



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Vær et medmenneske

Hvordan kan sykepleiere bruke recovery-orientert praksis for å behandle pasienter med rus- og psykiske lidelser

Bachelor i Sykepleie

SK152

Avdeling helsefag

Institutt for sykepleierutdanning

02.06.17

Antall ord: 6890

Guro Systad Rødland

Veileder: Runar Tengel Hovland

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel

Vær et medmenneske

Bakgrunn for valg av tema

Da jeg var i praksis i psykiatrihelsetjenesten brukte de ansatte recovery-orientert praksis som behandlingsmetode. Denne behandlingen brukte de til personer med både rus- og psykiske lidelser. Etter å ha vært i praksis, ser jeg hvor viktig det er å ha kunnskap om denne pasientgruppen. Det jeg så var at problemet til pasientene gjaldt ikke bare rus. Pasientene har ofte sammensatte diagnoser, både somatiske og psykiske lidelser. Jeg vil se nærmere på hvordan sykepleiere kan bruke recovery-orientert praksis for å hjelpe personer med rus- og psykiske lidelser, da dette er en metode som ser på personens egne ressurser og verdighet. Noe jeg mener er viktige faktorer ved behandling av mennesker. Jeg har sett hvordan denne behandlingen kan bidra til at pasienten får tilbake motivasjonen til å forbedre livet sitt, og sette seg mål for fremtiden.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bruke recovery-orientert praksis for å behandle pasienter med rus- og psykiske lidelser.

Fremgangsmåte

Denne oppgaven er en litteraturstudie. I oppgaven presenteres det allerede etablert teori, samt nyere forskning opp mot temaet rus- og psykisk lidelser og recovery-orientert praksis. Dette drøftes sammen med egne erfaringer, og munner ut i en i en konklusjon.

Oppsummering

Forekomsten av pasienter med rus- og psykiske lidelser har økt de siste årene. Forskning og teori viser at ved å arbeide recovery-orientert, gir pasienten uttrykk for økt livskvalitet og rus- og symptommeistring. Sykepleieren sin oppgave i behandlingen er å bygge en god relasjon og arbeidsallianse til pasienten, samtidig motivere til endring.

Nøkkelord

Recovery-orientert praksis, rusproblemer, psykiske lidelser, kommunehelsetjeneste

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Samfunnsperspektiv.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av problemstilling.....	2
1.4 Oppgaven sin oppbygning	3
2 Metode.....	4
2.1 Valg av metode	4
2.2 Søk og utvalgsprosessen – Litteratur.....	4
2.3 Søk og utvalgsprosessen – Forskning	4
2.4 Kildekritikk	5
3 Teori	6
3.1 ROP-lidelser i kommunen	6
3.3.1 Individuell plan og brukermedvirkning	7
3.2 Sykepleiere i rusomsorgen.....	7
3.3 Recovery.....	8
3.3.1 Empowerment og motiverende intervju	9
4 Resultat/funn.....	10
4.1 Livskvalitet.....	10
4.3 Støtteapparatet	11
4.4 Informasjon	11
4.5 Tenke framover og at forandring er en mulighet	12
4.6 Sammendrag.....	12
5 Drøfting	13
5.1 Recovery-orientert praksis	13
5.2 Behandlingstilnærming	15
5.3 utfordringer.....	16
6 Konklusjon	18

Bibliografi	19
Vedlegg 1 Sjekkliste av forskningsartiklene.....	
Vedlegg 2 Litteraturmatrise av forskningsartiklene	

1 Innledning

I 2016 har antall polikliniske konsultasjoner og døgnbehandlinger i Norge, økt innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Mer enn 148 000 voksne fikk helsehjelp i psykisk helsevern, og nesten 31 500 pasienter fikk helsehjelp innen TSB (Helsedirektoratet, 2017). I følge Helsedirektoratet (2012, s. 13) har en i de siste 25 årene sett at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig. Behandlingsoppmerksomheten har tidligere i stor grad vært rettet mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse. Det man ser er at det bør legges et økt fokus på samspillet mellom rusmidler og psykiske lidelser. Rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse), blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeldiagnose. Pasientmålgrupper som har stor sannsynlighet for dobbeltdiagnoser er personer med bipolar lidelse, schizofreni, angst, posttraumatisk stresslidelse, depresjon, personlighetsforstyrrelser, ADHD og spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2012, ss. 13-30).

Det finnes forskjellige behandlingsmetoder til rus- og psykiske lidelser. Metoder som for eksempel internettbasert behandling, kognitiv-atferdsterapeutisk behandling, recovery, gruppeterapi, parterapi og familieterapi. I tillegg fins det medikamentelle intervensjoner. Denne type behandling brukes som oftest sammen med en annen behandling. Det vil si at det gis legemidler mot for eksempel rus-sug eller spesifikt rettet mot den psykiske lidelsen (Bramness & Johansen, 2012, ss. 127-131) Det å ha rusproblemer er en av de folkehelseutfordringene som er viktig å sette enda større fokus på. Man kan også forvente økt forekomst av rusproblemer i fremtiden (Biong & Yrehus, 2012, s. 15).

Recovery, eller bedringsprosessen, er en av behandlingsmetodene for rus- og psykisk lidelser. Behandlingen tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess. Målet er at hver enkelt kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Empowerment (myndiggjøring), og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i recovery. Behandlingen har fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Recovery handler om å utvikle ulike måter å håndtere problemene og de sosiale konsekvensene av problemene, både til rus- og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Det er en behandlingsmetode som bidrar til å hjelpe mennesker til å ha tro på seg selv igjen, og oppnå de målene de ønsker.

1.1 Samfunnsperspektiv

Rus- og psykiske problemer kan få store følger. Dette innebærer konsekvenser som kan være negative ikke bare for en selv, men også for familie og venner. Ved vedvarende og omfattende rus- og psykiske problemer kan det medføre andre helseskader eller sykdom. Skader og sykdommer kan bli forverret og nye oppstår. Dette kan være flere årsaker til. En av de er dårlige levevilkår, som dårlig økonomi, et nettverk i rusmiljøet, mangel på arbeid og utdanning, og mangel på bolig (Biong & Yrehus, 2012, s. 15).

Økt risiko for selvmord kan også forekomme ved dobbeltdiagnoser. Akutt ruspåvirkning ser man ofte som en utløsende eller medvirkende årsak til selvmordsforsøk. Andre negative konsekvenser er knyttet til vold, ulykker, akutte psykiske lidelser, forgiftninger og overdoser (Helsedirektoratet, 2014, ss. 33-34). Dette kan skape store utfordringer for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. Mennesker rammet av rus- og psykiske problemer er målgruppen i denne oppgaven, da de har et stort behov for sammensatte tjenester over tid (Biong & Yrehus, 2012, s. 15).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg var i praksis i psykiatrihelsetjenesten brukte de ansatte recovery-orientert praksis som behandlingsmetode. Denne behandlingen brukte de til personer med både rus- og psykiske lidelser. Etter å ha vært i praksis, ser jeg hvor viktig det er å ha kunnskap om denne pasientgruppen. Det jeg så var at problemet til pasientene gjaldt ikke bare rus. Pasientene har ofte sammensatte diagnoser, både somatiske og psykiske lidelser. Jeg vil se nærmere på hvordan sykepleiere kan bruke recovery-orientert praksis for å hjelpe personer med rus- og psykiske lidelser, da dette er en metode som ser på personens egne ressurser og verdighet, noe jeg mener er viktige faktorer ved behandling av mennesker. Jeg har sett hvordan denne behandlingen kan bidra til at pasienten får tilbake motivasjonen til å forbedre livet sitt, og sette seg mål for fremtiden.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bruke recovery-orientert praksis for å behandle pasienter med rus- og psykiske lidelser.

1.3 Avgrensning av problemstilling

Som sykepleier er sjansen stor for å møte på pasienter med rus- og psykiske lidelser på de fleste institusjonene. Jeg velger å begrense meg til behandling i kommunehelsetjenesten, da det er der jeg har mest erfaring fra. Det er også en tjeneste som blir brukt hos begge kjønn fra 18 år og oppover.

Tatt i betraktning ordomfanget på oppgaven, går jeg ikke inn på spesifikke rusproblem, psykiske lidelser eller medisinerer da dette ikke er relevant for oppgaven.

1.4 Oppgaven sin oppbygning

Oppgaven er en litteraturstudie som består av seks deler. Første del består av innledning, som inneholder et samfunnsperspektiv, bakgrunn for valg av tema og problemstilling med avgrensning.. Andre delen består av forklaring av metoden oppgaven baseres på, som består av søk og utvalgsprosessen av litteratur og forskning, i tillegg til kildekritikk. Teori er den tredje delen hvor det kommer fram relevant litteratur i forhold til tema og problemstillingen i oppgaven. Teorien omhandler ROP-lidelser i kommunen, sykepleierollen og recovery-orientert praksis. Fjerde delen er resultat og funn, hvor forskningsartiklene presenteres ut i fra temaer som går igjen i artiklene og er relevant for problemstillingen. Dette er temaer som livskvalitet, støtteapparat, informasjon og tanker om fremtiden. De to siste delene består av drøfting og konklusjon, hvor teori, forskning og erfaring blir drøftet.

2 Metode

2.1 Valg av metode

Jeg brukte Thidemanns metode (2015, ss. 76-77) når jeg skulle velge metode for oppgaven. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen min og hvordan jeg vil besvare oppgaven. Metoden jeg valgte å bygge oppgaven min på er litteraturstudie. Som baseres på å samle inn etablert teori og nyere forskning. Dette ble utført ved å gå kritisk gjennom dem ved bruk av Dallands metode (2010, ss. 76-79) for vurdering av tekst og sjekklister fra kunnskapssenteret (2017). Ved bruk av erfaringer som sykepleierstudent, etablert teori og nyere forskning, skal jeg drøfte dette sammen opp mot problemstillingen min og komme med en konklusjon.

2.2 Søk og utvalgsprosessen – Litteratur

I og med at dette er en litteraturstudie, må jeg finne etablerte teorier og kunnskap hentet fra pensumbøker og annen litteratur. Jeg brukte Høgskolen sin søkemotor Oria, hvor jeg søkte med emneord fra problemstillingen min. Eksempler på emneordene jeg brukte var rusomsorg, recovery og psykiske lidelser. Jeg avgrenset søket med de bøkene som var skrevet etter 2010. Ved å bruke Dallands metode (2010, ss. 76-79) for vurdering av tekst fant jeg relevant litteratur opp mot tema rus, psykisk lidelser og recovery. Det innebære å se hvilke typer tekst det er og hvilke sjangere teksten hører til. Hvem har skrevet teksten, om forfatteren er kjent og om han kjent innenfor faget. Hvorfor skriver forfatteren om dette og hva formålet er med teksten.

2.3 Søk og utvalgsprosessen – Forskning

Jeg brukte Høgskolens databasesystem for å finne relevant forskning. Jeg søkte etter forskning i tiden mellom 18.04.17- 28.04.17. For å finne de engelske emneordene, søkte jeg på SveMed+ med emneordet rusomsorg, for å så finne relevante engelske emneord. For å forberede søket brukte jeg eksklusjon- og inklusjonskriterier. Ved å bruke disse kriteriene blir søket mer hensiktsmessig ut ifra det jeg ønsket av informasjon. Inklusjonskriteriene var at jeg ville ha kvalitative artikler. Dette er på grunn av at oppgaven bygger på opplevelsen og erfaringer ved recovery. Kvalitative artikler tar utgangspunkt i å få kunnskap om menneskelige egenskaper gjennom meninger, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78). Jeg ville ha med begge kjønn og avgrenset til at artiklene skulle være om voksne fra 18 år og oppover. Ved bruk av engelske databaser som Achademic Search Elite sammen med Cinahl og Medline, avgrenset jeg det til engelske tekster. Eksklusjonskriteriene jeg brukte var å avgrense søket med artikler som var skrevet etter 2010 (Thidemann, 2015, s. 84).

Jeg søkte i databasen Academic Search Elite, sammen med Cinahl full text og Medline. Jeg avgrenset søket fra januar 2010 til april 2017, og voksne 19-44 år. Valget for alder begrenset søket, da dette var det som var tilgjengelig for voksne. Jeg søkte med emneordene dual recovery, mental illnesses og substance use sammen, hvor fikk jeg 4 resultat derav ett var relevant for oppgaven. Dette var artikkelen "*Dual recovery among people with serious mental illnesses and substance problems: a qualitative analysis*". Et nytt søkt på samme database med samme avgrensing, var med emneordene recovery, dual diagnosis og first person perspective. Jeg fikk 2 resultat, hvor en av dem var relevant, "*Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis*". Videre brukte jeg emneordet recovery på Bibsys Brage. Avgrenset søket med research report og etter relevante artikler, og jeg fikk 1244 resultater. Jeg leste gjennom overskriftene til de som var mest relevante og fant en forskningsrapport, "Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo". Et annet emneord jeg brukte med samme avgrensing var recovery, hvor jeg fikk 1050 resultater. Etter å ha lest overskriftene til de som kom opp som mest relevant, fant jeg en artikkel, "Å bli tatt på alvor som hele medmennesker".

2.4 Kildekritikk

For å fastslå om en kilde er sann og til å stole på bruker man kildekritikk. Det vil si at man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes i oppgaven (Dalland, 2010, s. 66). For å vurdere forskningsartiklene har jeg brukt kvalitative sjekklister hentet fra kunnskapssenteret for helsetjenester (Kunnskapssenteret, 2017), se vedlegg 1. I sjekklisten er det to overordnede spørsmål som første ledd i kritisk vurdering, det er om artikkelen har en klart formulert problemstilling og om designet er velegnet for å besvare problemstillingen. Disse to spørsmålene ble brukt for å sikre kvaliteten av forskningsartiklene opp mot problemstillingen (Jamtvedt, Nortvedt, Graverholt, & Reinart, 2007, ss. 69-70). Ved å gå gjennom hver forskningsartikkel og vurdere dem kritisk opp mot sjekklistene, har jeg funnet de forskningsartiklene som er til å stole på, og er relevante når det gjelder å belyse problemstillingen min. Det finnes både styrker og svakheter i forskningsartiklene. En av svakhetene er antall deltakere i artiklene; "*Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis*", "*Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo*" og "*Å bli tatt på alvor som hele medmennesker*". Det er få deltakere i studiene, det kan da være personer med viktige erfaringer som ikke har valgt å delta, eller som ikke kunne delta. Deltakerne i studien "*Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis*" ble gitt pengestøtte for å delta på møtene. Dette kan ha påvirket resultatet ved at de følte seg tvunget til å bli med på prosjektet. Det som styrker artiklene er at to av studiene er gjennomført i Norge, som kan gjøre det lettere å overføre forskningsresultatet til praksis.

3 Teori

I denne delen presenteres de ulike teoretiske referanserammene for problemstillingen. For å besvare problemstillingen og temaet, er det deler som skal belyses; hvilke oppgaver kommunen for personer med ROP-lidelser, individuell plan og brukermedvirkning, sykepleiere i rusomsorgen, recovery-orientert praksis, empowerment og motiverende intervju (Thidemann, 2015, s. 104).

3.1 ROP-lidelser i kommunen

Pasienter med dobbeltdiagnoser har rett til vurdering av nødvendig helse- og omsorgstjenester, som alle andre pasienter. For pasienter med rus- og psykiske lidelser er kommunen en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging. I de nasjonal faglige retningslinjene for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kommer det som en anbefaling at alle kommuner skal ha rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Disse rutinene bør fremkomme i kommunens handlingsplan (Helsedirektoratet, 2012, ss. 75-76).

I Norge står kommunene rimelig fritt i hvordan de velger å organisere helse- og omsorgstjenestene sine, så lenge kravene i helse- og omsorgstjenesteloven blir fulgt. Mange av kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet og rusarbeidet som én felles avdeling eller som to enheter i én felles avdeling. Andre kommuner bruker NAV- kontorene, og organiserer tjenestene til personer med rusmiddelrelaterte problemer der (Hole, 2014, s. 122). Sentrale samarbeidspartnere i kommunen som kan bidra i behandlingsforløpet er fastleger, psykolog, hjemmesykepleien, NAV, og om problemene er omfattende kan man kontakte spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014, s. 50). Behandlings- og oppfølgingstilbudet til kommunen omfatter kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester. Det innebærer praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer. Det er også ruskartlegging og psykososial oppfølging. Det tilbys forebyggende helsetjenester, som vil si behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg. En del av dette er utlevering av legemidler. De får hjelp til fremskaffing av bolig og oppfølging i den, samt generell oppfølging og veiledning. Lavterskelhelse- og omsorgstjenester tilbys, slik som aktivitets- og væresteder. Dersom det er nødvendig kan de få henvisning til spesialisthelsetjenesten, ved omfattende problemer (Hole, 2014, s. 123). At pasienten opplever behandlingen som helhetlig er det viktigste. Behandlingen foregår integrert og samtidig etter en samlet plan, forankret i en individuell plan (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

3.3.1 Individuell plan og brukermedvirkning

For å sikre felles beslutningstaking er individuell plan et lovpålagt verktøy. Planen skal alltid utarbeides sammen med pasienten (Helsedirektoratet, 2012, s. 60). Pasient- og brukerrettighetsloven stadfester at som pasient og bruker har de rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. De har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, i tillegg skal medvirkningens form tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). At pasientene skal ha medvirkning i behandlingen skal være et overordnet prinsipp. Et mål i seg selv er brukermedvirkning. Det skal bidra til å utvikle tjenestene, og det skal skje både på individ- og systemnivå. Å sikre at den enkelte pasient får innflytelse i sin egen behandling er hensikten med medvirkning på individnivå (Ytrehus, 2012, s. 255). Individuell plan skal for eksempel omhandle rehabiliterings- og attføringshjelp via NAV, oppfølging av ruskonsulent, tiltak gitt av psykisk helsevern, fastlege, og støttetiltak gjennom frivillige organisasjoner (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

3.2 Sykepleiere i rusomsorgen

Sentrale sykepleieoppgaver er kartlegging av grunnleggende behov. Disse kartleggings- og vurderingsverktøyene er essensielle redskaper i all sykepleie. Sykepleiernes jobb er å identifisere behov for hjelp og gjøre behovene eksplisitte på bakgrunn av kontakt og samtaler. Dette gjøres i nært samarbeid med pasienten, og på pasientens premisser. Som helsepersonell kan man fungere som en brobygger, noe som innebærer å bygge bro til andre aktuelle tjenestesteder eller organisatoriske enheter. Det kan også være en følgeperson eller navigatør for pasienten, det vil si å hjelpe vedkommende fram til ulike tjenester og ytelser (Ytrehus, 2012, ss. 258-259). Pasienter med ROP-lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og har lett for å falle utenfor behandlingstiltakene. Det å klare seg i et selvstendig samfunn kan være problemfylt for dem. Grunnen til dette er at flere av dem har marginal økonomi og dårlige levevilkår (Helsedirektoratet, 2012, s. 13).

Det å være en brobygger mellom pasienten og de tjenestestedene vedkommende ønsker å få tilgang til er avgjørende, for eksempel det å hjelpe pasienten til å kontakte NAV for å få orden på økonomien (Ytrehus, 2012, ss. 258-259). For å bli en brobygger er det viktig å ha en behandlingsallianse. En behandlingsallianse er en av de sentrale fellesfaktorene, og kjennetegner relasjon mellom pasient og sykepleier, hvor en har etablert en felles forståelse av hva de skal arbeide med, og hvordan det skal utføres. For å kunne etablere en slik allianse er det viktig at pasienten opplever at sykepleieren har forståelse, respekt og empati for hans eller hennes problem og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014,

s. 68). Interaksjonsteorien til Joyce Travelbee baseres på at sykepleierens rolle er å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Målet er å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. Noe som gir pasienten hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp. Travelbee mener at sykepleierens overordnede mål og hensikt er å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2014, ss. 214-217).

3.3 Recovery

Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik personen selv ønsker det. Dette med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå (Boardman, Shepherd, & Slade, 2008, s. 1). Behandlingen tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, og at hver enkelt kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene problemet kan forårsake (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Ved etablering av en god relasjon, er det vesentlig å ha et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Det å finne pasientens egne ressurser er målet for å øke livskvalitet og selvfølelse. Dette innebærer å få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske problemer og finne bolig. For at livskvaliteten skal kunne bedres er det viktig å støtte pasientens egne ressurser under hele behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Kjerneverdier i recovery er hverdagslivsmestring, valg, håp, frihet, autonomi, aktiv deltakelse, verdighet og felleskap (Hummelvoll, 2014, s. 62).

William A. Anthony (1993, ss. 527-533) beskriver recovery som en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og muligheten til å bidra, på tross av de psykiske problemene. Det innebærer en endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det å bli bedre fra en psykisk lidelse betyr så mye mer enn å bare bli frisk fra selve lidelsen. De personene som har en psykisk lidelse må kanskje komme seg fra stigmaet de har levd med rundt seg i alle år. Fra mangel på nye sjanser og muligheter, negative opplevelser med arbeidsledighet og knuste drømmer. Recovery er en komplisert og tidkrevende prosess. Anthony har tatt utgangspunkt i at alle har personlig erfart hva recovery handler om. De grunnleggende antagelser om bedringsfokusert psykisk helsetjeneste som går ut på at det er ikke de profesjonelle som har nøkkelen til bedring, det er brukerne. Det er de profesjonelles oppgave å legge til rette for bedring og recovery, og brukernes oppgave å komme seg igjen. En viktig faktor i recovery er tilstedeværelsen av folk som tror på deg. Det å ha en eller flere personer som en kan stole på, som tror på bedringsmuligheter, som lytter, og forstår når ting oppleves uforståelig er viktig. Recovery er ikke en lineær prosess, det medfører vekst og tilbakefall, perioder med rask forandring og liten forandring. Bedring kan opptre selv om symptomene kommer tilbake, men det kan også føre til at symptomenes varighet og frekvens reduseres. Symptomene

hindrer ikke man til å leve livet og oppleves ikke som en trussel for bedringsprosessen (Anthony, 1993, ss. 527-533).

3.3.1 Empowerment og motiverende intervju

Recovery handler om å ha kontroll over sitt eget liv, slik pasienten ønsker det (Boardman, Shepherd, & Slade, 2008, s. 1). Empowerment eller myndiggjøring, er en metode hvor den enkelte motiveres gjennom opplevelsen av å ta styring over sitt eget liv. Ved empowerment sikter man mot å styrke pasientens håp om at forandring er mulig. Når et slikt håp vokser, kan det bidra til at pasienten selv tar initiativer for å forandre sin situasjon. Eksempel på dette er ved å sette seg nye mål for yrke, arbeid, bolig og så videre. (Haugsgjerd, Skårderud, & Stänicke, 2015, s. 323) I recovery-orientert praksis har man bruk for både indre og ytre motivasjons faktorer. Begge disse motivasjonsfaktorene inngår i begrepet empowerment eller tilegnelse av personlig autonomi. Begrepet empowerment er en kombinasjon av indre og ytre faktorer, hvor den indre faktoren kombinert med samhørighet skaper selvhjelp, støtte og interesse for hva som skjer med deg selv og andre (Hollander & Wilken, 2008, s. 69). For å motivere pasienter til atferdsendring kan man bruke samtalemetoden motiverende intervju, en metode som er effektiv og empatisk for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er å ha konstruktive samtaler hvor personen selv får mulighet til å overtale seg selv til å bestemme at endring er en mulighet, og klare å tenke hvordan han best kan få det til (Helsedirektoratet, 2017).

4 Resultat/funn

I denne delen presenteres temaene som er felles for forskningsartiklene ut i fra recovery, rus- og psykiske lidelser. For å sammenfatte innholdet fra artiklene har jeg satt opp en litteratormatrise, som er et hjelpemiddel i litteraturstudie. Det gir en god og fortettet oversikt over hovedelementene i artiklene, se vedlegg 2 (Thidemann, 2015, s. 90). Temaer som går igjen i alle forskningsartiklene og er viktige aspekter i recovery-orientert praksis er livskvalitet, hvordan støtteapparatet oppleves, informasjon om rus i henhold til psykiske lidelser og å tenke framover.

4.1 Livskvalitet

Forskning viser at ved å jobbe recovery orientert bidrar det til å bedre deltakernes livskvalitet, gjennom å bedre helsen, rus- og symptomstrøring, og bidra til å hjelpe med bolig, aktivitet og økonomi (Biong & Soggiu, 2014, s. 3). En av studiene trekker fram at ved tilpasning av krav etter muligheter, å benytte alminnelige arenaer og å tilby ordinære aktiviteter, og jobb i en vanlig sosial setting, samtidig som å bli stilt krav til, tydeliggjør betydningen av og innholdet i å bli tatt på alvor (Biong, 2015, s. 23).

For at behandlingsresultatene skal bli vellykket, må gode relasjoner være på plass, herunder respekt. Det er også viktig med et godt samarbeid og individuell plan til hver enkelt av pasientene. Å ha fokus på tilfriskning og på pasientens egne ressurser, kan bidra til økt sosialt nettverk, helse, rusmestrings og symptomstrøring (Biong & Soggiu, 2014, s. 20). At behandlingen er individuelt tilpasset når det gjelder tid, aktiviteter, arbeid og psykososial støtte er sentrale elementer for å mestre hverdagslivet (Biong, 2015, s. 19). Å overvinne rusproblemene sine med hjelp fra andre, øker selvtillit og mestrings. Studien om behandling av dobbeltdiagnoser viser til at de som klarer å mestre rusproblemene sine, gir økt mestringsfølelse som igjen hjelper dem å oppnå personlige mål. Det gir en form for oppnåelse, og for noen av deltakerne reduseres de psykiske symptomene (Green, Janoff, Polen, Yarborough, & Yarborough, 2014, ss. 8-9). En av utfordringene ved det sosiale perspektivet i recovery orientert praksis er stigma. Det å opprette sosiale recovery prosesser på et lite sted hvor mange kjenner hverandre, kan være utfordrende. Dette gjelder ikke bare i samfunnet, men også holdninger de møter i offentlige tjenester. Det er derfor viktig å opprette en humanistisk praksis i alle tjenester, hvor personer med rus- og psykiske problemer ses i sammenheng med hver enkelt persons liv og erfaringer. Å utvikle en slik en slik holdning er essensielt for å utvikling helsefremmende tjenester (Biong, 2015, s. 37).

4.3 Støtteapparatet

For at bedring skal forekomme går det ofte igjen i studiene at det krever et stødig støtteapparat rundt deltakerne. Å bli sett på som et helhetlig menneske betyr mye for hver enkelt. En god inngang til å videreutvikle samarbeidet i tråd med pasientens behov er ofte å starte med praktisk hjelp. Som innebærer å ha et kontinuerlig fokus på hverdagslivet, samt pasientenes ressurser, mestring og egne synspunkter på innhold og form i oppfølgingen. Pasientene trekker fram at de var avhengige at kontaktene selv også var aktive og pådrivere i samarbeidet og innholdet i tjenestene (Biong & Soggiu, 2014, s. 19).

De ansatte beskriver nødvendigheten av en fleksibel tilnærming til arbeidsoppgavene. Hver enkelt pasient krever sitt, noe som innebærer både individuell innsats og utholdenhet fra ansatte. Å opparbeide daglige rutiner for pasientene er essensielt. En av de ansatte forteller at mange ikke har bo-evne, og da må de trå til og hjelpe. Ansatte beskriver seg selv som katalysatorer i pasientens prosess, som betyr å utøve stor fleksibilitet og utholdenhet i tilnærmingen. Brukermedvirkning er noe som står sentralt i dette arbeidet. Pasienten bestemmer selv hvilke prioriteringer som skal gjøres underveis, dette i hensyn til aktiviteter og arbeid (Biong, 2015, ss. 26-30).

Noen av pasientene kritiserte oppfølgingen ved å peke på mangler i systemet, ikke personene i teamet. De ønsker at teamet hadde større fullmakter i forhold til andre samarbeidspartnere i systemet og et større fokus på eksistensielle forhold (Biong & Soggiu, 2014, s. 19). Tverrfaglige og tverretatlige relasjoner er prosesser som har med tiden blitt bedre, men dårlige relasjoner og negative holdninger til prosjektet og pasientene forekommer. En ansatt forteller om et NAV møte hvor politiet kom og la pasienten i håndjern. Grunnen var at de ikke stolte på han/hun (Biong, 2015, s. 29). Katalysator rollen legger vekt på brukerstyring og selvstendige valg. Ansatte har ambisjoner om å oppnå konkrete resultater og ønsker å utøve støtte og en viss kontroll til pasientene, men på den andre siden kan ikke de tillate seg å gjøre seg for mektig. Modellen vil falle sammen og maktforholdene mellom partene kommer i spill (Biong, 2015, s. 30).

4.4 Informasjon

Informasjon om rusmidler og hvordan de påvirker det individuelt med tanke på psykiske lidelser og medikamenter som blir brukt ved psykiske lidelser anser deltakerne som en viktig prosess.

Pasientene trekker fram det å få informasjon og undervisning over lengre perioder, har bidratt til økt motivasjon til å endre rusbruken og bli nøktern. Flere av pasientene hadde hatt dårlig erfaring med rus og psykisk lidelse sammen. Dette bidro til at pasientene ønsket å slutte med rusmidler (Green,

Janoff, Polen, Yarborough, & Yarborough, 2014, s. 4). En pasient beskriver alkohol som en form for selv-medisinerer. Han mente at å bli stigmatisert som en alkoholiker, var bedre enn å bli oppfattet som psykisk syk. Det å oppnå kunnskap om virkningen rusmidler har på psykiske lidelser er et viktig aspekt i recovery, og viktig for deltakerne for å erkjenne realiteten i problemene (Carpente, Hipolito, & Whitley, 2011, s. 145).

4.5 Tenke framover og at forandring er en mulighet

En deltaker beskriver recovery som en prosess om erkjennelse, og hvordan en smertefull fortid som barn kan påvirke fremtiden (Carpente, Hipolito, & Whitley, 2011, s. 145). Deltakernes erfaring med recovery hjalp dem å håndtere fortiden, samt håndtering av rus. En av deltakerne mente at det å håndtere fortiden handlet også om egne aktive valg som må tas i hverdagslivet. Det å få hjelp til fortiden og rus bidrar til å få et annet forhold til nå-tiden (Biong, 2015, s. 22). Recovery tar opp det å fokusere på nåtiden. Det er viktig å være positiv og ta en dag om gangen. Men det er også viktig å se på recovery som en prosess om endring og vekst, se tilbake på hvordan situasjonen har endret seg med tid (Carpente, Hipolito, & Whitley, 2011, ss. 145-146). Det å få hjelp til å håndtere fortiden og erfare selv det å være mer selvstendig, synes å være knyttet til å skape forutsetninger for meninger i livet (Biong, 2015, s. 35).

4.6 Sammendrag

Forskning viser at i recovery-orientert praksis er det pasienten selv som må bestemme seg for å bli bedre. Ved hjelp av et godt støtteapparat rundt er det mulig å forbedre livskvaliteten og ha muligheten å tenke på fremtiden som et lyspunkt. Men for at det skal bli mulig må pasienten selv være innstilt på hva han eller hun selv ønsker med livet.

5 Drøfting

I denne delen skal jeg drøfte hvordan sykepleiere kan bruke recovery-orientert praksis for å behandle personer med rus- og psykiske lidelser. I tillegg skal jeg se på problemstillingen i lys av egne erfaringer fra praksis som sykepleierstudent (Thidemann, 2015, s. 108). Temaene jeg vil ta for meg er hvordan recovery-orientert praksis fungerer ut i fra teori, resultat/funn fra nyere forskning og fra erfaring. Hvilke behandlingstilnærminger kommer fram og hvilke utfordringer forekommer ved en slik prosess.

5.1 Recovery-orientert praksis

Recovery-orientert praksis er en omfattende behandlingsmetode. Målet med behandlingen er at enhver kan leve et meningsfullt liv på tross av de begrensningene en måtte ha (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Livskvalitet kan bety forskjellig fra person til person. Mennesker som har rus- og psykiske lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og kan havne utenfor behandlingstiltakene. Flere har marginal økonomi og dårlig livskvalitet, og det å klare seg selvstendig i samfunnet kan være svært problemfylt (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Forskning viser at pasientene gir uttrykk for økt livskvalitet ved recovery-orientert praksis, ved å ha fokuset på tilfriskning og deltakernes egne ressurser. Dette resulterte i at de fikk et større og bedre sosialt nettverk, bedret helse, rus- og symptommestring (Biong & Soggiu, 2014, s. 20). Men hvilke faktorer må være på plass om man som sykepleier skal bidra til at en pasient får god og meningsfull behandling?

For sikre pasienten utredning, behandling og oppfølging, er det en viktig forutsetning å ha en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Et sentralt utgangspunkt for kontakt mellom alle mennesker er å vise respekt. Dette gjelder også i forhold til pasienter med rus- og psykiske lidelser. For etablering av gode relasjoner er respekt en forutsetning. Det er viktig å se helheten av et menneske, ikke bare diagnosen (Helsedirektoratet, 2012, s. 34). Forskning viser at respekt er viktig for pasientene, og at for å opparbeide gode relasjoner mellom hverandre må det være på plass (Biong & Soggiu, 2014, s. 20). Pasientene trekker frem i forskningsartiklene at det å ha personer rundt seg som ikke dømmer dem har stor betydning for behandlingen. Det at de ikke opptrer som dømmende når pasienten får tilbakefall, anser pasientene som gode egenskaper å ha hos sykepleierne (Green, Janoff, Polen, Yarborough, & Yarborough, 2014, s. 1). Jeg erfarte i starten av praksis at noen pasienter var usikre på meg. De gav uttrykk for at jeg ikke skulle være med på møter eller medisint levering. Etter å ha kort snakket sammen et par ganger om felles interesser og andre ting, slappet pasientene mer av, noe som resulterte til at på slutten av praksisperioden hadde jeg

møtene og medisineringsen alene med pasientene. På kort tid bygget vi relasjoner og det ble en mer åpen dialog.

Det er viktig å etablere en god arbeidsallianse mellom sykepleier og pasient. For å kunne gjøre dette er det viktig med god forståelse, respekt og empati for pasientens problem og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 68). Etter å ha vært i praksis har jeg sett hvor viktig det er å ha en god relasjon og allianse med pasienten. Pasientene er avhengige av at kontaktene er aktive og pådrivere i samarbeidet og behandling (Biong & Soggiu, 2014, s. 19). Forskning viser til at det var viktig for dem å bli sett på som hele medmennesker. Dette gjorde de ansatte ved å tilpasse kravene etter muligheter, benyttet alminnelige arenaer, tilby ordinære aktiviteter og jobb i en vanlig sosial setting. De trakk også fram hvor viktig det var å bli stilt krav til. Det bidro å tydeliggjør betydningen og innholdet i det å bli tatt på alvor som et medmenneske (Biong, 2015, s. 23).

En utfordring for flere pasienter som er rammet av rus- og psykiske lidelser er at de ikke har familie eller kontakt med dem, men trenger folk rundt seg. Det å ha noen som tror på deg, en som man kan stole på og som tror på forbedringsmuligheter er viktig i recovery. Å ha noen som lytter og forstår når ting oppleves uforståelig er viktig. Dette kan være en sykepleier, venn eller familie (Anthony, 1993, s. 531). Travelbees teori om å etablere et likeverdig menneske- til-menneske-forhold har likheter med hvordan recovery går fram. Hun mener at sykepleierens hensikt er å hjelpe personer til å mestre og finne meninger i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2014, ss. 214-217). De fleste mennesker har erfart recovery en gang i livet. Recovery- orientert praksis kan være komplisert og en tidkrevende behandling. Travelbees teori om et likeverdig forhold er ganske lik på Anthonys teori om recovery. Det er pasienten som har tilgang til nøkkelen til bedring, og det er sykepleierens oppgave å legge til rette for dette. Pasientens oppgave er å komme seg igjen (Anthony, 1993, ss. 531-532).

Sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan ofte sees på som katalysatorer i behandlingen. Dette kan sees på som både positivt og negativt. På den ene siden har vi brukermedvirkning hvor pasienten får bestemme selv hvilke prioriteringer som skal gjøres underveis, og hvilke hensyn som tas i aktiviteter og arbeid (Biong, 2015, ss. 29-30). Autonomi er viktig, og at pasienten selv får være delaktig i behandlingen kan bygge både tillit, relasjon og en god behandlingsallianse. På den andre siden avhenger dette også av hvor motivert pasienten er selv til å gjennomføre endringer underveis. Som behandler har man ambisjoner om å oppnå konkrete resultater og ønsker å støtte pasienten på best mulig måte. Dersom de ambisjonene tar overhånd, kan maktforholdene mellom partene komme i spill (Biong, 2015, ss. 29-30). I praksis opplevde jeg uenigheter om behandlingen blant de ansatte og

pasienten. Konsekvensene ble at relasjonen ble svekket og i noen tilfeller ble behandlingen stoppet eller avsluttet.

Fleksibilitet og utholdenhet er en nødvendighet i en slik recovery-prosessen. Hver enkelt pasient krever forskjellig behandling og tiltak, som igjen innebærer individuell innsats og utholdenhet fra sykepleieren (Biong, 2015, s. 26). Jeg har erfart at det å være sykepleier kan være så mangt for denne pasientgruppen. En har en utvidet rolle. Pasienter med rus- og psykiske problemer er ofte pasienter som ikke klarer å fungere i et samfunn. Grunnleggende behov som daglige rutiner er viktig for denne pasientgruppen. Dette innebære å møte opp til rett tid, spise frokost før man skal på arbeid, handle på butikken og ta offentlig transport. Biong og Soggiu (2014, ss. 27-28) viser til en ansatt sin erfaring om daglige rutiner og hvor de trekker fram enkle ting som handling og matlaging kan være vanskelig. Ansatte måtte følge opp og lære dem rutiner, og opplevde at desto bedre rutinene ble, jo bedre ble kostholdet.

5.2 Behandlingstilnærming

For at pasienten skal oppleve å ta styring over eget liv, er det viktig med motivasjon. Empowerment, også kjent som myndiggjøring, styrker pasientens håp om at det er mulig med forandring. Haugsgjerd m/fer (2015, s. 323) hevder at når man får et slikt håp om muligheten om forandring, kan det bidra til at man selv tar initiativ på å forandre livssituasjonen sin. En metode som er brukt i recovery er motiverende intervju. Denne metoden kan være effektiv og empatisk, og hvor fokuset er endring, motivasjon og mestring. Gjennom konstruktive samtaler mellom sykepleier og pasient, får pasienten selv muligheten til å overtale seg selv til å bestemme at endring skal forekomme (Helsedirektoratet, 2017). Jeg erfarte i praksis at mangel på motivasjon hos pasientene kan være en utfordring på behandlingstilnærmingen. Motivasjonen var ikke alltid tilstede hos pasientene, som førte til at rus-suget ble høyere hos mange. Desto enda større grunn var det å motivere pasientene til å fortsette og arbeide videre med mål og fremtiden. Å ha samtaler hvor fokuset er på hverdagslivet, samt pasientens ressurser, mestring og egne synspunkter på innhold og form i behandlingen, kan være en god inngang i behandlingsforløpet (Biong & Soggiu, 2014, s. 19).

I recovery-orientert praksis har man bruk for både indre og ytre motivasjonsfaktorer. En ytre motivasjonsfaktor er informasjon fra de som er rundt deg (Hollander & Wilken, 2008, s. 69). Som sykepleier er det også vår jobb å informere pasienten. Forskning viser at pasientene synes det er viktig med informasjon. Dette gjelder informasjon om hvordan rusmidler påvirker pasientens psykiske lidelser og andre legemidler en bruker. Det handler også om å vise hva er det som kommer til å skje

hvis pasienten fortsetter med rus, hvilken skadevirkning og konsekvens det har (Green, Janoff, Polen, Yarborough, & Yarborough, 2014, s. 4). Rusmidler påvirker pasienter individuelt, men kan det kan og utgjøre store skader. Flere bruker rusmidler som en form for selvmedisinering. Det kan være mange grunner til, men en av de er å skjule de psykiske problemene. En person med angst som ruser seg, kan få økt angst som resultat av selvmedisinering. Flere bruker rusmidler ikke bare for å slippe hverdagen og de psykiske problemene de har, men også for å unngå å bli stigmatisert som en person med psykiske lidelser (Carpente, Hipolito, & Whitley, 2011, s. 145). På den andre siden kan informasjon sees på som en indre motivasjonsfaktor. Det å få informasjon og oppleve det selv kan bidra til en økt interesse på hva som skjer med deg selv ved bruk av rusmidler og en ser skadene det kan forårsake (Hollander & Wilken, 2008, s. 69). Erfaringer jeg har gjort ved å se pasienter få informasjon om skadevirkninger og konsekvenser, er at det er viktig. Det bidrar til at pasienten blir mer opplyst på hva som egentlig som skjer rundt seg. Dette gjelder ikke bare å få informasjon om hva konsekvensene er for pasienten, men også hva er det det kan gjøre med folk rundt dem. Det kan innebære tap av familie, venner, bolig og økonomi.

5.3 utfordringer

Det å jobbe recovery-orientert kan by på utfordringer. Et stødig støtteapparat er viktig når pasienter går igjennom store endringer i livet. For de ansatte krever dette fleksibilitet, tilgjengelighet og utholdenhet (Biong, 2015, s. 26). For pasientene er det viktig at støtteapparatet rundt er aktiv og pådrivere i samarbeidet og innholdet i tjenestene (Biong & Soggiu, 2014, s. 19). utfordringene med en slik behandling er hvilke grenser som skal settes når det gjelder tid, tilgjengelighet og fleksibilitet hos sykepleierne. Da jeg var i praksis så jeg at det kan by på en del utfordringer å være fleksibel og tilgjengelig hele tiden. De ansatte hadde hver sin telefon som de hadde på i arbeidstiden. Der kunne pasientene ringe eller sende en tekstmelding når som helst og om hva som helst. Dette resulterte i at telefonen ringte nærmest konstant. Dette kunne være om transport, møter eller bare at de ønsket en samtale. En av utfordringene til de ansatte var å få tid til alle pasientene. Hver enkelt ønsker tid sammen med sin kontakt. Hver ansatt har ansvar for et hvis antall pasienter, og det kan være vanskelig å få like god tid til alle, da alle krever sitt.

Kommunene i Norge kan selv velge hvordan de organiserer tjenestene sine, så lenge de oppfyller kravene i helse- og omsorgstjenesteloven. En del har organisert rus- og psykiskhelsearbeid sammen som en felles avdeling og andre har brukt den som to enheter i en felles avdeling. Antall timer hvor tjenestene er tilgjengelig er forskjellig fra kommune til kommune (Hole, 2014, s. 122). Utarbeiding av disse tjenestene kan derfor være en utfordring. Tilgjengeligheten er viktig å avklare med pasienten

på forhånd. Det å kontrollere når på dagen man trenger å snakke med noen kan være vanskelig. Det kan være en utfordring for pasientene å bare å ha tilgjengelig personalet på dagtid, men ikke på kveldstid. Da jeg var i praksis så jeg hvor vanskelig det var for de ansatte å skru av mobiltelefonen på ettermiddagen og spesielt før helgen. Pasientene gav uttrykk for at det var helgen som var tøffest. Den personen de følte seg tryggest på var utilgjengelig. De pasientene jeg pratet med assosierte ofte helgen med rus.

Andre utfordringer som kan forekomme er samarbeid med andre sentrale samarbeidspartnere i kommunen, som for eksempel med fastleger, hjemmesykepleien og NAV-kontorene. Stigmatisering og negative holdninger forekommer. Dette kan være spesielt problemfylt i en liten kommune hvor alle kjenner alle (Biong, 2015, s. 29). Det er ikke bare viktig å ha en god relasjon mellom sykepleierne og pasienten, men også mellom de andre samarbeidspartnere som eventuelt er med i behandlingen. En viktig faktor er at samarbeidspartnerne har et helhetlig syn på pasienten, og velger å fokusere på personens liv og erfaringer. Å ha en slik holdning er essensielt for utvikling av et godt samarbeid mellom partene og gode helsefremmende tjenester (Biong, 2015, s. 37). I praksis erfarte jeg samarbeidet mellom de ansatte og andre samarbeidspartnere på nært hold. Samarbeidet her var veldig bra, og de var flinke å sette opp møter med pasientene. Samarbeidspartnerne hadde gode holdninger, som gjorde at pasienten gav uttrykk for at han/hun følte seg ivaretatt. Dette er også viktig ved oppretting av individuell plan for pasienten (Biong & Soggiu, 2014, s. 20).

Oppfølgingstilbudet til kommunen innebærer praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre for eksempel boforhold og økonomi (Hole, 2014, s. 123). De forskjellige samarbeidspartnerne er spesielt viktige på disse områdene da det er deres felt. Sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan sees på som en brobygger. Som brobygger hjelper en pasientene å få kontakt med andre aktuelle tjenestesteder eller organisatoriske enheter. Det er en avgjørende forbindelse mellom pasienten og andre samarbeidspartnere (Ytrehus, 2012, s. 259).

6 Konklusjon

Forskning som baserer seg på recovery-orientert praksis viser at pasienter med rus- og psykiske lidelser gir uttrykk for økt livskvalitet (Biong & Soggiu, 2014, s. 20). Erfaringer jeg har gjort i praksis med å jobbe recovery-orientert, teorien i oppgaven og nyere forskning har vist meg at det er mulig for pasienter å forandre livet sitt til det bedre. Men det kan også by på utfordringer. Det kan være en omfattende behandlingsmetode hos personer med store rus- og psykiske problemer. Flexibilitet, tilgjengelighet og utholdenhet er noe som kreves av sykepleierne i behandlingen (Biong, 2015, s. 26). Det krever også at kommunen utreder gode tjenester ikke bare innen helse- og omsorg, men og hos andre samarbeidspartnere som NAV, hjemmesykepleien og fastlegen.

For at det skal være mulig å gjennomføre en slik behandling krever det mye fra pasienten selv. For å unngå skjev maktfordeling i behandlingen, er det viktig at pasienten er motivert til å gjennomføre endring. Det er pasienten som er selve nøkkelen i behandlingen. Som sykepleier er en på sidelinjen, og motiverer og støtter pasienten i det han/hun har behov for (Anthony, 1993, ss. 531-532).

Det jeg har lært fra denne oppgaven er at det er viktig å se på hvordan vi framstår som sykepleiere. Det å bygge en god relasjon og samarbeid med pasienten er grunnlaget for å få et vellykket behandlingsforløp. Holdningene til sykepleierne kan ha stor innvirkning på pasienten. Har man gode holdninger ovenfor pasienten og behandler pasienten som et medmenneske, kan det bidra til at pasienten får økt motivasjon til å se en mulighet til forandring.

Bibliografi

- Anthony, W. A. (1993, 04 01). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Hentet 04 26, 2017 fra recoverydevon:
https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Biong, S. (2015, 01 01). *Å bli tatt på alvor som hele medmennesker - En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden*. Hentet 04 22, 2017 fra Senter psykisk helse og rus:
<https://www.usn.no/getfile.php/13350641/usn.no/filer/forskning/Hva%20forsker%20vi%20p%C3%A5/Helse%20og%20velferd/Psykisk%20helse%20og%20rus/Forskningsrapport-15-2015.pdf>
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2014, 01 01). *Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo - En forskningsbasert evaluering om recovery*. Hentet 06 01, 2017 fra brage.bibsys:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2436497>
- Biong, S., & Yrehus, S. (2012). Rusproblemer- en utfordring for samfunnet, helsestjenesten og den enkelte. I S. Biong, & S. Yrehus(red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 15-29). Oslo: Akribe AS.
- Boardman, J., Shepherd, G., & Slade, M. (2008, 03 01). *Making Recovery a Reality*. Hentet 05 10, 2017 fra Sainsbury Centre for Mental Health:
<https://www.centreformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=e94d8999-4010-4a5e-a5d8-0c3f1eb2d0e6>
- Bramness, J. G., & Johansen, A. B. (2012). Kap 6 Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. I S. Biong, & S. Yrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 121-142). Oslo: Akribe AS.
- Carpente, E., Hipolito, M. M., & Whitley, R. (2011, 08 05). *Meanings of Recovery From the Perspective of People With Dual Diagnosis*. Hentet 04 21, 2017 fra Tandfonline:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15504263.2011.592392#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDgwLzE1NTA0MjYzLjIwMTEuNTkyMzkyP25lZWRBY2Nlc3M9dHJ1ZUBAQA=>
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utgave, 4.opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Green, C. A., Janoff, S. L., Polen, M. R., Yarborough, M. T., & Yarborough, B. J. (2014, 12 09). *Dual Recovery among People with Serious Mental Illnesses and Substance Problems: A Qualitative Analysis*. Hentet 04 21, 2017 fra National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4326568/>

- Haugsgjerd, S., Skårderud, F., & Stånicke, E. (2015). *Psykiatriboken* (1.utgave, 4.opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, 07 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 04 10, 2017 fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet. (2012, 03 01). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet 04 26, 2017 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014, 02 28). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet 05 15, 2017 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 03 07). *Motiverende intervju som metode*. Hentet 05 13, 2017 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#opplevelse-av-mestring->
- Helsedirektoratet. (2017, 03 16). *Psykisk helsevern og rus - antall pasienter, diagnoser og behandling*. Hentet 05 15, 2017 fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/psykisk-helsevern-og-rus-antall-pasienter-diagnoser-og-behandling>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hollander, D. D., & Wilken, J. P. (2008). *Rehabilitering og recovery: en integreret tilgang* (1.utgave, 2.opplag. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt-ikke stykkevis og delt* (7. utgave, 2.opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jamtvedt, G., Nortvedt, M. W., Graverholt, B., & Reinar, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Kap. 6 Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Bind 1 Grunnleggende sykepleie* (2.utgave, 3.opplag. utg., ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2017, 01 20). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 04 20, 2017 fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Kunnskapssenteret. (2017, 01 20). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 04 20, 2017 fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet:
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong, & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 240-264). Oslo: Akribe AS

Vedlegg 1 Sjekkliste av forskningsartiklene

Kvalitativ sjekkliste av artikkel:	Dual recovery among people with serious mental illnesses and substance problems	Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis	Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo	Å bli tatt på alvor som hele med-mennesker
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja: x Uklart: Nei:	Ja: x Uklart: Nei:	Ja: x Uklart: Nei:	Ja: x Uklart: Nei:
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja: x Uklart: Nei:	Ja: x Uklart: Nei:	Ja: x Uklart: Nei:	Ja: x Uklart: Nei:
3. Er studiodesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Studiodesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Det er detaljert metodekapittel med oversikt over deltakerne og hvordan de samlet inn data.	Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Studiodesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Metodekapittelet er delt inn i design, deltakere og prosedyre.	Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Studiodesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Metodekapittelet er detaljert og oversiktlig. Hvor de begrunner utvalg, måte å samle data og måte å analysere data.	Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Studiodesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Metoden for studien er detaljert beskrevet og begrunnet.
4. Er utvalget hensiktsmessig for	Ja: x Uklart:	Ja: x Uklart:	Ja: x Uklart:	Ja: x Uklart:

<p>å besvare problemstillingen?</p>	<p>Nei: Kommentar: Forskningsartikkelen ser på erfaringer med recovery hos personer med rus- og psykisk lidelse.</p> <p>Antall deltakere 177. Utvalget av deltakerne er basert på pasienter som er 16 år og eldre, som er pasienter i helsetjenester og har fått en psykisk diagnose. Forskerne rekrutterte de pasientene som anses som har samtykkekompetanse. Det er gjort rede for de pasientene som ikke deltok. Dette er pasienter som ikke anses som samtykkekompetente fra helsepersonellet.</p>	<p>Nei: Kommentar: Forskningsartikkelen ser på hva recovery betyr for de med dobbeltdiagnoser.</p> <p>Deltakerne ble delt inn i fokusgrupper, med cirka åtte deltakere i hver. Eksakt antall deltakere er vanskelig å gi, da fokus-gruppene ble holdt i hjemmet til deltakerne eller i fellesarealet, og det var andre som deltok av og til på gruppe-møtene. Dette inkluderte barn og folk som ikke bodde i området.</p> <p>Deltakerne ble utvalgt i forskjellige bo-samfunn. Hvor alle deltakerne hadde psykisk lidelser og rusproblemer. De hadde en</p>	<p>Nei: Kommentar: Forskningsartikkelen evaluerer erfaringer personer som mottar recovery-orienterte tjenester.</p> <p>Antall deltakere 13. Deltakerne er pasienter i en enhet for psykisk helsearbeid. Av deltakerne var ti menn og tre kvinner, alderen varierte fra cirka 40 år til cirka 60 år. Alle deltakerne hadde samtidige rus- og psykisk helseproblemer. Temaet tok en vurdering på hvem som for tiden egnet seg til å delta. Det ble anvendt en hensiktsmessig utvalgsstrategi, som vil si at forskerne intervjuet dem som ønsket å delta, for å finne deltakere med ulike kjennetegn.</p>	<p>Nei: Kommentar: Forskningsartikkelen ser på deltakerne, ansatte og samarbeidspartneres erfaring med å delta i ulike bedrings- og rehabiliteringsaktiviteter.</p> <p>Antall deltakere var vanskelig å identifisere. Studien viser til 17 pasienter som var med i prosjektet. Hvor ni av dem var aktive i prosjektet ved avslutningen. En kvinne og åtte menn. Dette er personer som er i behandling for legemiddelassistert rehabilitering og med rus- og psykiske lidelser. spørreskjema ble delt ut til ti ansatte, åtte skjemaer ble returnert. Det ble også sendt ut skjemaer til 15</p>
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>fokusgruppe i åtte forskjellige bo-samfunn.</p> <p>Alle deltakerne i bo-samfunnet fikk tilbudet om å delta i forskningen. I bo-samfunnet var 73% kvinner, 83% var afroamerikansk, med en gjennomsnittsalder på 47,11 år.</p>		<p>samarbeidspartnere, hvor 11 ble returnert. Kompetansegruppen i studien har vurdert at dette til sammen bidro med nok data til å svare på forskningsspørsmålet.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>5. Ble dataen samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Datainnsamlingen ble utført gjennom intervju. Intervjuene ble tatt opp og kodet av leger og psykologer. Dette ble gjort slik at de fikk et overordnet blikk på hvilke temaer som gikk igjen hos</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Datainnsamlingen ble utført gjennomfokusgrupper, hvor fokuset er person perspektivet til en person med rus- og psykisk lidelse. Fokusgruppene ble holdt av tre personer. Møtene ble tatt opp og transkribert. Etter å</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Datainnsamlingen ble gjennomført med individuelle intervju, for å kunne besvare forskningsspørsmålet med utgangspunkt i brukernes levde erfaringer.</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Datainnsamlingen ble gjennomført ved individuelle forskningsintervju, fokusgrupper og spørreskjema.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	deltakerne.	ha gått igjennom samtalene, ble de kodet inn i temaer.		
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Intervjuene ble holdt med et tidsmellomrom på to år. Hver deltaker ble intervjuet fire ganger over to år om faktorer som påvirket deres psykiske helse. Fortolkningen av data er detaljert vist. Intervjuene ble holdt av leger som var spesialisert innen psykisk helse. Analysen av forskningen ble kontrollert flere ganger, for å finne koder og temaer som gikk igjen i intervjuene.</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Fokusgruppene ble holdt med 4 måneders intervaller. Resultatet er hentet ut fra et år. Deler av intervjuene er fremstilt som funn. Temaene i intervjuene er delt inn.</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Studien er vitenskapelig fundamentert ved bruk av anerkjent kvalitativ metodologi og analysemetoder. Dataanalysen ble utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig. Først presenteres helhetsinntrykket og gå så videre til presentasjon av de ulike kodegruppene som kom fram i evalueringen.</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Studien har analysert data fra intervjuene og fokusgruppene ved hjelp av en beskrivende innholdsanalyse (systematisk tekstkondensering)</p>
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p>

fortolkningen av data?	<p>Kommentar:</p> <p>For å sikre forskningen, har forskerne fått andre forskere og klinikere med forskjellig bakgrunn (psykologer, personer som jobber i innen folkehelse) til å se på hele forskningsmetoden og resultatet.</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Styrken i forskningen er at studien baseres på person perspektivet til deltakerne. Svakheten er at deltakerne ble hentet ut av et byrå, og funnene ikke er generalisert.</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Ved at studien valgte å gjennomføre med individuelle intervju kan at færre nyanser i erfaringer kom fram. Dette på grunn av manglende gruppedynamikk som fokusgrupper er ment å gi. Men på den andre siden kan deltakere unngå å svare på spørsmål, på grunn av at andre personer i behandlingen er tilstede.</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Det kommer ikke frem om bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data i studien.</p>
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Forskerne har også sammenlignet resultatet med andre forskningsartikler og teorier i henhold til rusavhengighet og psykisk lidelser.</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: I diskusjonsdelen i forskningen trekker forskerne frem at andre studier som har fått lignende resultat for å underbygge funnene. Men de har ikke hatt andre forskere til å gå gjennom materialet de har funnet gjennom studien.</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Studien underbygger resultat/funn med allerede etablert teori i drøftingsdelen.</p>	<p>Ja: x Uklart: Nei: Kommentar: Studien underbygge funnene med ved å ta med evalueringer fra ansatte i helsetjenesten og samarbeidspartnere. Dette for å få et helhetlig syn på behandlingen. Studien henter også inn allerede etablert teori for å</p>

				underbygge funnene.
9. Er etiske forhold vurdert?	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Alle deltakerne fikk rekrutteringsskjema og informert samtykkeskjema. Studien ble godkjent og observert av the Kaiser Permanent Northwest Research Subjects Protection Office og Kaiser Permanent Northwest Institutional Review Board for the Protection of Human Subjects.</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Deltakerne gav muntlig samtykke på å være delaktig med i fokusgruppene. I tillegg ble et samtykkeskjema skrevet. Deltakerne fikk også \$20 som kompensasjon for tiden deres på hvert møte.</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Deltakerne er informert at det er frivillig. De er informert og har gitt både muntlig og skiftelig samtykke, samt konfidensialitet er ivaretatt i hele evalueringprosessen.</p>	<p>V Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Deltakerne fikk et utarbeidet informasjonsskriv og muntlig informasjon om studiens bakgrunn og hensikt. Deltakerne ble informert at det er et frivillig prosjekt, og det var alltid en mulighet for å trekke seg.</p>
Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Fire overordnede temaer som deltakerne trakk frem var viktig i en bedringsprosess:</p> <p>1. Informasjon om konsekvensene</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Tre nøkkel tema ved recovery-orientert praksis og hva det betyr for deltakerne:</p> <p>1. Bekjennelse om at man har rus-og psykiske lidelser, var</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Hovedfunnene i studien er at deltakernes erfaringer med teamets recovery-orientert praksis kan bidra til å bedre</p>	<p>Ja: x</p> <p>Uklart:</p> <p>Nei:</p> <p>Kommentar:</p> <p>Deltakerne beskriver sine erfaringer med prosjektet og ansatte må en slik måte at det gir grunn til å hevde at ved å jobbe</p>

	<p>med rus.</p> <p>Informasjon gav motivasjon og grunnlag for nøkternhet.</p> <p>2. Nøkternhet gav selvtillit, selvverd, forbedret funksjon og følelse av personlig utvikling.</p> <p>3. Ikke- dømmende personalet bidro til bedring.</p>	<p>med å bedre pasientene.</p> <p>2. Fokusere på fremtiden. Deltakerne fikk motivasjon til å sette seg nye mål, og å håndtere fortiden.</p> <p>3. Vekst. Recovery er en prosess som handler om det å endre livet sitt, og å bli eldre.</p>	<p>deltakernes livskvalitet. Det innebærer bedret helse, rus-og symptommestring, men også bolig, aktivitet og økonomi.</p>	<p>recovery-orientert bidrar det il å bedre livskvaliteten hos brukerne.</p>
<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>De funnene som var nyttig i forskningsartikkelen å se hvilke forhold pasientene har til psykisk lidelse. Hva er det pasientene trekker frem når det kommer til alkohol og rusmidler. Det gir andre som jobber med pasienter med psykisk lidelser råd om at informasjon til pasientene er viktig, men det er også hvilke holdninger en har</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene i forskningsartiklene er å se hva deltakerne mener om recovery, og hva det betyr for dem. Det som var nyttig var å få et personlig perspektiv på hva de mente om recovery.</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene i studien viser at ved å jobbe recovery-orientert kan man bidra til å bedre livskvaliteten hos pasienter. Det som er nyttig er deltakernes perspektiv på hva livskvalitet er for dem, og hva er det som trengs for å oppnå det. Dette kan være nyttig for andre sykepleiere som ønsker å hjelpe personer med rus- og psykiske lidelser.</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene i studien viser at ved å arbeide recovery-orientert kan en øke livskvaliteten hos pasientene. Funnene viser også nyttige erfaringer gjort av de ansatte og samarbeidspartene i prosjektet.</p>

	ovenfor pasienten.			
--	--------------------	--	--	--

(Kunnskapssenteret, 2017)

Vedlegg 2 Litteratormatrise av forskningsartiklene

Forfattere År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitets- vurdering
Artikkel 1 (Green, Janoff, Polen, Yarborough, & Yarborough, 2014) USA	Dual recovery among people with serious mental illnesses and substance problems	Ser nærmere på personer med alvorlige psykiske sykdommer og deres forhold til rusmisbruk.	Kvalitativ Deltakere: 177 Intervju	Tre overordnende temaer: 1. Informasjon om konsekvensene med rus. Informasjon gav motivasjon og grunnlag for nøkternhet. 2. Nøkternhet gav selvtillit, selvverd, forbedret funksjon og følelse av personlig utvikling. 3. Ikke-dømmende personalet bidro til bedring.	God kvalitet.

Forfattere År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitets- vurdering
Artikkel 2 (Carpente, Hipolito, & Whitley, 2011) USA	Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis	Ser på hva recovery betyr for personer med dobbeltdiagnoser	Kvalitativ Deltakere: 32 Fire fokus-grupper, med ca 8 deltakere i hver.	Tre nøkkel tema: 1. Bekjennelse 2. Fokuserer på fremtiden 3. Vekst	God kvalitet

Forfattere År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitets- vurdering
Artikkel 3 (Biong & Soggiu, 2014) Norge	Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo	Erfaringer pasienter har med recovery orienterte tjenester, og om det bidrar til bedret helse, rus- og symptommestring	Kvalitativ Individuelle forsknings-intervju Deltakere: 13	Brukerne opplever bedret livskvalitet, med recovery behandlingen, i forhold til bedret helse, rus og symptom- mestring, bolig, aktivitet og økonomi.	God kvalitet. Brukerne ble vurdert ut i fra vurdering fra en enhet for psykisk helsearbeid.

Forfattere År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitets- vurdering
Artikkel 4 (Biong, 2015) Norge	Å bli tatt på alvor som hele med-mennesker	Formålet med studien er å se hvordan deltakere, ansatte og samarbeidspartnere beskriver sin erfaring av helsetjenester og samarbeid. Deltakerne blir sprut om ønsket situasjon, nå-situasjon og alternative muligheter for å oppnå ønsket situasjon. Ansatte får se dette resultatet og gir sin mening om det.	Kvalitativ Individuelle forsknings-intervju, fokus-grupper og spørre-skjema	Deltakerne så på relasjonen til de ansatte som veldig viktig, både den praktiske og sosiale støtten Deltakerne la mest vekt på fem kodegrupper: 1) her tilpasses kravene etter mulighetene, 2) en ordentlig jobb, 3) blir stilt krav til, 4) håndtere fortiden og 5) være selvstendig Funn ved evaluering hos de ansatte var at helhetsinntrykket var på nødvendig for å få en fleksibel tilnærming til arbeidsoppgavene. Ansatte beskriver	God kvalitet

				<p>seg selv om katalysatorer i behandlingen. Individuell innsats og utholdenhet fra de ansatte er viktig. Resulterte i fem kodegrupper: 1) fleksibilitet, 2) daglige rutiner, 3) utholdenhet, 4) kontroll over egen prosess og 5) tverrfaglige relasjoner</p>	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

(Thidemann, 2015, s. 11)