskvalitet, da det er nærliggende å tenke at å ha det vanskelig påvirker livskvaliteten. Haukland et al. (2017) sier at selv om det er nyttig hjelp å få fra helsetjenesten, så er det brukeren selv som må søke og ønske bedringen. På den ene siden kan det tenkes at brukeren allerede ønsker hjelp fra helsetjenesten, siden han allerede er i kontakt med systemet. På den andre siden kan man stille seg spørrende til hvordan brukere som er innlagt på tvangsparagrafer ser på hjelpen de mottar av helsetjenesten. Ingeberg, Tallaksen & Eide (2006, s. 187) påpeker at det for noen kan oppleves som trygt å legges inn på tvangsparagraf, og dermed kan man i enkelte tilfeller forstå at denne type hjelp kan føles som om hjelpen var ønsket fra brukeren. En kan også hevde at noen brukere selv ikke forstår at bedring er mulig, da mange psykisk syke etter hvert befinner seg i et negativt levestil og dermed ikke er i stand til å se løsninger alene.

Et vesentlig poeng belyses i Salzmann-Eriksons studie (2013). Studien viser at pasientene ser at endringsvilje er viktig i den indre prosessen, men de ser også at det er nødvendig å ta ansvar for eget liv og ha en positiv holdning. Brukergruppen på Sagatun (Haukland et al., 2017) forteller at det handler om å arbeide med seg selv, gjøre seg opp en mening om hvor de er, men også hvor de ønsker å være i recoveryprosessen samt i fremtiden. For mange handlet dette om å ta tak i eget liv. På den ene siden kan man tenke at å ta tak i eget liv er avhengig av at noe må endres, altså må brukeren være endringsvillig. Det kan kanskje hjelpe brukeren å se på hva som har hjulpet før, men også hva de tenker kan hjelpe nå for å øke trivsel og livskvalitet. Haukland et al. påpeker at noen kan trenge hjelp til disse refleksjonene, men at man i størst mulig grad må ta tilbake kontrollen over sitt eget liv på egenhånd. Her kan det tenkes at sykepleieren er den som kan hjelpe brukeren med å reflektere over de viktige spørsmålene. På den andre siden påpeker Slade (2015) at å ha et personlig ansvar ikke er det samme som å gjøre alt alene, men man er ansvarlig for å oppsøke den hjelpen og støtten som man trenger i prosessen.

Milbourn et al. (2014) på sin side belyser at et fremtidsrettet håp er essensielt, noe Slade (2015) også sier er en hyppig rapportert komponent i recoveryprosessen. Videre påpeker

Milbourn et al. at sykepleierne kan fremme håp hos pasienten ved å ha tro på brukerens muligheter og ressurser, ved å godta at brukeren er som han er, lytte uten å fordømme, akseptere at det er en usikkerhet rundt brukerens fremtid, men også gjennom å uttrykke at brukerens tilfredshet er viktig for sykepleieren. Dette kan gjøres ved å støtte brukeren når han lager sine mål og støtte han på veien mot målet, støtte brukeren i å utvikle bedre mestringsstrategier og å hjelpe brukeren med å huske tidligere prestasjoner og positive erfaringer. Travelbees (1999, s. 85) syn på dette er at håp trolig vil hjelpe den enkelte til å mestre sin sykdom og lidelse mer enn noe annet, men også at å jakte på en usannsynlig tilfriskning hindrer at pasienten vil akseptere sin sykdom. Det kan derfor tenkes at man bør hjelpe pasienten til å ha realistiske mål, slik at for høye mål ikke setter en stopper for mestring, men også ha en tro på brukeren og hans ressurser, slik at mestringsfølelsen kommer når målene blir nådd.

Salzmann-Erikson (2013) og Milbourn et al. (2014) synes å være enige om at uavhengighet spiller inn på recoveryprosessen. Dette støtter opp Travelbee (1999, s. 106) sine tanker om å være avhengig av andre. Hun sier at å være avhengig av andre, kan få brukeren til å føle seg verdiløs, og behovet for å føle seg verdsatt og viktig for andre er et behov alle mennesker har. Recovery handler om å bygge personer opp, og dermed kan man tenke at det er essensielt at personen ikke føler seg verdiløs. Alle mennesker er verdifulle, og som nevnt i innledningen har alle rett til å leve et verdig liv (Karlsson og Borg, 2013, s. 65). Som sykepleier ønsker man at alle skal ha det bra, og klare seg mest mulig selvstendig. Forskningsfunnene (Salzmann-Erikson og Milbourn et al.) tyder på at sykepleieren dermed bør etterstrebe å la brukeren ta ansvar for sitt eget liv og ansvarliggjøre han, men selvfølgelig gripe inn om det ikke er forsvarlig.

Recovery er for mange vanskelig å definere. Dette kan gjenspeiles i funn fra Milbourn et al. (2014). De trekker frem at recovery for noen kan være å mestre å holde på en jobb eller leve et godt liv uten medisiner, mens for andre kan det handle om å komme seg videre i livet. Deres funn viser at det kan se ut som at begrepet ofte er fremtidsrettet hos de fleste, i motsetning til hva de hadde av erfaringer fra fortiden. Funnene til forskerne peker på at definisjonene som er satt i et overordnet perspektiv, kanskje ikke passer for alle. Dette var også noe jeg erfarte i praksis, der både helsearbeidere og brukere hadde ulike definisjoner. Det kan dermed tenkes at helsearbeideren bør spørre brukeren om hva han legger i begrepet,

slik at man får kartlagt hva som er av betydning for den man skal samarbeide med. Hva hjelper det brukeren om man har helt forskjellig syn på hva recovery er?

5.2 Sykepleierens holdning og relasjon til pasienten

Funn fra Salzmann-Eriksons studie (2013) viser at sykepleierens tilnæringsmåte i møtet med brukeren er av stor betydning i hans recoveryprosess. Brukerne opplevde at sykepleiere som hadde mer personlige roller enn profesjonelle roller bidro mer til deres recovery. Disse synspunktene reiser spørsmål om hvor grensen går mellom det profesjonelle og det personlige, og hvor mye av det profesjonelle man bør legge en demper på. For noen kan det kanskje handle om å bli sett på en annen måte, bli sett på som en likemann som man kan identifisere seg med, eller å oppleve at helsearbeideren gjør noe ekstraordinært for brukeren. I forhold til disse funnene er det viktig at helsearbeidere overveier hvordan det kan bli sett på, om man strekker seg «lengre» for brukerne sine. Lover og retningslinjer setter en stopper for hva som riktig og galt. Man har også etiske hensyn å overveie, samt overveielser på hva som er bestillingen fra det offentlige i forhold til tjenestene man skal yte til brukeren etter vedtak. Helsepersonelloven (1999) §4 sier at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» mens §6 sier at «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift». «Feil bruk» av tid og utgifter kan dermed være uetisk om man strekker seg lengre for noen, da det kan gå ut over tiden som er satt av på vedtakene til andre brukere.

Brukerne mener sykepleierne har flere egenskaper som kan bidra til recoveryprosessen. Der i blant å inneha gode kommunikasjonsferdigheter trekkes frem i funnene til både Newman et al. (2015) Og Cleary et al. (2013). Begge studiene vektlegger også at sykepleieren må være en god lytter. Ingeberg et al. (2006, s. 186) skriver at lytting er en sentral handling som kan føre til at man kommer i en likeverdig posisjon, noe som også Travelbee (1999) støtter opp om. Travelbee (1999, s. 161) skriver at sykepleieren må lytte til brukeren for hindre at kommunikasjonen brister, samt at å la være å lytte til pasienten kan oppfattes for pasienten som om sykepleieren ikke er interessert i han som individ. Hun skriver videre at sykepleieren må vie pasienten oppmerksomheten sin når hun lytter, og ikke fokusere på andre tanker eller

gjøremål hun skulle ha gjort. Erfaringsmessig har jeg kjent på at lytting er en stor del av kommunikasjon med brukerne, og som Travelbee belyser så kan det å tenke på andre ting ødelegge en viktig del av det å faktisk lytte. Lytte til hva som blir sagt mellom linjene, og virkelig høre hva pasienten mener. Tid er et aspekt i en travel sykepleierhverdag, noe som kan gjenspeile at brukerne av og til føler de ikke blir hørt, og noe sykepleiere kanskje tar for gitt at er viktig. Forskningen til Newman et al. (2015) Og Cleary et al. (2013) belyser at dette er et viktig tema som sykepleierne må ta med seg i yrkesutøvelsen.

Å inneha gode kommunikasjonsferdigheter kan være så mangt, avhengig av hvem man samtaler med. Noen kan ha nytte av en forsiktig fremtoning i samtalen, mens andre setter pris på at man er så direkte som mulig.

Å være i en terapeutisk relasjon trekkes frem som et funn i studiene til Cleary et al. (2013) og Newman et al. (2015) som et viktig bidrag fra sykepleieren. Travelbee (1999, s. 44) påpeker at sykepleieren lærer å bruke seg selv terapeutisk gjennom utdanningen, når man ser hvordan teoretisk kunnskap bidrar til endringer hos brukeren. Dette er noe jeg tenker delvis kan stemme, da man ikke er ferdig utlært når man avslutter 3 års- skolegang. Mye viktig læring skjer når man først får utøvd sykepleien, og gjerne blir denne terapeutiske relasjonsbyggingen noe man blir dyktigere på jo mer man utøver den. Videre sier Travelbee (s. 45) at å bruke seg selv terapeutisk betyr å bruke fornuft og intelligens i møtet med brukeren.

Ingeberg et al. (2006, s. 53) at relasjonen skal oppleves som trygg for brukeren, men relasjonen skal også ha et innhold preget av spenning og utvikling. Selv stabile relasjoner som kan vare i lengre perioder vil endre over tid, da mennesker er i stadig utvikling og forandring. Travelbee (1999, s 55) påpeker også at mennesket er i stadig utviklig og endring, og dermed kan man trekke den konklusjonen at relasjonen også vil kunne påvirkes av menneskene i relasjonen. Salzman-Erikson (2013) viser til at brukerne opplever støtte fra sykepleieren som nyttig i recoveryprosessen, noe også funnene til Cleary et al. (2013) støtter opp om.

Gjennom å skape en tillitsfull relasjon mellom brukeren og sykepleieren vil det over tid bidra til at brukeren opplever mestring skriver Ingeberg et al. (2006). Oppsummeres dette kan man si at sykepleieren bør tenke over sin tilnæringsmåte til brukeren, da denne er en viktig del av relasjonsbyggingen. Hun bør også fokusere på å lytte til pasienten, og støtte han i hans recoveryprosess, da dette er noe brukeren synes bidrar i prosessen.

5.3 Sosiale forhold i recoveryprosessen

Recovery handler om å jakte på de ressursene man har i seg selv, alene eller sammen med andre (Karlsson og Borg, 2013, s. 65). Funn fra Salzmann-Erikson (2013) viser at å bli støttet i recoveryprosessen var svært viktig og støtten kunne de få fra helsearbeidere, familie, venner eller en høyere makt. Forskningen til Milbourn et al. (2014) og Salzmann-Erikson (2013) er enige i at arbeid, arbeidstrening eller noe å gå til, som for eksempel et dagsenter, er viktig for brukerne i en recoveryprosess. For noen kunne dette handle om å vise andre at de var i «bedring», mens for andre handlet dette om å gi noe tilbake til samfunnet. Funnene hos Salzmann-Erikson tyder på at deltagerne ikke var så opptatt av hvilken jobb eller aktivitet de gikk til, bare de hadde en plass å finne fellesskapet og bygge seg opp i sosiale relasjoner med andre. I motsetning til funnene hos Salzmann-Erikson ser man i funnene til Milbourn et al. at deltagerne ikke uttrykte like stor begeistring for å delta på noe de selv så på som unødvendig eller de ikke hadde interesse for. Salzmann-Eriksons funn tyder på at deltagelse i samfunnet er med på å bidra i recoveryprosessen til brukerne, der de får struktur på dagene, men også gir brukerne stolthet og mestring noe som er viktig i recoveryprosessen. Begge studiene (Salzmann-Erikson og Milbourn et al.) er også klare på at fritidsaktiviteter spiller en sentral rolle. Det kommer frem at å ha noe å gå til bidrar til at brukerne kan skape nye relasjoner og får andre innputt som kanskje ikke omhandler sykdom og lidelse. Både arbeid og fritidsaktiviteter bidro til å unngå at brukerne følte seg stigmatisert på grunn av sine utfordringer. Travelbee (1999, s. 106) sier at «de syke» har de samme behovene som «de friske» når det kommer til å føle seg verdsatt for den de er. Det kan tenkes at arbeid og fritidsaktiviteter er med på å bedre recoveryprosessen for mange, men det er også viktig å tenke på at aktiviteten bør fremme mestring hos brukeren, slik at den oppleves positivt. Det kan også tenkes at bruke kropp og hode i samspill med andre kan føre til at brukeren opplever et fellesskap. Gjennom et fellesskap som arbeid kan gi, kan det være riktig å si at å ha noe å gå til, kan være helsefremmende. Sykepleieren kan dermed motivere brukeren til å delta på sosial aktivitet.

5.4 Praktiske forhold i recoveryprosessen

Forskningsfunn fra Cleary et al. (2013) peker på at manglende bosted er en barriere som kan virke negativt inn på recoveryprosessen. Dermed kan man si at å ha en bolig er positivt for recoveryprosessen, noe også brukergruppen ved Sagatur brukerstyrt senter virker til å være

enige i (Haukland et al., 2017). Brukergruppen sier at grunnbehov som å ha bolig og en grei økonomi er forutsetninger for å være i en recoveryprosess. Aakerholt, Veia & Tønnesen (2016) sier et stabilt boforhold gir ro, mestringsfølelse og trygghet, men også at brukere med ROP-lidelser utgjør ¼ av registrerte bostedsløse. Å mangle bolig i seg selv er problematisk, og mange brukere har negative erfaringer med å klare å holde på en bolig. Videre sier Aakerholt et al. at økonomiske prioriteringer kan være en medvirkende faktor til at denne brukergruppen opplever utfordringer knyttet til bosted. Sett i et slikt lys er det ikke vanskelig å forstå at hjemløshet er en faktor som påvirker recoveryprosessen. Det er nærliggende å tenke at de bruker mye tid og krefter på å bekymre seg, eller være på let etter en overnattingsplass. Erfaringsmessig har jeg også sett at brukere med ROP-lidelser har utfordringer knyttet til økonomi og bosted, og særlig i forhold til boligoppfølging. For mange brukere kan dette ha vært utfordringer i en årrekke allerede, avhengig av hvilke utfordringer de har knyttet til sin lidelse. Brukere som for eksempel har utfordringer som kan knyttes opp til hamstring, brukere som på grunn av en spiseforstyrrelse må kjøpe store mengder av mat, eller brukere med et rusmisbruk har ofte høyere utgifter enn man kan tenke seg, da det koster både tid og penger å holde lidelsen «levende». Når det gjelder bolig, sier Helsedirektoratet (2014) at lokalt psykisk helsearbeid skal bidra til å bedre levekårene til denne brukergruppen. Tjenestene som tilbys skal forebygge og redusere problemutvikling og fremme brukerens mestring av eget liv. Dette innebærer at tjenestene bidrar rundt bolig, hjelp i bolig og til personlig økonomi. Som nevnt i punkt 5.1 er bolig og økonomi en faktor som kan virke inn på identiteten og selvbildet til brukeren, og det kan derfor være nærliggende å tenke at selvbildet kan være påvirket av boforhold og økonomi. Med lav inntekt, kan det tenkes at mange brukere ikke har råd til å bruke penger på ulike aktiviteter som kan fremme helsen og bidra til et økt fellesskap med andre.

Newman et al., (2015) påpeker i sin studie viktigheten av å bistå brukerne til å orientere seg i tjenestene de har krav på, da mange brukere synes dette er vanskelig, samtidig som det kan virke negativt inn på recoveryprosessen. Brukere har også ulike behov, og de reagerer ulikt på de ulike utfordringene de står ovenfor mener Travelbee (1999). Travelbee skriver også at mennesket er ulikt og kommer med ulike livserfaringer, at dette er noe man må ta hensyn til (1999, s. 57). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016) skriver at sykepleieren aktivt skal bidra til å imøtekomme sårbare grupperes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Med bakgrunn i dette kan det derfor tenkes at en av sykepleierens oppgaver bør være å bistå brukerne med å ordne praktiske forhold som legger

til rette for en recoveryprosess. Dette kan være å følge på NAV, bistå brukerne med å kartlegge hva de kan ha krav på av helsetjenesten, bistå med å fylle ut søknader eller hjelpe brukeren med å orientere seg i hvor han kan få bistand på andre områder.

For mange er det positivt for recoveryprosessen å få være med i utformingen av tjenestetilbudet og bli gitt valgmuligheter (Cleary et al. 2013, Newman et al. 2015) Flere av deltagere i studiene mente at dagene deres var for preget av strukturelle rammer, der de hadde liten påvirkning på f. eks utlevering av medikamenter, noe som var en barriere for deres prosess. Dette er noe som også kan tenkes å være vanskelig å gjøre noe med om man tenker på dagens helsetjeneste. Min erfaring fra kommunehelsetjenesten er at dette er noe man prøver å tilstrebe, slik at brukerne får tjenestene når det passer dem. I løpet av dagen har man ulike oppdrag som krever ulikt av helsearbeiderne, der det ikke alltid er mulig å omrokere på de oppdragene man har. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er sentral i arbeidet med brukere, og sier at så langt det er mulig, skal brukeren gis mulighet til å være med å forme sitt tjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier at ingen skal oppleve mangel på likestilling på grunn av rusmiddelproblemer eller psykisk sykdom, og kommunen har et likestilt ansvar for å yte tjenester til brukere med disse utfordringene på lik linje ved fysisk sykdom. Travelbee (1999, s. 87) sier at «En helsearbeider kan ikke vite på forhånd hvordan individet vil oppfatte sin sykdom, før helsearbeideren går nærmere inn på dette sammen med vedkommende, og får fram hvilken mening den syke legger i sin tilstand» (Travelbee, 1999, s. 87). Helsedirektoratet (2014) sier at brukeren må bli betraktet som en likeverdig part når det diskuteres og tas beslutninger som angår han, samt at hans involvering i prosessen blir større om behandlingen tar utgangspunkt i brukerens forståelse av egne utfordringer og syn på egenutvikling og mestring.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at recovery defineres ulikt av mange, først og fremst fordi hver og en har egne meninger om hva som er viktig for dem. Dette bør sykepleieren kartlegge for å få til et godt samarbeid med brukeren. Recovery er en prosess som brukeren selv må stå for, der det viser seg at aksept av selvet er viktig, men også at brukeren blir akseptert for den han er av personene han er i interaksjon med. Prosessen krever endring, handler om å ta tak i eget liv med de ressursene man har. Viktige refleksjoner kan gjøre brukeren oppmerksom på

hvordan han ønsker å ha da det i fremtiden, og hva i hans fortid som ikke har ført til recovery. Mange mestrer ikke å reflektere over viktige spørsmål selv, og her kan sykepleieren være en viktig bidragsyter. Å håpe på bedring er det essensielt at brukeren gjør, og her kan sykepleieren fremme håp hos brukeren ved å positivt forsterke brukerens ressurser, støtte han rundt de avgjørelsene han tar, og uttrykke at hans trivsel er viktig for sykepleieren. Sykepleieren bør etterstrebe å ansvarliggjøre brukeren, slik at han opplever å være uavhengig, men det er en forutsetning at valgene brukeren tar er forsvarlige. Funnene viser at brukerne mener at sykepleierens tilnæringsmåte i møtet med han er viktig. Her vektlegges det en trygg relasjon, der sykepleieren er dyktig på å lytte på hva brukeren sier. Recoveryprosessen påvirkes også av arbeid og aktiviteter der brukeren opplever samhold og mestring med de oppgaven han har. Det er en viktig forutsetning for prosessen er at grunnbehov som bolig og økonomi er dekt. Her kan sykepleieren bidra i forhold å bistå brukeren med å orientere seg tjenestetilbud, men også oppgaver som knyttet direkte opp til boligen. Flere studier påpeker viktigheten av brukermedvirkning og muligheten til å ta valg som påvirker brukerens hverdag. Enkelte opplever at strukturelle forhold som f. eks medisint levering er en barriere for prosessen deres.

Referanseliste

- Aakerholt, A., Veia, A., & Tønnesen, B. L. (2016). *Hjelp til å bo: Oppfølging i bolig til personer med rus- og psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M., & Hunt, G. E. (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing* 22, 205–212. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 62-81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haukland, M., Langseth, B., & Hummelvoll, J.K. (2017). *Skipper og loss på samme skute* (rapport 01/17). Hamar: Sagatun brukerstyrt senter.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W., & Eide, B. (2006). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet 17. mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>.
- Milbourn, B. T., McNamara, B. A., & Buchanan, A. J. (2014). Do the everyday experiences of people with severe mental illness who are “hard to engage” reflect a journey of personal recovery?. *Journal Of Mental Health* 23(5), 241-245. doi: 10.3109/09638237.2014.951485
- Myhra, A-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner: Realisering av brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2017, 20. februar). *Recovery*. Hentet 23. mars 2017 fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>.
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 22, 171-182. doi: 10.1111/jpm.12202.
- Norsk psykologforening. (u.å.). *Fakta om psykiske lidelser*. Hentet 25. april 2017 fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 5. april 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Salzmann-Erikson, M. (2013). An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(3), 185-191. doi:10.3109/01612840.2012.737892
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken; Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery; en veiledning for psykisk helsepersonell* (NAPHA-rapport nr. 01/15). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health Organization. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Danmark: WHO regional office for Europe.

Figur

Figur 2.2.1. Tradisjonell tilnærming og recovery tilnærming s. 6

Vedlegg 1 – Søkeprosessen

Søkene ble foretatt i databasen Cinahl.

| Søk | Søkeord/MeSH | Avgrensning | Antall treff | Leste artikler | Utvalgte artikler til bacheloroppgaven | Relevans for bacheloroppgaven |
|-----------|--|-----------------------------------|--------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| Søk nr. 1 | Recovery | Ekskluderte artikler før år 2010 | 19660 | Ingen, da søket måtte avgrenses mer. | 0 | |
| Søk nr. 2 | Recovery AND Nursing | Ekskluderte artikler før år 2010 | 1345 | Ingen, da søket måtte avgrenses mer. | 0 | |
| Søk nr. 3 | Mental health nursing | Ekskluderte artikler før år 2010 | 1089 | Ingen, da søket måtte avgrenses mer. | 0 | |
| Søk nr. 4 | Personal recovery AND Mental health | Ekskluderte artikler før år 2010. | 40 | 3 | (Milbourn, McNamara, & Buchanan, 2014). | Se punkt 4.1 i oppgaven |
| Søk nr. 5 | Mental health nursing AND Recovery AND Patient centered care | Ekskluderte artikler før år 2012 | 5 | 1 | (Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons & Hunt, 2013) | Se punkt 4.4 i oppgaven |
| Søk nr 6 | Personal recovery AND Mental disorders AND Mental health nursing | Ekskluderte artikler før år 2012 | 24 | 5 | (Salzmann-Erikson, 2013) | Se punkt 4.3 i oppgaven |
| Søk nr 7 | Mental disorders OR mental illness AND patient satisfaction AND Recovery | Ekskluderte artikler før år 2012 | 18 | 4 | (Newman, O'Reilly, Lee & Kennedy, 2015) | Se punkt 4.2 |

Vedlegg 2. Oppsummering av hovedfunn i korte trekk.

Funnene i artiklene er skissert i korte trekk i tabellen under. Tallet i parentes vil indikere hvilken artikkel funnet stammer fra.

Artikkel 1: Milbourn, McNamara & Buchanan (2014).

Artikkel 2: Newman, O'Reilly, Lee & Kennedy (2015).

Artikkel 3: Salzman-Erikson (2013).

Artikkel 4: Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons & Hunt (2013).

| Betydningen av Recovery – Drøftes ikke som eget punkt. | Sykepleierens holdning og relasjon til pasienten | Barrierer som kan hindre recoveryprosessen |
|---|---|--|
| - Gir Symptombedring (3, 4) | - Oppnå et terapeutisk forhold (2,4) | - Underbemanning (2) |
| - Oppnår bedring i psykisk helsetilstand (3,4) | - Inneha gode kommunikasjonsferdigheter (2,4) | - For dårlig oppfølging i kommunene førte til reinnleggelser (4) |
| - Adferdsendring (4) | - Sykepleierens tilnæringsmåte (3) | - Misbruk av rusmidler (4) |
| - Medisinering (1,2, 3, 4) | - Gi støtte til pasienten (3,4) | - Lav motivasjon (1, 4) |
| - Definisjonen på Recovery passer ikke alle (1) | - Helhetlig tenkning / helhetlig menneskesyn (4) | - Dårlig informasjon fra helsepersonell (2) |
| | - Være en god lytter (2,4) | - Sosial isolasjon (1,2) |
| | - Strekke grenser (3) | - Fattigdom (1) |
| | - Være mer «person» enn «profesjonell» (2,3) | - Mangler på kontinuitet i helsetjenesten (4) |
| | - Vise empati og respekt (3) | - Stigmatisering (2) |
| | - Være positiv og være engasjert (4) | |
| | - Kontinuitet | |
| Pasientens indre prosess | Sosiale forhold | Praktiske forhold |
| - Akseptere seg selv (2,3) | - Støtte fra familien (4) | - Akseptere hjelp fra andre (3) |
| - Tidligere erfaringer påvirker (1) | - Delta i sosiale kontekster (1,3,4) | - Boevne (4) |
| - Ta ansvar for eget liv (3) | - Fritidsaktiviteter (1,3,4) | - Økonomi (4) |
| - Måloppnåelse og mestring (3) | - Etablering av nye relasjoner (3) | - Utdanning og kurs (4) |
| - Endringsvillig (3) | | - Arbeid og tiltak (1,3,4) |
| - Være uavhengig (1,3) | | - Liten påvirkningsmulighet i forhold til medisinering (1) |
| - Positiv holdning (3) | | - Struktur på dagen (1,3,4) |
| - Egne definisjoner av Recovery (1) | | - Delta i utforming av tjenester (4) |
| - Bevare håp for bedring og fremtiden (1) | | - Brukermedvirkning (1,2,3,4) |
| - Psykologiske faktorer som påvirker selvet () | | |